

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

Año 34 • Volumen 34 • Suplemento N° 1 • 56° Congreso Argentino de Reumatología

Octubre de 2023 ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)



56° CONGRESO ARGENTINO
DE REUMATOLOGÍA 2023

Del 4 al 7 de Octubre de 2023, Ciudad de Salta





Del 4 al 7 de Octubre de 2023, Ciudad de Salta

Comité Científico del 56° Congreso Argentino de Reumatología

Comité Organizador

Dr. Guillermo Berbotto

**Directores del
Comité Científico**

Dra. Verónica Bellomio

Dr. Javier Rosa

Dra. Victoria Martire

Dr. Edson Velozo

Comité Científico

Dra. Paula Alba

Dr. Emilio Buschiazzo

Dra. Cecilia Asnal

Dra. María J. Haye Salinas

Dr. Hernán Maldonado Ficco

Dr. Javier Farfán

Dr. Guillermo Pons-Estel

Dra. Marina Scolnik

Dr. Darío Scublinsky

Dr. José Luis Velazco Zamora

Dra. Mariana Benegas

Dra. Rossana Quintana

Dr. Diego Baenas

Dr. Rodolfo Pérez Alamino

Dra. Vanesa Cosentino

Dra. Anastasia Secco

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

Año 34 • Volumen 34 • Suplemento N° 1 • 56° Congreso Argentino de Reumatología

Octubre de 2023 ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)



Sociedad Argentina
de Reumatología

Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Reumatología

Presidente:

Dr. Guillermo Berbotto

Vicepresidente:

Dr. Gustavo Casado

Presidente Anterior:

Dra. María Celina De La Vega

Secretario:

Dr. Gustavo Rodríguez Gil

Prosecretaria:

Dra. Verónica Saurit

Tesorero:

Dr. Javier Rosa

Protesorero:

Dra. Cecilia Asnal

Vocales Titulares:

Dr. Maximiliano

Machado Escobar

Dra. Vanesa Cosentino

Dra. Anastasia Secco

Dr. EdsonVELOZO

Vocales suplentes:

Dr. Emilio Buschiazzo

Dra. Fabiana Montoya

Comisión Revisora de Cuentas Titulares:

Dr. Juan Quintero

Dra. María Soledad

Gálvez Elquin

Suplentes:

Dr. David Navarta

Representantes de Filiales:

*Asociación de Reumatología
de la Ciudad de Buenos Aires:*

Dra. Fabiana Montoya

*Sociedad de Reumatología de
Catamarca, Santiago del Estero
y La Rioja:*

Dra. María Soledad

Gálvez Elquin

*Sociedad de Reumatología
de Cuyo:*

Dr. David Navarta

*Sociedad de Reumatología
de Tucumán:*

Dr. Maximiliano

Machado Escobar

*Sociedad de Reumatología
del Sur:*

Dr. Juan Quintero

*Asociación de Reumatología
de Santa Fe:*

Dr. Juan Carlos Raggio

*Asociación de Reumatología
de Córdoba:*

Dra. Paula Alba

*Asociación de Reumatología
del Noreste:*

Dr. EdsonVELOZO

*Sociedad Salto Jujena
de Reumatología:*

Dr. Emilio Buschiazzo

*Asociación de Reumatología de la
Provincia de Buenos Aires:*

Dr. José Luis Velazco Zamora

Otros representantes:

*Director de Unidad
de Investigación:*

Dr. Guillermo Pons-Estel

*Directora de la Unidad de
Educación:*

Dra. Carla Gobbi

Director del Comité Editorial:

Dr. Darío Scublinsky

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 34 • Volumen 34 • Suplemento N° 1 • 56° Congreso Argentino de Reumatología

Octubre de 2023 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, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Editores de Sección:

Marina García Carrasco: MD, Reumatóloga, Hospital de Clínicas “José de San Martín”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Ignacio Gandino: MD, 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)

Roseff, 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

últimos números:

María Laura Acosta Felquer

Alberto Allievi

Rodolfo Nicolás Alvarado

Cecilia Asnal

Nora Aste

Diego Baenas

Rocío Barrios

Cecilia Battaglia

Ana María Beron

Andrea Braillard-Poccard

Eleonora Bresan

Alejandro Brigante

Sergio Carbia

Horacio Matías Castro

Javier Cavallasca

Santiago Catalán Pellet

Tomás Cazenave

María de los Ángeles Correa

Vanessa Cosentino

Graciela Espada

Lucila García

Carla Gobbi

Graciela Gómez

Gimena Gómez

Ramiro Gómez

Julio Got

Oscar Gut

Pía Izaguirre

Hugo Laborde

María José López Meiller

Sebastián Magri

Verónica Malah

María del Rosario Maliandi

Nicolás Marín

José Martínez

Victoria Martiré

Silvia Meiorín

Sebastián Moyano

Sebastián Muñoz

Silvia Papisidero

Carla Pappalardo

Francisco Paulin

Nicolás Pérez

Rodolfo Pérez Alamino

Natalia Perrotta

Luisa Plantalech

Sabrina Porta

Alejandra Pringe

Ariana Ringer

Carla Saucedo

Valeria Scaglioni

Moisés Schapira

Marina Scolnik

Belén Virasoro

Marcela Young

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

Año 34 • Volumen 34 • Suplemento N° 1 • 56° Congreso Argentino de Reumatología

Octubre de 2023 ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)



Sociedad Argentina
de Reumatología

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 N°:
RL-2023-67258517.

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; en DOAJ (Directory of Open Access Journals); en la Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (REDALYC); 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: Marisa Kantor.

Curapaligüe 202, 9° piso, ofc. B (1406), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Tel.: (011) 4632-0701/4634-1481. E-mail: administracion@lugones.com.ar

www.lugoneseditorial.com.ar



Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

Año 34 • Volumen 34 • Suplemento N° 1 • 56° Congreso Argentino de Reumatología

Octubre de 2023 ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)



Sumario

• Editorial.....	2
• Orales	3
• Posters destacados	15
• Posters.....	22
• Casos clínicos	91
• Pediatría	123
• Fe de erratas	133

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

Año 34 • Volumen 34 • Suplemento N° 1 • 56° Congreso Argentino de Reumatología

Octubre de 2023 ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)



Editorial

Bienvenidos al 56° Congreso Argentino de Reumatología 2023

Es un placer compartir el camino y darles la bienvenida al 56° Congreso Argentino de Reumatología y el 11° Congreso de Pacientes.

Un camino es la dirección que se ha de seguir para llegar a algún lugar. En ocasiones son caminos físicos como el que cada uno de nosotros tomará para llegar a la ciudad de Salta, sede del evento del 4 al 7 de octubre de 2023. Pero otros son una forma de comportamiento, un medio o un modo de adecuar situaciones con el fin de alcanzar un objetivo. Y así caminamos cada año al culminar un Congreso y emprendemos el rumbo hasta alcanzar el próximo.

Muchos brazos y mentes lo construyen, no es una persona, sino un grupo que toma la responsabilidad de dirigirlo y llevarlo a un buen fin.

Para qué nombrar complicaciones y vicisitudes si todos somos conscientes de cómo vivimos nuestra realidad.

Es momento de preguntarme, ¿podríamos tener un evento de tal calidad sin un aporte claro, equitativo y profundo de nuestro Comité Científico?, ¿cuánto perderíamos si no escucháramos las ideas que nos hacen llegar cada uno de los socios y socias en forma personal o a través de los grupos de estudio?, ¿cómo sería trabajar sin el empuje de cada integrante de la Comisión Directiva? La respuesta es contundente: este Congreso sería imposible sin el apoyo de cada uno de ellos.

También es tiempo de agradecer los esfuerzos y posibilidades que nos brinda la industria farmacéutica que a través del apoyo ético y permanente, contribuye a la formación de los integrantes de esta sociedad.

Al personal de la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR), la empresa organizadora, a cada miembro de nuestras diez filiales, a todos, mi agradecimiento.

Quiero mencionar a una de las filiales que este año nos brinda un apoyo especial... la Salto-Jujeña, amigos que tuvieron un oído presto y predispuesto, un corazón atento en la emoción y una capacidad de dar la mano justa para transitar el día a día.

Cuando nombro Salta, automáticamente viene a mi memoria el *slogan* turístico que dice: "Es tan linda que enamora". Y se los pido prestado por unos segundos. Trabajar en la SAR y ofrecer a cada uno de sus integrantes un momento de socialización y conocimiento, es "tan lindo que enamora".

Los esperamos en Salta para compartir juntos esta nueva edición del Congreso anual de la SAR.

Dr. Guillermo A. Berbotto

Presidente de la Sociedad Argentina de Reumatología

Orales

0126

DETECCIÓN DE RIGIDEZ ARTERIAL Y RECLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

KISLUK Boris¹, QUINTANA Rosana¹, GHELFI Albertina², GARAVALLI Florencia², NIETO Romina¹, LEONEL Berbotto¹, VÉLEZ Lautaro², KILSTEIN Jorge², GALINDEZ Jorge², BERBOTTO Guillermo¹

¹SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, CIUDAD DE GRANADERO BAIGORRIA, ²SERVICIO CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, CIUDAD DE GRANADERO BAIGORRIA

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA) aumentan la posibilidad de desarrollar lesiones vasculares subclínicas como rigidez arterial, lo que se asocia a eventos cardiovasculares (ECV) a largo plazo. La rigidez arterial se puede determinar mediante la velocidad de la onda del pulso (VOP), la presión aórtica central (PAC) y el índice de aumentación (IAu).

OBJETIVO: Medir la VOP, PAC e IAu en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) y comparar los parámetros obtenidos con un grupo control de sujetos sanos.

MÉTODOS: Estudio de corte transversal. Grupo 1: pacientes con LES en remisión clínica medida por SLEDAI, con presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) en consultorio <135/85 mmHg y estratificados como bajo RCV (<5%) por la calculadora de las Américas de la OMS para Argentina. Se excluyeron: pacientes con antecedente de un ECV, antecedentes de síndrome antifosfolípido, enfermedad renal crónica, diabetes, hipertensión arterial, lesión de órgano diana, RCV ≥5% y si recibían estatinas, aspirina o fármacos antihipertensivo por cualquier otro motivo. Grupo 2: sujetos sanos que acudieron a control rutinario de salud. Se utilizó muestreo consecutivo y se matcheó por edad y sexo. Se realizó medición de PAS y PAD con Omron M3, y de VOP carotídeo-femoral, PAC e IAu con Aortic™.

RESULTADOS: Se incluyó un total de 56 individuos: 10 con LES y 46 controles sanos. La mediana de edad en años de los pacientes y controles fue de 38.0 (31.3, 52.8) y 42.0 (30.3, 48.8) respectivamente. Los pacientes con LES presentaron una mediana de evolución de su enfermedad de 4.50 años (2.75, 6.25), el 50% estaba en tratamiento con corticoides (mediana de 10.0 mg/día [9.38, 15.0]), el 90% en tratamiento con antimaláricos y en el 40% de los casos con algún DARMES convencional. Los dominios más afectados fueron articular y cutáneo. Los pacientes con LES presentaron un valor mayor de VOP (mediana 7.00 [6.40, 8.80] vs 6.00 [5.55, 6.40]; p 0.003) y IAu (24.0 [16.0, 34.0] vs 15.0 [5.00, 24.0]; p 0.058) en comparación con los controles.

CONCLUSIÓN: A pesar del bajo número de sujetos incluidos, los pacientes con LES (en remisión, normotensos, con RCV<5%) mostraron mayor VOP e IAu que pacientes sanos pareados por sexo y edad.

0131

EVALUACIÓN DEL DAÑO ACUMULADO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: COMPARACIÓN DE DATOS DEL REGISTRO NACIONAL TRANSVERSAL Y PROSPECTIVO DE LUPUS

GARCÍA Lucila¹, DAPEÑA Joan Manuel², GOBBI Carla³, QUINTANA Rosana⁴, ALBA Paula⁵, ROVERANO Susana⁶, ÁLVAREZ Analía⁷, GRAF César⁸, PISONI Cecilia⁹, SPINDLER Alberto¹⁰, GÓMEZ Catalina¹¹, FIGUEREDO Heber Matías¹², PAPASIDERO Silvia¹³, PANIEGO Raúl¹⁴, DE LA VEGA María Celina¹⁵, CIVIT Emma¹⁶, GONZÁLEZ LUCERO Luciana¹⁷, MARTIRE María Victoria¹⁸, MALDONADO AGUILA Rodrigo¹, GORDON Sergio¹⁹, MICELLI Marina²⁰, NIETO Romina²¹, RAUSCH Gretel²², GONGORA Vanina²³, DAMICO Agustina²⁴, DUBINSKY Diana²⁵, ORDEN Alberto²⁶, ZACARIAZ Johana²⁷, ROMERO Julia²⁸, PERA Mariana¹, GOÑI Mario²⁹, RILLO Oscar³⁰, BÁEZ Roberto³¹, ARTURI Valeria¹, GONZÁLEZ Andrea³², VIVERO Florencia³³, BEDOYA María Eugenia³⁴, SHMID Marcela³⁵, CAPUTO Víctor³⁶, LARROUDE María Silvia³⁷, DOMÍNGUEZ Nadia²⁰, GÓMEZ Graciela³⁸, RODRÍGUEZ Graciela¹, MARÍN Josefina²⁷, COLLADO Victoria³⁸, JORFEN Marisa²⁹, BEDRAN Zaida³⁹, CURTI Ana⁴⁰, GAZZONI María Victoria⁴¹, SARANO Judith³⁹, FINUCCI CURI Pablo²³, ROJAS TESSEL Romina⁴², ARIAS SAAVEDRA Maira²⁹, SATTLER María Emilia⁴³, MACHADO ESCOBAR Maximiliano⁴⁴, ARTESANA Pablo², PARÍS Úrsula⁴⁰, VANDALE Juan Manuel³³, SANTA CRUZ María Julia¹³, PONS-ESTEL Bernardo⁴, CORBALAN Paula¹⁷, MENDOZA MARTÍNEZ Lucía Margarita¹³, ALLE Gelsomina²⁷, SARDI Bettina¹, SARDE Maitén¹, GORDILLO Florencia¹⁶, GARCÍA Mercedes¹

¹HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA, ²SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ, ³SANATORIO ALLENDE, CÓRDOBA, ⁴CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (CREAR), ROSARIO, ⁵HOSPITAL CÓRDOBA, ⁶HOSPITAL J.M. CULLEN, ⁷HOSPITAL PENNA, ⁸CENTRO MÉDICO MITRE, PARANÁ, ⁹CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS "NORBERTO QUIRNO" (CEMIC), ¹⁰CENTRO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS TUCUMÁN, ¹¹HOSPITAL CENTRAL DE FORMOSA, ¹²HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD PTE. JUAN DOMINGO PERÓN, FORMOSA, ¹³HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, ¹⁴CENTRO PAMPEANO DE REUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN (CEPRER), ¹⁵INVESTIGACIONES MÉDICAS (CEIM), ¹⁶HOSPITAL DEL CARMEN, GODOY CRUZ, ¹⁷HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, ¹⁸HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, ¹⁹HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS DR. ALLENDE, ²⁰HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA, ²¹HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO, ²²CONSULTORIO PRIVADO, RÍO GRANDE, ²³HOSPITAL SAN MARTÍN, PARANÁ, ²⁴HOSPITAL DE NIÑOS DE SANTA FE DR. ORLANDO ALASSIA, ²⁵HOSPITAL CLÍNICAS, ²⁶HOSPITAL AERONÁUTICO CENTRAL, ²⁷HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ²⁸CLÍNICA ALVEAR, SAN JUAN, ²⁹CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS DE ROSARIO, ³⁰HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. IGNACIO PIROVANO, ³¹HOSPITAL GENERAL ROCA, ³²HOSPITAL EVA PERÓN, ³³HOSPITAL PRIVADO DE LA COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ³⁴HOSPITAL SAN MARTÍN, PARANÁ, ³⁵HOSPITAL ÁNGELA IGLESIA DE LLANO, ³⁶SANATORIO JUNCAL, ³⁷CONSULTORIO PRIVADO, ³⁸INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI, ³⁹HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DR. RAMÓN MADARIAGA, ⁴⁰HOSPITAL LUIS CARLOS LAGOMAGGIORE, ⁴¹HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS, CÓRDOBA, ⁴²HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, ⁴³HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, GRANADERO BAIGORRIA, SANTA FE, ⁴⁴HOSPITAL EVA PERÓN, TUCUMÁN

Todos los autores pertenecen al Registro de Lupus Eritematoso Sistémico de la Sociedad Argentina de Reumatología (RELESSAR).

INTRODUCCIÓN: La intervención temprana, el control de la actividad y los eventos adversos, junto con las nuevas opciones terapéuticas, podrían reducir el daño cambiando el panorama del lupus eritematoso sistémico (LES).

OBJETIVO: Comparar el daño acumulado en los pacientes pertenecientes a los registros nacionales de LES de la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR) y evaluar los factores asociados al daño.

Dominios del índice SLICC-SDI	RELESSAR-PROS (N=133)	RELESSAR-T (N=1515)
• Renal	11 (8.3%)	96 (6.3%)
• Musculoesquelético	10 (7.5%)	355 (23.4%)
• Neuropsiquiátrico	9 (6.8%)	173 (11.4%)
• Ocular	6 (4.5%)	150 (9.9%)
• Pulmonar	6 (4.5%)	97 (6.4%)
• Cardiovascular	5 (3.8%)	131 (8.6%)
• Sistema vascular periférico	5 (3.8%)	91 (6.0%)
• Insuficiencia gonadal prematura	3 (2.3%)	30 (2.0%)
• Gastrointestinal	2 (1.5%)	20 (1.3%)
• Cutáneo	1 (0.8%)	109 (7.2%)
• Cáncer	0 (0%)	51 (3.4%)

SLICC-SDI = Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology Damage Index

Tabla 1: Daño acumulativo en los registros transversales y prospectivos de LES.

Características	Análisis univariado			Análisis multivariado		
	RO	IC 95%	p-valor	RO	IC 95%	p-valor
Edad en la última visita	1.02	1.01 - 1.04	<0.001	1.03	1.02 - 1.05	<0.001
Sexo masculino	1.60	1.01 - 2.53	0.044	-	-	-
Nivel educativo	0.96	0.93-1	0.060	-	-	-
Raza						
- Mestizo	1.67	1.23 - 2.29	0.001	1.70	1.20 - 2.43	0.003
- Amerindio	0.61	0.31-1.12	0.120	0.48	0.23-0.96	0.045
- Desconocido/Otras	1.22	0.43-3.26	0.700	1.84	0.60-5.50	0.300
SLEDAI	1.03	1.01 - 1.06	0.029	1.03	1.01 - 1.07	0.039
Metotrexato (N=656)	1.58	1.09 - 2.30	0.017	1.61	1.07-2.42	0.023
Ciclofosfamida (N=660)	2.30	1.63 - 3.26	<0.001	2.77	1.90-4.06	<0.001
Mofetil micofenolato (N=647)	1.58	1.09 - 2.28	0.016	-	-	-

RO = razón de Odds; IC 95% = intervalo de confianza 95%

Tabla 2: Análisis uni y multivariado en los pacientes con daño (n=739).

MÉTODOS: Estudio de corte transversal. Se utilizaron los datos de los registros nacionales de LES transversal (RELESSAR-T) y prospectivo (RELESSAR-PROS), con 9 años entre ellos. Se registraron datos sociodemográficos, morbimortalidad, tratamientos, actividad y daño. Se comparó el daño en pacientes <5 años de evolución del LES de ambos registros y se determinaron factores asociados. Análisis estadístico: estadísticas descriptivas. Se llevaron a cabo pruebas de chi-cuadrado, Fisher, t de Student o Wilcoxon. Se hizo regresión logística univariada/multivariada para identificar factores asociados al daño.

RESULTADOS: Se recolectaron datos del RELESSAR-T (n=1515) y de la visita T0 del RELESSAR-PROS (n=133). Se evaluó el daño acumulado por dominio (Tabla 1). El dominio más afectado fue el renal en el registro prospectivo y el musculoesquelético en el transversal. Al evaluar los pacientes con <5 años de evolución, se observó en RELESSAR-T que estos eran más jóvenes (p=0.002), con mayor retraso al diagnóstico (p<0.001) y menor uso de rituximab (p<0.001). Se compararon pacientes de ambos registros con daño (n=311) y sin daño acumulado (n=428). Los pacientes con un SLICC/SDI ≥1 eran mayores (36[26-47] vs 31[25-41], p<0.001), con mayor proporción de hombres (14% vs 9%, p=0.046) y mestizos (58% vs 44%, p<0.001) y menor nivel educativo (12[10-15] vs 12[11-15], p=0.019). Además, presentaron mayor actividad por SLEDAI (2[0-6] vs 1[0-4], p=0.008) y mayor uso de metotrexato (MTX) (26% vs 18%, p=0.021), ciclofosfamida (CFM) (38% vs 21%, p<0.001) y micofenolato (27% vs 19%, p=0.021). Tuvieron una tasa más alta de hospitalizaciones (64% vs 44%, p<0.001) e infecciones (18% vs 9%, p<0.001). Las variables asociadas de forma independiente a daño fueron la edad, etnia mestiza, el SLEDAI, el uso de MTX y CFM (Tabla 2).

CONCLUSIÓN: Los dominios más afectados fueron el musculoesquelético, neuropsiquiátrico y ocular. Se encontró que la edad, ser mestizo, el SLEDAI y el uso de MTX y CFM se asociaron significativamente con la presencia de daño.

0134

INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN REUMATOLOGÍA: DESEMPEÑO DEL CUESTIONARIO SLE RISK PROBABILITY INDEX (SLERPI) EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

DAPEÑA Joan Manuel¹, SERRANO Eliana Rebeca¹, BANDE Juan Manuel¹, MEDINA María Alejandra¹, KLAJN Diana Silvia¹, CARACCILO José Ángel¹, CASTRO Cecilia², MORBIDUCCI Julieta Silvana², MERCE Aixa Lucía², TRALICE Rosella², ESPASA Gabriela Vanesa³, SORIA Yessika Jackeline³, LEGUIZAMÓN María Lilia³, PERA Mariana³, BELLOMIO Verónica³, YACUZZI María Silvia⁴, MACHADO ESCOBAR Maximiliano⁴, COSENTINO Máximo⁵, GARCÍA Lucila⁵, GARCÍA Mercedes⁵, AESCHLIMANN Carolina⁶, GÓMEZ Graciela⁷, PÉREZ Nicolás⁷, PAPASIDERO Silvia¹

	Grupo casos N=183	Grupo control N=182
Edad en años, media (DE)	38.9 (13.4)	53.6 (13.3)
Mujeres, n (%)	159 (92.3)	154 (84.6)
Ocupación, n (%)	n=160	n=174
- Desocupado	52 (32.5)	45 (25.9)
- Ocupado	108 (67.5)	129 (74.1)
Grupo étnico, n (%)	n=171	n=183
- Mestizo	86 (50.3)	77 (47.2)
- Caucásico	52 (30.4)	59 (36.2)
- Otros	33 (19.3)	27 (16.6)
Tiempo de evolución en meses, mediana (RIC)	92 (37-150)	82.5 (38-151)
Menos de 5 años del inicio de los síntomas, n (%)	61 (33.3)	64 (35.2)
Compromisos generales de la enfermedad, n (%)		
- Inmunológico	163 (100)	134 (73.6)
- Cutáneo	172 (94)	42 (23.1)
- Musculoesquelético	151 (82.5)	149 (81.9)
- Hematológico	110 (60.1)	42 (23.1)
- Renal	103 (56.3)	4 (2.2)
- Constitucional	97 (53)	46 (25.3)
- Seroso	63 (34.4)	6 (3.3)
- Neurológico	26 (14.2)	9 (4.9)
- Pulmonar	13 (7.1)	24 (13.2)
- Vascular	7 (3.8)	7 (3.8)
- Cardíaco	5 (2.7)	2 (1.1)
- Gastrointestinal	2 (1.1)	2 (1.1)
SLEDAI, mediana (RIC)	2 (0-6)	-
SLICC-SDI puntaje, mediana (RIC)	0 (0-1)	-
Tratamiento actual, n (%)		
- Glucocorticoides	71 (38.8)	61 (33.5)
- FARMEsc		
o Hidroxicloroquina	156 (86.4)	35 (19.2)
o Metotrexato	13 (7.1)	96 (52.7)
o Lefunomida	1 (0.5)	16 (8.8)
o Sulfasalazina	-	2 (1.1)
o Azatioprina	-	11 (6)
- FARMEd	8 (4.4)	21 (11.5)
- FARMEd	-	4 (2.2)
- Ciclofosfamida	8 (4.4)	8 (4.4)
- Mofetil micofenolato	31 (17)	31 (16.9)
- Ciclosporina	5 (2.75)	1 (0.5)

DE: Desvío estándar; RIC: Rango intercuartílico; SLEDAI: Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index; SLICC-SDI: Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology Damage Index; FARMEsc: Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales; FARMEd: Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos; FARMEd: Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos dirigidos.

Tabla 1: Características del grupo de casos y controles (n=365).

¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, ²HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA, ³HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, ⁴HOSPITAL EVA PERÓN, ⁵HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA, ⁶HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO, ⁷INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS DR. ALFREDO LANARI

INTRODUCCIÓN: El SLE Risk Probability Index (SLERPI) es un modelo de predicción clínico para lupus eritematoso sistémico (LES), obtenido mediante Machine Learning por técnicas de selección de variables como Random Forest y LASSO. La suma de variables permite obtener distintos grados de certeza diagnóstica (LES improbable, posible, probable y definitivo). Ha sido adaptado un modelo dicotómico (LES/No LES), con un puntaje de corte >7, que mostró alta especificidad y sensibilidad. Además, presentó buen desempeño en los subgrupos de pacientes con LES temprano (<5 años).

OBJETIVO: Evaluar sensibilidad (S), especificidad (E) y likelihood ratio (LR) del SLERPI (dicotómico) en una cohorte de pacientes con enfermedades del tejido conectivo de Argentina. Correlacionar el puntaje final con los índices de actividad y daño del LES. Evaluar su desempeño en un subgrupo de pacientes con LES temprano.

MÉTODOS: Estudio multicéntrico, observacional, de corte transversal, descriptivo y analítico. Se incluyeron pacientes ≥ de 18 años con diagnóstico de LES (grupo casos) y otras patologías autoinmunes sistémicas (grupo control). Se excluyeron: infección activa, patologías oncohematológicas, lupus inducido por fármacos y superposición de LES con otras collagenopatías. Se consignaron datos sociodemográficos, características de la enfermedad, índices de actividad/daño y tratamiento. Tres evaluadoras ciegas determinaron si los pacientes presentaban LES. Se consideró gold standard al 100% de concor-

Criterios de clasificación	Sensibilidad	Especificidad	LR (+)	LR (-)
Criterios ACR 1997	93.64%	90.10%	9.46	0.07
Criterios SLICC 2012	98.27%	88.02%	8.20	0.02
Criterios ACR/EULAR 2019	99.42%	89.06%	9.08	0.006
SLERPI	98.27%	88.02%	8.20	0.02

SLERPI: SLE Risk Probability Index; LR: likelihood ratio.

Tabla 2: Desempeño de los criterios de clasificación y del SLERPI (n=365).

Presentó baja correlación con SLEDAI (r=0.24; p=0.0012) y SLICC-SDI (r=0.23; p=0.0022). Su mediana fue mayor en aquellos con daño (20 [16.5-22]; p=0.02). En LES temprano, presentó una S de 96.6% y una E de 87.9%.

CONCLUSIÓN: El SLERPI presentó un buen desempeño, similar al de los criterios SLICC de 2012. Si bien la correlación con actividad/daño fue baja, la mediana de su puntaje fue mayor ante la presencia de daño. También mostró un buen desempeño en pacientes con LES temprano.

dancia. En todos los casos, se comparó la opinión de las expertas con los criterios ACR 1997, SLICC 2012, ACR/EULAR 2019 y SLERPI. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Se determinó S, E, LR +/- de los criterios. Se estimó la asociación entre puntajes mediante Spearman.

RESULTADOS: Se incluyeron 365 pacientes de 7 centros: 183 en grupo de casos y 182 en grupo control. Las características de la población se muestran en la Tabla 1. SLERPI demostró una S de 98.3%, E de 88% y un LR + de 8.2 y LR - de 0.02. Su desempeño frente a otros criterios se observa en la Tabla 2.

CONCLUSIÓN: La autoeficacia fue mayor en hombres y pacientes no obesos, se asoció a mayor calidad de vida y a mejores resultados clínicos.

AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

BANDE Juan Manuel, MEDINA María Alejandra, DAPEÑA Joan Manuel, KLAJN Diana, CARACCIOLLO José Ángel, PAPASIDERO Silvia

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ

INTRODUCCIÓN: La autoeficacia en enfermedades articulares crónicas como la artritis reumatoidea (AR) hace referencia a la creencia de que el paciente puede implementar con éxito estrategias para controlar varios aspectos de la enfermedad. El cuestionario *Arthritis Self-Efficacy Scale-8* (ASES-8) constituye una herramienta útil para evaluar esta dimensión. Está compuesto por 8 preguntas que indagan respecto de la seguridad del paciente para manejar distintos síntomas de su enfermedad con un rango de puntaje total de 0 a 10, donde puntajes mayores representan mayor autoeficacia.

OBJETIVO: Describir la autoeficacia percibida en pacientes con AR y establecer asociaciones con características de la población.

MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, de corte trasversal y analítico. Se incluyeron pacientes consecutivos \geq de 18 años con diagnóstico de AR (ACR-EULAR 2010). Se excluyeron pacientes con otras enfermedades del tejido conectivo concomitante, fibromialgia y/o con dificultades para la lectocomprensión. Se registraron variables sociodemográficas, características de la enfermedad, clinimetría y tratamiento. Además, se evaluó ansiedad y depresión mediante *Hospital Anxiety and Depression Scale*. Todos los pacientes completaron el cuestionario ASES-8. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Se evaluaron asociaciones entre el puntaje de ASES-8 y características de la población mediante coeficiente de correlación de Spearman o prueba de Pearson. Se consideró significativo $p < 0.05$.

RESULTADOS: Se incluyeron 53 pacientes con una edad media de 55.5 años (DE 10), el 92.5% fueron mujeres. La mediana del tiempo de evolución de la enfermedad fue de 102 meses (RIC 60-192). Las características de la población y clinimetría se observan en la Tabla 1. La mediana de ASES-8 fue de 6.4 (RIC 4.8-7.4) y este puntaje fue mayor en hombres y en pacientes no obesos ($p=0.02$ y $p=0.03$ respectivamente). El puntaje total del ASES-8 presentó buena correlación con QOL-RA II ($r=0.72$; $p=0.002$), así como con EVA global de la enfermedad por el paciente y por el médico, índices de actividad y capacidad funcional (Tabla 2). Aquellos pacientes con ansiedad dudosa y probable presentaron medianas progresivamente menores del puntaje total del ASES-8 y esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0.03$).

CONCLUSIÓN: La autoeficacia fue mayor en hombres y pacientes no obesos, se asoció a mayor calidad de vida y a mejores resultados clínicos.

Edad en años, media (DE)	55.5 (10)
Mujeres, n (%)	49 (92.5)
Años de estudio, media (DE)	9.9 (3.4)
Comorbilidades, n (%)	47 (88.7)
Osteoporosis	21 (44.7)
Obesidad	21 (44.7)
HTA	20 (42.6)
Dislipemia	10 (21.3)
Hipotiroidismo	9 (17)
DBT	6 (12.8)
Otras	34 (72.3)
Tiempo de evolución en meses, mediana (RIC)	102 (60-192)
FR, n (%)	51 (98.2)
APCA, n (%) N= 45	42 (93.3)
Enfermedad erosiva, n (%) N= 52	36 (69.4)
Manifestaciones extra-articulares n (%)	25 (47.2)
NAD28, mediana (RIC)	2 (0-5)
NAT28, mediana (RIC)	0 (0-2)
EVA (dolor), mediana (RIC)	5.5 (5-8.0)
EVA global paciente, mediana (RIC)	5.0 (3.0-7.0)
EVA global médico, mediana (RIC)	3.0 (2.0-5.0)
DAS28, mediana (RIC)	3.88 (3.19-4.57)
CDAI, mediana (RIC)	11 (7-17)
SDAI, mediana (RIC)	12.3 (7.9-18.9)
HAQ-A, mediana (RIC)	1.19 (0.88-2.06)
QOL-RAII, mediana (RIC)	6.3 (4.8-7.5)
HADS	
-Ansiedad, mediana (RIC)	6 (4-10)
Categorías, n (%)	
Ausente	27 (55.1)
Dudosa	12 (24.5)
Probable	10 (20.4)
-Depresión, mediana (RIC)	6 (4-9)
Categorías, n (%)	
Ausente	32 (65.3)
Dudosa	6 (12.2)
Probable	11 (22.5)
ASES-8, mediana (RIC)	6.4 (4.8-7.4)

DE: Desvío estándar; RIC: Rango intercuartílico; FR: Factor reumatoideo; APCA: Anticuerpos anti péptidos/proteínas citrulinadas; NAD: Número de articulaciones dolorosas; NAT: Número de articulaciones tumefactas; EVA: Escala visual analógica; DAS28: Disease Activity Score 28; CDAI: Clinical Disease Activity Index; SDAI: Simplified Disease Activity Index; HAQ-A: Health Assessment Questionnaire versión argentina; QOL-RAII: Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale II; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; ASES-8: Arthritis Self-Efficacy Scale-8.

Tabla 1: Características de la población y clinimetría (n=53).

Variable	r	p-valor
EVA (GP)	-0.53	0.003
EVA (GM)	-0.45	0.02
DAS28	-0.47	0.02
CDAI	-0.51	0.003
SDAI	-0.49	0.01
HAQ-A	-0.5	0.006
QOL-RAII	0.72	0.002

ASES-8: Arthritis Self-Efficacy Scale-8; r= Coeficiente de correlación de Spearman; EVA: Escala visual analógica; GP: Global por el paciente; GM: Global por el médico; DAS28: Disease Activity Score 28; CDAI: Clinical Disease Activity Index; SDAI: Simplified Disease Activity Index; HAQ-A: Health Assessment Questionnaire versión argentina; QOL-RAII: Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale II.

Tabla 2: Asociaciones de ASES-8 con variables clínicas de la enfermedad.

0198

EL ÍNDICE NEÚTRÓFILOS-LINFOCITOS Y LA INCIDENCIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA. UN ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO

MARTINI Mauro Damián¹, TORRES Valentina², DE LA TORRE Paola¹, VARGAS Alfredo¹, ALVARADO Nicolás¹, CURA María Julia¹, MAZZUOCOLO Luis¹, ACOSTA FELQUER María Laura¹, ROSA Javier¹, SORIANO Enrique¹

¹HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE

INTRODUCCIÓN: El índice neutrófilos-linfocitos (INL) se ha propuesto como predictor de enfermedad cardiovascular en algunas enfermedades autoinmunes, pero no en la psoriasis (PsO) o en la artritis psoriásica (APs).

OBJETIVO: Evaluar si el INL predice eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) y todas las causas de mortalidad en pacientes con PsO y APs.

MÉTODOS: Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron pacientes con PsO y PsA seguidos en un hospital universitario. Los pacientes aportaron tiempo desde su diagnóstico (casos incidentes) o primer contacto con el hospital (casos prevalentes) hasta el desarrollo de MACE (compuesto de infarto de miocardio no fatal, accidente cerebrovascular no fatal o muerte cardiovascular), muerte, pérdida de seguimiento o finalización del estudio (1/5/2022). El INL se calculó a partir del hemograma al diagnóstico o en la primera visita al hospital, antes de iniciar tratamiento sistémico. Se excluyeron pacientes con MACE o tratamiento sistémico previo. Se registró el tratamiento sistémico después de la inclusión. Las tasas de incidencia (IR) se calcularon para MACE incidentes o muerte por todas las causas. Las asociaciones entre INL (bajo: <2,5; y alto: ≥2,5) y MACE o muerte por todas las causas se analizaron utilizando un modelo de riesgos proporcionales de Cox ajustado por factores de riesgo cardiovascular tradicionales y tratamiento sistémico.

Características	Psoriasis (n: 825)	Artritis psoriásica (n: 142)	Valor P
Femenino, n (%)	436 (56)	51 (36)	<0.001
Edad a la inclusión, media (DE)	45.8 (21.1)	51.9 (16)	0.0009
Tiempo de seguimiento desde la inclusión, media (DE)	14.4 (5.3)	14.7 (5)	0.4402
Hipertensión arterial, n/N (%)	336/821 (40.8)	60/141 (42.5)	0.790
Dislipemia, n/N (%)	240/822 (29.2)	52/141 (36.9)	0.067
Índice de masa corporal, media (DE)	27.87 (5.1)	28.93 (4.97)	0.0062
Tabaquismo actual o previo, n (%)	432 (52.36)	78 (54.93)	0.572
Diabéticos, n (%)	80 (7.3)	7 (5)	0.305
Tratamiento sistémico luego de la inclusión, n (%)	163 (19.76)	105 (73.94)	<0.001
Media del INL	2.3 (2.4)	2.8 (1.6)	0.1552
INL >2,5, n (%)	213 (25.8)	58 (38.7)	0.001

Tabla 1: Características basales.

Variable	Hazard Ratio (HR)	Error estándar	IC 95%	Valor p
INL >=2,5	1.8277	0.4774	1.0954 - 3.0497	0.021
Sexo	1.9008	0.5436	1.0851 - 3.3295	0.025
Edad	1.0314	0.0092	1.0135 - 1.0496	0.001
HTA	0.9393	0.2921	0.5106 - 1.7279	0.840
DLS	2.2179	0.6664	1.2077 - 3.7905	0.004
TBO	2.2831	0.6960	1.2648 - 4.1571	0.006
IMC	0.9950	0.0293	0.9390 - 1.0543	0.866
DM2	0.8629	0.3453	0.3938 - 1.8907	0.713
TS	0.3589	0.1458	0.1618 - 0.7960	0.012

Tabla 2: Análisis multivariado.

RESULTADOS: 967 pacientes seguidos por un total de 13946 pacientes/años (p/a) (Tabla 1). Se incluyeron 825 con PsO y 142 con PsA. Hubo 67 MACE (IR: 0,48/100p/a): 62 en PsO (IR: 0,52/100p/a) y 5 en PsA (IR: 0,24/100p/a), y 97 muertes por todas las causas (IR: 0,68/100p/a; 86 en PsO: IR: 7,3/100p/a; 11 en PsA: IR: 0,52/100p/a). En la población general la incidencia de MACE en pacientes con INL≥2,5 fue de 0,70/100p/a frente a 0,39/100p/a (razón de tasas de incidencia (IRR): 1,8; IC 95%: 1,05-2,9; p=0,0121) en aquellos con INL<2,5. En el modelo de riesgos proporcionales de Cox, después de ajustar por factores de riesgo CV tradicionales y tratamiento sistémico, un INL ≥2,5 se asoció con un mayor riesgo de MACE: Hazard Ratio: 1,8 (IC 95%: 1,1-3, p=0,021) (Tabla 2). Aunque el INL≥2,5 se asoció con un aumento en la mortalidad por todas las causas en el análisis univariable (IRR: 1,55; IC 95%: 1-2,4; p=0,0198), la asociación se perdió después de ajustar por las variables mencionadas. El INL solo se correlacionó fuertemente con el valor de proteína C reactiva (r: 0.6367).

CONCLUSIÓN: El INL es un índice fácil y universalmente disponible, que se asoció con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares mayores en pacientes con psoriasis y artritis psoriásica.

0217

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL AUTOINMUNE QUE RECIBEN TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO. DATOS DE LA VIDA REAL

VIVERO Florencia, BUSCHIAZZO Emilio, ENGHMAYER Juan Ignacio, GASER Adrián, LLOVES SCHENONE Nicolás, BARBAGLIA NAVARRO Ana Lucía, NIGRA Natalia, CUCCHIARO Natalia, NAVARRO Sandra, GORDILLO María Florencia, PAPAGNO María Julia, BERSANO Noelia, BENÍTEZ Cristian Alejandro, LÓPEZ MEILLER María José, MARTÍN María Luz, MONTOYA Sandra Fabiana, GONZALO Paula, TELLEZ NORIEGA Jorge, RESIDENCIA REUMATOLOGÍA IREP, OLIVER Marina, PENA Claudia, NITSCHKE Alejandro, PACHECO Gonzalo, USANDIVARAS Marcela, VELAZCO ZAMORA José Luis, PERTICONE Eugenia
REGISTRO EPIMAR 2

INTRODUCCIÓN: Los fármacos antifibróticos (AF) retrasan la progresión de la caída funcional pulmonar en la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) con fibrosis pulmonar progresiva (FPP). El nintedanib ha sido aprobado recientemente para las EPI con FPP, incluyendo las etiologías autoinmunes. Si bien su efecto e impacto sobre la progresión de la caída de la capacidad vital forzada se ha demostrado en varios *trials*, existe escasa evidencia sobre su uso en la vida real.

OBJETIVO: Describir las características basales de los pacientes tratados con nintedanib de la cohorte EPIMAR 2.

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). Análisis estadístico: se realizó un análisis descriptivo, las variables categóricas se compararon con el test exacto de Fisher y las continuas con test de Wilcoxon. Se utilizó el *software* estadístico R y un nivel de significación del 5%.

RESULTADOS: De un total de 168 pacientes registrados en EPIMAR, 16 (10%) recibieron nintedanib, 69% mujeres, edad promedio: 58 años (vs 63 años en pacientes sin AF). El 25% tenía antecedentes de tabaquismo actual o previo. El 50% presentaba enfermedad subclínica (asintomática). El tiempo de demora promedio desde el inicio de los síntomas al diagnóstico fue de 8,7 meses. De los 16 pacientes, 14 presentaban ETC, 1 IPAF y 1 EPI-ANCA+. Dentro de las ETC la frecuencia fue la siguiente: 11 (79%) esclerosis sistémica y 3 (21%) artritis reumatoidea. Ningún paciente presentaba comorbilidades relevantes y todos tenían vacunación completa. Lo datos serológicos más frecuentes fueron los siguientes: FAN 80%, FR 43%, anti-Sc170 38%, anticentrómero 23%, anti-Ro/SSa 23%, anti-CCP 15%, anti-RNP 15%. Hubo mayor compromiso funcional en los pacientes tratados con AF con respecto a los pacientes sin tratamiento AF con respecto a promedio CVF% (63% vs 73%), mediana %DLCO (48% vs 58%) y desaturación en el test de la marcha (50% vs 23%). Todos los pacientes recibían inmunosupresores en forma concomitante siendo: glucocorticoides 67%, micofenolato mofetil 50%, rituximab 38%, metotrexato 33%, ciclofosfamida 33%, azatioprina 27%. El 53% tuvo exacerbaciones de la EPI en el año previo y un 10% requirió hospitalizaciones.

CONCLUSIÓN: Los primeros pacientes descriptos con EPI-Ai que recibieron tratamiento con nintedanib correspondían principalmente a ETC (esclerosis sistémica y artritis reumatoidea), con mayor compromiso funcional en comparación con pacientes sin tratamiento AF. La mitad de los casos fueron diagnosticados en períodos asintomáticos y el 53% tuvieron exacerbación de la EPI en el año previo. Futuros estudios podrán brindar más información sobre el uso de antifibróticos en la vida real en pacientes con EPI-Ai.

0224

FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL COMPROMISO OFTALMOLÓGICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

FLORES TREJO Javier Federico, **DAPEÑA Joan Manuel**, PASCUAL Florencia Micaela, GHIGLIONE Graciela Liliana, BANDE Juan Manuel, MEDINA María Alejandra, CARACCILO José Ángel, PAPASIDERO, Silvia

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ

INTRODUCCIÓN: La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad inflamatoria, crónica y sistémica que afecta principalmente las articulaciones sinoviales. Sin embargo, en más de la mitad de los casos puede comprometer otros órganos, siendo las manifestaciones oftalmológicas una de las más frecuentes. Además del compromiso ocular secundario a la enfermedad, muchos pacientes desarrollan complicaciones visuales relacionadas con el tratamiento.

OBJETIVO: Describir las manifestaciones oftalmológicas en una cohorte de pacientes con AR y evaluar su asociación con las características sociodemográficas y de la enfermedad.

MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y analítico. Se incluyeron pacientes consecutivos ≥ de 18 años con diagnóstico de AR (ACR-EULAR 2010). Se registraron datos sociodemográficos, características de la AR, antecedentes de compromiso ocular, clinimetría y tratamiento. Todos los pacientes fueron evaluados por una médica oftalmóloga, quien realizó el *Ocular Surface Disease Index* (OSDI), pruebas de sequedad ocular, biomicroscopía, fondo de ojo y medición de presión intraocular. En caso de encontrar alguna alteración que requiera tratamiento, se indicó el mismo al paciente. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Se evaluó la presencia de asociaciones del OSDI con características de la población mediante la prueba de chi-cuadrado y Spearman. Se consideró una $p \leq 0.05$.

Edad en años, media (DE)	56.7 (9.9)
Sexo femenino, n (%)	43 (86)
Tiempo de evolución de la AR en meses, mediana (RIC)	106.5 (40.5-168)
Enfermedad erosiva, n (%)	31 (62)
FR positivo, n (%)	47 (94)
ACPA positivo, n (%)	40 (80)
Manifestaciones extra-articulares, n (%)	31 (62)
DAS28, mediana (RIC)	3.87 (3-4.8)
SDAI, mediana (RIC)	15.3 (7.2-19.7)
CDAI, mediana (RIC)	14 (6.2-19)
HAQ-A, mediana (RIC)	1.5 (1-2.14)
Tratamiento actual, n (%)	
- Glucocorticoides	47 (94)
- Dosis en mg, mediana (RIC)	10 (10-15)
- DMAR sintéticos convencionales	48 (96)
- DMAR sintéticos dirigidos	4 (8)
- DMAR biológicos	16 (32)

DE= Desvió estándar, RIC= Rango intercuartílico, FR= Factor Reumatoideo, ACPA= Anticuerpos anti péptidos/proteínas citrulinadas; DAS-28= Disease Activity Score-28; SDAI= Simplified disease activity index; CDAI= Clinical disease activity index; HAQ-A= Health Assessment Questionnaire - versión argentina.

RESULTADOS: Se incluyeron 50 pacientes. Las características de la población se muestran en la Tabla 1. El 50% de los pacientes informó síntomas SICCA previos, siendo el más frecuente la xeroftalmia (46%). Un 6% tenía síndrome de Sjögren secundario. La mediana del OSDI fue de 8.3 puntos (RIC 4.2-38), clasificando al 40% como sequedad moderada-severa. El examen oftalmológico reveló un 94% de xeroftalmia (78% leve, 12% moderada y 4% severa). El 46% de los pacientes presentó cataratas, siendo en el 32% nucleares. Las evaluaciones oftalmológicas se observan en la Tabla 2. Aquellos pacientes que presentaron sequedad moderada-severa según puntaje OSDI presentaron mayor actividad de la enfermedad por DAS28 ($p = 0.025$) y por SDAI ($p = 0.018$). En aquellos con alteraciones oculares se inició el seguimiento y tratamiento con el especialista.

CONCLUSIÓN: En los pacientes con AR evaluados, la manifestación ocular más frecuente fue la xeroftalmia, siendo leve en el 78% de los casos. Un 46% presentó cataratas, siendo la nuclear la más frecuente. Además, en aquellos pacientes con xeroftalmia moderada-severa, encontramos una asociación con mayor actividad de la enfermedad.

Tabla 1: Características de la población (n=50).

OSDI, mediana (RIC)	8.3 (4.2-38)
Categorías del OSDI, n (%)	
- Normal	27 (54)
- Leve - Moderado	3 (6)
- Moderado - Severo	20 (40)
Tests de ojo seco positivos, n (%)	
- BUT	45 (90)
- Test de Schirmer	41 (82)
- Tinción corneal con fluoresceína	10 (20)
- Rosa de Bengala	16 (32)
Presión intraocular, media (DE)	
- Ojo derecho	13.6 (1.8)
- Ojo izquierdo	13.8 (1.7)
Biomicroscopia, n (%)	
- Alteración del film lagrimal	17 (34)
- Catarata nuclear	16 (32)
- Queratitis superficial	3 (6)
- Catarata cortical	3 (6)
- Catarata corticonuclear	2 (4)
- Catarata incipiente	2 (4)
- Pseudoafaxia con LIO en CP	2 (4)
- Hiperemia conjuntival tarsal y bulbar	2 (4)
- Blefaritis	1 (2)
- Leucoma corneal	1 (2)
- Disfunción de las glándulas de Meibomio	1 (2)
Fondo de ojo, n (%)	
- Normal	43 (86)
- Vasos con estrechamiento y tortuosidad	2 (4)
- Nervio óptico levemente pálido	1 (2)
- Retinopatía miópica degenerativa	1 (2)
- Disminución de brillo macular	1 (2)
- Angioesclerosis y cruces	1 (2)
- Opacidades de medios	1 (2)
Diagnóstico del oftalmólogo, n (%)	
- Sin signos de xeroftalmia	3 (6)
- Síndrome de ojo seco leve (Grado I)	39 (78)
- Síndrome de ojo seco moderado (Grado II)	6 (12)
- Síndrome de ojo seco severo (Grado III)	2 (4)

RIC= Rango intercuartílico; BUT= Tiempo de ruptura lagrimal. LIO= Lente intraocular; CP= Cámara posterior.

Tabla 2: Evaluaciones oftalmológicas (n=50).

0243

NEFRITIS LÚPICA EN LA VIDA REAL: VALOR PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE LA PROTEINURIA A LOS 12 MESES DE LA BIOPSIA RENAL

ALVARADO Nicolás, GRELONI Gustavo, SCOLNIK Marina, ROSA Javier, SORIANO Enrique, VARELA Federico, VARGAS CASELLES Alfredo Leiber
HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Variables	Resultado
Género femenino, n (%)	67 (87)
Edad al diagnóstico de LES, años media (DE)	31.4 (13.2)
Edad al momento de la biopsia, años media (DE)	34.8 (12.3)
Diagnóstico de LES previo a la biopsia renal	66 (72.7)
Tiempo de seguimiento posbiopsia renal años mediana (RIC)	9.4 (6.4-13.0)
SLICC/2K al momento de la biopsia renal, mediana (RIC)	8 (6-10)
Anti DNA pánico, n (%)	60 (84.9)
Complemento C3 bajo, n (%)	62 (77.9)
Complemento C5 bajo, n (%)	43 (56.9)
Nefritis lúpica, n (%)	
- Clase II	6 (6.6)
- Clase III/IV	51 (66.2)
- Clase V	13 (16.9)
- Clases Mixtas (II o IV + V)	8 (10.4)
Proteína excretada en la biopsia renal, n (%)	22 (28.6)
Tratamiento con GC post biopsia, n (%)	76 (97.4)
Dosis de GC, mediana (RIC)	40 (40-60)
Uso de hidroclorotiazida, n (%)	63 (81.8)
Tratamiento de inducción	
- Micofenolato mofeto, n (%)	43 (56.8)
- Ciclofosfamida endovenosa, n (%)	24 (31.1)
- Rituximab, n (%)	3 (3.9)
Tratamiento de mantenimiento	
- Micofenolato mofeto, n (%)	64 (70.13)
- Azatioprina, n (%)	16 (19.5)
- ICN, n (%)	3 (3.8)
IECA concomitante, n (%)	64 (70.13)
Rebiopsia renal durante el seguimiento, n (%)	23 (29.9)
Tratamiento de reinducción, n (%)	21 (27.3)
Tiempo a la reinducción, mediana (DE)	2.3 (1.0)
Proteína ≥ 0.7 durante el seguimiento (nuevo o persistente) luego de los 12 meses, n (%)	38 (50.7)
Trasplante (> 7 días) post campo) durante el seguimiento (nuevo o persistente) luego de los 12 meses, n (%)	31 (41.3)
Tiempo de diálisis antes de los 5 años, n (%)	6 (7.8)
Tiempo para el inicio de diálisis años, mediana (RIC)	2.5 (1.3-3.3)
Trasplante durante el seguimiento, n (%)	3 (3.8)

Tabla 1: Características basales de la cohorte.

INTRODUCCIÓN: Las recomendaciones actuales en el tratamiento de la nefritis lúpica (NL) sugieren un tratamiento orientado al objetivo de lograr la optimización de la función renal y una relación proteinuria/creatininuria entre 500-700 mg/g a los 12 meses (respuesta clínica completa). Este valor de proteinuria fue el que logró mayor capacidad de predecir una buena respuesta renal a largo plazo en ensayos clínicos randomizados.

OBJETIVO: Evaluar el valor pronóstico a largo plazo de la disminución de la proteinuria en el primer año de tratamiento de paciente con NL en una cohorte de vida real.

MÉTODOS: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES (criterios SLICC 2012 y/o ACR/EULAR 2018) atendidos en un Hospital Universitario en la Ciudad de Buenos Aires, que tuvieron una biopsia renal con NL realizada entre 2002 y 2017 en este centro, y al menos 5 años de seguimiento posbiopsia. Se revisaron las biopsias renales y los parámetros de laboratorio al momento de la biopsia, al año (12+/-4 meses) y a los 5 años de seguimiento (60+/-4 meses). Se definió remisión completa al año como la presencia de un valor de proteinuria en orina de 24 horas (g/24 h) o relación proteinuria/creatininuria en muestra aislada (mg/g) ≤ 0.7 y una tasa de filtración glomerular medida por MDRD-4 (TFG) no mayor al 20% del valor basal. Se definió como buena respuesta renal a largo plazo un valor de creatinina ≤ 1.0 mg/dl a los 5 años de seguimiento.

RESULTADOS: Se incluyeron 77 pacientes con biopsia renal (5 clase II, 51 clases III/IV, 13 clase V y 8 combinadas), 87% mujeres, edad al momento de la biopsia de 34.8 años (DE 12.4) y tiempo de seguimiento posbiopsia de 9.4 años (RIC 6.4-12.9). Durante el seguimiento, 6 pacientes (7.8%) requirieron terapia de reemplazo renal, la mediana de inicio de diálisis posbiopsia fue de 2.5 años (RIC: 1.1-3.3) y 3 pacientes (3.9%) fueron trasplantados dentro del período de seguimiento (Tabla 1). En la Tabla 2 se muestran los parámetros re-

Valores a los 12 meses		S	E	VPP	VPN
Proteinuria ≤ 0.7		82%	96%	90%	73%
Proteinuria ≤ 0.7 y Crea ≤ 1 mg/dl		81%	95%	89%	70%
Proteinuria ≤ 0.7 y Crea ≤ 1 mg/dl y hematúria ≤ 5 por campo		42%	70%	89%	17%
Proteína en el sedimento en la biopsia renal		29%	66%	81%	16%

Tabla 2: Sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de los distintos parámetros a los 12 meses de la biopsia renal en relación a un buen resultado renal a los 5 años (creatinina ≤ 1 mg/dl).

con un buen resultado renal a los 5 años mostró un área bajo la curva de 0.42 (0.25-0.59) con una sensibilidad (S) de 62%, especificidad (E) de 36%, valor predictivo positivo (VPP) de 90% y valor predictivo negativo (VPN) de 23%. La evaluación de parámetros combinados a los 12 meses (proteinuria ≤ 0.7 g/24 h + creatinina ≤ 1 mg/dl y hematúrias por campo ≤ 5) encontró una S: 42%, E: 70%, VPP: 89% y VPN: 17% (Tabla 2).

CONCLUSIÓN: En esta cohorte de pacientes con NL, la proteinuria al año mostró una baja sensibilidad y especificidad para identificar pacientes con buena respuesta renal a los 5 años.

0245

PREVALENCIA DEL POLIMORFISMO DEL PROMOTOR DEL GEN DE IL-6 Y SU IMPLICANCIA EN LA REMISIÓN LIBRE DE CORTICOIDES EN PACIENTES CON POLIMIALGIA REUMÁTICA

PALACIOS SANTILLÁN Erika¹, SCAGLIONI Valeria¹, SCOLNIK Marina¹, ALVARADO Nicolás¹, SERUA DIAZ DE ARCE Heidy¹, GONZÁLEZ HERMIDA Paula¹, AGUDELO CARDONA Carlos², ROSA Javier¹, SORIANO Enrique¹

¹HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ²UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

	Genotipo C/C (n= 5)	Genotipo G/C (n= 15)	Genotipo G/G (n=28)	p
Edad al diagnóstico, media \pm DE, años	70.4 \pm 6.79	73.0 \pm 6.36	72.0 \pm 6.25	0.73
Género				0.25
Femenino	4(80%)	7(46.7%)	20(69%)	
Comorbilidades				
Hipertensión arterial	4 (80%)	10(66.7%)	19(65.5%)	0.81
Diabetes mellitus tipo 2	0 (0%)	1(6.7%)	5(17.2%)	0.40
Infarto agudo de miocardio	0 (0%)	1(6.7%)	1(3.4%)	0.78
Dislipidemia	1 (20%)	8(53.3%)	8(27.6%)	0.18
Osteoporosis	1 (20%)	1(6.7%)	3(10.3%)	0.69
Síntomas de PMR*				
Duración, mediana (RIC), semanas	8 (4-20)	8 (8-10)	8 (4-16)	0.70
Rigidez matutna	3(60%)	10(66.7%)	18(65.2%)	0.78
Dolor cintura escapular	5(100%)	15(100%)	28(96.6%)	0.70
Dolor cintura pélvica	4(80%)	14(93.3%)	26(89.7%)	0.69
Artralgias/artritis	3(60%)	10(66.7%)	18(62.1%)	0.94
Constitucionales	1(20%)	1(6.7%)	2(6.9%)	0.59
ESR [†] al diagnóstico, media \pm DE	88.4 \pm 31.6	48.53 \pm 29	60.1 \pm 28.7	0.837
PCR [‡] al diagnóstico, media \pm DE	64.2 \pm 50.1	19.75 \pm 15.4	30.4 \pm 26.1	0.853
Niveles séricos de IL-6 al diagnóstico, mediana (RIC), pg/ml.	15.3 (6.1-29.2)	13.6 (4.6-25.6)	14.0 (4.8-31.9)	0.93
Remisión libre de corticoides, n (%)	0	2 (13.3%)	4 (13.8%)	1

*PMR: polimialgia reumática, ESR[†]: Eritrosedimentación, PCR[‡]: Proteína C reactiva ultrasensible, IL-6[§]: Interleucina-6

Tabla 1: Características generales.

Predictores	Odds Ratios	IC95%	p
Género Masculino	2.636	0.384 - 19.592	0.317
Edad	1.025	0.881 - 1.189	0.740
PCR elevada basal	0.087	0.004 - 0.677	0.041
Alelo C	0.756	0.082 - 5.204	0.782

Tabla 2: Modelo de regresión logística multivariado. Factores asociados con la remisión libre de corticoides.

nales al basal al año y 5 años. La remisión completa a los 12 meses y 5 años se alcanzó en el 58.7% y el 68% de los pacientes respectivamente. Durante este período 23 pacientes (27.3%) requirieron tratamiento de reinducción, 17 de los cuales (77.3%) lograron una buena respuesta renal a los 5 años. Durante el seguimiento, 7 pacientes presentaron hematuria persistente aislada (sin proteinuria), no recibieron tratamiento de reinducción y tuvieron un buen resultado renal a los cinco años. La curva ROC para evaluar la capacidad discriminativa de una proteinuria ≤ 0.7 al año en relación

nales al basal al año y 5 años. La remisión completa a los 12 meses y 5 años se alcanzó en el 58.7% y el 68% de los pacientes respectivamente. Durante este período 23 pacientes (27.3%) requirieron tratamiento de reinducción, 17 de los cuales (77.3%) lograron una buena respuesta renal a los 5 años. Durante el seguimiento, 7 pacientes presentaron hematuria persistente aislada (sin proteinuria), no recibieron tratamiento de reinducción y tuvieron un buen resultado renal a los cinco años. La curva ROC para evaluar la capacidad discriminativa de una proteinuria ≤ 0.7 al año en relación

nales al basal al año y 5 años. La remisión completa a los 12 meses y 5 años se alcanzó en el 58.7% y el 68% de los pacientes respectivamente. Durante este período 23 pacientes (27.3%) requirieron tratamiento de reinducción, 17 de los cuales (77.3%) lograron una buena respuesta renal a los 5 años. Durante el seguimiento, 7 pacientes presentaron hematuria persistente aislada (sin proteinuria), no recibieron tratamiento de reinducción y tuvieron un buen resultado renal a los cinco años. La curva ROC para evaluar la capacidad discriminativa de una proteinuria ≤ 0.7 al año en relación

INTRODUCCIÓN: La polimialgia reumática (PMR) es una enfermedad inflamatoria que afecta a personas ≥ 50 años. Los reactantes de fase aguda (RFA) y la interleucina 6 (IL-6) son biomarcadores asociados con la actividad de la enfermedad. El polimorfismo C/C y el alelo C del promotor del gen de la IL-6 se ha relacionado con niveles persistentemente elevados de IL-6 y con menor probabilidad de alcanzar remisión de la enfermedad.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia del genotipo C/C y el alelo C del promotor del gen de la IL-6 en pacientes con PMR, y evaluar la asociación de este genotipo y los RFA con la remisión libre de corticoides

MÉTODOS: Se evaluó un total de 76 pacientes de los cuales 49 cumplieron los criterios de inclusión. Se realizó un análisis descriptivo y se obtuvo una muestra de sangre periférica para purificar ADN genómico y realizar la genotipificación del polimorfismo 174 de la IL-6 (rs1800795) mediante la reacción en cadena de la polimerasa usando la tecnología de discriminación alélica TaqMan. Se evaluaron RFA, niveles de IL-6 al diagnóstico y en su seguimiento. Para evaluar los factores asociados con la remisión libre de corticoides se construyó un modelo de regresión logística multivariado, considerando una $p < 0.05$ como estadísticamente significativa.

RESULTADOS: La prevalencia del genotipo C/C y del alelo C en pacientes con PMR fue de 10.20% y 40.8% respectivamente. Los pacientes con valores de proteína C reactiva (PCR) elevada (más de tres veces el valor de referencia) al diagnóstico tuvieron menor probabilidad de remisión libre de corticoides a los 12 meses de seguimiento (OR 0.087, IC95% 0.004-0.677; $p=0.041$). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el genotipo C/C ($p=0.99$), el alelo C ($p=0.716$) y la remisión de la enfermedad.

CONCLUSIÓN: En nuestra población no se encontró asociación entre el genotipo C/C y la remisión de la enfermedad. Sin embargo, los valores elevados de PCR al diagnóstico pueden ser un factor de riesgo para no alcanzar la remisión libre de corticoides a los 12 meses.

EVENTOS ADVERSOS INMUNOMEDIADOS EN PACIENTES CON CÁNCER Y TRATAMIENTO POR INHIBIDORES DE CHECK POINTS. ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

PALOMINO ROMERO Luis, SCOLNIK Marina, ROSA Javier, SORIANO Enrique, DELTIN Elisabet, SCAGLIONI, Valeria

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Características	n=109
Cantidad de eventos adversos autoinmunes, n (%)	
1	76 (69.7)
2	25 (22.9)
3 o más	8 (7.3)
Grado máximo de severidad del EAI (según CTCAE), n (%)	
1	12 (11.2)
2	65 (60.7)
3	26 (24.3)
4	3 (2.8)
5	1 (0.9)
Tipos de irAEs, n (%)	
Tiroiditis	31 (28.4)
Artritis/artralgias	15 (13.8)
Eccema o vasculitis cutánea	14 (12.8)
Polimialgia reumática	7 (6.4)
Glomerulonefritis	6 (5.5)
Hepatitis	6 (5.5)
Otros	30 (27.6)
Interrupción de la inmunoterapia por irAEs, n (%)	
No	55 (50.5)
Transitoria	22 (20.2)
Definitiva	32 (29.4)
Requirieron tratamiento por irAEs, n (%)	101 (93.5)
Tipo de tratamiento, n (%) (n=101)	
Corticoides vía oral	54 (53.5)
Reemplazo hormonal (T4)	22 (21.8)
Corticoides tópicos	13 (12.9)
DMARDs o Inmunosupresores	2 (2.0)
Biológicos	1 (1.0)
Otros	9 (8.8)
Pacientes con irAEs reumatológicos* (n=35)	
Evaluación por reumatología, n (%)	25 (71.4)
Cumplen criterios de enfermedad reumatológica, n (%)	15 (42.9)

*Incluye: artritis, polimialgia reumática, esclerosis sistémica, fenómeno Raynaud severo, sarcoidosis, miositis, fascitis eosinofílica y artritis psoriásica.

Tabla: Características de los pacientes con irAEs.

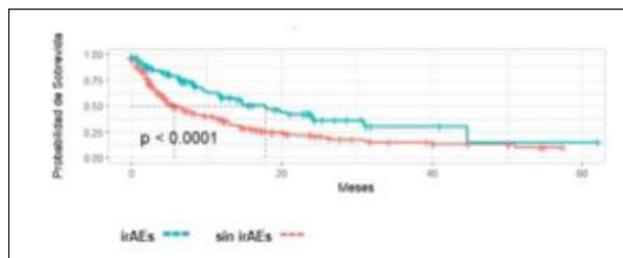


Figura: Sobrevida libre de progresión.

CONCLUSIÓN: Los irAEs en nuestra cohorte fueron principalmente endocrinológicos, articulares y cutáneos. Un tercio fueron considerados musculoesqueléticos o reumatológicos. En el análisis multivariado, el sexo masculino y el uso de quimioterapia asociado a inmunoterapia fueron factores protectores, mientras que tener una enfermedad autoinmune previa y recibir ipilimumab solo o combinado con nivolumab se asoció a mayor probabilidad de irAEs.

INTRODUCCIÓN: La introducción de los agentes biológicos que tienen como blanco los “check points” inmunológicos, es uno de los mayores avances en el campo de la Oncología. Actualmente hay seis drogas aprobadas para inmunoterapia en Argentina: atezolizumab, avelumab, durvalumab, nivolumab, pembrolizumab e ipilimumab. Estas terapias pueden provocar eventos adversos denominados inmunomediados relacionados con una mayor activación/sobreactivación del sistema inmune, generando un nuevo espectro de manifestaciones clínicas, denominado irAEs (del inglés “immune-related adverse events”).

OBJETIVO: Describir los eventos adversos inmunomediados en una cohorte de pacientes con cáncer en tratamiento con inmunoterapia, el tipo de compromiso y grado de severidad, e identificar probables factores predictivos para el desarrollo de irAEs.

MÉTODOS: Estudio observacional y retrospectivo. Se evaluaron los registros de la historia clínica electrónica de todos los pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de cáncer y recibieron inmunoterapia entre el 1/1/2015 hasta el 31/12/2021.

RESULTADOS: Se incluyó un total de 396 pacientes, con una edad media de 63.2 años (DE 12.5) y una mediana de seguimiento de 4 años (RIC 1.7-9.4). La incidencia de eventos inmunomediados fue de 37.1/100 pacientes/año. Hubo 109 (27.5%) pacientes con irAEs. En la Tabla se describen las características basales de los pacientes con irAEs. Los irAEs más frecuentes fueron tiroiditis (28.4%), artritis (13.8%) y eccema o vasculitis cutánea (12.8%). La mayoría de los eventos fueron clasificados como grado II (60.7%). Casi la mitad tuvieron que suspender la inmunoterapia, 20.2% de manera temporal y 29.4% de manera definitiva. Hubo 35 pacientes con eventos reumatológicos, de los cuales 25 (71.4%) tuvieron alguna evaluación por un especialista en Reumatología y 42.9% cumplieron criterios clasificatorios para alguna patología. Los pacientes que recibieron quimioterapia convencional previa o concomitante a la inmunoterapia presentaron en forma significativa menor frecuencia de irAEs (38 [34.9%] vs 157 [54%], p 0.001). Por otro lado, aquellos que presentaron eventos inmunomediados tuvieron menor progresión de la enfermedad oncológica de acuerdo con criterios RECIST (45 [44.1%] vs 176 [66.7%], p <0.001). En el análisis multivariado de regresión logística con relación a los irAEs, el sexo masculino (OR 0.55, IC 95% 0.34-0.88; p 0.01) y el uso de quimioterapia previa o concomitante con la inmunoterapia (OR 0.55, IC 95% 0.33-0.91; p 0.02) fueron factores protectores, mientras que tener una enfermedad autoinmune previa (OR 4.13, IC 95% 1.25-14.12; p 0.01) o recibir ipilimumab solo (OR 11.22, IC 95% 3.90-35.28; p 0.01) o en combinación con nivolumab (OR 2.6, IC 95% 1.23-6.04; p <0.001) se asociaron con una mayor probabilidad de irAEs. En la curva de Kaplan-Meier la probabilidad de supervivencia libre de progresión de la enfermedad oncológica fue mayor entre los pacientes que presentaron irAEs (Figura).

MANIFESTACIONES HEMATOLÓGICAS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN

PUCCI Paula¹, ASNAL Cecilia¹, AMITRANO Cristina¹, CROW Catherine¹, SECCO Anastasia², CATALAN PELLET Antonio², SALVATIERRA Gabriela³, ZALLES LAZARTE Sinda⁴, JUÁREZ Vicente⁵, RAITI Laura⁶, BEJARANO Vanesa², PAPASIDERO Silvia⁷, ALASCIO Lucia⁷, CAEIRO Francisco⁸, SAURIT Verónica⁸, BAENAS Diego⁸, CRUZAT Vanesa⁶, LIDA Santiago⁹, DUARTES NOE Damián⁴, DEGIOANNI Lucía⁸, ROLLANO PERASSO Alejandra⁴, GÓMEZ Andrea⁴, GOBBI Carla Andrea¹⁰

¹HOSPITAL ALEMÁN, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, ²HOSPITAL RIVADAVIA, ³REUMATOLOGÍA INTEGRAL, ⁴HOSPITAL BRITÁNICO, ⁵HOSPITAL DEL MILAGROS, ⁶CLÍNICA BESSONE, ⁷HOSPITAL TORNÚ, ⁸HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA, ⁹OMI, ¹⁰HOSPITAL CÓRDOBA, ¹¹CONSULTORIO PRIVADO

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Sjögren (SSp) puede estar asociado a manifestaciones sistémicas, el dominio hematológico en un tercio de los pacientes. Este estudio tiene como objetivo analizar este dominio en una base de datos de pacientes con SSp.

OBJETIVO: evaluar la frecuencia de manifestaciones hematológicas en pacientes con SSp de la base de datos y factores de riesgo asociados.

MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Se analizaron datos de pacientes con diagnóstico de SSp (criterios americano-europeos 2002/ACR-EULAR 2016), incluidos en la base de datos GESSAR. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, y se excluyeron aquellos con datos incompletos o inconsistentes que pudieran alterar los resultados. Los datos fueron volcados en planilla de Excel y analizados con Stata versión 14. Los datos se analizaron mediante un modelo de regresión logística múltiple, incluyendo las variables de interés científico y aquellas estadísticamente significativas en base al modelo univariado. Se generó una variable dependiente (*outcome*) en base a los registros, que define compromiso hematológico (citopenias anemia, neutropenia y trombopenia) con resultados: 0=negativo, o 1=positivo (alteración de serie roja, blanca, y/o plaquetas).

RESULTADOS: Se incluyeron 650 pacientes; edad promedio de 54 años, edad promedio al diagnóstico de la enfermedad de 49, 95.4% femeninos. Dentro de las manifestaciones asociadas a SSp: 92.5% (603) presentaron xeroftalmia, 87% xerostomía, 50% xerodermia y 33% xerovagina, 65.8% artralgias, 27.5% tumefacción parotídea, 25% fatiga, 156 pacientes (24%) presentaron manifestaciones hematológicas (14% alteración de serie roja, 12.4% alteración de serie blanca y 2.7% alteración de plaquetas). Se encontró asociación significativa entre la presencia de compromiso hematológico y alteración de gammaglobulinas, positividad del FAN, SS-A, SS-B, tumefacción parotídea, xerostomía y púrpura. En el modelo multivariado se observó asociación estadísticamente significativa e independiente con alteraciones de gammaglobulinas (OR 2, IC 95% 1.3 a 3.1; p=0.000) ajustado por la condición de tener SS-B positivo (OR 1.76 p=0.000, IC 95% de 1.18 a 2.65) y la presencia de púrpura (OR 2.52 IC 95% 1.3 a 4.8; p=0.006).

CONCLUSIÓN: El dominio hematológico se encuentra entre las manifestaciones extraglandulares más frecuente. La presencia de aumento de gammaglobulinas, SS-B y púrpura aumentan la probabilidad de su presencia.

0305

PREVALENCIA DE LITIASIS RENAL EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL: SU ASOCIACIÓN CON VARIABLES DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y PARÁMETROS METABÓLICOS

SCHNEEBERGER Emilce, GIORGIS Pamela, GOLDENBERG Julieta, BRAVO Andrea, ROLDÁN Brian, EZQUER Alejandro, ROSEMFEEET Marcos, CITERA Gustavo
SECCIÓN REUMATOLOGÍA, INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (IREP)

INTRODUCCIÓN: Nuestro grupo reportó tempranamente una alta frecuencia de litiasis renal (LR) en pacientes con espondiloartritis axial (EspAax). Si bien hay varias teorías, se desconoce su fisiopatogenia.

OBJETIVO: Evaluar la prevalencia de LR en pacientes con EspAax e identificar las variables asociadas a la misma.

MÉTODOS: Estudio de corte transversal, en pacientes consecutivos ≥ 18 años con EspAax según criterios ASAS 2009 y/o NYM 1984. Se consignaron variables sociodemográficas, comorbilidades, características de la enfermedad, tiempo de evolución de la enfermedad y tratamiento. Se realizaron cuestionarios de la actividad de la enfermedad (BASDAI), capacidad funcional (BASFI) y calidad de vida (ASQoL). Laboratorio completo (8 h de ayuno): rutina convencional, reactantes de fase aguda (ERS, PCR), ácido úrico, PTH intacta, 25(OH) vitamina D3, calcio, calcio iónico, fosfato e ionograma en sangre y calcio, fosfato, ácido úrico, oxalato, citrato, magnesio, sodio, ácido úrico en muestra de orina de 24 h e índices deoxipiridinolina y calcio/creatinina. PH y sedimento urinario. Radiografía simple de árbol urinario (Rx) y ecografía renal (US). Se calculó índice SASDAS-ERS. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Análisis uni y multivariado.

RESULTADOS: 68 pacientes, edad media de 47.5 años (DS 11.9), 80.9% varones, tiempo promedio de evolución de 17.9 años (DS 11.1). EspAax no radiográfica 10 pacientes (14.7%). Un total de 15/68 (22.1%) pacientes tenían LR (8 por US, 2 por Rx y 5 por ambas). La presencia de LR se asoció significativamente a la presencia de: hipernatruiria (≥ 220 meq/l) [40% vs 8.2%, p=0.008] e hipocitraturia (≤ 350 mg/día) [33% vs 10.4%, p=0.04]. Los pacientes con LR presentaron una tendencia de mayor frecuencia de hipomagnesuria (≤ 70 mg/día) [40% vs 27.1%, p=NS]. También presentaban mayor IMC [30.4 DS 5.3 vs 26.9 DS 5.9, p=0.04] y más frecuentemente obesidad [60% vs 22.2%, p= 0.03] e hipertensión arterial [53.3% vs 25%, p= NS]. En el análisis multivariado, la obesidad fue la única variable que se mantuvo significativamente asociada a la presencia de LR [OR: 5.16 (IC95% 1.24-18.66)].

CONCLUSIÓN: Nuestro estudio confirma una alta prevalencia de LR en pacientes con EspAax. La presencia de hipernatruiria, hipocitraturia y obesidad se asociaron a este desorden.

0318

RESULTADOS DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2 EN PACIENTES CON VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA. DATOS DEL REGISTRO NACIONAL SAR-COVID

BRIGANTE Alejandro¹, ISNARDI Carolina¹, EMILI Daiana¹, SAURIT Verónica², TISSERA Yahana², DA ANGELO María Eugenia², PETKOVIC Ingrid², PISONI Cecilia², QUINTANA Rosana¹, BÁEZ Roberto Miguel², ORNELLA Sofía², CASTRO COELLO Vanessa², PERA Mariana², HAYE SALINAS María², PEREIRA Dora², BERBOTTO Guillermo², ALONSO Carla Gimena², GOBBI Carla Andrea², REYES Álvaro Andrés¹, ALBA Paula², VELOZO Edson², GAMBA María Julieta², TANTEN Romina², SEVERINA María de los Ángeles², ZELAYA Marcos David², ALLE Gelsomina², COGO Karina², NIETO Romina², ASNAL Cecilia², ALBIERO Juan Alejandro², COSATI Micaela², VILLAFANE Jaime², MALDONADO, Federico², PONS-ESTEL Guillermo¹

¹UNISAR, ²INVESTIGADOR DE SARS-COVID

INTRODUCCIÓN: Las vasculitis asociadas a ANCA presentan características que las diferencian de otras vasculitis. Existe evidencia de que la infección por (SARS-CoV-2) puede desencadenar la presentación o exacerbación de enfermedades autoinmunes, e impactar de manera diferente en pacientes con diferentes enfermedades de base y distintas comorbilidades.

OBJETIVO: Describir las características clínicas y principales desenlaces de una población de vasculitis sistémicas luego de la infección por COVID-19.

MÉTODOS: Estudio observacional, multicéntrico, de corte transversal. Pacientes mayores de 18 con diagnóstico de vasculitis sistémicas incluidos en el registro SAR-COVID. Se evaluaron los pacientes de julio de 2020 hasta febrero de 2022. Se compararon pacientes con diagnóstico de vasculitis ANCA asociadas (VAA), otras vasculitis sistémicas (arteritis de células gigantes, enfermedad de Behçet, Takayasu) y un grupo control compuesto por pacientes con otras enfermedades reumatológicas. Se estudió la curva de sobrevida por Kaplan-Meier y comparación entre ellas con Log-Rank Test. Se realizó un modelo de regresión de Cox para ajustar la sobrevida por distintas variables.

RESULTADOS: Se incluyeron 282 pacientes de un total de 2694, 57.4% mujeres, edad media de 55.7 años (DE 14.1). Se estudiaron 54 pacientes en el grupo VAA, 32 en el grupo otras vasculitis y 196 controles. Etnia caucásica 50.7%, mestiza 39.7% y otras etnias 9.6%. El diagnóstico de COVID-19 se

realizó por PCR en el 81.2% de los casos. Los controles presentaban tratamiento con corticoides previo al inicio de los síntomas en el 30.1% de los casos, mientras que 64.8% y 68.8% en el grupo VAA y otras vasculitis respectivamente ($p < 0.001$). Requieron hospitalización 53.7% en el grupo VAA, 37.5% en otras vasculitis y 26.2% en el grupo control. Presentaron síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) 5.6% pacientes en el grupo control, 15.6% en el grupo otras vasculitis y 22.2% en el grupo VAA ($p < 0.001$) con requerimiento de ventilación mecánica invasiva en el 13% del grupo control, 33.3% del grupo otras vasculitis y en 57% de los pacientes en el grupo VAA ($p < 0.001$). Se observó recuperación total en 82.3% pacientes del grupo control, 75% en el grupo otras vasculitis y 63% en el grupo VAA. Encontramos que 5.7% de los pacientes en el grupo control fallecieron por COVID-19, 9.4% en otras vasculitis y 27.8% en el grupo VAA ($p < 0.001$). Hallamos una menor sobrevida en el grupo VAA comparada con el grupo control ($p < 0.005$). En el modelo multivariado de regresión de Cox pudimos observar que mayor edad (HR:1,05 IC95%1.01-1.09; $p = 0,01$), tratamiento con dexametasona (HR: 5,6 IC95% 2.3-3.4; $p < 0.005$), IMC > 40 (HR:13,2 IC95% 2.1-83.2; $p = 0,01$) y alta actividad de la enfermedad de base (HR:16 IC95% 3.7-69.4; $p < 0.005$) se asociaron con menor sobrevida.

CONCLUSIÓN: Los pacientes con diagnóstico de VAA presentaron una peor evolución de la enfermedad causada por SARS-CoV-2, con mayor requerimiento de ventilación mecánica invasiva. Asimismo, estos pacientes presentaron una mayor mortalidad con una menor sobrevida comparado con otras enfermedades autoinmunes.

0320

ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO E HIPERTENSIÓN PULMONAR. "CUANDO EL TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO IMPACTA EN EL PRONÓSTICO"

MOLINA María Josefina¹, CARRIZO ABARZA Virginia¹, VILLALOBOS Fernando Manuel¹, VANEGAS RODRÍGUEZ Tomás Leonardo², COSTAS MARTIGNAGO Pablo Alcantara³, VARGAS Paul³, SILVA CROOME Nicolás Maximiliano⁴, SORASIO Guillermina², CARUSO Nicolás², NITSCHKE Alejandro⁵, LESCANO Adrián José³

¹CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, ²CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES, SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, ³SANATORIO DE LA TRINIDAD QUILMES Y CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES, SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, ⁴SANATORIO DE LA TRINIDAD QUILMES, ⁵CONSULTORIOS MÉDICOS PUEYRREDÓN

Variables evaluadas	HAP-ETC (Grupo A) n=54	HAP-No ETC (Grupo B) n=147	p=
Edad media en años	53 ± 13	58.9 ± 14	0.03
Sexo Masculino, %	9	23	0.01
Insuficiencia cardíaca, %	49	64	0.051
CF III/IV, %	37	48	0.1
PAD, mmHg	8.3 ± 0.6	10 ± 0.4	0.046
RVP, UW	7.2 ± 0.6	8.5 ± 0.5	0.188
PAPM, mmHg	39.9 ± 1.9	45.8 ± 1.4	0.02
IC, l/min/m ²	2.7 ± 0.1	2.7 ± 0.06	0.995
TC6M, mts	371 ± 21	351 ± 14	0.47
CAF VD, %	31.8	27.9	0.02
Bajo Riesgo estratificado, %	36	19	0.03
Tratamientos específicos			
IPDE5, %	28	29.4	0.9
IRE, %	63.4	65.9	0.7
PCI, %	28.8	29.4	0.9

Tabla: Diferencias entre las variables evaluadas en ambos grupos de pacientes con HAP.

t, chi-cuadrado, Fisher o Wilcoxon según las variables continuas o categóricas y la normalidad de la muestra. Se adjudicó significancia estadística a un valor $p < 0.05$.

RESULTADOS: De los 201 pacientes con HAP grupo 1, 54 (27%) fueron HAP-ETC y 147 (73%) HAP-No ETC. La población global presentó: edad media de 61 ± 17 años, mujeres 67%, historia de insuficiencia cardíaca 60%, perfil hemodinámico: PAD 9.6 ± 4.8 mmHg, PAPM 42.5 ± 15 mmHg, RVP 7.4 ± 5 UW e IC 2.7 ± 0.7 l/min/m²; TC6M 356 ± 12.2 mts. Estratificación de riesgo de la población global: bajo 22%, intermedio 52% y alto 26%. Tratamiento: IPDE-5 96.8%, IRE 65.3%, PCI 26.2%. De los 54 pacientes con HAP-ETC el 72% presentaron diagnóstico de ES, 11% LES, 9.2% AR, 3.9% EMTC y 3.9% síndrome de Sjögren. La Tabla muestra las diferencias entre las variables evaluadas en ambos grupos de pacientes con HAP.

CONCLUSIÓN: Nuestros pacientes con HAP-ETC fueron con mayor frecuencia mujeres, más jóvenes, con mejor perfil hemodinámico, mejor función del ventrículo derecho y mayor bajo riesgo estratificado basal. Los parámetros clínicos, funcionales y tratamientos farmacológicos no tuvieron diferencias significativas. En HAP-ETC, el mejor perfil hemodinámico observado podría deberse a una eficaz estrategia multidisciplinaria de *screening* sistemático en el diagnóstico y tratamiento.

INTRODUCCIÓN: La hipertensión pulmonar (HP) es una entidad clínica multifactorial caracterizada por elevada morbilidad que requiere de un enfoque multidisciplinario. Los pacientes con enfermedades del tejido conectivo (ETC) representan uno de los subgrupos de HP con mayor prevalencia, pronóstico diferente y escasa información en Latinoamérica. Las ETC en general y la esclerosis sistémica (ES) en particular constituyen un fenotipo único y de mal pronóstico para el desarrollo de hipertensión arterial pulmonar (HAP).

OBJETIVO: Determinar y comparar las características demográficas, clínicas, hemodinámicas, la estratificación de riesgo y los tratamientos en nuestra población de pacientes con diagnóstico de HAP-ETC vs. HAP-No ETC.

MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, consecutivo, de corte transversal y multicéntrico. Se incluyeron 201 pacientes con diagnóstico confirmado de HAP, grupo 1 (presión media de arteria pulmonar [PAPM] > 20 mmHg, resistencia vascular pulmonar [RVP] ≥ 2 UW y presión wedge [PW] < 15 mmHg). Se clasificó a los pacientes con HAP con (Grupo A) y sin (Grupo B) ETC. Se evaluaron las características demográficas, clínicas: insuficiencia cardíaca, clase funcional; test de caminata de 6 minutos (TC6M), ecocardiográficas: función sistólica del VD, cambio del área fraccional (CAF) del VD en %, hemodinámicas: presión de aurícula derecha (PAD), PmAP, RVP, PW e índice cardíaco (IC); estratificación de riesgo (*score* de guías europeas) y conductas terapéuticas: inhibidores de fosfodiesterasa-5 (IPDE-5), inhibidores del receptor de endotelina (IRE) y prostaciclina (PCI) durante 6 meses a partir del cateterismo cardíaco derecho. Análisis estadístico: las variables se expresaron en media o mediana, con los desvíos standard o rangos intercuartílicos. Se aplicó test de

ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA DE INHIBIDORES JAK/STAT EN ARTRITIS REUMATOIDEA Y ARTRITIS PSORIÁSICA EN EL REGISTRO BIOBADASAR 3.0

BRIGANTE Alejandro¹, CITERA Gustavo², ISNARDI Carolina¹, HAYE SALINAS María¹, GAMBA María Julieta², PEON Claudia², VELOZO Edson², BERBOTTO Guillermo², DE LA SOTA Mercedes², EXENI Ida Elena², CHIARVETTO Victoria², GÓMEZ Graciela², YUCRA Demelza², SAURIT Verónica², CATAY Erika Roxana², MEDINA Gustavo², KIRMAYR Karin², DOMÍNGUEZ LEIVA Patricia Belén², GUAGLIANONE Débora², LARROUDE María², SECCO Anastasia², ASTE Nora², PONS-ESTEL Bernardo², BOVEA Gladys², RODRÍGUEZ Graciela², GARCÍA Mercedes², DE LA TORRE María Laura², ASTESANA Pablo², STRUSBERG Ingrid², CAVILLÓN Emilia², SAVIO Verónica², ÁLVAREZ Analía Patricia², CASADO Gustavo², LÁZARO María Alicia², KERZBERG Osvaldo², PETKOVIC Ingrid², GALLARDO María de los Ángeles², DE LA VEGA María Celina², PONS-ESTEL Guillermo¹

¹UNISAR, ²INVESTIGADOR DE BIOBADASAR

INTRODUCCIÓN: Los inhibidores de JAK/STAT (JAKi) demostraron su eficacia en el control de la inflamación y la progresión de la enfermedad. Es fundamental evaluar la eficacia y seguridad de estos agentes en la vida real. La supervivencia del fármaco es una medida indirecta de la eficacia de los tratamientos. El Registro BIOBADASAR es una fuente de información sobre pacientes con AR y APs con tratamiento biológico en un escenario clínico de la vida real.

OBJETIVO: analizar la sobrevida de los inhibidores de la vía JAK/STAT en pacientes con AR y APs, utilizando los datos longitudinales del Registro BIOBADASAR 3.0

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 marzo de 2023. Se extrajeron datos de pacientes en tratamiento con anti-TNF alfa e inhibidores de JAK. Se registró el antecedente de comorbilidades específicas y la aparición de EA. Se evaluó la sobrevida por curvas de Kaplan Meier y estas se compararon por Log Rank Test.

RESULTADOS: Se estudiaron 2674 (90%) con AR y 301 (10%) con APs. Edad mediana de 55.0 [RIC:18.3], mujeres 2457 (82.6%). Los pacientes presentaban 37.8 años de evolución de la enfermedad [RIC:61.6]. Los pacientes con AR 2120 (79%) recibían un anti-TNFa, 457 (17%) tofacitinib, 71 (23%) tofacitinib-genérico y 26 (1%) baricitinib. Los pacientes con APs 275 (91.3%) recibían un anti-TNFa, 20 (6.7%) tofacitinib, 4 (1.3%) tofacitinib-genérico y 2 (0.7%) baricitinib. Se observaron glucocorticoides asociados al tratamiento en 1182 (39.7%) pacientes, mientras que 793 (60.3%) no presentaban corticoides orales asociados, sin diferencias entre los grupos. Se observaron 924 eventos infecciosos totales, 771 (32.2%) en el grupo anti-TNFa, 10 (35.7%) en el grupo baricitinib, 130 (27.3%) en el grupo tofacitinib y 13 (17.3%) en el grupo tofacitinib genérico (p=0.009). La frecuencia global de cáncer excluyendo melanoma fue de 49 (2.1%) pacientes en el grupo anti-TNFa, 6 (2.6%) en el grupo JAKi y de 52 (2.4%) en el grupo control (p=0.3). La mediana de sobrevida de tratamiento (en meses) con anti-TNFa fue de 40.8 [RIC:64.8], para tofacitinib 38.6 [RIC:45.4] y para baricitinib 27 [RIC:25.5] (p=0.013). Las variables asociadas a reducción en la sobrevida fueron el tiempo de evolución de la enfermedad HR:1.004 (IC 95%: 1.002-1.006, [p<.001]), el tratamiento con corticoides orales HR:1.278 (IC 95%:1.078-1.515, [p=0.005]) y Tofacitinib genérico vs anti-TNFa HR:0.495 (IC95%:0.269-0.912, [p=0.024]).

CONCLUSIÓN: La sobrevida de los JAKi es inferior a la de los anti-TNFa, probablemente debido a la menor frecuencia de utilización de los JAKi con respecto a los anti-TNFa y menor cantidad de eventos. Observamos una mayor frecuencia de eventos adversos en el grupo anti-TNFa similar a la observada en otros registros similares. Son necesarios estudios con una frecuencia de utilización de los JAKi más balanceada y ajustada por variables que en este estudio mostraron influir en la sobrevida. Los resultados contribuirán a optimizar el uso de estas drogas, ofreciendo así una perspectiva más sólida sobre su efectividad y seguridad en el mundo real.

¿ES POSIBLE CUANTIFICAR EL EDEMA ÓSEO EN RESONANCIA MAGNÉTICA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL?

GARCÍA CICCARELLI Agustín¹, CAMUS Walter²

¹HOSPITAL EL CARMEN, ²FUESMEN

INTRODUCCIÓN: La utilización de la resonancia magnética (RM) para la búsqueda de edema de médula ósea (EMO) en las articulaciones sacroilíacas (SI) ha favorecido el diagnóstico temprano de pacientes con espondiloartritis axial (EspAax). Actualmente se utilizan distintas secuencias, tales como *T2-Mapping* (T2m) y *Fat-Fraction* (FF), que brindan parámetros cuantificables de edema en otras regiones anatómicas que se han comenzado a utilizar en el seguimiento y posible respuesta al tratamiento de diversas patologías. Consideramos que aún no es clara la utilización de estas técnicas en la evaluación del EMO de articulaciones SI en pacientes con EspAax.

OBJETIVO: Cuantificar el edema de médula ósea en pacientes con diagnóstico de EspAax en diferentes secuencias mediante los valores de T2m obtenidos de una secuencia Spin-Echo y de FF a partir de la secuencia dPDFF, y a su vez, definir su desempeño en la caracterización de edema de médula ósea en EspAax.

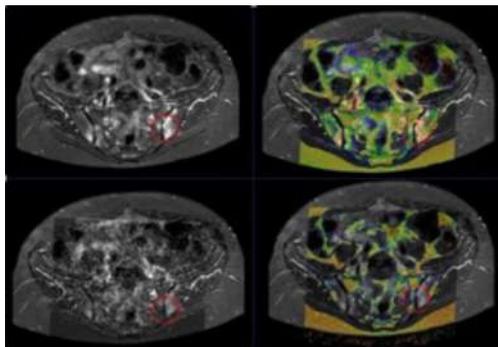


Imagen.

MÉTODOS: Estudio de tipo analítico, experimental, utilizando un método de segmentación por *threshold*. Se incluyeron de manera consecutiva pacientes con diagnóstico de EspAax, según criterios ASAS, mayores de 18 años, de la región de Cuyo. Las imágenes se adquirieron en un sistema de RM Philips Healthcare 1.5 Teslas R.10. El protocolo inició con un estudio orientado a sacroilíacas con secuencias T1 y STIR. Posteriormente se adquirieron la T2m y dPDFF. Dos radiólogos expertos delimitaron volúmenes de interés (VOIs) correspondiente a EMO y a tejido normal (TN). Se utilizó el *software* SPSS (IBM, v25) para realizar los T-Test en los datos recolectados y se obtuvieron curvas ROC para T2m y FF con sus valores de corte correspondientes. Se utilizó un nivel de significancia de 0.05 para los valores de p. Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética Institucional. **RESULTADOS:** Se realizaron resonancias magnéticas a 81 pacientes con edad promedio de 45 años (DS 6). Todas las lesiones fueron identificadas visualmente con los mapas paramétricos T2m y FF. Los valores p (significancia de 0.05), producto de la comparación entre los VOIs con EMO y TN, fueron de 9.55×10^{-5} para T2m, de 0.463

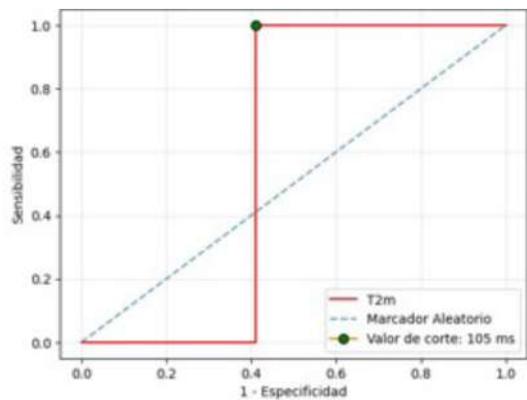


Figura: Curva ROC T2M.

para FF y de 0.227 para el ADC. Al ser estadísticamente significativos, a través del criterio de la mínima distancia, se determinó un tiempo de relajación T2m de 105 ms como valor de corte.

CONCLUSIÓN: Se ha podido cuantificar el EMO en las articulaciones SI de pacientes con EspAax mediante los mapas paramétricos T2m y FF. Los análisis t-test muestran una diferencia estadísticamente significativa entre los edemas de médula ósea (EMO) y el tejido normal (TN) en el caso del T2m, pudiendo ser un posible biomarcador diferenciador en pacientes con EspAax.

Posters destacados

0108

REMISIÓN O BAJA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD SOSTENIDA POR UN AÑO: ¿OBJETIVOS ALCANZABLES EN PACIENTES ARGENTINOS CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL?

MARTIRE María Victoria¹, **BENEGAS** Mariana², **VILA** Diego³, **MALDONADO FICCO** Hernán⁴, **MARCÉ** Aixa⁵, **GAMBA** Julieta⁶, **MORBIDUCCI** Julieta⁵, **COSATI** Micaela⁷, **PENDÓN** Gisela⁸, **FLORES TREJO** Javier Federico⁹, **FERREYRA GARROTT** Leandro¹⁰, **CASALLA** Luciana¹¹, **ISNARDI** Carolina¹², **BETANCUR** Graciela¹³, **PEREIRA** Dora¹⁴, **SERRANO** Eliana², **GÁLVEZ ELKIN** María Soledad¹⁵, **AIROLDI** Carla¹⁶

¹HOSPITAL SAN ROQUE DE GONNET, ²SANATORIO MÉNDEZ, ³HOSPITAL VIRGEN DEL CARMEN, ⁴HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA, ⁵HOSPITAL RIVADAVIA, ⁶HOSPITAL POSADAS, ⁷CEMIC, ⁸HOSPITAL GUTIÉRREZ, ⁹HOSPITAL TORNÚ, ¹⁰HIBA, ¹¹CENTRO MÉDICO GENEVA, ¹²CENTRO TRAUMATOLÓGICO BARILOCHE, ¹³HOSPITAL EL CRUCE, ¹⁴RAQUIS, ¹⁵INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA, ¹⁶HOSPITAL PROVINCIAL

INTRODUCCIÓN: Las diferentes guías de tratamiento recomiendan lograr el estado de baja actividad o remisión en pacientes con espondiloartritis axial (EspAax). Sin embargo, aún se desconoce si esto es factible en la práctica clínica y los factores relacionados a alcanzar este estado de manera sostenida.

Variables	Total N=122	RS/LDA N=93	No alcanzó RS/LDA N=29	p
Sexo masculino n (%)	93 (76.2)	55 (59)	11 (38)	0.045
Edad mediana media (DE)	46.45 (15)	48 (15)	40 (13)	0.016
Nivel de educación mediana (RIC)	14 (5)	14 (3.5)	12 (4)	0.05
Tiempo de evolución de la enfermedad (meses) mediana (RIC)	24 (94)	66 (110)	36 (107)	0.021
Demora diagnóstica (meses) mediana (RIC)	24 (RIC 94)	24 (112)	24 (56)	0.45
Vive solo n (%)	25 (20.5)	19 (20.4)	6 (21)	0.97
Cobertura de salud n (%)				
I. Público	18 (15)	12 (13)	6 (21)	0.57
II. Prepaga	30 (25)	23 (25)	7 (24)	
III. Obra social	74 (60)	58 (62)	16 (55)	
IMC mediana (RIC)	26 (6)	24.8 (5)	26 (6)	0.72
Tabaquismo actual n (%)	9 (7.4)	6 (6.5)	3 (10)	0.48
ERS mm 1 era hs m (DE)	22 (23)	20 (21)	30 (28)	0.04
PCR (mg/l)	0.6 (2)	0.5 (2)	0.9 (3)	0.09
HLA-B27 Positivo n (%)	55/109 (50.5)	39/84 (46.4)	16/25 (64)	0.17
Edema por resonancia magnética según criterios ASAS n (%)	95 (84)	76 (90.5)	19 (65.5)	0.003
Cambios estructurales (erosiones/esclerosis/degeneración grasa/anquilosis/brotos) n (%)	90 (76)	71 (80)	19 (65.5)	0.13
BASDAI basal media (DE)	3 (2.6)	2.3 (2)	6 (2)	<0.001
ASDAS-ers basal media (DE)	2.36 (1.3)	1.9 (1)	3.56 (1.2)	<0.001
ASDAS-PCR basal media (DE)	2.43 (1.5)	1.94 (1.9)	3.85 (1.3)	<0.001
EspAax radiográfica n (%)	85 (70)	67 (72)	18 (62)	0.23
Depresión n (%)	14 (11.5)	11 (12)	3 (10)	0.56
Ansiedad n (%)	23 (19)	18 (19)	5 (17)	0.51
Fibromialgia n (%)	14 (11.5)	7 (7.5)	7 (24)	0.02

Tabla 1: Características de los pacientes incluidos y diferencias entre pacientes que lograron RS/LDAS vs aquellos que nunca lo lograron.

Variables	p	OR	IC 95%95%	
			Límite inferior	Límite superior
Género masculino	0.985	0.985	0.206	4.698
Tiempo de evolución	0.243	1.007	0.995	1.020
Edad	0.283	1.032	0.974	1.093
Edema en RM según criterios ASAS	0.091	5.912	0.755	46.272
ASDAS-ers	0.005	0.401	0.213	0.754

Tabla 2: Análisis de regresión logística utilizando como variable dependiente RS/LDAS.

OBJETIVO: Determinar la frecuencia de remisión sostenida (RS) o baja actividad de la enfermedad sostenida (LDAS) por al menos un año en pacientes con EspAax, y analizar los factores asociados.

MÉTODOS: Estudio multicéntrico, observacional, analítico, de cohorte retrospectivo.

RESULTADOS: Se incluyeron 122 pacientes, de los cuales el 54% eran hombres, con una edad promedio de 46.45 (DE 15), nivel de educación (medido en años) 14 (RIC 5), tiempo de evolución de la enfermedad 56 (RIC 96) meses y demora diagnóstica 24 (RIC 94) meses. El 96% de los pacientes estaba bajo tratamiento con bDMARD. El 45% (n=55) logró la RS, el 31% (n=38) LDA y un 24% (n=29) nunca alcanzó ninguno de esos estados de manera sostenida. De los 93 pacientes que alcanzaron RS/LDAS, solo 26 (28%) optimizaron tratamiento, siendo más frecuente esta estrategia en pacientes con RS (41%) vs LDAS (11%), p:<0.001. La mediana de tiempo en remisión fue de 24 meses (RIC 30). El estado de RS/LDAS se mantuvo en el 90% de los pacientes. En la Tabla 1 pueden verse las características generales de los pacientes incluidos y las diferencias entre aquellos pacientes que lograron RS/LDAS y los que nunca lo alcanzaron. En el análisis de regresión logística la menor actividad basal se asoció de manera independiente a alcanzar RS/LDAS (Tabla 2).

CONCLUSIÓN: En esta cohorte de pacientes argentinos con EspAax, la RS/LDAS fue un objetivo alcanzable en casi 3 de cada 4 pacientes. La mayor actividad de la enfermedad basal se asoció a menos posibilidades de alcanzar estas metas. Conocer estas características puede mejorar la toma de decisiones terapéuticas en la práctica diaria.

IMPACTO DEL USO DE METOTREXATO SOBRE LA INMUNOGENICIDAD DE LAS VACUNAS PARA COVID-19 EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

ISNARDI Carolina¹, SCHNEEBERGER Emilce², LANDI Margarita³, CRUCES Leonel⁴, CALLE Claudia³, ALFARO María Agustina², ROLDÁN Brian², GÓMEZ VARA Andrea², GIORGIS Pamela², EZQUER Alejandro², CRESPO ROCHA María², REYES GÓMEZ Camila², CORREA María de los Ángeles², CERDA Osvaldo Luis², ROSEMFET Marcos², CARRIZO ABARZA Virginia², CATALAN PELLET Santiago³, PERANDONES Miguel², REIMUNDES Cecilia³, LONGUEIRA Yesica⁴, TURK Gabriela⁴, QUIROGA María Florencia⁴, LAUFER Natalia⁴, DE LA VEGA María Celina¹, MAID Pablo³, CITERA Gustavo², PONS-ESTEL Guillermo¹

¹UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, ²INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, ³HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL, ⁴CONSEJO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS, INSTITUTO DE INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS

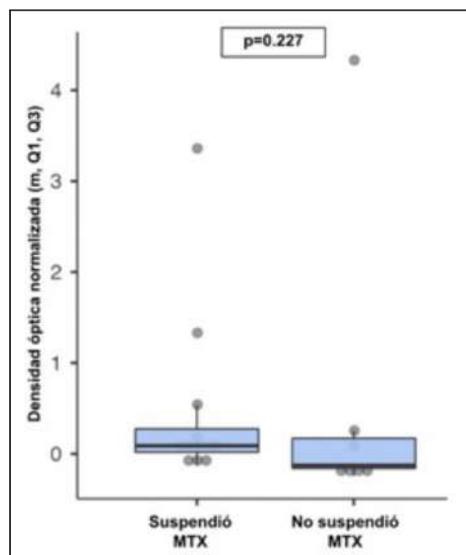


Figura: Diferencias en el valor de absorbancia normalizada luego de la primera dosis de vacuna entre pacientes que suspendieron o no MTX.

INTRODUCCIÓN: El uso de metotrexato (MTX) se ha asociado a menor eficacia de diversas vacunas, incluyendo las de COVID-19. Algunos estudios han demostrado que la suspensión transitoria del mismo podría mejorar estos resultados.

OBJETIVO: Establecer el impacto del uso de MTX sobre el desarrollo de respuesta inmune humoral, su actividad neutralizante y celular específicas anti-SARS-CoV-2 en pacientes con artritis reumatoidea (AR).

MÉTODOS: Subanálisis del registro observacional SAR-CoVAC-RI, que incluyó pacientes ≥ 18 años, con AR que recibieron las 2 primeras dosis de la vacuna para COVID-19. Se seleccionaron aquellos en tratamiento con MTX y se excluyeron a quienes usaban otras drogas modificadoras de la AR. Los anticuerpos anti-SARS-CoV-2 IgG (ELISA-COVIDAR), la actividad neutralizante y la respuesta celular T específica (IFN ELISpot) se evaluaron entre 21 y 40 días después de la primera y segunda dosis.

RESULTADOS: Se incluyeron 19 pacientes del registro SAR-CoVAC-RI. La mayoría era de sexo femenino (78.9%), con edad mediana (m) de 60.8 años (Q1, Q3 43.3, 65.7). Al momento de la vacunación, la dosis de MTX m era 15.0 mg/semana (Q1, Q3 15.0, 20.0) y 7 (36.8%) usaban glucocorticoides (dosis m 5 mg/día, Q1, Q3 3.8, 7.5). Los esquemas de vacunación homólogos fueron los más utilizados. Luego de la primera dosis, 63.2% presentaron IgG anti-SARS-CoV-2, alcanzando el 100% luego de la segunda. El 89.5% presentó actividad neutralizante y 87.5% respuesta celular T específica. La suspensión del MTX al menos 7 días antes y/o después de la aplicación de la 1ª dosis se realizó en 12 pacientes (63.2%). En comparación a quienes no suspendieron MTX, estos pacientes presentaron IgG anti-SARS-CoV-2 con mayor frecuencia (test reactivo 75.0% vs 42.9%; $p=0.326$) y valores más elevados de absorbancia luego de la 1ª dosis (m 0.1, Q1, Q3 0.0, 0.3 vs m -0.1, Q1, Q3 -0.2, 0.2, $p=0.227$) (Figura). En relación a la 2ª dosis, el 68.4% suspendió el tratamiento con MTX al menos 7 días antes y/o después de la misma. La suspensión de MTX en ambas dosis ocurrió en 57.9% de los pacientes. Estos presentaron

valores de absorbancia y títulos de anticuerpos neutralizantes levemente más elevados ($p>0.05$). Se reportaron eventos adversos en 16 (42.1%) de las dosis aplicadas, todos leves o moderados. Los más frecuentes fueron hipersensibilidad local y síndrome pseudogripal.

CONCLUSIÓN: Todos los pacientes con AR tratados con MTX desarrollaron IgG anti-SARS-CoV-2 luego de dos dosis de vacuna, cerca del 90% presentó actividad neutralizante y respuesta celular T específica. Aquellos que suspendieron MTX al momento de la aplicación presentaron numéricamente mejores respuestas.

PREVALENCIA DE EDEMA EXTERNAL EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA CON COMPROMISO AXIAL

RIUS Natalia MARIN Josefina, ROSA Javier, SORIANO Enrique

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

INTRODUCCIÓN: La espondiloartritis (SpA) y la artritis psoriásica (APs) se caracterizan por compromiso de la entesis. La entesitis externa se observa como una imagen hiperintensa en secuencias STIR de resonancia magnética (RM) en el hueso esternal (cuerpo o manubrio). Su prevalencia y asociación con la actividad de la enfermedad y otras lesiones en la RM de pacientes con SpA y APs es desconocida.

OBJETIVO: Determinar y comparar la prevalencia de edema esternal y sinovitis de la articulación esternoclavicular en pacientes con SpA y APs axial. Se evaluó la asociación del edema esternal con la afectación inflamatoria de la columna vertebral (*Canada Denmark MRI score system of the spine*, CANDEN) y las articulaciones sacroilíacas (*Spondyloarthritis Research Consortium of Canada Entesitis Index*, SPARCC). Además, la asociación de edema esternal con DAS 28, BASDAI y BASFI, y la presencia de artritis periférica en el momento de la RM como subrogante de la actividad de la enfermedad.

MÉTODOS: Realizamos un subanálisis de un estudio transversal que incluyó pacientes consecutivos con SpA (criterios ASAS) y APs (criterios CASPAR) con afectación clínica axial. Se excluyeron los pacientes en tratamiento con biológicos o inhibidores de jak. Se recogieron las características clínicas y demográficas de los pacientes: DAPSA, DAS28, PASI, MASES y *score* SPARCC para entesitis, BASDAI, BASFI, BASMI. Se realizó RM (incluidas secuencias STIR) de las articulaciones sacroilíacas y columna vertebral, dentro del mes de la evaluación clínica. Para el edema óseo del esternón, evaluamos a los pacientes en los que se realizó una resonancia magnética de la columna dorsal que permita la visualización del esternón.

RESULTADOS: Se incluyeron 45 pacientes con SpA y 34 pacientes con APs axiales, pero solo 33 con SpA y 27 con APs presentaron RM dorsal en la cual el edema esternal pudo ser evaluado. La Tabla 1 muestra las características clínicas y demográficas. Los pacientes con APs presentaron significativamente mayor dactilitis, IMC y actividad de la enfermedad medidos por BASDAI. El 39% de los pacientes con SpA y 26% de los pacientes con APs

presentaron edema esternal (p 0,271). Se encontró sinovitis de la articulación esternoclavicular en el 15% de las SpA frente al 7,4% en las APs (p 0,35). No se encontró asociación entre el edema esternal y las características clínicas y de imagen (Tabla 2).

CONCLUSIÓN: La prevalencia de edema esternal se encontró en alrededor de un tercio de los pacientes con SpA y APs axial. No hubo correlación de esta característica con la actividad clínica o de imagen. Estudios futuros con un mayor número de pacientes podrían ayudar a definir la importancia de este hallazgo.

Tabla 1	SpA (n=33)	APs axial (n=27)	valor p
Sexo masculino, % (n)	19 (57%)	15 (55,6)	0,875
Edad dx. media (DE)	43,3 (14,8)	44,7 (14,6)	0,071
Piel %	0	100	0,000
Dactilitis n (%)	1 (3)	7(26)	0,009
Entesitis (MASES >1) n (%)	5 (15)	2 (7,4)	0,353
IMC, media (DE)	23,9 (3,2)	26,6 (3,6)	0,002
DAS 28 PCR media (DE)	2 (0,6)	2,7 (1,4)	0,127
BASDAI, media (DE)	3,2 (2)	4,7 (2,2)	0,019
BASFI, media (DE)	2,2 (2,1)	3,4 (2,9)	0,082
BASMI, media (DE)	1,9 (1,2)	2,2 (1,5)	0,539
HLA B27, % (n)	20 (57%)	2 (14%)	0,001
PCR MEDIANA (IQR)	3,5 (1,3-12,5)	4 (1,6-9,4)	0,955
PCR >5 n(%)	16 (48,5)	14 (52)	0,795
AINE, n(%)	31(93,4)	27 (100)	0,193
Corticoides, n (%)	7 (21)	11(41)	0,101
Metotrexato, n(%)	3 (9,1)	15 (56)	<0,001
Leflunomida, n (%)	1 (3%)	2 (7%)	0,439
Sulfasalazina, n(%)	1 (3)	0	0,362
Tratamiento biológico previo, n (%)	0	3 (11%)	0,145
Edema esternal, n(%)	13/33 (39)	7 /27 (26)	0,271
Sinovitis esternoclavicular, n(%)	5/33 (15)	2/27 (7,4)	0,35

Tabla 1.

Tabla 2	PSA	valor p	Spa	valor p	
	edema esternal + (n=7)		edema esternal + (n=13)	edema esternal - (n=19)	
BASDAI media (DE)	4,9 (1,7)	0,84	3,1 (2,0)	3,3 (2,1)	0,79
PCR media (DE)	11,9 (9,4)	0,77	9,3 (9,4)	7,8 (9,7)	0,67
BASFI media (DE)	3,8 (2,5)	0,68	2,7 (2,5)	1,9 (1,7)	0,27
Media SPARCC (DE)	3,7 (6,5)	0,83	18,3 (20,3)	8,3 (12,1)	0,09
CANDEN media (DE)	6,8 (7)	0,78	14,7 (14,8)	8,3 (7,7)	0,11
DAS 28 PCR media (DE)	3,4 (1,7)	0,18	2,2 (0,7)	1,9 (0,56)	0,41
Artritis al momento de la RM	71%	0,56	31%	15%	0,28

Tabla 2.

ENCUESTA SOBRE TEMÁTICAS DE GÉNERO PARA MÉDICOS REUMATÓLOGOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

LLOVES SCHENONE Nicolás Martín, DALPIAZ Marina, DELLA MAGGIORA Maricel, PÉREZ CEPAS Bárbara, MORÓN María Inés

COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA VISCA

INTRODUCCIÓN: La identidad de género es la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente. Puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento. En 2012 se sancionó la Ley 26743 que establece la obligación y la responsabilidad legal para los equipos de salud, tanto públicos como privados, de garantizar el acceso a la salud de todas las personas, con independencia de sus diversas expresiones e identidades de género.

OBJETIVO: Describir la opinión de los médicos reumatólogos sobre la identidad de género y sobre las capacitaciones realizadas sobre el tema.

MÉTODOS: Población y muestra: participaron médicos reumatólogos y médicos en formación en Reumatología de la República Argentina, tanto del ámbito público como privado. Recolección de datos: se envió vía telefónica y correo electrónico una encuesta anónima. El consentimiento se obtuvo al comienzo de la encuesta y fue requisito previo para contestar las preguntas. Reparos éticos: este trabajo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI) del Hospital Churrucá Visca.

RESULTADOS: 147 profesionales contestaron la encuesta. Del total de encuestados, el 77% se encontraba dentro del rango etario de los 36 a 65 años. Ciento dos (69,4%) se identificaron como mujeres cis, mientras que 41 (21,7%) como hombre cis, 3 personas marcaron otras opciones no cis y uno no respondió. El 89,1% de los participantes fueron médicos reumatólogos, mientras que solamente un 10,2% se trató de médicos en formación. Con respecto al ámbito de actividad profesional, 59 (40,1%) marcaron la opción privado, 29 (19,7%) público y 58 (39,5%) ambas. El mayor porcentaje de los participantes trabajaban en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (46,3%) y en la Provincia de Buenos Aires (29,9%). El 50% de los participantes se encontraba dentro del rango de 5 a 15 años de práctica profesional. El 93,2% reconocieron el concepto de identidad de género, no obstante solamente el 34,7% diferenció los términos de sexo y género. Únicamente 80 (54,4%) participantes respondieron que indagaban sobre la identidad de género de sus pacientes. En lo que respecta a las capacitaciones en temáticas de género, 104 (70,7%) respondieron que no las realizaron, mientras que 41 (27,9%) contestaron afirmativamente. 106 (72,1%) profesionales consideraron que en su ámbito laboral no cuentan con espacio para capacitaciones en temáticas de género. Dieciocho (12,2%) participantes contestaron que han asistido al menos un paciente trans o no binario, 56 (38,1%) de 2 a 5 pacientes, 22 (15,0%) más de 5 y finalmente 49 (33,3%) que no ha tratado ningún paciente con las mencionadas identidades de género. Ochenta y cuatro médicos escriben el nombre de pila elegido en la historia clínica (57,1%). Por otro lado, 118 (80,3%) no consideran que hayan tenido conductas discriminatorias con sus pacientes por motivos de género. En relación a las capacitaciones en género, 65,3% están interesados en realizarlas y un 81,0% considera que las mismas facilitan el acceso al sistema de salud para las personas trans y no binarias. Con respecto a los equipos de abordaje multidisciplinario para pacientes trans y no binarios, 37 (25,2%) profesionales desconocen si existe alguno en su lugar de trabajo, 59 (40,1%) respondieron que no hay, mientras que 51 (34,7%) contestaron que cuentan con los mismos.

CONCLUSIÓN: Los resultados obtenidos de este trabajo nos informan acerca de la situación sobre la temática de identidad de género en médicos reumatólogos de la República Argentina, lo que nos permitirá desarrollar mejores estrategias de abordaje multidisciplinario de los pacientes y, por otro lado, generar herramientas de aprendizaje a futuro.

EVALUACIÓN INTEGRAL DEL CAMBIO (SWICHT) A ADALIMUMAB BIOSIMILAR EN ARTRITIS REUMATOIDEA Y ARTRITIS PSORIÁSICA. ENFOQUE EN LAS IMÁGENES

PÉREZ Ronald, RUTA Santiago, MARECO Jonatan Marcos, SALVATORI Facundo, MAGRI Sebastián, GARCÍA SALINAS Rodrigo

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

Características de línea de base	n: 50
sexo femenino, %	60
Edad, media (DE)	54 (14)
Duración de la enfermedad (meses), mediana (RIC)	24 (50)
Años escolares, media (DE)	12,5 (3)
Peso (Kg), media (DE)	78 (17)
TBQ, %	34
Enfermedad temprana (<=2 años), %	50
FR+, %	74
ACPA positivo, % (25)	53
Doble seropositivo, % (25)	48
Rayos X manos erosiones +, %	47
Sinovitis US (escala de grises), %	37
Sinovitis ecográfica (power doppler), %	28
NAD (28), media (DE)	2,9 (2,1)
NAI (28), media (DE)	4 (3,5)
PCR + (>5 mg/L), %	35
Título de PCR (mg/L), mediana (RIC)	3 (9)
VSG (mm 1 h), media (DE)	30 (24)
Paciente EVA (mm), media (DE)	51 (21)
Médico EVA (mm), media (DE)	37 (19)
DAS28, media (DE)	3,8 (1,2)
SDAI, media (DE)	16 (11)
CDAI, media (DE)	14,8 (8)
HAQ, media (DE)	0,75 (0,48)
comorbilidades	
Comorbilidades (cualquiera), %	55
Anemia (hb<12), %	18
Enfermedad cardiovascular, %	39
Diabetes, %	17
Enfermedad pulmonar intersticial, %	9
Cáncer, %	8
MAZO, %	5
Dislipidemia, %	16
Tratamiento de base	
metotrexato, %	83
Corticoides orales (cualquier dosis), %	43
Corticoides orales (>10 mg), %	16

Tabla: Características basales de la cohorte de AR y APs.

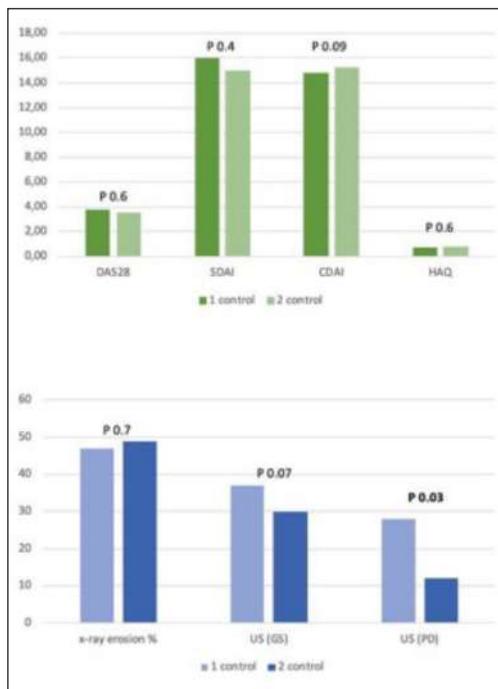


Figura.

procedimientos, en un período de entre 3 y 12 meses desde el cambio (solo se incluyeron pacientes con todas las evaluaciones realizadas).

RESULTADOS: De los 270 pacientes en la cohorte de AR, 35 cumplieron con los criterios: cambio a biosimilar con control previo y posterior completo. De la cohorte de APs (70), 15 pacientes cumplían esta premisa. La Tabla muestra las características basales. El tiempo medio entre el cambio y la segunda evaluación fue de 4,1 meses (RIQ 7). No se observaron diferencias estadísticas en cuanto a actividad de la enfermedad o capacidad funcional (HAQ). En cuanto a la evaluación de imágenes, no se encontró diferencia en la proporción de erosiones en rayos X, respecto de la ultrasonografía hubo disminución de actividad por Power Doppler, pero no por escala de grises (Figura). Por otro lado, tampoco hubo diferencia entre controles en reactantes de fase aguda (ERS: 30 vs 27,5 p 0,2-PCR: 3 vs 4; p 0,09), recuento de articulaciones (TJC: 4 vs 5 p 0,4, SJC: 2,9 vs 3,1; p 0,6) y EVA del paciente (51 vs 47; p 0,08).

CONCLUSIÓN: En este primer análisis de cambio entre ADAo y ADAb no se encontraron diferencias en la actividad de la enfermedad, capacidad funcional o progresión radiográfica. En US hubo mejoría en presencia de doppler de poder.

NECESIDADES EDUCATIVAS EN PERSONAS CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN ARGENTINA. INFORME PRELIMINAR

FERREYRA GARROTT Leandro¹, MARIN Josefina¹, MARTIRE María Victoria², BENEGAS Mariana³, SOMMERFLECK Fernando³, SERRANO Eliana³, BUSCHIAZZO Emilio⁴, AIROLDI Carla⁵, MALDONADO FICCO Hernán⁶, CASALLA Luciana⁷, MORBIDUCCI Julieta⁸, MERCÉ Aixa Lucia⁸, ZAMORA Natalia⁹, FLORES TREJO Javier Federico¹⁰, ROSA Javier¹

¹HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ²HOSPITAL SAN ROQUE DE GONNET, ³SANATORIO MÉNDEZ, ⁴HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, ⁵HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO, ⁶HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA, RÍO CUARTO, ⁷GENEA CENTRO MÉDICO, ⁸HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA, ⁹HIGA SAN JOSÉ PERGAMINO, ¹⁰HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ

INTRODUCCIÓN: Las guías clínicas de manejo de EspAax, además de realizar recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico, remarcan la importancia de fomentar la educación de las personas con esta enfermedad generando así su empoderamiento para lograr el control de su patología, para esto en necesario reconocer las características de la enfermedad que los pacientes necesitan conocer.

OBJETIVO: Identificar las principales necesidades educativas sobre la enfermedad en personas con diagnóstico de EspAax.

MÉTODOS: Se invitó a participar a personas mayores de 18 años, con diagnóstico de EspAax a responder el cuestionario SpENAT (Cuestionario sobre educación para la salud para enfermos con espondiloartritis) que contiene 39 ítems, agrupados en 7 dominios: manejo del dolor, movimiento, senti-

mientos, proceso de la enfermedad, tratamientos, medidas de autoayuda y sistemas de apoyo. Tiene una puntuación total de 0 a 156, las puntuaciones más altas representan mayores necesidades educativas.

DOMINIO	Media (sd)	% del máximo
Manejo del Dolor (0-24)	17.9 (7.3)	74.5
Movimiento (0-20)	14.7 (5.9)	73.5
Sentimientos (0-16)	11.25 (5.2)	70.3
Proceso de la enfermedad (0-28)	21.3 (8.1)	76.07
Tratamiento (0-28)	18.9 (8.6)	67.5
Autocuidado (0-24)	17.5 (6.8)	72.9
Sistema de apoyo (0-16)	9.4 (5.6)	58.7
Total (0-156)	111.5 (42)	71.4

Tabla: Resultados de SPeNAT y dominios.

RESULTADOS: Participaron 62 pacientes con EspAax, de los cuales 42 (67.7%) eran masculinos, edad media 45.3 (DS 1.55), 41 (66.1%) con Spa No Rx, con tiempo de enfermedad 130.7 meses (DS 17) y una demora al diagnóstico de 58.7 meses (DS 9.8). 36 (58.1%) tenían ASDASpCr en baja actividad o en remisión. El 95.16% (59) consideró que necesita saber más de su enfermedad. El 71% (44) quiere tener mucha o toda la información sobre su enfermedad. No hubo diferencias significativas en el resultado total del cuestionario según sexo, EA vs EspAaxRx, tiempo de diagnóstico ni tiempo de enfermedad.

CONCLUSIÓN: Este es el primer estudio en el país sobre las necesidades educativas en EspAax. Los ítems más relevantes fueron el proceso de la enfermedad, el manejo del dolor, el movimiento y el autocuidado.

0296

SÍNDROME DE SJÖGREN: PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS PERIFÉRICAS DURANTE LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

PALLO LARA María Belén¹, MERCE Aixa¹, BEJARANO Vanesa¹, AMITRANO Cristina², ASNAL Cecilia², PUCCI Paula², DUARTES NOE Damián³, GÓMEZ, Andrea³, ROLLANO Alejandra³, ZALLES Sinda³, BAENAS Diego⁴, CAEIRO Francisco⁴, DEGIOANNI Lucia⁴, SAURIT Verónica⁴, GOBBI Carla Andrea⁵, ALASCIO Lucía⁶, PAPASIDERO Silvia⁶, CRUZAT Vanesa⁷, RAITI Laura⁷, SALVATIERRA Gabriela⁸, JUÁREZ Vicente⁹, SANTIAGO Lida¹⁰, VÉLEZ Sofía¹¹, SECCO Anastasia¹

¹SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL RIVADAVIA, ²HOSPITAL ALEMÁN, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, ³HOSPITAL BRITÁNICO, ⁴HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA, ⁵HOSPITAL CÓRDOBA, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, ⁶HOSPITAL TORNÚ, ⁷CLÍNICA BESSONE, ⁸REUMATOLOGÍA INTEGRAL, ⁹HOSPITAL DEL MILAGROS, ¹⁰OMI, ¹¹CONSULTORIO PRIVADO

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad sistémica que puede afectar el sistema nervioso periférico (SNP). El mismo puede aparecer como debut del SSp, si bien las formas más severas se presentan como una manifestación tardía. Su prevalencia en pacientes con SSp oscila entre 2-70%.

OBJETIVO: Describir la frecuencia de pacientes con SSp que debutan con compromiso del SNP y de aquellos que lo desarrollan durante su seguimiento. Comparar la evolución de la enfermedad entre pacientes que presentaron dicho compromiso versus aquellos que no lo tuvieron, y entre los que debutaron con compromiso del SNP versus aquellos que lo presentaron durante su seguimiento.

MÉTODOS: Estudio observacional, analítico, multicéntrico, de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SSp según criterios clasificatorios ACR-EULAR 2016 y/o AE 2002, mayores de 18 años y registrados en la base de datos del grupo GESSAR que hayan realizado al menos una consulta anual. Se excluyeron pacientes con otras enfermedades autoinmunes y con patología neurológica previa o atribuible a otras causas.

RESULTADOS: Se incluyeron 681 pacientes con una media de edad de 54 años (±14), 95% de sexo femenino, con media de seguimiento de 4,6 años (±5). El 10,57 % presentó compromiso del SNP; en el 8.33% fue el debut de la enfermedad. En el análisis bivariado, al comparar pacientes con y sin manifestaciones del SNP, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en: edad (media: 58 vs 54 p. 0,03), artritis (OR 1,93 IC 95% 1,17- 3,18), púrpura (OR 2,59 IC 95% 1,22-5,47), Raynaud (OR 2,06 IC 95% 1,15-3,69), C3 (OR 2,08 IC 95% 1,01- 4,31), C4 (OR 2,15 IC 1,18- 3,92), uso de corticoides (OR 1,84 IC 95% 1,04-3,24), uso de inmunosupresores (OR 2,05 IC 95% 1,17-3,59). En el análisis multivariado se encontró asociación significativa e independiente con la edad (OR 1,02 IC 95% 1-1,04), artritis (OR 1,89 IC 95% 1,13-3,18), púrpura (OR 2,31 IC 95% 1,05-5,05) y Raynaud (OR 2 IC 95% 1,10-3,66). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar compromiso SNP al debut vs durante el seguimiento.

CONCLUSIÓN: Observamos una frecuencia del compromiso del SNP que se encuentra dentro del rango reportado en la literatura. Al comparar ambos grupos, observamos mayor compromiso sistémico en los pacientes que presentaron esta manifestación; los resultados encontrados sugieren un seguimiento más estrecho de este grupo de pacientes.

0303

HALLAZGOS CAPILAROSCÓPICOS EN PACIENTES CON FENÓMENO DE RAYNAUD

SEGOVIA DAZA Francisco Armando, MAMANI ORTEGA María Lourdes, MARTÍN María Luz, INGOLOTTI Lía, MARTÍNEZ Andrés, MORALES Jacinto, TOLCACHIER Yamila Mariel, MERCÉ Aixa, SECCO Anastasia, TAMBORENEA Natalia

SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL RIVADAVIA

INTRODUCCIÓN: La videocapilaroscopia (VC) es un método sencillo y no invasivo, usado para describir la microvasculatura en el fenómeno de Raynaud (FR). La presencia de patrón esclerodermia (SD) orienta hacia el diagnóstico de la enfermedad del tejido conectivo (ETC) y podría ser un predictor de la evolución de la enfermedad.

OBJETIVO: Primario: describir las alteraciones microvasculares en pacientes con FR que acuden a realizarse capilaroscopia en un Hospital de Buenos Aires. Secundarios: diferenciar los hallazgos capilaroscópicos en los pacientes con FR en estudio vs aquellos con una ETC diagnosticada; estimar la frecuencia patrón SD entre los grupos FR en estudio y ETC.

MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Se evaluaron las VC realizadas en un centro público de Reumatología. Se registraron las características sociodemográficas y diagnóstico reumatológico en función de los criterios clasificatorios vigentes. Se definieron parámetros capilaroscópicos acorde al algoritmo *Fast Track* y se diferenció en patrón SD (alteraciones específicas: densidad capilar, microhemorragias y megacapilares) y patrón no-SD (alteraciones no-específicas).

RESULTADOS: Se incluyeron 499 pacientes. El 85.37% eran de sexo femenino. La media de edad en años fue de 46 (±19), el 54.5% (n=272) de los pacientes tenía FR en estudio. En el grupo ETC los diagnósticos eran: ES 18.64% (N:93), AR 5.41% (N:27), SSp 4.61% (n=23), LES 4.61% (n=23), EMTC 4.01% (n=20), DM 1.20% (n=6). Entre las alteraciones microvasculares encontradas la presencia de microhemorragias fue superior en los pacientes

con ETC (34%) vs pacientes con FR en estudio (18%). Se describieron megacapilares en VC, en el 53% en los pacientes con ETC y 26% con FR en estudio. El 46% de la población presentó alteración de la densidad capilar, 13 % correspondió a FR en estudio. Se observó que el 33% del total de la población presentó SD pattern, 19% del grupo FR en estudio. Dentro de estos: 10% SD temprano, 7% activo y 2% tardío.

CONCLUSIÓN: Estos resultados resaltan la importancia de evaluar los diferentes patrones y características de la microvasculatura en pacientes con FR en estudio y ETC. El estudio sugiere que la presencia de ciertas características vasculares podría ayudar a diferenciar y clasificar mejor a estos pacientes, lo que podría tener implicaciones importantes en su diagnóstico temprano y tratamiento adecuado de la enfermedad.

0319

UTILIDAD DE UN SCORE ULTRASONOGRÁFICO PULMONAR SIMPLIFICADO PARA LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

ROSEMFET Marcos¹, CAZENAVE Tomás¹, OTAOLA María², PERANDONES Miguel¹, BARBICH Tatiana¹, SCHNEEBERGER Emilce¹, ROSSI Santiago³, CITERA Gustavo¹

¹SECCIÓN REUMATOLOGÍA, INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (IREP), ²SECCIÓN NEUMONOLOGÍA, INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, ³CENTRO DE DIAGNÓSTICO ROSSI

INTRODUCCIÓN: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una manifestación extra-músculo-esquelética en pacientes con artritis reumatoidea (AR). La ultrasonografía pulmonar (UP) es una herramienta complementaria que se propuso para la detección de EPI con una buena concordancia con los resultados de la tomografía de tórax de alta resolución (TACAR). El score de UP más utilizado incluye la evaluación de 14 espacios intercostales (IC) y de la línea pleural (LP) que consumen tiempo, y 6 de esas áreas son dificultosas para el evaluador.

OBJETIVO: Investigar la utilidad de un score de UP simplificado para la detección de EPI en pacientes con AR, comparar su rendimiento utilizando los hallazgos de la TACAR como estándar de oro y estimar el ahorro de tiempo en realizar este estudio.

MÉTODOS: Pacientes ambulatorios ≥18 años con AR según criterios ACR/EULAR 2010. Se consignaron variables sociodemográficas, clínicas, signos y síntomas respiratorios, y hábito tabáquico. Se registró positividad para FR y anti-CCP. Se evaluó actividad de la enfermedad por DAS-28. La TACAR y la UP fueron realizadas por un radiólogo y dos reumatólogos, respectivamente, que desconocían los datos clínicos. Se evaluó un score integral de 14 IC y el propuesto de 8 IC (excluyendo las 3 áreas axilares de cada lado). Se consignó el número de líneas B (LB) y la presencia de irregularidades pleurales (IP) y se midió el tiempo de realización. Análisis estadístico uni y multivariado, curvas ROC.

RESULTADOS: Se incluyeron 107 pacientes, 82% mujeres, con edad mediana (m) de 62 años (RIC 36-84) y un tiempo de evolución de la AR m 14 años (RIC 1-42), FR+ 90% y anti-CCP+ 86%. Tabaquismo activo en (32%). EPI usual en 40.6% y no específica en 50%. El 65.4% con signos y/o síntomas respiratorios. DAS 28 m 2.56 (RIC 0.49-5.27). La radiografía de tórax detectó EPI en 30 pacientes (28.3%), la UP en 48 (45.8%) y la TACAR en 30 (29.5%). Para el score de 14 áreas, el mejor punto de corte para la detección de EPI fue ≥8 LB, ABC 0.86 (IC95% 0.78-0.94) S 84%, E 81%, VPN 93 y VPP 64% y para las IP ≥6, ABC 0.83 (IC 95%.0.75-0.91), S 80.6%, E 73%, VPN 89% y VPP 53%. Cuando se evaluó el score simplificado de 8 áreas, el mejor punto de corte fue ≥4 LB, ABC 0.86 (IC 95%.0.79-0.94), S 80.6% y E 81%, VPN 90% y VPP 60%. Se observó una reducción promedio del tiempo en la realización del score simplificado de 16 minutos por paciente.

CONCLUSIÓN: Un score de UP simplificado tuvo un rendimiento comparable al score tradicional y redujo sustancialmente el tiempo de realización.

0342

EVALUACIÓN DE LA FUERZA MUSCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA Y FIBROMIALGIA

CÁCERES Agustín Gabriel¹, LORENZO Jessica¹, ROSA Javier¹, ALVARADO Nicolás¹, ROLDAN MANASES Brian², VALDEZ DONELLI Florencia²

¹HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ²INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

Variables	AR (n=66)	FM (n=66)	p
Sexo Femenino, n (%)	51 (85.0)	59 (98.3)	0.008
Tiempo de evolución de la enfermedad, años, mediana (RIC)	10,12 (4.0-19.2)	4,04 (3.4-5.4)	<0.001
Edad a la evaluación, años, mediana (RIC)	52.4 (43.9-59.4)	48.5 (41.0-57.0)	0.108
Fuerza muscular mediante dinamometría, kg, media (DS)	17.0 (9.06)	14.1 (5.6)	0.036
Sarcopenia probable, n (%)	28 (46.7)	36 (60.0)	0.143
Masa muscular apendicular, kg, media (DS)	24.1 (5.6)	22.86 (3.6)	0.154
Sarcopenia confirmada, n (%)	2 (3.3%)	0 (0)	0.496

AR: Artritis reumatoidea, FM: Fibromialgia

Tabla 1: Evaluación de sarcopenia en pacientes con artritis reumatoidea y fibromialgia.

INTRODUCCIÓN: La disminución de la fuerza muscular se ha asociado durante mucho tiempo con el envejecimiento, sin embargo, su desarrollo se reconoce cada vez más en etapas tempranas de la vida y puede ser secundaria a patologías de curso crónico, entre ellas la artritis reumatoidea (AR). Otro síndrome crónico no inflamatorio es la fibromialgia (FM), de la cual existe poca evidencia que evalúe su asociación con el impacto en la fuerza muscular.

OBJETIVO: Evaluar fuerza muscular en pacientes con AR y FM.

MÉTODOS: Se incluyeron en forma consecutiva pacientes ambulatorios de dos hospitales, uno privado y otro público, con diagnóstico de AR (criterios ACR/EULAR 2010) y FM (criterios ACR 2016), con un rango de edad entre los 18 y 65 años. Se aplicaron las recomendaciones del consenso del EWGSOP de 2018 para definir disminución de la fuerza muscular (sarcopenia probable) y disminución de la masa muscular (sarcopenia confirmada). A cada paciente se le realizó una evaluación de la fuerza muscular mediante dinamometría de mano y el test de la silla, evaluación de la masa muscular mediante bioimpedancia eléctrica y test de velocidad de la marcha para evaluar el desempeño físico.

RESULTADOS: Se incluyeron 60 pacientes con AR y 60 pacientes con FM, 51 mujeres (85%) en el grupo de AR y 59 (98,3%) en el grupo de FM (Tabla 1). La mediana de tiempo de evolución de dichas enfermedades fue de 10,12 años (RIC 4,08-19,21) y 4,04 años (RIC 3,4-5,4), respectivamente, y la mediana de edad al momento de la evaluación fue de 54,4 años en AR y de 48,5 años en FM. Hubo 36 pacientes en el grupo de FM (60%) con sarcopenia probable, sin hallazgos de sarcopenia confirmada, y 28 pacientes (46,7%) en el grupo de AR, con 2 casos (3,3%) de sarcopenia confirmada por bioimpedancia eléctrica. En AR, por modelo multivariado, se observó una asociación positiva entre la presencia de sarcopenia probable y enfermedad erosiva (OR 5,84, IC 95% 1,59-25,42; p=0,011) y con discapacidad funcional medida por HAQ 4,54 (OR 4,54, IC 95% 1,48-19,12; p=0,018).

CONCLUSIÓN: En esta cohorte de pacientes se encontró una prevalencia mayor de sarcopenia probable en FM comparada con AR. Sin embargo, los dos casos de sarcopenia confirmada correspondieron al grupo de AR. En este grupo, la enfermedad erosiva y una mayor discapacidad funcional se asociaron con mayor riesgo de sarcopenia probable.

Variables	Cohorte (n=68)	Sarcopenia Probable (n=28)	Sin sarcopenia probable (n=40)	p
FR positivo, n (%)	50 (83.3)	22 (78.6)	28 (87.5)	0.491
ANTI CCP positivo, n (%)	48 (70.6)	20 (71.4)	28 (78.1)	0.987
Erosión/erosión, mm, mediana (RIC)	29 (17.7-38.2)	31.8 (22.2-41.2)	27 (16.0-34.6)	0.223
Proteína C Reactiva, mg/dl, mediana (RIC)	1.18 (0.2-4.8)	0.9 (0.2-2.8)	1.7 (0.2-4.8)	0.471
DAS 28 score >3.2, n (%)	30 (50)	11 (39.3)	19 (58.4)	0.121
CDM + 2.5, n (%)	22 (38.7%)	9 (38.9%)	14 (43.8)	0.224
HAIQ, mediana, RIC	0.5 (0.0-1.5)	0.8 (0.4-1.2)	0.2 (0.0-0.8)	0.002
Erosiva n/n (%)	23/58 (39.8%)	18 (64.3)	7 (22.8)	0.009
QOL RA II, media (DE)	7.01 (1.88)	8.82(1.81)	7.18 (1.58)	0.377
Factores de riesgo				
Postmenopáusicas, n (%)	30 (50)	17 (60.7)	13 (40.6)	0.121
Sobrepeso/Obesidad, n (%)	38 (58.3)	11 (39.3)	24 (78)	0.009
Tabaquismo, n (%)	9 (18)	2 (7.1)	7 (21.8)	0.188
Fracturas previas, n (%)	11 (18.3)	3 (10.7)	8 (28)	0.184
Caidas en el último año, n (%)	9 (13.3)	6 (21.4)	2 (8.2)	0.130
Tratamiento al momento de la evaluación				
Tratamiento con corticoides, n (%)	18 (30%)	12 (42.9)	6 (18.8)	0.042
csDMARD, n (%)	47 (78.3)	22 (78.6)	25 (78.1)	0.987
nsDMARD/bsDMARD, n (%)	27 (44)	18 (64.3)	12 (37.5)	0.212

ANTI CCP: Anticuerpos glicoproteínicos, FR: Factor reumatoide, csDMARD: drogas modificadoras de la enfermedad convencionales, nsDMARD: drogas modificadoras de la enfermedad sintéticas, bsDMARD: drogas modificadoras de la enfermedad biológicas

Tabla 2: Características de los pacientes con artritis reumatoidea según presencia de sarcopenia probable.

Posters

0111

COMPARACIÓN DEL COSTO POR REMISIÓN CLÍNICA DE LAS TERAPIAS CON INHIBIDORES DE JANUS KINASA (JAKi) EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA EN ARGENTINA

ELGART Jorge¹, BRITOS María de los Ángeles², CALVI Guido², KANEVSKY Diego², SECCO Anastasia³

¹CENEXA, ²ABBVIE, ³SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL RIVADAVIA

Tratamiento	Remisión Clínica	Costo de Tratamiento Argentina Pesos (24 semanas)	Costo incremental por remisión Argentina Pesos
csDMARD	12.3%	\$26.336	—
UPA 15mg + csDMARD	46.7%	\$1.063.754	\$3.015.750
BAR 2mg + csDMARD	32.6%	\$1.169.891	\$5.633.278
BAR 4mg + csDMARD	37.9%	\$1.169.891	\$4.467.014
TOF 5mg + csDMARD	20.1%	\$1.225.804	\$15.377.801

UPA, upadacitinib; BAR, baricitinib; TOF, tofacitinib; csDMARD, conventional synthetic disease modifying antirheumatic drug.

Tabla: Tasa de remisión, costos y costo incremental por remisión para los inhibidores JAK a las 24 semanas.

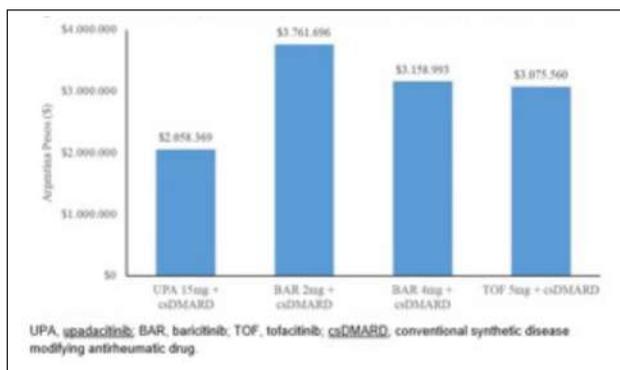


Figura: Costo incremental por remisión para los inhibidores de JAK a las 12 semanas.

INTRODUCCIÓN: Los inhibidores de la kinasa de Janus (JAKi) son una clase de terapias dirigidas para la artritis reumatoidea (AR) con eficacia clínica establecida. Sin embargo, se sabe poco sobre el costo por respuesta clínica de estas terapias comparadas entre sí.

OBJETIVO: Estimar el costo incremental por remisión (DAS28-PCR) para JAKi en pacientes con AR moderada a severa que tuvieron respuesta inadecuada a drogas modificadoras de la AR convencionales (DMARsc-RI) en Argentina.

MÉTODOS: Utilizando un modelo desarrollado en Excel, que combina tasas de remisión clínica (definida como DAS28<2,6) y costos de tratamiento, estimamos el costo por remisión (CpR) de los tratamientos JAKi disponibles en Argentina: baricitinib (BAR), tofacitinib (TOFA) y upadacitinib (UPA). Consideramos el CpR a 12 y 24 semanas, de acuerdo con el período comúnmente informado para evaluar eficacia en los ensayos clínicos en AR. La eficacia (remisión) para comparar JAKi con DMARsc se obtuvo de un metaanálisis de red publicado. Los costos de tratamiento (considerando JAKi con DMARsc) se estimaron en base a los regímenes aprobados, las dosis de cada medicamento original y los precios de los medicamentos obtenidos de una lista de precios disponible públicamente. El costo incremental por remisión en comparación con DMARsc se calculó como el costo incremental del tratamiento de interés dividido por la tasa de eficacia incremental (% de remisión). Los costos incrementales por remisión están expresados en pesos (\$) (tipo de cambio 1US\$=173,75\$, Nov 2022).

RESULTADOS: A 12 semanas, las tasas de remisión fueron: UPA (15 mg) 32,3%; BAR (4 mg) 25,3%; TOFA (5 mg) 24,4%; BAR (2 mg) 22,3%; y DMARsc 7,1%. Mientras que los costos del tratamiento fueron: UPA (15 mg) \$531.877; BAR (2/4 mg) \$584.946; TOFA (5 mg) \$612.902; y DMARsc \$13.168. El tratamiento con UPA mostró el costo incremental por remisión más bajo. Considerando la remisión clínica a 24 semanas, UPA produjo costos de tratamiento más bajos que BAR y TOFA. Los costos incrementales por remisión fueron, en orden creciente, UPA 15 mg \$3.015.750; BAR 4mg \$4.467.014; BAR 2mg \$5.633.278; y TOFA 5 mg \$15.377.801. El costo incremental por remisión fue consistentemente más bajo para UPA en comparación con todos los tratamientos JAKi disponibles en Argentina.

Conclusión: Los resultados sugieren que en Argentina entre los JAKi para el tratamiento de pacientes con AR moderada a grave con DMARsc-RI, UPA tendría el costo incremental por remisión clínica más bajo.

0112

VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO Y ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIO COMO PREDICTORES DE RESPUESTA A METOTREXATO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

BENÍTEZ Cristian Alejandro¹, GÓMEZ Ramiro¹, PEON Claudia¹, ALFARO María Agustina¹, FEDERICO Andrea², KLIMOVSKY Ezequiel², GAMBA María Julieta¹

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

INTRODUCCIÓN: Los pacientes afectados por artritis reumatoidea (AR) tienen un aumento del ancho de distribución eritrocitaria (RDW) y volumen corpuscular medio (VCM), y estos valores aumentan aún más con el inicio de metotrexato (MTX).

OBJETIVO: Relacionar la diferencia del RDW y VCM (visita basal y semana 12) con la cantidad de pacientes que alcanzan remisión o baja actividad de AR por CDAI en la semana 24 que iniciaron tratamiento con MTX.

MÉTODOS: estudio retrospectivo, analítico y observacional en pacientes adultos consecutivos con diagnóstico de AR (ACR/EULAR 2010). Se evaluaron datos demográficos, características clínicas, antecedentes personales, tratamientos instaurados, y se registraron VCM (fL) y RDW (%) en las semanas 0, 4, 12 y 24. Se registraron los datos de seguridad. Se realizó análisis descriptivo. Test de chi-cuadrado o test exacto de Fischer; prueba de T de Student o Mann Whitney, y ANOVA o Kruskal Wallis. Regresión lineal y/o logística múltiple.

RESULTADOS: Se incluyeron 139 pacientes de los cuales 109 pacientes completaron los requisitos del estudio. El 83.5% de los pacientes eran mujeres, edad mediana (m) 50 años (RIQ 39-60), con un tiempo de evolución m de 12 meses (RIQ 0-78). En el análisis por protocolo se analizaron 109 pacientes. El delta RDW entre valor basal y la semana 12 m fue de 0.8 (RIC 0-2.4) y el delta VCM m fue de 2.0 (RIC 0.1-4.4). No se encontró correlación entre delta RDW y CDAI en la semana 24 (Rho= -0.08; p=0.416), pero sí entre delta VCM y CDAI semana 24, estadísticamente significativa (Rho= -0.190; p=0.048). Se analizaron los resultados por intención de tratar de 139 pacientes. Entre valor basal y semana 12 se registró un delta RDW m de 0.8 (RIC 0-2.4) y un delta VCM m de 2.2 (RIC 0.2-4.5). No se encontró correlación entre delta RDW y CDAI semana 24 (Rho= -0.073; p=0.433), pero sí entre delta

VCM y CDAI semana 24, estadísticamente significativa ($Rho = -0.217$; $p = 0.018$). El 64.2%, 39.4% y 15.6% de los pacientes alcanzaron respuesta CDAI 50/70/85 respectivamente en la semana 12, sin cambios significativos en la semana 24. Se muestra el análisis por protocolo y por intención de tratar de delta RDW y delta VCM y CDAI <10 o ≥ 10 en semana 24. En el análisis univariado y multivariado, el único factor que se asoció significativamente a alcanzar respuesta CDAI 50 en la semana 24 fue haber alcanzado dicha respuesta en la semana 12 ($p = 0,001$). La evaluación de seguridad mostró que 68 pacientes (48,9%) habían presentado algún evento adverso, de estos, 20 (14,4%) se relacionaron con el MTX. Solo 5 (3,6%) fueron considerados eventos adversos serios y no se relacionaron con el tratamiento.

CONCLUSIÓN: Este estudio reveló que el aumento de RDW y el VCM se asociaron con el inicio del tratamiento de MTX. Sin embargo, solo se encontró una correlación significativa entre el cambio en el VCM y la actividad de la AR medida por CDAI en la semana 24. Aunque el delta RDW no mostró una asociación significativa con la actividad de la AR, el delta VCM se correlacionó negativamente con la CDAI en la semana 24. Además, se observó que un porcentaje significativo de pacientes alcanzó una respuesta positiva en la semana 12, pero no hubo cambios significativos en la semana 24. El análisis de seguridad mostró que cerca del 50% de los pacientes presentaron eventos adversos, siendo una pequeña proporción de ellos considerados eventos adversos serios y no relacionados con el tratamiento.

0113

“RAZONAMIENTO” Y LIMITACIONES DE CHATGPT EN REUMATOLOGÍA

REBAK Jonathan Eliseo¹, SCHWARCZ Héctor², SORRENTINO Laura¹, GÓMEZ Gimena¹, BRIGANTE Alejandro¹

¹SANATORIO GÜEMES, ²PROGRAMADOR INFORMÁTICO SENIOR

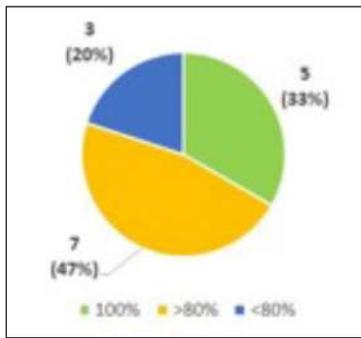


Figura: Concordancia entre ChatGPT con reumatólogos.

INTRODUCCIÓN: La inteligencia artificial avanza vertiginosamente en todos los campos de la ciencia y el arte, incluida la Medicina. Existen algoritmos para diagnóstico por imágenes y biopsias con precisión considerable, y probablemente se estén creando otros para diagnósticos rápidos y concisos. Este trabajo intenta comparar respuestas de ChatGPT contra reumatólogos en casos típicos de la consulta reumatológica.

OBJETIVO: Primarios: evaluar la calidad y adecuación de la información otorgada por el Chat; evaluar la precisión de definiciones, diagnósticos y/o tratamientos propuestos otorgados por el Chat; evaluar la eficacia en la resolución de los casos. Secundarios: determinar si existe necesidad de supervisión o corroboración por profesionales de la información otorgada por el Chat; determinar si existe necesidad de reformular preguntas por mala calidad de respuesta del Chat; determinar si las respuestas del Chat se mantienen o varían al repreguntar; determinar si la utilización de la API sirve para facilitar trabajos con IA y lograr escalabilidad para futuros trabajos.

MÉTODOS: El investigador principal desarrolló 15 casos problema basados en la práctica reumatológica diaria con la intención de evaluar conocimientos en diagnósticos, tratamientos, y para generar conflicto por haber más de una posible respuesta válida.

RESULTADOS: Respondieron 68 reumatólogos a las encuestas enviadas. Ninguna tuvo 100% de concordancia, logrando únicamente tres más del 80% (casos 2, 3 y 14). En 10 de los 15 casos, ChatGPT proporciona respuestas diferentes al realizar más de un intento de consulta, variando las respuestas por la interfaz web y la API.

CONCLUSIÓN: Se observó marcada variabilidad entre las respuestas de los reumatólogos, observándose la menor concordancia en los casos diseñados para generar conflicto. Para que ChatGPT brinde información relevante a lo que el solicitante desea saber, se debe incluir en el pedido un contexto acorde. Impresiona que ChatGPT no es capaz de razonar al mismo nivel que un especialista capacitado y entrenado, si bien esto deberá reevaluarse a futuro.

0116

ECOGRAFÍA PULMONAR COMO HERRAMIENTA DE PESQUISA DE COMPROMISO INTERSTICIAL EN LA ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA: NUESTRA EXPERIENCIA

GORDILLO María Florencia, LUNA Melisa, GUZZANTI Fernanda, NASI Silvana

HOSPITAL EL CARMEN

INTRODUCCIÓN: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es una de las complicaciones más significativas de la artritis reumatoidea (AR) en términos de morbimortalidad, representando la segunda causa de muerte, posterior a la enfermedad cardiovascular.

OBJETIVO: Evaluar a los pacientes con diagnóstico de AR seropositiva, sin síntomas respiratorios (tos, disnea, diagnóstico previo de EPID), mediante ultrasonografía pulmonar (US) en seguimiento por el Servicio de Reumatología de un hospital de tercer nivel.

MÉTODOS: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR (según criterios ACR/EULAR 2010) mayores de 18 años, en un período comprendido entre mayo de 2022 y mayo de 2023. Se excluyeron aquellos que presentaban síntomas respiratorios (tos, disnea) o diagnóstico previo de EPID. Se evaluaron mediante ultrasonografía (US) pulmonar, bajo un protocolo de valoración de 14 espacios intercostales (EIC): 2° espacio paraesternal bilateral, 4° medioclavicular bilateral, 4° sobre línea axilar anterior bilateral, 4° sobre línea axilar media bilateral, 8° sobre línea axilar posterior bilateral, 8° subescapular bilateral y 8° paravertebral bilateral. Se consignó la presencia o ausencia de engrosamiento pleural, deslizamiento pleural, presencia de líneas B y su número por EIC. Se consignó como patológico la presencia de más de 6 líneas B. Todos los pacientes fueron evaluados, además, por tomografía computada de alta resolución (TACAR) de tórax y espirometría. Las variables continuas fueron expresadas como media y desvío estándar (DS) y/o mediana y rangos intercuartílicos (RIC) según corresponda. Las variables categóricas fueron expresadas como frecuencias absolutas y relativas (n, %). Los análisis estadísticos fueron realizados con Epi Info 7.

RESULTADOS: Se evaluaron en total 57 pacientes, 42 con diagnóstico de AR seropositiva. Del total de ecografías realizadas, los pacientes que lograron completar la totalidad de los estudios complementarios (TACAR de tórax y espirometría) fueron 19. Se excluyeron 2 pacientes por presentar diagnóstico previo de EPID y 1 paciente por presentar síndrome de superposición (AR+LES). Se encontraron más de 6 líneas B en 7 de 16 ecografías incluidas en el análisis, coincidiendo con el hallazgo de enfermedad intersticial por TACAR (7 de 16). De los 7 pacientes con algún hallazgo patológico estructural por imágenes, 3 presentaron alteraciones en la espirometría y sólo 1 presentaba algún signo clínico (rales velcro). La presencia de EPID se encontró con mayor frecuencia en tabaquistas.

CONCLUSIÓN: En nuestra corta experiencia pudimos evidenciar la presencia de EPID subclínica en 43,75% de los pacientes valorados por US y confirmado por TACAR. Cabe destacar que ninguno de ellos presentaba síntomas sugerentes y solo 1 presentaba auscultación compatible. La presencia de EPID fue más frecuente en el sexo femenino (5 de 7 pacientes) y en tabaquistas (5 vs 2). Es de relevancia poner en evidencia que solo 3 de los 7 pacientes con US positiva para EPID presentaron alteraciones en la espirometría, posicionando a la US como un método sensible para la detección de patología pulmonar.

Características demográficas	% / N: 16
Sexo: Femenino	75% (n 12)
Edad	58,9375 (+/- 11,6188)
Años de evolución de la AR	9,9375 (+/- 8,9701)
Tabaquismo	43,75% (7)
Positividad para factor reumatoideo	93,75% (15)
Positividad para anti CCP	81,25% (13)
Tratamiento:	
DMARD sc	50,00% (8)
DMARD b	12,50% (2)
DMARD sd	31,25% (5)
Rituximab	6,25% (1)
Actividad:	
Remisión	6,25% (1)
Leve	37,50% (6)
Moderada	50,00% (8)
Alta	6,25% (1)
US >6 líneas B	43,75% (7)
Espirometría con curva de restricción	18,75% (3)
TACAR positiva para EPID	43,75% (7)
Auscultación positiva (presencia de rales velcro)	6,25% (1)

Tabla: Características demográficas.

0117

¿ES GHRELINA UN POTENCIAL BIOMARCADOR EN ARTRITIS PSORIÁSICA?

SAVIO Verónica¹, ALBIERO Juan Alejandro², GALLERANO Verónica³, DEMARCHI Marcela⁴, GOBBI Carla Andrea⁵, RACCA María Agustina⁴, CANTARELLI Verónica⁶, PONZIO Marina⁶, TORRES Pedro⁶, LEWIS Daniela⁷, CASTRILLÓN María Elena⁷, YORIO Marcelo Augusto⁸, ALBA Paula², MARTINI Ana Carolina⁶

¹CÁTEDRA DE FISIOLÓGIA HUMANA, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, ²UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, CÁTEDRA DE SEMIOLOGÍA, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC, ³UNIDAD DE DERMATOLOGÍA, HOSPITAL CÓRDOBA, ⁴SERVICIO DE LABORATORIO, HOSPITAL CÓRDOBA, ⁵CÁTEDRA DE MEDICINA I, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC, ⁶INSTITUTO DE FISIOLÓGIA, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNC, INICSA (CONICET-UNC), ⁷1° CÁTEDRA DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES, FCM, UNC, ⁸SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA, CÁTEDRA DE SEMIOLOGÍA, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con enfermedad psoriásica (EPs) presentan un mayor riesgo de padecer comorbilidades cardiometabólicas. Ghrelina (Ghrl) es un péptido involucrado en la regulación del metabolismo glucídico que tiene efectos cardioprotectores, inmunomoduladores y antiinflamatorios. Pocos estudios han explorado la relación entre Ghrl y psoriasis (PsO). Sin embargo, no existen estudios que vinculen artritis psoriásica (APs) y Ghrl.

OBJETIVO: Evaluar la concentración de Ghrl en pacientes con APs, su relación con la actividad de la enfermedad, el estado metabólico y el riesgo cardiovascular.

MÉTODOS: Se realizó un estudio prospectivo, de casos y controles, de corte transversal, entre julio de 2019 y marzo de 2022. Se incluyeron pacientes con APs (criterios CASPAR) > o = a 18 años apareados por sexo y edad (±3 años) con individuos que presentaran PsO y controles (CT). Se excluyeron pacientes con enfermedad inflamatoria articular. Se analizaron características demográficas, clínicas y de laboratorio. La actividad fue medida por PASI (leve, moderado, severo), DAPSA (remisión, baja, moderada y alta actividad) y MDA. Se definió aterosclerosis subclínica (ATEsc) evaluando engrosamiento miointimal > o = a 0,9 mm y/o presencia de placa carotídea por ultrasonido, excluyendo para su análisis a los pacientes con evento cardiovascular previo. Se aplicaron test paramétricos y no paramétricos, considerando un valor de p<0,05 significativo.

RESULTADOS: Se incluyeron 163 pacientes. Las características sociodemográficas, comorbilidades y de la enfermedad se presentan en la Tabla. Las concentraciones de Ghrl fueron menores en los pacientes con APs y PsO que en los CT, aunque sin diferencias estadísticamente significativas (APs: 199,56±37,40 pg/ml; PsO: 318,47±117,33pg/ml y CT: 492,50±151,47pg/ml). Los resultados fueron similares al agrupar a los sujetos como EPs vs CT.

Ghrl tendió a ser mayor en los pacientes con MDA ($p>0,05$). No se encontraron diferencias entre los grupos según PASI o DAPSA. Los pacientes con APs y PsO mostraron mayor frecuencia de ATEsc que los CT (57% y 68% vs 36% respectivamente; $p<0,05$) y las concentraciones de Ghrl en los pacientes con ATEsc y con SMet tendieron a ser menores. Ghrl fue significativamente menor en los pacientes con hipertensión arterial ($149,57\pm 139,13\text{pg/ml}$ vs $489,03\pm 110,70\text{pg/ml}$, $n=52$ y 78 respectivamente; $p<0,05$) y se correlacionó negativamente con la tensión arterial máxima ($r=-0,19$; $p<0,05$).

CONCLUSIÓN: Este es el primer estudio que explora la asociación entre APs y Ghrl, encontrando niveles más bajos del polipéptido en los pacientes con EPs y ATEsc, y mayores en aquellos que lograron la mínima actividad de la enfermedad. Estos resultados sugieren que Ghrl podría ser un biomarcador candidato en APs, así como su potencial rol fisiopatogénico en EPs. Es necesario confirmar estos hallazgos en futuros estudios.

Variable	APs n=49	PsO n=45	CT n=41	P
Edad (años)	50,1±1,66	50,4±2,07	48,18±1,62	0,83
Eso femenino n (%)	40 (82)	30 (67)	36 (87)	0,12
Duración de la enfermedad (años)				
porosis	17,1±0,94	12,24±1,74		0,006
artritis psoriásica	4,35±0,84			
Etnia				
mestizo n (%)	56 (81)	36 (84)	37 (71)	0,04
Comorbilidades				
hipertensión n (%)	41 (84)	29 (64)	15 (36)	0,01**
diabetes n (%)	20 (40)	14 (31)	1 (2)	0,0002*
obesidad n (%)	38 (77)	26 (58)	17 (41)	0,06*
dislipemia n (%)	40 (81)	20 (44)	18 (43)	0,00***
hipertiroideismo n (%)	25 (51)	14 (31)	12 (29)	0,27
evento cardiovascular n (%)	5 (10)	3 (7)	0	0,04*
aterosclerosis subclínea n (%)	32 (65)	15 (33)	15 (36)	0,02*
semitartrato n (%)	41 (83)	29 (64)	18 (43)	0,01*
Hábitos tóxicos				
tabaquismo actual n (%)	18 (36)	14 (31)	2 (4)	0,001*
tabaquismo n (%)	37 (75)	15 (33)	3 (7)	<0,0001*
alcoholismo n (%)	4 (8)	4 (9)	0	0,02**
Examen físico				
IMC	31,18±0,73	32,8±1,07	28,11±0,85	0,0014*
perímetro de la cintura (cm)	102,48±1,8	105,22±3,12	92,13±2,31	0,0004*
Medidas de actividad simples				
body surface area (%)	6,99±1,35	4,1		0,24
PASI (0-76)	3,15 (±1,7)	8		0,13
KAD (0-48)	4,51±0,51			
hAI (0-66)	1,81±0,38			
EVA (voz del paciente (0-100 mm))	49,87±3,86			
EVA (global del paciente (0-100 mm))	49,22±3,86			
EVA (global del médico (0-100 mm))	43,62±3,22			
Medidas de actividad compuestas				
DAPSA remisión n (%)	7 (14)			
DAPSA actividad baja n (%)	31 (62)			
DAPSA actividad moderada n (%)	31 (62)			
DAPSA actividad elevada n (%)	0			
MDA	34 (69)			
VLDA	6 (12)			
Tratamiento				
topico n (%)	29 (59)	37 (82)		0,1
fototerapia n (%)	4 (8)	4 (9)		0,85
DMARD convencional n (%)	46 (93)	15 (33)		0,001
LIMANU biológico o sintético dirigido n (%)	23 (46)	0		<0,0001*
glucocorticoides n (%)	8 (16)	1 (2)		0,17
anti-inflamatorios n (%)	23 (46)	2 (5)		0,0004*

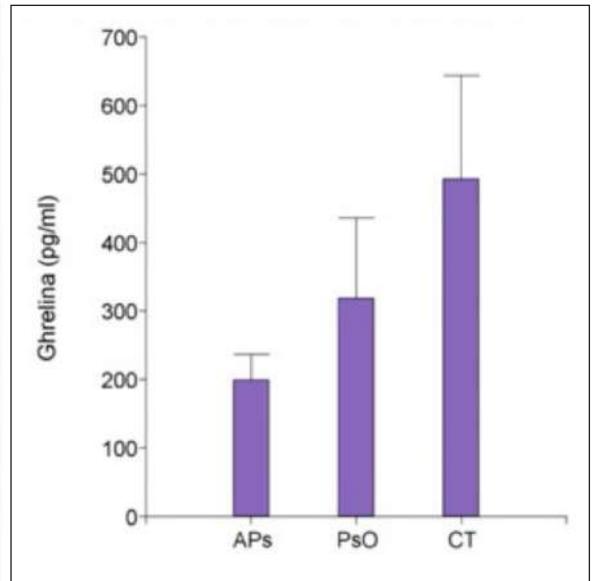


Figura: Concentración de ghrelina en pacientes con APs, PsO y controles.

Tabla: Características demográficas y clínicas de los pacientes con APs, PsO y controles.

INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES INTERNADOS CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS

MUÑOZ TORRES Carla Andrea, ORTUÑO LOBO Rossio Gardenia, LÓPEZ Ignacio, MEDINA Gustavo

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

INTRODUCCIÓN: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo heterogéneo de enfermedades autoinmunes sistémicas. El tratamiento convencional incluye glucocorticoides e inmunosupresores, pero no siempre son efectivos. La inmunoglobulina intravenosa (IGIV) se ha utilizado como terapia alternativa segura y eficaz para pacientes con MII refractarias a otros tratamientos.

OBJETIVO: Comparar las características clínicas entre pacientes internados con miopatías inflamatorias idiopáticas (MII), con o sin inmunoglobulinas (IGIV), como tratamiento.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo, unicéntrico. Pacientes con MII que cursaron internación entre julio de 2015 y enero de 2023. Se compararon dos grupos: aquellos que recibieron IGIV durante la hospitalización y aquellos que no, como parte del tratamiento inmunosupresor. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y pruebas de significancia.

RESULTADOS: Se evaluaron 46 pacientes. 24/46 (52,2%) recibieron IGIV durante la internación y 22/46 (47,8%) otros inmunosupresores. La mayoría fueron mujeres (80,4%), con edad de $50,8\pm 15$ años. La dermatomiositis fue el fenotipo más frecuente (76,1%). El 60,9% de los pacientes fueron debut de MII. Mediana de estadía 16 días. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: debilidad muscular (87%), rash cutáneo (73,9%) y disfagia (60,9%). En el grupo que recibió IGIV, el 54,2% correspondieron a recaídas y el 45,8% a casos de nuevo diagnóstico, mientras que en el grupo sin IGIV,

22,7% y 77,2% respectivamente (p=0,029). El tiempo de evolución de la enfermedad fue mayor en el grupo IGIV (5,5 vs. 2 meses; p<0,001). Las manifestaciones clínicas más prevalentes en el grupo de IGIV fueron debilidad muscular (100% vs. 72,7%, p=0,008) y disfagia (83,3% vs. 36,4%; p<0,001). Los pacientes con disfagia que recibieron IGIV presentaron grados moderados (29,2% vs. 9,1%) y severos (33,3% vs. 0%) en mayor proporción (p<0,001). La IGIV se utilizó por refractariedad (58,3%), primera opción (33,3%) o infección concomitante (8,3%). 5/24 (20,8%) fallecieron por shock séptico y solo un paciente en el otro grupo. No se registraron eventos adversos relacionados con la infusión de IGIV. Los niveles de CPK al ingreso mostraron una tendencia a ser más elevados en el grupo que recibió IGIV, pero la diferencia no fue significativa (mediana de 2030 mg/dl vs 778 mg/dl; p=0,18). El descenso de CPK fue similar en ambos grupos (69± 25,6% vs. 59±24,7%; p=0,26).

CONCLUSIÓN: Este estudio sugiere que la IGIV puede ser una opción terapéutica efectiva en el tratamiento de pacientes con MII, especialmente en aquellos con enfermedad refractaria y con manifestaciones clínicas graves. El uso de IGIV se asoció con mejoras clínicas, incluida la reducción de los niveles de CPK, y la mejoría de la debilidad muscular y disfagia de grado moderado o severo. Destacamos la buena tolerancia a las mismas.

	Población total	Pacientes tratados con IGIV (n=24)	Pacientes no tratados con IGIV (n=22)	Valor de p
Edad media (DE)	50,8 ± 13	61,9 ± 14	49,3 ± 12	0,002
Sexo femenino, n (%)	31 (88,4)	20 (83,3)	11 (50,0)	0,001
Cobertura de salud, n (%)	31 (87,4)	18 (75)	13 (59,1)	0,250
Tipo de MII, n (%)				0,007
Dermatomiositis	8 (17,0)	10 (41,7)	16 (72,7)	
Polimiositis	4 (10,7)	1 (4,2)	3 (13,6)	
Dermatomiositis overlap	1 (2,3)	0 (0)	1 (4,5)	
Síndrome amiotrófico	5 (13,9)	3 (12,5)	2 (9,1)	
Infarto miocárdico	1 (2,3)	1 (4,2)	0 (0)	
Condición de diagnóstico, n (%)				0,029
De novo	28 (80,9)	18 (75,0)	17 (77,3)	
Recidiva	18 (50,3)	13 (54,2)	5 (22,7)	
Tiempo desde el diagnóstico (meses) (media±DE)	3 (7,3)	5,5 (7,5)	2 (9)	<0,001
Días de internación (media±DE)	16 (17)	22,5 (17,0)	6 (24)	<0,001
Manifestaciones clínicas, n (%)				
Fatiga de Raynaud	17 (47,5)	9 (37,5)	9 (40,9)	0,336
Artropatía/seritis	11 (30,6)	5 (20,8)	6 (27,3)	0,305
Disfagia	34 (79,3)	18 (75)	16 (72,7)	0,001
Intersticio pulmonar intersticial	11 (30,6)	9 (37,5)	3 (13,6)	0,425
Miocarditis	2 (5,6)	1 (4,2)	1 (4,5)	0,768
Polineuropatía	2 (5,6)	2 (8,3)	0 (0)	0,490
Insuficiencia ventricular	1 (2,8)	1 (4,2)	0 (0)	0,522
Diabetes	28 (80,9)	20 (83,3)	9 (40,9)	<0,001
Grado de disfagia, n (%)				<0,001
Leve	11 (30,6)	5 (20,8)	6 (27,3)	
Moderada	9 (25,3)	7 (29,2)	2 (9,1)	
Severa	8 (22,2)	8 (33,3)	0 (0)	
Debilidad muscular proximal, n (%)	40 (87,5)	24 (100)	16 (72,7)	0,008
CPK al ingreso (mg/dl) (media±DE)	940	2090	778	0,18
(media±DE)	(940 (255-2398))	(2090 (500-605))	(778 (207-1470))	
Entrenamiento (media ± DE)	46,1 (31)	46,6 (32)	45,5 (32)	0,167
Proteína C reactiva (mg/dl) (media±DE)	1,67 (1,4)	0,72 (1,0)	1,18 (1,4)	<0,001
Tratamiento				
Dosis diaria prednisona (mg) (media ± DE)	57±17	50±15	54±18	0,335
Metotrexato, n (%)	11 (30,6)	4 (16,7)	5 (22,7)	0,357
Clonidine, n (%)	8 (22,2)	4 (16,7)	4 (18,2)	0,706
Aspirina, n (%)	9 (25,0)	5 (20,8)	4 (18,2)	0,539
Metilprednisolona, n (%)	1 (2,8)	0 (0)	1 (4,5)	0,476
Nilotinib, n (%)	1 (2,8)	1 (4,2)	0 (0)	0,522
Interferon, n (%)	1 (2,8)	0 (0)	2 (9,1)	0,333

Tabla: Características demográficas de los pacientes con MII.

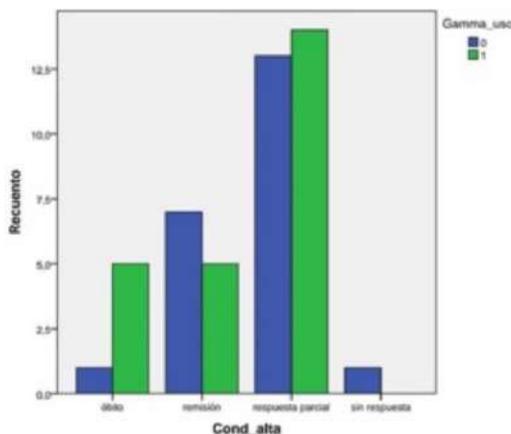


Figura.

DESEMPEÑO DE LA MEDICIÓN DE BETA-2-MICROGLOBULINA COMO BIOMARCADOR DE ACTIVIDAD EN MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS: PRUEBA DE CONCEPTO

GÓMEZ Ramiro, BENÍTEZ Cristian Alejandro, PEON Claudia, ALFARO María Agustina, GAMBA María Julieta

HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS

INTRODUCCIÓN: La β2-microglobulina (β2) está presente en todas las células nucleadas donde se asocia a proteínas del CMH tipo I, del complejo CD1 y MR1. Sus niveles pueden elevarse en enfermedades inflamatorias crónicas y se ha demostrado que los interferones (IFN) tipo I y II estimulan la síntesis y liberación de β2M. Las miopatías inflamatorias (MII) son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizado por la inflamación muscular y extramuscular. Se ha descrito un aumento de IFN en todos los tipos de MII.

OBJETIVO: Evaluar el desempeño de la medición de β2M como biomarcador de actividad en MII como una prueba de concepto.

MÉTODOS: Estudio transversal. Se evaluaron retrospectivamente historias clínicas digitales de pacientes con MII atendidos en nuestro Servicio (noviembre de 2019 a junio de 2023), y se incluyeron aquellos que contasen con determinación de β2M y descripción clínica de actividad de enfermedad (dentro del mes de la determinación analítica). Se excluyeron pacientes con síndrome de superposición, neoplasias activas e insuficiencia renal crónica (ClCr <60 ml/min), ya que estos factores podrían elevar los valores de β2M. Se recabaron datos demográficos, tipo de MII (subgrupos EULAR/ACR 2017) y pacientes con anticuerpo antisintetasa se reclasificaron por criterios de Connors), dosaje de β2M, MMT-8, actividad de enfermedad por MYTAX, laboratorio (CPK, VSG, PCR, ferritina, leucocitos plaquetas, albúmina y glucemia), índices inflamatorios (índice PMN/L, índice plaquetas/linfocitos, índice monocitos/linfocitos, PCR/albumina, VSG/albumina, índice inflamatorio sistémico (PMN/L*plaquetas), índice leucoglucémico (glucemia*leucocitos/1000), tratamiento al momento de la consulta. La asociación entre β2M y MYTAX se evaluó mediante coeficiente de correlación de Spearman, al igual que entre otras variables de laboratorio y actividad, utilizando Jamovi V1.6 (2021).

RESULTADOS: Se evaluaron 87 historias y se incluyeron 43 pacientes; se excluyeron 12 por síndrome de superposición, 1 por neoplasia activa y 1 por IRC en hemodiálisis. Se analizaron 29 pacientes. El 86,2% de sexo femenino, edad mediana (m) 42,5 años (RIC 34-50), evolución m 11 meses (RIC 2-29). En su mayoría dermatomiositis (72,4%). El 62% de los pacientes presentaron alguna actividad definida por MYTAX, pero la mediana MYTAX fue 1 (RIC 0-10). Al estratificar por máximo nivel de actividad alcanzado, 37,9% en remisión y 20,7% actividad leve, 17,2% moderada y 24,1% severa. La mediana β2M fue 2167 (1723-2833), con 41,4% por encima del límite superior normal. Encontramos correlación entre MYTAX y β2M (rho 0,432, p=0,019). Al estratificar pacientes activos (MYTAX>0) y no activos, la media β2M fue 2621±817 y 1821±532 respectivamente (p=0,008). Estratificando según máximo puntaje MYTAX alcanzado, encontramos diferencias en β2M estadísticamente significativas entre pacientes en remisión y pacientes con actividad moderada y severa. La presencia de β2M elevada se asoció a enfermedad activa con un OR de 15,71 (1,63-151,13; p=0,008). Encontramos correlación entre MYTAX y ferritina (rho 0,555, p=0,014) y entre MYTAX y albúmina (rho -0,462, p=0,026). Al explorar los índices inflamatorios, MYTAX solo correlacionó con índice VSG/Albumina (rho 0,495, p=0,016). No encontramos diferencias de acuerdo a los tratamientos recibidos.

CONCLUSIÓN: Encontramos mayores valores de β2M en pacientes activos y correlación entre MYTAX y β2M. El dosaje de β2M podría ayudar como un elemento adicional para evaluar actividad en pacientes con MII, al igual que el dosaje de ferritina y albumina. Se requieren estudios a mayor escala para confirmar estos hallazgos.

DETECCIÓN DE RIGIDEZ ARTERIAL Y RECLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES

BERBOTTO Leonel¹, GHELFI Albertina², QUINTANA Rosana¹, NIETO Romina¹, GARAVELLI Florencia¹, VÉLEZ Lautaro², KISLUK Boris¹, KILSTEIN Jorge², GALINDEZ Jorge², BERBOTTO Guillermo¹

¹SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, CIUDAD DE GRANADERO BAIGORRIA, ²SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, CIUDAD DE GRANADERO BAIGORRIA

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA) aumentan la posibilidad de desarrollar lesiones vasculares subclínicas como rigidez arterial, lo que se asocia a eventos cardiovasculares (ECV) a largo plazo. La estratificación tradicional del riesgo cardiovascular (RCV) puede subestimar el riesgo real en estos pacientes, en los que puede existir afectación vascular subclínica precoz consecuente al estado inflamatorio crónico. La rigidez arterial se puede determinar mediante: velocidad de la onda del pulso (VOP), presión aórtica central (PAC) e índice de aumentación (IAu).

OBJETIVO: Medir la VOP, PAC e IAu en pacientes con ERA; comparar los parámetros obtenidos con un grupo control de sujetos sanos.

MÉTODOS: Estudio de cohorte. Grupo 1: pacientes con cualquier ERA en remisión clínica según médico tratante, sin compromiso órgano-específico, con presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) en consultorio <135/85 mmHg y estratificados como bajo RCV (<5%) por la calculadora de las Américas de la OMS para Argentina. Se excluyeron: pacientes con antecedente de un ECV, enfermedad renal crónica, diabetes, hipertensión arterial, lesión de órgano diana, RCV ≥5% y si recibían estatinas, aspirina o fármacos antihipertensivos por cualquier otro motivo. Grupo 2: sujetos sanos que acudieron a control rutinario de salud. Se utilizó muestreo consecutivo. Se realizó medición de PAS y PAD con Omron M3, y de VOP carotídeo-femoral, PAC e IAu con AorticTM.

RESULTADOS: Se incluyeron 79 sujetos: Grupo 1 (n=33), Grupo 2 (n=46). Los diagnósticos fueron de ERA: lupus eritematoso sistémico (LES) n=10, artritis reumatoidea (AR) n=13. No se encontraron diferencias en relación a edad, peso, talla, índice de masa corporal, frecuencia cardíaca, PAS y PAD entre los grupos. Los sujetos con ERA mostraron mayor VOP: 7,02 ±1,20 m/s vs 5,96 ±0,86 m/s (p<0,0001). No se encontraron diferencias de PAC e IAu entre los grupos. Entre sujetos con ERA no se observaron diferencias en el valor de VOP en relación al hecho de recibir o no corticosteroides, fármacos modificadores de enfermedad reumática.

CONCLUSIÓN: Los sujetos con ERA incluidos (en remisión clínica, sin afectación orgánica, normotensos, con RCV<5%) mostraron mayor VOP que los pacientes sanos pareados por sexo y edad.

DETECCIÓN DE RIGIDEZ ARTERIAL Y RECLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

QUINTANA Rosana¹, GHELFI Albertina², BERBOTTO Leonel¹, NIETO Romina¹, GARAVELLI Florencia², VÉLEZ Lautaro², KISLUK Boris¹, KILSTEIN Jorge², BERBOTTO Guillermo¹

¹SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, CIUDAD DE GRANADERO BAIGORRIA, ²SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, CIUDAD DE GRANADERO BAIGORRIA

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA) aumentan la posibilidad de desarrollar lesiones vasculares subclínicas como rigidez arterial, lo que se asocia a eventos cardiovasculares (ECV) a largo plazo. La rigidez arterial se puede determinar mediante: velocidad de la onda del pulso (VOP), presión aórtica central (PAC) e índice de aumentación (IAu).

OBJETIVO: Medir la VOP, PAC e IAu en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea (AR) y comparar los parámetros obtenidos con un grupo control de sujetos sanos.

MÉTODOS: Estudio de corte transversal. Grupo 1: pacientes con AR en remisión clínica medida por DAS28, sin compromiso órgano-específico, con presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) en consultorio <135/85 mmHg y estratificados como bajo RCV (<5%) por la calculadora de las Américas de la OMS para Argentina. Se excluyeron: pacientes con antecedente de un ECV, enfermedad renal crónica, diabetes, hipertensión arterial, lesión de órgano diana, RCV ≥5% y si recibían estatinas, aspirina o fármacos antihipertensivos por cualquier otro motivo. Grupo 2: sujetos sanos que acudieron a control rutinario de salud. Se utilizó muestreo consecutivo, y se matcheó por edad y sexo. Se realizó medición de PAS y PAD con Omron M3, y de VOP carotídeo-femoral, PAC e IAu con Aortic™.

RESULTADOS: Se incluyó un total de 58 individuos: 12 con AR y 46 controles sanos. La mediana de edad en años de los pacientes y controles fue de 42.5 (38.8, 47.3) y 42.0 (30.3, 48.8) respectivamente. Los pacientes con AR presentaron una media de evolución de su enfermedad de 6.00 años (3.00, 12.3), el 58% estaban en tratamiento con corticoides (mediana de 5 mg/día [5.00, 6.25]) y el 92% en tratamiento con DARMES. Los pacientes con AR presentaron un valor mayor de VOP (mediana de 6.20 [5.88, 6.60] vs 6.00 [5.55, 6.40]; p 0.173) y IAu 8.00 ([4.50, 10.0] vs 5.00 [2.00, 8.00]; p 0.299) en comparación con los controles, sin alcanzar una diferencia estadísticamente significativa.

CONCLUSIÓN: A pesar de ser pocos los sujetos incluidos, los pacientes con AR (en remisión, sin afectación orgánica, normotensos, con RCV <5%) mostraron una tendencia en mayores índices de rigidez arterial que los pacientes sanos pareados por sexo y edad.

¡NO HAGA ESTE ESTUDIO SOBRE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO!

SERNA GÓNGORA Melissa Brenda¹, PARÍS Nicole Josianne¹, ABBAS Leila², PISSANI María Pía², SEQUEIRA Gabriel¹, KERZBERG Eduardo¹

¹SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA, ²UNIDAD ASISTENCIAL DR. CÉSAR MILSTEIN

INTRODUCCIÓN: Solo se publica una minoría de todos los trabajos presentados en los Congresos Argentinos de Reumatología (CAR). Un tercio de los trabajos sobre artritis reumatoidea presentados en los CAR a lo largo de una década corresponden a temas de estudio (TDE) revisitados, que no mejoran la tasa de publicación.

OBJETIVO: Analizar los temas de estudio (TDE) de los trabajos sobre lupus eritematoso sistémico (LES) presentados en los CAR y su tasa de publicación.

MÉTODOS: Se analizaron todos los resúmenes sobre LES, como motivo primario de estudio, presentados en los CAR entre 2008 y 2017. Todos los trabajos sobre un mismo TDE fueron analizados y se determinaron los TDE revisitados definidos como, al menos, 2 estudios similares presentados sobre el mismo tema. Para ello fue necesario el acuerdo entre dos investigadores. A través de una búsqueda en *Google Scholar* se determinó la tasa de publicación al 30 de junio de 2023 de todos los resúmenes presentados al CAR. Se determinó además el número de estudios similares por TDE, el número de centros participantes y el número de pacientes estudiados.

RESULTADOS: Sobre 2092 trabajos presentados en los CAR, se analizaron 209 trabajos (10%) sobre LES. Solo 26 (12.4%) de los 209 estudios sobre LES presentados en los CAR fueron publicados. Teniendo en cuenta los 209 trabajos sobre LES presentados en los CAR, 154 (73.7%) correspondieron a TDE revisitados. Que un TDE fuera revisitado no implicó una mayor tasa de publicación: se publicaron 17 (11.0%) de los 154 estudios sobre TDE revisitados vs 9 (16.4%) del resto de los TDE (p:0.4). Se encontró que 88 de los 154 trabajos con TDE revisitados (57.1%) correspondieron a TDE con (al menos) 3 estudios similares. Estos 88 trabajos correspondían a 20 TDE de los cuales solo 4 tenían trabajos publicados. Se encontraron 3 TDE sin estudios publicados, pero que tenían trabajos argentinos indexados en PUBMED y publicados antes que los presentados al CAR (Tabla).

CONCLUSIÓN: Solo una minoría de los trabajos sobre LES presentados en los CAR se publican. Más del 70% de los estudios presentados al CAR sobre LES corresponden a TDA revisitados que no mejoran la tasa de publicación.

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE Y TROMBOCITOPENIA INMUNE EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

MILESI Florencia, GROSSO DI GIORGIO Mayra, MUÑOZ TORRES Carla Andrea, PINO María, GARCÍA CARRASCO Marina, MEDINA Gustavo HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

INTRODUCCIÓN: El 80% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) desarrollan manifestaciones hematológicas. La plaquetopenia inmune (PI) sucede en el 10-40%. Es moderada con <50000 plaquetas/mm³ y severa <30000, con una prevalencia del 5%. Se asocia a mayor actividad, anemia hemolítica autoinmune (AHA), compromiso renal y neurológico. La AHA tiene una prevalencia del 5-10%. Es severa con hemoglobina ≤7.5 mg/dL. Se relaciona a compromiso renal, convulsiones y serositis. Ambas se asocian a daño y mortalidad en algunos estudios.

OBJETIVO: Evaluar la prevalencia de AHA/PI, las características y la evolución en una cohorte de pacientes con LES.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal. Se incluyeron pacientes con LES en seguimiento del 06/2013 al 01/2023 que cumplieron criterios ACR 1997, SLICC 2012 y ACR/EULAR 2019, y que hayan presentado AHA/PI previo, al debut o posterior al diagnóstico de LES. Se analizaron datos demográficos, clínicos, inmunoserológicos, actividad de la enfermedad por SLEDAI-2K, evolución y tratamientos recibidos.

RESULTADOS: En 469 pacientes con LES analizados, la prevalencia total de AHA/PI fue 22%. 89% mujeres, media de edad al diagnóstico de LES 30.5±15 años. Duración media de la enfermedad 13.6±8.29 años. 78.4% presentaron AHA/PI al debut del LES. 52/102 (51%) tuvieron AHA, siendo severa en 22 (21.6%). 72/102 (71%) desarrollaron trombocitopenia, alcanzando valores moderados y severos en 35%. Prevalencia de AHA+PI severas/

moderadas: 86%. Media de SLEDAI 2K al momento de la manifestación hematológica 8±5. 47% tuvieron aDNA positivo y 64% hipocomplementemia. 99% de los pacientes recibieron corticoides vía oral, asociado más frecuentemente a hidroclicloroquina (94%) y azatioprina (26.5%). La mitad de los pacientes (51) presentaron nefritis lúpica, siendo clase III-IV en 38%. Solo 6 pacientes presentaron enfermedad renal terminal. Otras manifestaciones asociadas: mucocutáneas y articulares (65%), serositis (28%), neurolupus (19%). 87% de los pacientes alcanzaron la remisión, recayendo 18.6% de ellos. Un 13% fueron corticodependientes, no pudiendo alcanzar dosis de prednisona ≤7.5 mg/día. Solo 3 (2.9%) fallecieron a causa de la manifestación hematológica.

Conclusión: Observamos una prevalencia de AHA/PI similar a otras series de pacientes con LES. Fueron severas en el 5-10%. Si bien 50% de los pacientes presentaron compromiso renal, solo 6% desarrollaron enfermedad renal terminal. La gran mayoría de los pacientes alcanzó la remisión.

Prevalencia AHA/PI % (evento AHA/PI / N total base de datos LES)	22% (102/469)
Edad al diagnóstico de LES, media(SD) años	30.5 (15)
Sexo femenino N (%)	91 (89%)
Tiempo de evolución del LES, media(DS) años	13.6 (8.2)
FAN ≥ 1/80 N (%)	102 (100%)
ENAs N (%)	
aRo-SSA	36 (35.3)
aLa-SSB	19 (18.6)
aSM	36 (35.3)
aRNP	23 (22.5)
aDNA N (%)	48 (47)
Hipocomplementemia N (%)	
C3	59 (57.8)
C4	65 (63.7)
Características clínicas N (%)	
Alopecia	76 (74.5)
Lupus cutáneo agudo	67 (65.7)
Artralgias/Artritis	66 (64.7)
Nefritis lúpica	51 (50%)
Clase III-IV	38 (37.6)
Clase II-VI	12 (11.7)
Clase VI	2 (1.9)
NTI	1 (0.98)
ERC	6 (5.9)
Úlceras orales	41 (40.2)
Serositis	28 (27.7)
Neuropsiquiátrico	19 (18.6)
SAF Trombótico	15 (14.7)
Compromiso pulmonar	8 (7.8)
SAF obstétrico	7 (6.8)
Gastrointestinal	3 (2.9)
Cardíaco	1 (0.98)
SLEDAI 2K al momento de la manifestación hematológica, media (SD)	8 (5)

Tabla 1: Características clínicas de los 102 pacientes con AHA/PI.

Desarrollo de la manifestación: N (%)	
Previo al diagnóstico de LES	11 (10.8)
Al debut del LES	80 (78.4)
Posterior al diagnóstico de LES	11 (10.8)
AHA N (%)	
total	52 (51)
severa hb ≤7.5g/dl	22 (21)
Plaquetopenia N (%)	
Total	72 (70.8)
PI Leve (>50000-100 000)	38 (37.2)
PI Moderada (>30000-49 900)	16 (16.7)
PI Severa (<29900)	20 (19.6)
Síndrome de Evans (AHA+PI) N (%)	13 (12.7)
AHA + PI moderadas y severas N (%)	88 (86%)
Tratamientos recibidos por la manifestación hematológica N (%)	
Hidroclicloroquina	96 (94)
Corticoides EV	44 (43)
Corticoides VO	101 (99)
Ciclofosfamida	9 (8.8)
Rituximab	14 (13.7)
Micofenolato	8 (7.8)
Azatioprina	27 (26.5)
Belimumab	1 (0.98)
Ivlg	16 (15.7)
Plasmaféresis	2 (1.96)
Esplenectomía	3 (2.9)
Agonistas del receptor de trombopoyetina (ART)	3 (2.9)
Líneas de tratamientos recibidos N (%)	
1 línea (HCO-CTC EVVO)	82 (80.1)
2 líneas (CFA, MNF, AZA)	19 (18.6)
3 líneas (Ivlg, RTX, PEX, Esplenectomía, ART)	3 (2.9)
Hospitalización N (%)	52 (51)
Internación en terapia intensiva N (%)	7 (6.8)
Evolución N (%)	
Remisión	88 (87)
Recalida	19 (18.6)
Corticodependientes	13 (12.7)
Óbito	3 (2.9)

Tabla 2: Manifestaciones hematológicas. Tratamientos recibidos. Evolución.

PREVALENCIA DE COMPROMISO PULMONAR INFLAMATORIO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN REMISIÓN ARTICULAR SIN SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

CARBONELL Rafael, MATA Darío, MARTÍNEZ Maura, VIOLA Malena, MOLINA Hernán, RIOPEDRE Augusto Martín, GARBARINO Cecilia, REDONDO Griselda, DE LA VEGA María Celina

HOSPITAL DR. COSME ARGERICH

INTRODUCCIÓN: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) tiene un 10% de riesgo de desarrollo en pacientes con artritis reumatoidea (AR). En la actualidad, no hay estudios que muestren la prevalencia de la actividad inflamatoria pulmonar en pacientes con AR en remisión articular sin síntomas respiratorios. En este trabajo evaluamos la prevalencia de actividad inflamatoria pulmonar en pacientes con AR en remisión articular sostenida sin síntomas respiratorios en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires.

OBJETIVO: Primario: evaluar la prevalencia de actividad inflamatoria pulmonar (bronquiolitis/vidrio esmerilado) evaluada por tomografía computada de alta resolución (HRTC) en pacientes con AR en remisión articular por CDAI y sin síntomas respiratorios. Secundarios: describir la presencia de variables de riesgo de desarrollo de compromiso pulmonar como tiempo de inicio de la AR, sexo masculino, tabaquismo y seropositividad para FR y anti-CCP; describir la presencia de otras manifestaciones extraarticulares.

MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, en pacientes con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010, remisión articular medida por CDAI igual o mayor a 6 meses, sin síntomas respiratorios y reclutados en consultorios externos de forma consecutiva

RESULTADOS: Se incluyeron 27 pacientes, 7 hombres (26%) y 20 mujeres (74%). Se observó actividad inflamatoria pulmonar en 19 pacientes (68%), de tipo bronquiolitis (11 pacientes, 39%) y vidrio esmerilado (8 pacientes, 29%). Sobre las variables riesgo, la media de edad fue de 58.7 años y el tiempo promedio de inicio de la AR fue de 10.1 años. En relación al sexo masculino, 5 de 7 hombres (71%) presentaron actividad inflamatoria pulmonar. Con respecto al tabaquismo, 11 de 19 pacientes (58%) presentaron actividad inflamatoria pulmonar. Sobre la positividad de autoanticuerpos, 65% de los pacientes tuvieron positividad para anti-CCP y factor reumatoide, y 35% tuvieron positividad solo para anti-CCP. No se detectaron otras manifestaciones extraarticulares.

CONCLUSIÓN: En nuestro estudio, más del 50% de los pacientes con AR en remisión articular sostenida sin síntomas respiratorios tuvieron hallazgos de actividad inflamatoria pulmonar de tipo bronquiolitis y vidrio esmerilado. Se deben considerar los factores de riesgo como el tiempo de evolución de la enfermedad, el sexo masculino, el tabaquismo y la seropositividad de los ACPAS.

ARTRITIS REUMATOIDEA DE INICIO TARDÍO RECIBE TERAPIAS MENOS AGRESIVAS QUE LA ARTRITIS REUMATOIDEA DE INICIO TEMPRANO EN UNA COHORTE ARGENTINA

PÉREZ Nicolás¹, GARGIULO María de los Ángeles¹, KHOURY Marina¹, SUÁREZ Lorena¹, CORREA María de los Ángeles², PERA Mariana³, SARAVIA CHOCOBAR Karín Natali⁴, GÓMEZ Graciela¹

¹INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS DR. ALFREDO LANARI, ²INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, ³HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, ⁴HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ

	YORA (n=51)	EORA (n=51)	p
Femenino, n (%)	40 (78,43)	39 (76,47)	0,813
Edad al momento del diagnóstico, media ± desvío estándar	43,41±10,12	66,66±6,38	---
Demora diagnóstica, en meses	4,82 (1,85-7,39)	5,46 (2,07-8,11)	0,7709
Etnia, n (%)			
Biancos	12 (23,53)	22 (43,14)	0,004
Mestizos	24 (47,06)	25 (49,02)	
Amerindios puros	15 (29,41)	3 (5,88)	
Asiáticos	0	1 (1,96)	
Años de estudio, mediana (RIQ)	12 (12-16)	12 (8-16)	0,1075
Comorbilidades, n (%)			
Tabaquismo	18 (35,29)	30 (58,82)	0,029
Dislipemia	11 (21,57)	13 (25,49)	0,816
Cardiovasculares (HTA, ICC, arritmias, enfermedad coronaria, cerebrovascular)	11 (21,57)	28 (54,90)	0,001
Diabetes	3 (5,88)	6 (11,76)	0,467
Alteración de la función renal	1 (1,96)	1 (1,96)	1,000
Neoplasia	0	4 (7,84)	0,118

HTA: hipertensión arterial, ICC: insuficiencia cardíaca, RIQ: rango intercuartil

Tabla: Características demográficas y comorbilidades.

INTRODUCCIÓN: Cuando la artritis reumatoidea (AR) comienza después de los 60 años se denomina AR de inicio en el anciano (*elderly-onset rheumatoid arthritis*, EORA) y cuando se inicia antes, artritis reumatoidea de inicio en el joven (*young-onset rheumatoid arthritis*, YORA).

OBJETIVO: Evaluar diferencias en las características clínicas, evolución y elección terapéutica entre los pacientes con AR de inicio antes o después de los 60 años en cuatro centros de Argentina.

MÉTODOS: Estudio observacional de pacientes con diagnóstico de AR atendidos en forma consecutiva desde el 1° de agosto de 2021 hasta el 31 de marzo de 2022 en cuatro centros Argentina. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con inicio de síntomas posterior al 1° de enero de 2010, que cumplían criterios de clasificación del ACR-EULAR 2010 para AR. Se revisaron las historias clínicas para recolectar datos sociodemográficos, comorbilidades, manifestaciones clínicas al momento del diagnóstico y la presencia de factor reumatoideo y/o anti-CCP (*cyclic citrullinated peptide*). Se consignaron los tratamientos recibidos. Al momento de la última visita se registró el número de articulaciones tumefactas y dolorosas y la actividad de la enfermedad por el paciente y el médico mediante EVA numérica de 0 a 10. Se

evaluó la presencia de manifestaciones extraarticulares, erosiones radiográficas y estado funcional mediante HAQ-DI.

RESULTADOS: Se analizaron 102 pacientes con AR. La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 56±15,2 años. La mediana en la demora diagnóstica fue de 4,9 (2,1-7,6) meses. Se encontraron diferencias significativas en la etnia con mayor proporción de amerindios en el grupo YORA y de blancos en el grupo EORA. El grupo EORA tuvo significativamente mayor proporción de tabaquistas, de pacientes con antecedentes cardiovasculares, con inicio abrupto y con síntomas similares a la PMR. El grupo YORA presentó mayor frecuencia de factor reumatoideo y anti-CCP positivos, pero la diferencia no alcanzó significación estadística. Los valores de HAQ en la última visita fueron similares en ambos grupos y no se observaron diferencias significativas luego de ajustar por la edad a la última visita, edad al diagnóstico ni la duración de la enfermedad. El uso de csDMARDs fue similar en los dos grupos: 48 pacientes (94,1%) en YORA y 46 (90,2%) en EORA (p=0,715). Hubo diferencias significativas en la dosis máxima empleada de metotrexato, 21,9 mg (20-25) en grupo YORA vs 19 mg (15-25) en EORA (p=0,0036). Se registraron efectos adversos asociados al tratamiento en 16 pacientes del grupo YORA y 9 en grupo EORA (p=0,107). El aumento de transaminasas fue el más frecuente en ambos grupos.

CONCLUSIÓN: La información disponible sobre las características clínicas, la evolución y el pronóstico de los pacientes con EORA ha evolucionado

en las últimas décadas desde su descripción inicial como una entidad benigna a la actual, como una forma de AR similar a YORA. Se han descrito los beneficios del tratamiento precoz en pacientes con AR. En este trabajo, el empleo de DMARDs en el grupo EORA fue menos intensivo, sugiriendo que la edad avanzada constituye una barrera en la elección terapéutica. Se requiere de estudios prospectivos con evaluación de complicaciones y mortalidad para evaluar si el abordaje de los pacientes con EORA tiene que ser similar al resto de pacientes con AR.

0137

AFECTACIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN. COHORTE PSECOPY

VÁZQUEZ BÁEZ Marcos Aurelio, YINDE Yanina

DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SAN LORENZO, PARAGUAY

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Sjögren es una patología autoinmune caracterizada por una afectación glandular. De etiología multifactorial, su patogenia se centra en la infiltración linfocitaria a nivel epitelial. Puede presentar un compromiso sistémico, entre los que se destaca la afectación pulmonar en un 15% de los casos.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de manifestaciones pulmonares en pacientes con Síndrome de Sjögren de la cohorte Psecopy; describir los hallazgos tomográficos a nivel pulmonar de los pacientes con síndrome de Sjögren de la cohorte Psecopy; identificar los tratamientos establecidos en pacientes con afectación pulmonar de la cohorte Psecopy.

MÉTODOS: Estudio observacional, prospectivo, de corte transversal, destinado a seleccionar pacientes con el diagnóstico de síndrome de Sjögren, que reúnan los criterios ACR/EULAR 2016 y que hayan acudido al Departamento de Reumatología del Hospital de Clínicas de San Lorenzo.

RESULTADOS: Se incluyeron 50 pacientes, 48 (96%) fueron mujeres. La media de edad al diagnóstico fue de 44,62 años. En 6 (12%) del total de los pacientes se diagnosticó compromiso pulmonar. De los que tuvieron afectación pulmonar se encontró un diagnóstico simultáneo entre síndrome de Sjögren y enfermedad pulmonar intersticial en 3 (50%) pacientes, y SS precediendo a la EPI en 3 (50%) pacientes. Entre las comorbilidades, se encontró la hipertensión arterial en 3 (50%) pacientes. Se observó disnea en 3 (50%) pacientes, de los cuales 2 (33,33%) correspondían según la NYHA a la clase funcional II y 1 (16,66%) a la clase NYHA III. El patrón de EPID más frecuente fue el de neumonía intersticial usual (UIP) en el 50% de los pacientes y el 50% restante presentaban manifestaciones pulmonares en ausencia de EPID. No hubo antecedentes de tabaquismo. En relación al tratamiento, el (100%) recibieron hidroxiquina, 2 (13,33%) micofenolato mofetil y 1 (16,66%) ciclofosfamida al momento del diagnóstico

CONCLUSIÓN: Se encontró un predominio femenino, con el patrón tomográfico UIP como el más frecuente y con la presencia de la hipertensión arterial como comorbilidad.

0138

DESCRIPCIÓN DE PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS Y ANTICUERPO ANTIMITOCONDRIAL: EXPERIENCIA EN ARGENTINA

LÓPEZ Ignacio¹, GÓMEZ Ramiro², BARROS Gonzalo Martín¹, BRESAN Eleonora¹, GARCÍA CARRASCO Marina¹, PINO María Selva¹, GAMBA María Julieta², GUSTAVO Medina¹

¹HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, ²HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS

INTRODUCCIÓN: Las miopatías inflamatorias inmunomediadas (MII) son un grupo heterogéneo de enfermedades sistémicas caracterizadas por compromiso muscular y extramuscular. La presencia de diferentes anticuerpos específicos de miositis (AEM) y asociados a miositis (AAM) le confiere características clínicas particulares a esta patología. Las cohortes japonesas, norteamericanas y francesas han descrito la asociación de ciertas características clínicas como la atrofia muscular y el compromiso cardíaco en pacientes con MII, con la presencia de anticuerpos antimitocondriales subtipo M2 (AMA-M2).

OBJETIVO: Estudiar la prevalencia de AMA-M2 (+) en una cohorte de MII; comparar las características clínicas, demográficas, serológicas y terapéuticas en pacientes con MII AMA-M2 (+) vs AMA-M2 (-).

MÉTODOS: Estudio analítico, retrospectivo y transversal. Se revisaron historias clínicas desde 2008 a 2023 de pacientes con MII con dosaje de anticuerpos mediante kit ORGENTEC Myositis Plus ORG 760® evaluados en ambos centros participantes. Se incluyeron aquellos AMA-M2 (+) y controles pareados por sexo y edad AMA-M2 (-) con una relación 1:3. Se recabaron datos demográficos, tipo de MII (según ACR/EULAR 2017 y los pacientes con anticuerpos antisintetasa se recategorizaron por criterios de Connors), características clínicas, laboratorio y tratamiento.

RESULTADOS: Se evaluaron 236 historias clínicas. Se incluyeron 9 pacientes AMA-M2 (+), con una prevalencia de 3.8% en la cohorte combinada. Se incluyeron 27 controles pareados AMA-M2 (-). El 69% mujeres (n=25); edad media 45 ±11,4 años; mediana retraso diagnóstico 6 meses (RIC 2-12,3), con mayor retraso en pacientes AMA-M2 (+) (p=0,02); en su mayoría dermatomiositis (DM) (45%, n=16). En los pacientes AMA-M2 (+), 45% se clasificaron como polimiositis (PM) (n=4). 22% de los pacientes AMA-M2 (+) (n=2) tenían cirrosis biliar primaria concomitante. La mayoría de los pacientes de la cohorte presentaron debilidad muscular y compromiso cutáneo. Se observó artritis, manos de mecánico y enfermedad pulmonar intersticial en alrededor de un tercio de los pacientes. Los pacientes con AMA-M2 (+) tuvieron numéricamente menor frecuencia de EPI y sus características diferenciales fueron la atrofia muscular (p=0,01) y el compromiso cardíaco (OR 52 (IC95% 4.57-591), p<0,001). La CPK pico fue menor en pacientes AMA-M2 (+), aunque sin significancia estadística. La coexistencia de AMA-M2 (+) con AEM fue infrecuente, pero no así con AAM. Todos los pacientes recibieron corticoides y aquellos AMA-M2 (+) utilizaron menos frecuentemente dosis altas (OR 0.1 (IC95% 0.01-0.59, p=0.01.3). La mayoría de los pacientes recibieron inmunosupresores, sin diferencias entre grupos.

CONCLUSIÓN: En nuestra cohorte de pacientes con MII la presencia de AMA-M2 (+) se asoció, en línea con otros trabajos publicados, con un mayor retraso diagnóstico, atrofia muscular y compromiso cardíaco. A diferencia de los estudios japoneses y norteamericanos, no observamos tanta frecuencia PM, tampoco compromiso muscular axial, pero nuestros resultados coincidieron con los del grupo francés en cuanto a menores valores de CPK en AMA-M2 (+). La medición de AMA-M2 está al alcance de la mayoría de los centros y puede aportar valor en el estudio de los pacientes con MII. Este trabajo aporta datos importantes sobre el impacto de la presencia de AMA-M2 en pacientes con MII en una población no publicada hasta la fecha.

LESIONES PULMONARES SUGESTIVAS DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN ARTRITIS REUMATOIDEA. ESTUDIO PRELIMINAR

CALDERÓN MOSTAJO Gabriela, GONZÁLEZ MÁRQUEZ Anabel, REITICH Abel Gastón, IBANÉZ Giuliano, URRUTIA Julio César, QUISPE VILLANUEVA Laura, OTERO María José, WERNICKE Verónica Cecilia, LOJO María Nieves

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HIGA PROF. DR. RODOLFO ROSSI

Pacientes con lesiones compatibles con EPI	18
Sexo femenino	13
Edad >a 55a	13
≥ a 2 lesiones pulmonares	11
FR+	18
FR/ACPA+	13
Tabaquismo	11
Más de 2 años de AR al momento de TACAR	15

Tabla: Resumen de resultados.

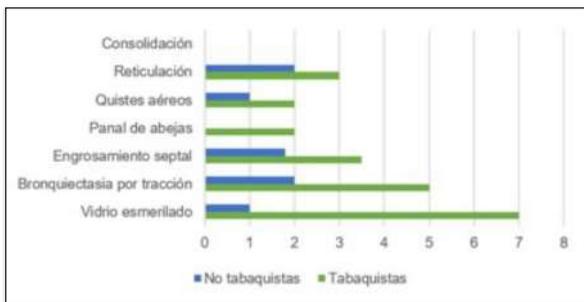


Figura: Frecuencia de lesiones pulmonares en pacientes con AR tabaquistas y no tabaquistas.

INTRODUCCIÓN: La prevalencia de enfermedad pulmonar intersticial (EPI) oscila entre 10 y 30% en artritis reumatoidea (AR) precoz (<2a), y entre 4 y 42% en AR establecida. Es la segunda causa de muerte y el 10% tiene compromiso clínico. Existen factores de riesgo asociados a la presencia de EPI. La tomografía axial computada de alta resolución de tórax (TACAR) es de elección para detallar las lesiones pulmonares (lp).

OBJETIVO: Describir las lp sugerentes de EPI en pacientes (p) con AR atendidos en nuestro Servicio; describir los factores de riesgo en los p con AR y lp. **MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en p con AR, según criterios de ACR/EULAR 2010 con historia clínica (HC) en nuestro Servicio, e informe de TACAR realizado por imagenólogo, de enero de 2015 a junio de 2023, revisadas en junio de 2023. Se consideraron: vidrio esmerilado (VE), consolidación pulmonar (CP), reticulación (R), panal de abejas (PA), engrosamiento septal (ES), bronquiectasias por tracción (BT) y quistes aéreos (QA). Los factores de riesgo evaluados: >55a, varón, tabaquismo, FR y/o ACPA+ y tiempo de evolución de AR al momento del estudio. Exclusión: falta de informe y/o resultado de TACAR compatible con otras etiologías distintas a EPI.

RESULTADOS: Se revisaron 371HC: 55 tenían TACAR, 39 con informe y de estos, 18p con lp compatibles con EPI. Mujeres 13p. Edad <55a (\bar{X} 40a) 5p y >55a (\bar{X} 62a) 13p. En los 18p se encontró 31 lp: 7p con 1 lp y 11p con 2 o más. En los informes revisados (18) se halló: VE 8, BT 7, ES 6, R 5, QA 3, PA 2, CP 0. 100% fue FR+. El 72% (13p) tuvo FR/ACPA+. Hubo 11p con tabaquismo (61%), ocho de los 11p (72%) presentaron más de 1 lp. Las más frecuentes fueron VE en 7p (88%) y BT 5p (71%) (Figura). La TACAR con lp fue realizada cuando la AR tenía un tiempo de evolución >2a en 15p (83%), con \bar{X} 16.5a.

CONCLUSIÓN: La frecuencia de lp fue del 46%, levemente mayor al referido por Carrasco et al. El mayor número se dio en mujeres, en oposición con la literatura. El VE y las BT fueron las más habituales, predominando en tabaquistas. El factor de riesgo que predominó fue FR+, seguido de ACPA+ y su doble positividad. Fue más prevalente entre la 5° y 6° década de vida, concordando con Kadura et al. Hallamos 61% de tabaquistas y estos presentaban más lp.

RENDIMIENTO DE LOS DISTINTOS SET DE CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE VASCULITIS ANCA ASOCIADA

LÓPEZ Ignacio, MARINO Diego Andrés, YAHUITA Jimena, GUT Oscar, PINO María Selva, MEDINA Gustavo

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

INTRODUCCIÓN: La clasificación de las vasculitis ANCA asociadas (VAA) es un área de controversia. Hasta 2022 se utilizaban los criterios del ACR publicados en 1990 y las definiciones histológicas de vasculitis de la Conferencia Internacional de Consenso de Chapel Hill (CHCC) revisadas en 2012. Ambos tienen limitaciones: no incluir PAM (ACR), superposición de diagnósticos (*overlap*), porcentaje alto de pacientes sin clasificar. Un algoritmo que combina ACR 1990 y CHCC 2012 (algoritmo EMA 2007) mejora el rendimiento y evita superposición. En 2022 una colaboración entre ACR y EULAR propone un set de criterios de clasificación (ACR/EULAR 2022) para VAA.

OBJETIVO: Evaluar el rendimiento ACR 1990, algoritmo EMA 2007, ACR/EULAR 2022 comparados con el diagnóstico clínico en una cohorte de pacientes con diagnóstico clínico de VAA.

MÉTODOS: Estudio analítico de corte transversal, retrospectivo. Pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico clínico de VAA evaluados en el período 2018-2023. Se excluyeron otros tipos de vasculitis (primarias o asociadas). Se recopilaron datos clínicos, de laboratorio, imagenológicos e histopatológicos. Se tomó como *gold standard* el diagnóstico clínico realizado por 1 o más reumatólogos con experiencia. Se aplicaron los criterios ACR 1990, algoritmo EMA 2007 y ACR/EULAR 2022. Se evaluó el rendimiento para la clasificación de los distintos sets de criterios clasificación de los distintos tipos de vasculitis, porcentaje de pacientes clasificados y pacientes sin clasificar.

RESULTADOS: Se incluyeron 115 pacientes, 78 (68%) mujeres. Edad media 49 años (\pm 16). Paciente con diagnóstico clínico: GPA en 72 (63%) PAM en 27 (23%) y EGPA en 16 (14%). Inicialmente se aplicaron los criterios ACR 1990, clasificando como GPA 32 (27%) y EGPA 4 (3%), 70% de los pacientes no lograron ser clasificados. En una segunda instancia realizamos el algoritmo EMA 2007, clasificando como GPA 64 (55%) y PAM 11 (9%), EGPA 4 (3%), 36 (31%) quedaron sin clasificar. Al aplicar ACR/EULAR 2022 a pacientes con diagnóstico clínico de GPA: 41 (56%) clasificaron para GPA, de los 31 (44%)

restantes, 20 (64%) clasificaron para PAM, 11 (36%) no pudieron ser clasificados. Al aplicarlos a pacientes con diagnóstico clínico de PAM: 24 (89%) clasificaron para PAM, de los 3 restantes 2 clasificaron para GPA, 1 no pudo ser clasificado. Y al ser aplicados a pacientes con diagnóstico clínico de EGPA: 11 (68%), 5 (32%) clasificaron para EGPA, de los restantes 4 clasificaron para PAM, 2 clasificaron para GPA y 5 no pudieron ser clasificados.

CONCLUSIÓN: En nuestra cohorte observamos que los distintos cambios realizados en los criterios mejoran gradualmente la cantidad de pacientes clasificados, en consonancia con otros trabajos publicados, sin embargo un porcentaje no menor sigue sin ser clasificado. Cabe destacar que se observa un mayor porcentaje de pacientes con GPA diagnosticados por criterios clínicos en contraste con otras cohortes publicadas. Al aplicar los nuevos criterios se modifica la frecuencia de los tipos de vasculitis: PAM>GPA>EGPA, mostrando resultados similares con respecto a estudios publicados.

0145

POSITIVIDAD DE PRUEBA DE TUBERCULINA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA Y ARTRITIS SERONEGATIVA

GONZÁLEZ MÁRQUEZ Anabel, CALDERÓN MOSTAJO Gabriela, REITICH Abel Gastón, IBAÑEZ Giuliano, URRUTIA Julio César, QUISPE VILLANUEVA Laura, OTERO María José, WERNICKE Verónica Cecilia, LOJO María Nieves

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HIGA PROF. DR. RODOLFO ROSSI

	AR	APs/EA	p
No. de pacientes	162	24	
Sexo F	80.24%	62.50%	
Edad media	49.7	52.25	
No. de PPD (+)	22	7	
Viraje	7	0	
% PPD (+)	13.60%	27% 0.07	

Tabla.

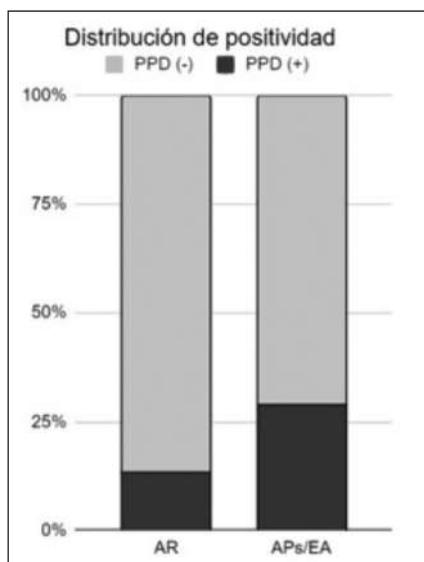


Figura.

INTRODUCCIÓN: La artritis reumatoidea (AR), la artritis psoriásica (APs) y la espondilitis anquilosante (EA) cursan con alteraciones del sistema inmune; esto y sus tratamientos (tto) aumentan el riesgo de desarrollar infecciones como tuberculosis (TBC). El test de Mantoux (PPD) se usa como tamizaje de TBC latente.

OBJETIVO: Primario: evaluar la prevalencia de PPD positiva en pacientes (P) con AR y artritis seronegativas. Secundario: evaluar viraje (V) de PPD y analizar diferencia de positividad entre ambas poblaciones.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, donde se revisaron en junio de 2023 historias clínicas (HC) de P con AR, APs y EA, recabando los resultados de PPD realizadas durante su seguimiento en el

Servicio, desde 1989 hasta la actualidad, excluyendo los P sin concurrencia \geq a 10 años. Se tomó \geq 5 mm como punto de corte. Otras variables consideradas fueron sexo, edad, motivo de indicación de PPD, tiempo desde el diagnóstico de AR, EA o APs, y tratamiento.

RESULTADOS: De 448 HC revisadas, en 186 se halló \geq 1 PPD, con predominio femenino (78%), edad media de 52 años, con AR 87% (162 P). La positividad en P con AR fue de 13,6%, y en P con APs o EA de 27%. La diferencia entre ambos grupos no fue significativa ($p=0,07$, IC 95). Los P con AR estaban en tratamiento: con metotrexato (MTX) 9 P, MTX y leflunomida (L) 10 P, MTX e hidrociclo-roquina (HQ) 2 P, solo HQ 3 P y etanercept 2 P; y los P con APs o EA con MTX 3 P. Se observó en 20 P (76%) meprednisona (MP) asociada (2 con EA y 18 con AR) con una dosis media de 6 mg. La media del tiempo desde el diagnóstico fue de 5 años. El motivo de indicación de PPD en pacientes con PPD inicial positiva (22 P) fue por tamizaje 15 P, inicio de anti-TNF 4 P, tos crónica 2 P y contacto estrecho 1 P. En 37 HC hubo \geq 2 PPD, con AR el 59,4%. El V se observó en el 19%, todos P con AR. Hubo 4 P con MTX, 2 P MTX y L y 1 P con HQ; todos con MP a dosis media de 6 mg. En todos los casos habían pasado \geq de 6 meses entre ambas pruebas. El motivo de indicación de PPD en P que viraron fue: por tamizaje 3 P, inicio de anti-TNF 1 P, tos crónica 1 P y contacto estrecho 2 P.

CONCLUSIÓN: La positividad de la PPD en nuestros P con AR fue de 13,6%, similar a lo reportado por Tamborenea et al. en 2009. La positividad en el grupo APs y EA fue mayor (27%), pero no estadísticamente significativa tal vez por el bajo N de P. Todos los P que viraron tenían AR en tratamiento con MP (dosis media 6 mg) y 6/7 con MTX, solo o asociado.

0146

SEGURIDAD A LARGO PLAZO DE LA VACUNACIÓN PARA COVID-19 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y PSORIASIS: DATOS DEL REGISTRO NACIONAL SAR-COVAC

ISNARDI Carolina¹, VIRASORO Belén María¹, D'ANGELO María Eugenia², PEREIRA Dora², PETKOVIC Ingrid², TISSERA Yohana², CORREA María de los Ángeles², PISONI Cecilia², RODRÍGUEZ GIL Gustavo², QUINTANA Rosana², COGO Karina², KREIMER Jennifer², ALONSO Carla², KOGAN Nora², TOLEDO Ana Laura², ALFARO María Agustina², COSATTI Micaela², NIETO Romina², GARCÍA Lucila², ROLLANO PERASSO Alejandra², TROYANO Zaida², DEBERNARDI Emilia², PONS-ESTEL Guillermo¹, SCHNEEBERGER Emilce²

¹UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGIA, ²INVESTIGADOR DE SAR-COVAC

INTRODUCCIÓN: La vacunación para COVID-19 ha sido ampliamente utilizada en nuestro país en pacientes con enfermedades reumáticas (ER) y psoriasis (Ps); sin embargo, ningún estudio clínico randomizado controlado se ha realizado en esta población.

OBJETIVO: Estudiar las características de la vacunación para COVID-19 en pacientes con ER y Ps en Argentina, y su seguridad a largo plazo.

MÉTODOS: SAR-CoVAC es un registro nacional, longitudinal y observacional, en el que se incluyeron de forma consecutiva pacientes ≥18 años, con diagnóstico de ER y/o Ps que hayan recibido al menos una dosis de vacuna para COVID-19. Para este análisis se incluyeron los datos recolectados desde junio de 2021 hasta mayo de 2023. Se registraron datos sociodemográficos, clínicos, terapéuticos, vacunas aplicadas, desarrollo de eventos

	Gam-COVID-Vac	ChAdOx1 nCoV-19	BBIBP-CorV	ARNm-1273	BNT162b2
Nro de dosis	1846	2127	666	653	516
Nro de EA	327	516	67	194	104
Incidencia (eventos cada 1000 dosis aplicadas, IC95%)	177 (160-195)	243 (225-261)	101 (80-126)	297 (263-333)	202 (169-236)

Tabla: Incidencia de EA según tipo de vacuna.

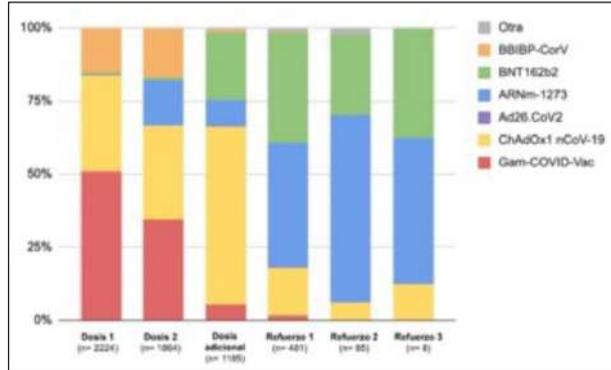


Figura: Frecuencia de uso de los diferentes tipos de vacunas según la dosis.

adversos (EA), brote de la enfermedad y manifestaciones inmunomediadas nuevas e infección por SARS-CoV-2 luego de la vacunación y su gravedad.

RESULTADOS: Se incluyó un total de 2264 pacientes, la mayoría de sexo femenino (78.4%), con una edad media de 56.5 años (DE 14.5). Cerca de la mitad (47.3%) presentaba al menos una comorbilidad, siendo hipertensión arterial y dislipemia las más frecuentes. Las enfermedades más prevalentes fueron artritis reumatoidea (39.0%) y osteoartritis (16.7%). Al momento de iniciar el esquema de vacunación, el 72.7% se encontraban en remisión y baja actividad, 19.8% recibía glucocorticoides, 30.1% agentes biológicos o pequeñas moléculas. Respecto del esquema primario de vacunación, las vacunas más frecuentemente utilizadas fueron Gam-COVID-Vac, ChAdOx1 nCoV-19 y BBIBP-CorV, mayormente en forma de esquemas homogéneos (67.2%). En la Figura se muestran las vacunas utilizadas según la dosis. El 39% de los pacientes reportaron al menos un EA durante alguna de las vacunas recibidas, un total de 1215 EA en 4632 dosis. Los más frecuentes fueron hipersensibilidad local y síndrome pseudogripal, mayormente de curso leve-moderado. Solo 8 eventos motivaron la internación y se registraron 2 casos de anafilaxia. La incidencia total de EA fue de 207.4 eventos cada 1000 dosis aplicadas, siendo significativamente menor para BBIBP-CorV ($p < 0.05$). Se identificaron 59 casos de brote de la enfermedad, 6 nuevas manifestaciones inmunomediadas y 2 de trombosis trombocitopenia asociadas a vacunas.

CONCLUSIÓN: En esta cohorte en la que se evaluaron las vacunas para COVID-19 disponibles en nuestro país, las mismas demostraron ser seguras en pacientes con ER y/o Ps.

0147

SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS E INFECCIÓN POR SARS-COV-2: DATOS DEL REGISTRO SAR-COVID

ISNARDI Carolina¹, ALFARO María Agustina¹, VIRASORO Belén María¹, D'ANGELO María Eugenia², GÓMEZ Gimena¹, SAURIT Verónica², PETKOVIC Ingrid², QUINTANA Rosana², TISSERA Yohana², PISONI Cecilia², BERBOTTO Guillermo², HAYE SALINAS María², ORNELLA Sofía², PERA Mariana², REYES Álvaro Andrés², BÁEZ Roberto², PEREIRA Dora², ALLE Gelsomina², CASTRO COELLO Vanessa², ALBA Paula², COGO Karina², ALONSO Gimena², GOBBI Carla Andrea², GALLINO YANZI Josefina², PONS-ESTEL Guillermo¹

¹UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, ²INVESTIGADOR DE SAR-COVID

INTRODUCCIÓN: Se ha observado que los pacientes con enfermedades reumáticas (ER) presentan mayor severidad de la infección por SARS-CoV-2 y un desenlace desfavorable, particularmente asociado a la actividad de la enfermedad y alguno de los tratamientos utilizados.

OBJETIVO: Describir la evolución de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes con ER y evaluar el desarrollo de síndrome pos-COVID (PC).

MÉTODOS: Estudio observacional. Se incluyeron pacientes con ER e 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 junio de 2023. Se excluyeron los pacientes con desenlace desconocido y/o con fechas discordantes en los cuales no se pudo establecer la duración de los síntomas. Se definió PC como aquel cuadro caracterizado por la persistencia de síntomas por más de 12 semanas.

RESULTADOS: Se incluyeron 2707 pacientes, 81.7% de sexo femenino, con una edad media de 51.4±15.5 años. Las enfermedades reumatológicas más frecuentes fueron artritis reumatoidea (44.2%) y lupus eritematoso sistémico (16.4%). La mayoría de los pacientes presentaron síntomas (94%), siendo los más frecuentes: fiebre (60.4%), tos (51.6%) y cefalea (40.6%). La mayoría (78.1%) tuvo un curso ambulatorio, mientras que el 6.4% presentó un valor de la escala ordinal de la Organización Mundial de la Salud (EO-OMS) ≥5 y el 4.0% falleció. Luego de excluir a los pacientes que fallecieron, se identificaron 493/2598 (19%) casos de PC. Este grupo era más añoso, con mayor frecuencia de etnia caucásica y comorbilidades. Asimismo, síntomas como fiebre, cefalea, tos, disnea, dolor torácico, confusión, artromialgia, anosmia y disgeusia fueron más prevalentes en este grupo. También fueron hospitalizados con mayor frecuencia (35.1% vs 15.3%, $p < 0.01$), la severidad de la COVID-19 fue mayor (EO-OMS ≥5) (Figura) y presentaron más complicaciones, incluyendo síndrome de distrés respiratorio (9.1% vs 0.8%, $p < 0.01$) y sepsis (2.4% vs 0.1%, $p < 0.01$). En los 189 pacientes con LC con seguimiento a 12 meses, los síntomas más frecuentes fueron la fatiga y la disnea. Se recolectaron datos de seguimiento de 1075 pacientes, de los cuales 89 reportaron al menos una segunda infección por SARS-CoV-2.

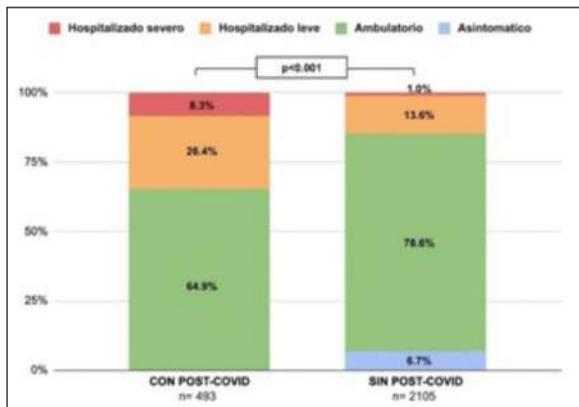


Figura: Severidad de la infección según la escala ordinal de la OMS en pacientes con y sin desarrollo pos-COVID.

CONCLUSIÓN: En esta cohorte de pacientes con ER e infección confirmada por SARS-CoV-2, 2 de cada 10 pacientes desarrollaron PC, siendo la fatiga y la disnea los síntomas prolongados más frecuentes. Los pacientes que presentaron esta condición tuvieron COVID-19 agudo más severo.

PERSISTENCIA Y SEGURIDAD DE TOFACITINIB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INMUNOMEDIADAS DE ARGENTINA: DATOS DEL REGISTRO NACIONAL BIOBADASAR 3.0

ISNARDI Carolina¹, HAYE SALINAS María¹, BRIGANTE Alejandro¹, GAMBA Julieta², VELOZO Edson², BERBOTTO Guillermo², DE LA SOTA Mercedes², EXENI Ida Eleni², ALVARADO Nicolás², GÓMEZ Graciela², GÓMEZ María Gimena², YUCRA DEMELZA Viviana², SORRENTINO Laura Julieta², SAURIT Verónica², CATAY Erika Roxana², MEDINA Gustavo², CITERA Gustavo², KIRMAYR Karin², DAPEÑA Joan Manuel², GUAGLIANONE Débora², LARROUDE María², SECCO Anastasia², ASTE Nora², PONS-ESTEL Bernardo², BOVEA Gladys², RODRÍGUEZ Graciela², GARCÍA Mercedes², PISONI Cecilia², GOBBI Carla Andrea², STRUSBERG Ingrid², CAVILLÓN Emilia², SAVIO Verónica², ÁLVAREZ Analía Patricia², CASADO Gustavo², DE LA VEGA María Celina¹, PONS-ESTEL Guillermo¹

¹UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, ²INVESTIGADOR DE BIOBADASAR

	Total (n= 583)	Tofacitinib genericos # (n= 97)	Tofacitinib Original (n=486)	p
Discontinuación, n (%)	296 (50.8)	31 (32.0)	265 (54.6)	<0.001
Causa de discontinuación, n (%)				
Falla	104 (35.1)	12 (36.7)	92 (34.7)	
EA	36 (12.2)	1 (3.2)	35 (13.2)	
Pérdida de seguimiento	85 (28.7)	-	85 (32.1)	
Sustitución no médica	24 (8.1)	15 (48.4)	9 (3.4)	
Pérdida de acceso	19 (6.4)	2 (6.5)	17 (6.4)	<0.001
Embarazo	5 (1.7)	-	5 (1.9)	
Renuncia	3 (1.0)	-	3 (1.1)	
Decisión del paciente	3 (1.0)	-	3 (1.1)	
Otra	9 (3.0)	1 (3.2)	8 (3.0)	
Desconocido	7 (2.4)	-	7 (2.6)	
Persistencia de tofacitinib				<0.001
6 meses	96.1%	94.9%	96.3%	
12 meses	90.1%	69.5%	92.1%	
24 meses	73.6%	20.9%	77.9%	

Incluye: Tofar (51), Terlarib (16), Janvax (15), Rofoak (12), Tofas (1), Inbart (2); *EA: evento adverso

Tabla: Causas de discontinuación y persistencia del tratamiento con tofacitinib.

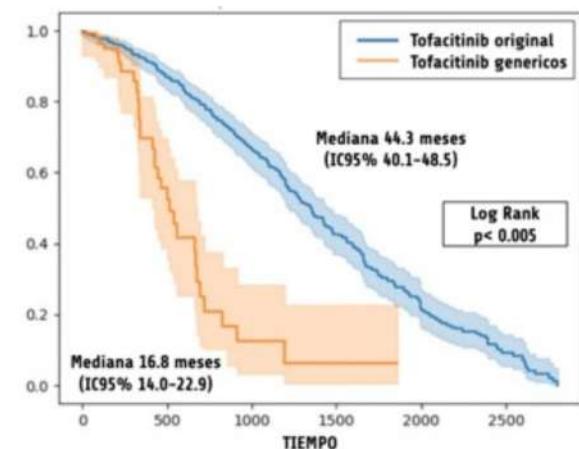


Figura: Sobrevida del tratamiento con tofacitinib.

INTRODUCCIÓN: Tofacitinib original (tofa-o) fue introducido en el mercado en 2013 y desde 2020 ocho drogas genéricas (tofa-g) se han incluido. Sin embargo, existen escasos datos locales acerca de la persistencia y sobrevida de estos agentes.

OBJETIVO: Estudiar las diferencias en relación a la sobrevida, persistencia y seguridad entre tofa-o y tofa-g.

MÉTODOS: Subanálisis realizado a partir de los datos del registro BIOBADASAR en el que se incluyeron todos los pacientes que hayan realizado al menos un ciclo de tratamiento con tofacitinib hasta junio de 2023. Para el análisis de sobrevida, cada ciclo de tratamiento con tofacitinib fue evaluado de manera individual y luego de manera continua, independientemente de la sustitución de marca.

RESULTADOS: Se incluyó un total de 528 pacientes con 583 ciclos de tratamiento, 486 (83.4%) con tofa-o y 97 (16.6%) con tofa-g. El tiempo de seguimiento para el primer grupo fue significativamente mayor (1271 vs 76 paciente/año, p<0.01). La mayoría de los pacientes (93.4%) presentaban artritis reumatoidea. En el 26.5% de los ciclos con tofa-o se reportaron al menos un EA, mientras que esto sucedió en el 15.5% de los ciclos con tofa-g (p=0.08). La incidencia de EA fue significativamente mayor con tofa-g, 34.2 y 23.7 eventos cada 100 paciente/año, respectivamente, p=0.01. Durante el seguimiento, 265 (54.5%) y 31 (32.0%) ciclos fueron suspendidos en los grupos tofa-o y tofa-g, respectivamente. En cerca del 35% de ambos grupos esto se debió a falla en el tratamiento. Cabe destacar que el 32.1% de los ciclos de tofa-o fueron suspendidos por pérdida de seguimiento y el 13.2% por el desarrollo de un EA. Por el contrario, casi la mitad de los ciclos de tofa-g se discontinuaron por sustitución no médica (Tabla). Se registraron 55 sustituciones de marca en 37 pacientes. Asimismo, la sobrevida de tofa-g fue significativamente menor (mediana 16.8 meses, IC95% 14.0-22.9 vs 4.3 meses, IC95% 40.1-48.5, p<0.01 (Figura). Algo similar ocurrió con la persistencia a 6, 12 y 24 meses, 94.9%, 69.5%, 20.9% vs 96.3%, 92.1%, 77.9%, respectivamente, p<0.001.

CONCLUSIÓN: En esta cohorte nacional de pacientes tratados con tofacitinib, la incidencia de EA fue mayor en los ciclos con agentes genéricos. La sobrevida del fármaco fue menor en este grupo, siendo la principal causa de suspensión la sustitución automática por parte de la cobertura de salud.

PATRONES DE USO DE INHIBIDORES DE JAK EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN ARGENTINA EN FUNCIÓN DEL TIEMPO: DATOS DEL REGISTRO NACIONAL BIOBADASAR

ISNARDI Carolina¹, ALFARO Agustina¹, BRIGANTE Alejandro¹, PEON Claudia², VELOZO Edson², BERBOTTO Guillermo², DE LA SOTA Mercedes², EXENI Ida Elena², CHIARVETTO Victoria², GÓMEZ Graciela², GÓMEZ Gimena², YUCRA DEMELZA Viviana², SORRENTINO Laura Julieta², LIZARRAGA Camila², CATAY Erika Roxana², MEDINA Gustavo², CITERA Gustavo², KIRMAYR Karin², DAPEÑA Joan Manuel², GUAGLIANONE Débora², LARROUDE María², SECCO Anastasia², ASTE Nora², PONS-ESTEL Bernardo², BOVEA Gladys², RODRÍGUEZ Graciela², GARCÍA Mercedes², PISONI Cecilia², GOBBI Carla Andrea², TISSERA Yohana², CAVILLÓN Emilia², SAVIO Verónica², LÁZARO María Alicia², KERZBERG Osvaldo², DE LA VEGA María Celina¹, PONS-ESTEL Guillermo¹

¹UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, ²INVESTIGADOR DE BIOBADASAR

	Periodo 1 n= 2054	Periodo 2 n= 2042	Periodo 3 n= 206	Periodo 4 n= 348
Inhibidores de TNF	1565 (76.2)	1090 (53.4)	70 (34.0)	119 (34.4)
Abatacept	247 (12.0)	265 (13.0)	23 (10.2)	36 (10.4)
Rituximab	134 (6.5)	132 (6.5)	17 (8.3)	29 (8.4)
Inhibidores de IL6	102 (5.0)	162 (7.9)	19 (9.2)	28 (8.1)
Tofacitinib original	-	377 (18.5)	56 (27.2)	29 (8.4)
Tofacitinib genérico	-	-	14 (6.8)	74 (21.4)
Baricitinib/Jupacitinib	-	9 (0.4)	9 (4.4)	30 (8.7)

p< 0.001 en todas las comparaciones entre periodos

Tabla: Frecuencia de tratamientos nuevos en cada período de tiempo.

INTRODUCCIÓN: Actualmente existen diversos inhibidores de JAK disponibles en Argentina. Las alertas de seguridad emitidas por las agencias regulatorias locales e internacionales y la introducción de genéricos podrían haber tenido un impacto sobre la prescripción de estos fármacos.

OBJETIVO: Estudiar los patrones de inicio de tratamiento de inhibidores JAK en una cohorte de pacientes con artritis reumatoidea (AR).

MÉTODOS: Análisis del registro BIOBADASAR en el que se incluyeron pacientes con AR que hayan iniciado al menos una droga biológica o

pequeña molécula hasta junio de 2023. El inicio de los distintos tratamientos se estudió en cuatro períodos: 1) previo a la disponibilidad de inhibidores JAK en el mercado desde 2010; 2) desde el lanzamiento de tofacitinib original en 09.13 hasta la introducción de los genéricos en 01.20; 3) hasta la emisión del comunicado de seguridad de FDA en 02.21; 4) hasta 06.23.

RESULTADOS: Se incluyó un total de 2901 pacientes con AR, con un total de 4648 tratamientos iniciados, 2054 (44.2%), 2042 (43.9%), 206 (4.4%), 346 (7.4%) en cada uno de los períodos. Los fármacos más frecuentemente utilizados fueron los inhibidores de TNF, particularmente como primera línea de tratamiento. Se identificó un descenso significativo en su frecuencia de uso en función del tiempo. Por el contrario, los otros agentes biológicos, abatacept, rituximab e inhibidores de IL-6 fueron más frecuentemente utilizados como segunda y tercera línea de tratamiento en todos los períodos. Con respecto a los inhibidores de JAK, luego de su introducción en el mercado, en el período 2 fueron principalmente utilizados como segunda o tercera línea de tratamiento principalmente, representando de manera global el 18.9% de los tratamientos iniciados. En los períodos subsiguientes el uso de inhibidores JAK fue comparable entre las líneas de tratamiento, alcanzando un 38.4% de los esquemas nuevos iniciados. No se observaron diferencias significativas en el uso de inhibidores JAK entre los períodos 3 y 4. Sin embargo, al analizar los tipos de drogas, se observó un franco aumento del uso de tofacitinib genérico en el período 4, mientras que la frecuencia de nuevos esquemas con tofacitinib original disminuyó. De manera inversa el uso de baricitinib y upadacitinib aumentó (Tabla y Figura).

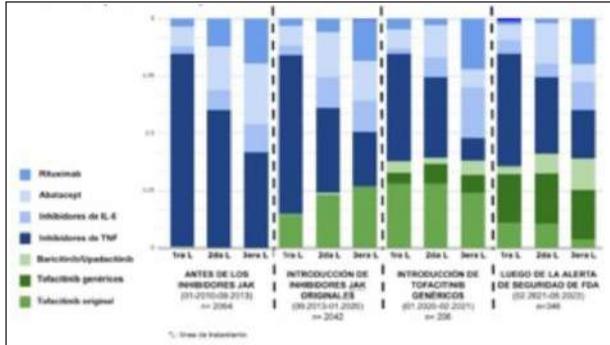


Figura: Frecuencia de inicio de tratamientos biológicos y pequeñas moléculas en los diferentes períodos de tiempo en función de la línea de tratamiento.

CONCLUSIÓN: En esta cohorte de pacientes con AR del registro BIOBADASAR se observó un cambio en los patrones de uso de inhibidores JAK en el tiempo. La introducción de los agentes genéricos se acompañó de una reducción del uso de tofacitinib original y aumento de baricitinib y upadacitinib. La advertencia realizada por las agencias reguladoras en relación a la seguridad de estas drogas no parecería haber tenido impacto sobre su uso.

0151

FRECUENCIA DE SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA MEDIANTE EL CUESTIONARIO FATIGUE, RESISTANCE, AMBULATION, ILLNESSES Y LOSS OF WEIGHT (FRAIL)

ALCIVAR NAVARRETE José Simón, DOMÍNGUEZ LEIVA Patricia Belén, DAPEÑA Joan Manuel, BANDE Juan Manuel, MEDINA María Alejandra, KLAJN Diana Silvia, CARACCILO José Ángel, PAPASIDERO, Silvia

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ

Edad en años, media (DE)	56.1 (10.2)
Mujeres, n (%)	72 (90)
Empleado, n (%)	34 (42.5)
Años de estudio, media (DE)	9.5 (3.3)
IMC (N=75), media (DE)	28.7 (6.7)
Tabaquismo, n (%)	14 (17.5)
Polifarmacia, n (%)	61 (76.2)
Hospitalizaciones, n (%)	45 (62.5)
Comorbilidades, n (%)	63 (78.7)
Tipo de comorbilidades, n (%) (N=63)	
• Osteoporosis	36 (57.1)
• Hipertensión arterial	27 (42.9)
• Gastritis	21 (33.3)
• Dislipemia	11 (17.5)
• Hipotiroidismo	10 (15.9)
• Diabetes	6 (9.5)
• Otras	34 (54)
Tiempo de evolución de la AR en meses, mediana (RIC)	108 (48-180)
Factor reumatoideo, n (%) (N=79)	77 (96.2)
ACPA, n (%) (N=68)	64 (94)
Clase radiológica, n (%)	
• Clase I	5 (6.3)
• Clase II	26 (32.9)
• Clase III	48 (60.8)
Enfermedad erosiva, n (%)	54 (68.3)
MEA, n (%)	37 (46.2)
EVA dolor, mediana (RIC)	50 (0-90)
EVA general del paciente, mediana (RIC)	50 (20-50)
EVA general del médico, mediana (RIC)	40 (20-50)
DAS28, mediana (RIC)	3.8 (2.9-4.5)
HAQ-A, mediana (RIC)	1.2 (0.9-2)
QOL-RA II, mediana (RIC)	6.2 (4.9-7.5)
HADS-A, mediana (RIC)	6 (3-9)
HADS-D, mediana (RIC)	6 (4-9)
Tratamiento, n (%)	
• DMAR sintéticos convencionales	69 (86.2)
• DMAR biológicos	11 (13.7)
• DMAR sintéticos dirigidos	5 (6.2)

DE= Desvío estándar; IMC= Índice de masa corporal; RIC= Rango intercuartílico; ACPA= Anticuerpos anti proteínas citrulinadas; MEA= Manifestaciones extraarticulares; EVA= Escala visual analógica; DAS28= Disease activity score 28; HAQ-A= Health Assessment Questionnaire- versión argentina; QOL-RA II= Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale-II; HADS-A= Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety; HADS-D= Hospital Anxiety and Depression Scale- Depression; DMAR= Drogas modificadoras de la AR.

Tabla 1: Características de la población (n=80).

INTRODUCCIÓN: La fragilidad se define como la disminución multiorgánica de la reserva funcional y una alta vulnerabilidad a eventos adversos. Aunque es un concepto propio de la geriatría, se ha planteado que los pacientes con artritis reumatoidea (AR) podrían desarrollar fragilidad independientemente de la edad. El cuestionario *Fatigue, Resistance, Ambulation, Illnesses and Loss of weight* (FRAIL) es considerado una herramienta útil para detectar prefragilidad y fragilidad.

OBJETIVO: Determinar la frecuencia de prefragilidad/fragilidad en una cohorte de pacientes con AR, y evaluar su asociación con características de la población y de la enfermedad.

MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, transversal y analítico. Se incluyeron pacientes consecutivos ≥ 18 años con diagnóstico de AR (ACR-EULAR 2010). Se recabaron datos sociodemográficos, hábitos, comorbilidades, características de la AR, clinimetría y tratamiento. Se administró el cuestionario FRAIL, se midió fuerza (dinamómetro JAMAR o 5T chair stand test), masa y rendimiento muscular para determinar sarcopenia. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Se compararon los resultados del FRAIL con las características de la población y la enfermedad mediante prueba de T de Student, Wilcoxon, Pearson, ANOVA o Spearman.

RESULTADOS: Se incluyeron 80 pacientes, las características de la población y de la enfermedad se observan en la Tabla 1. El cuestionario FRAIL detectó 46.8% de fragilidad, 39.2% de prefragilidad y 13.9% de robustez. Los resultados de cada componente del FRAIL y de la sarcopenia se detallan en la Tabla 2. La presencia de manifestaciones extraarticulares (MEA) se asoció con fragilidad (25 [67.6%], $p=0.004$). La prefragilidad/fragilidad predominó en clases radiológicas II (38.7%/53.8%) y III (41.7%/ 47.2%), mientras que el 100% de la clase I fueron robustos ($p=0.01$). Los pacientes frágiles presentaron mayor EVA dolor (60 [RIC 50-80], $p=0.004$) y global de la enfermedad (80 [RIC 50-85], $p=0.03$). Se observó asociación entre sarcopenia y fragilidad ($p=0.02$); los pacientes con sarcopenia severa y definida se distribuyeron mayormente entre prefragilidad y fragilidad, mientras que con sarcopenia probable y ausente la proporción aumentó para robustez y prefragilidad, pero disminuyó para fragilidad. Las asociaciones significativas se detallan en la Tabla 2.

CONCLUSIÓN: El cuestionario FRAIL detectó prefragilidad/fragilidad en el 86% de los pacientes evaluados, y se asoció con sarcopenia, daño radiológico, MEA y mayor evaluación del dolor y global del paciente.

Categorías de fragilidad		Componentes de fragilidad		
• Robustez	n (%)	• Fatigabilidad	n (%)	
• Prefragilidad probable	11 (13.9)	• Resistencia	35 (43.7)	
• Fragilidad probable	31 (39.2)	• Desambulación	48 (60)	
	37 (46.8)	• Comorbilidad	29 (32.5)	
		• Pérdida de peso	43 (53.7)	
			19 (23.7)	
Resultados de sarcopenia (N=80)				
Categorías de sarcopenia		Componentes de sarcopenia		
• Ausente	n (%)	• Fuerza muscular disminuida	n (%)	
• Probable	7 (8.7)	• Masa muscular disminuida	11 (13.7)	
• Definida	39 (48.7)	• Rendimiento físico disminuido	67 (83.7)	
• Dudosas	32 (40)		35 (43.7)	
	2 (2.5)			
Correlación de las categorías de fragilidad según FRAIL (N=80)				
Categoría de fragilidad:	Robustez (n=11)	Prefragilidad (n=31)	Fragilidad (n=37)	p-valor
MEA, n (%)	1 (2.7)	11 (29.7)	25 (67.6)	0.004
Clase Radiológica, n (%)				
• Clase I	4 (100)	0	0	
• Clase II	2 (7.7)	10 (38.5)	14 (53.8)	0.01
• Clase III	5 (10.4)	20 (41.7)	23 (47.2)	
EVA dolor, mediana (RIC)	40 (30-50)	40 (20-60)	60 (50-80)	0.004
EVA global del paciente, mediana (RIC)	0 (0-50)	30 (0-70)	80 (50-85)	0.03
Categoría de Sarcopenia, n (%)				
• Ausencia (n=7)	1 (14.3)	5 (71.4)	1 (14.3)	
• Probable (n=36)	7 (18.4)	19 (50)	12 (31.6)	0.02
• Definida (n=32)	3 (9.4)	6 (18.7)	23 (71.9)	
• Severa (n=2)	0	1 (50)	1 (50)	

Tabla 2: Resultados y análisis del FRAIL.

FRECUENCIA DE MANIFESTACIONES HEMATOLÓGICAS EN EL REGISTRO RELESSAR TRANSVERSAL Y FACTORES ASOCIADOS

SCAFATI Julia¹, QUINTANA Rosana², GARCÍA Lucila¹, ROBERTS Karen³, GOBBI Carla Andrea⁴, ALBA Paula⁵, ROVERANO Susana⁶, ÁLVAREZ Analía⁷, GRAF César Enrique⁸, SPINDLER Alberto⁹, PISONI Cecilia¹⁰, FIGUEREDO Heber Matías¹¹, PAPASIDERO Silvia¹², PANIEGO Raúl¹³, DE LA VEGA María Celina¹⁴, CIVIT Emma¹⁵, AGUILA MALDONADO Rodrigo¹, PONS-ESTEL Bernardo², GARCÍA Mercedes¹, GONZÁLEZ LUCERO Luciana¹⁶, MARTIRE María Victoria¹⁷, GORDON Sergio¹⁸, MICELLI Marina¹⁹, NIETO Romina²⁰, RAUSCH Gretel²¹, GÓNGORA Vanina²², BATTAGLIOTTI Cristina Guadalupe²³, DAMICO Agustina²⁴, DUBINSKY Diana²⁵, ORDEN Alberto²⁶, ZACARIAZ Johana²⁷, ROMERO Julia²⁸, PERA Mariana¹, GOÑI Mario²⁹, RILLO Oscar³⁰, BÁEZ Roberto³¹, ARTURI Valeria¹, GONZÁLEZ Andrea³², VIVERO Florencia³³, BEDOYA María Eugenia³⁴, SHMID María Marcela³⁵, CAPUTO Víctor³⁶, LARROUDE María Silvia³⁷, DOMÍNGUEZ Nadia¹⁹, GÓMEZ Graciela Noemí³⁸, RODRÍGUEZ Graciela Nora¹, MARIN Josefina²⁷, COLLADO Victoria³⁸, JORFEN Marisa²⁹, BEDRAN Zaida³⁹, CURTI Ana⁴⁰, GAZZONI María Victoria⁴¹, SARANO Judith³⁸, ZELAYA Marcos¹⁹, SACNUN Mónica²⁰, FINUCCI CURRI Pablo²², ROJAS TESSEL Romina⁴², ARIAS SAAVEDRA Maira¹⁹, SATTLER María Emilia⁴³, MACHADO ESCOBAR Maximiliano Augusto⁴⁴, ASTESANA Pablo³, PARÍS Úrsula³⁹, VIRASORO Belén María⁸, SANTA CRUZ María Julia¹², ALLIEVI Alberto⁴⁵, VANDALE Juan Manuel³³, HOJBERG Noelia Giselle¹⁹, PONS-ESTEL Guillermo²

¹HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (HIGA) GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA, ²CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (CREAR), ³UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, ⁴SANATORIO ALLENDE, ⁵HOSPITAL CÓRDOBA, ⁶HOSPITAL J.M. CULLEN DE SANTA FE, ⁷HOSPITAL PENA, ⁸CENTRO MÉDICO MITRE, ⁹CENTRO MÉDICO PRIVADO DE REUMATOLOGÍA DE TUCUMÁN, ¹⁰CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS "NORBERTO QUIRNO" (CEMIC), ¹¹HOSPITAL CENTRAL DE FORMOSA, ¹²HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, ¹³CEPRER, SANTA ROSA, ¹⁴CEIM INVESTIGACIONES MÉDICAS, ¹⁵HOSPITAL DEL CARMEN, ¹⁶HOSPITAL ÁNGEL C PADILLA, ¹⁷HOSPITAL SAN ROQUE DE GONNET, ¹⁸HIGA DR. ALENDE MAR DEL PLATA, ¹⁹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA, ²⁰HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO, ²¹CONSULTORIO PRIVADO RÍO GRANDE, ²²HOSPITAL SAN MARTÍN, PARANÁ, ²³HOSPITAL DE NIÑOS DE SANTA FE DR. ORLANDO ALASSIA, ²⁴HOSPITAL INTERZONAL DR. JOSÉ PENNA, ²⁵HOSPITAL CLÍNICAS, ²⁶HOSPITAL AERONÁUTICO CENTRAL, ²⁷HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ²⁸CLÍNICA ALVEAR SAN JUAN, ²⁹CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS DE ROSARIO, ³⁰HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. IGNACIO PIROVANO, ³¹HOSPITAL DE GENERAL ROCA, ³²HOSPITAL EVA PERÓN, ³³HOSPITAL PRIVADO DE LA COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ³⁴HOSPITAL SAN MARTÍN, PARANÁ, ³⁵HOSPITAL ANGELA IGLESIA DE LLANO, ³⁶SANATORIO JUNCAL, ³⁷CONSULTORIO PRIVADO, AVELLANEDA, ³⁸INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI, ³⁹HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DR. RAMÓN MADARIAGA, ⁴⁰HOSPITAL LUIS CARLOS LAGOMAGGIORE, ⁴¹HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS, CÓRDOBA, ⁴²HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, ⁴³HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, GRANADERO BAIGORRIA, ⁴⁴HOSPITAL EVA PERÓN, TUCUMÁN, ⁴⁵UNIVERSIDAD DEL SALVADOR

INTRODUCCIÓN: Las anomalías hematológicas son comunes en el LES, muchas veces asociadas a la presencia de anticuerpos antifosfolípidos.

OBJETIVO: Describir la frecuencia de manifestaciones hematológicas y variables asociadas a su presencia.

MÉTODOS: Estudio observacional, analítico y transversal multicéntrico. Se obtuvieron los datos a partir de la revisión de la base RELESSAR de pacientes con LES. Se describieron variables sociodemográficas y clínicas del LES, tratamientos instaurados, comorbilidades a través del índice de Charlson, score de actividad (SLEDAI) y score de daño (SDI). El compromiso hematológico primario debido al LES se definió como la presencia de al menos uno de los siguientes: anemia hemolítica, trombocitopenia, leucopenia, linfopenia según criterios ACR, púrpura trombótica trombocitopenica según BILAG, aplasia medular y síndrome hemofagocítico.

RESULTADOS: Un total de 1515 pacientes fueron analizados, pero luego de ser pareados por edad y sexo, se incluyeron 1468 de los cuales presentaron compromiso hematológico 949 (62.6%). La frecuencia de las manifestaciones hematológicas en todo el registro: 173/1515 (11.6%) anemia hemolítica, 279 (18.9%) trombocitopenia, 730 (49.1%) leucopenia, 520 (35.3%) linfopenia según criterios ACR, 53 (3.57%), púrpura trombótica trombocitopenica según BILAG, 9 (0.6%) aplasia medular y 3 (0.2%) síndrome hemofagocítico. Los pacientes con compromiso hematológico fueron más jóvenes y con un menor retraso en el diagnóstico. Tal como muestra la Tabla 1, presentaron mayor índice de Charlson, de SDI y mayor frecuencia de infecciones graves y hospitalizaciones. Asimismo, mostraron mayor frecuencia de hipocomplementemia y de anticuerpos antifosfolípidos positivos. En comparación con el grupo sin manifestaciones hematológicas, utilizaron mayores dosis de corticoides, más azatioprina, ciclofosfamida IV, rituximab y gammaglobulina. En el análisis multivariado (Tabla 2), la hipocomplementemia, el tratamiento con azatioprina, rituximab e Ig se mantuvieron asociadas de manera independiente con las manifestaciones hematológicas (p < 0.05).

CONCLUSIÓN: Más de un tercio de los pacientes presentaron manifestaciones hematológicas, asociadas a manifestaciones serológicas, presencia de anticuerpos antifosfolípidos y mayores comorbilidades, asimismo dichas manifestaciones se asociaron a mayor score de daño y hospitalizaciones.

	Con compromiso hematológico (N=949)	Sin compromiso hematológico (N=519)	p-valor	Total (N=1468)
Edad al diagnóstico Mediana [Q1, Q3]	27.8 [20.5, 37.5]	30.1 [22.6, 39.1]	0.003	28.6 [21.1, 38.0]
Sexo femenino, n (%)	867 (91.4)	478 (92.1)	0.696	1345 (91.6)
Retraso diagnóstico en meses Mediana [Q1, Q3]	5.20 [2.10, 13.2]	6.20 [3.00, 15.8]	0.026	5.50 [2.20, 14.3]
Índice Charlson Mediana [Q1, Q3]	3 [1, 3]	3 [1, 3]	0.017	3 [1, 3]
SLEDAI Mediana [Q1, Q3]	2 [0, 4]	2 [0, 4]	0.064	2 [0, 4]
Índice de daño SD/SUCC Mediana [Q1, Q3]	3 [0, 2]	0 [0, 3]	0.001	3 [0, 3]
SAF, n (%)	108 (11.8)	48 (9.7)	0.295	154 (11)
Hipocomplementemia en algún momento, n (%)	814 (88.4)	388 (77.6)	<0.001	1202 (84.6)
Aca IgG, n (%)	182 (22.1)	79 (17.2)	0.048	258 (20.4)
Aca IgM, n (%)	168 (20.4)	70 (15.9)	0.061	238 (18.8)
IL, n (%)	144 (18.7)	53 (13.0)	0.016	197 (16.7)
Ac aB2GP1 IgM, n (%)	61 (9.8)	24 (6.9)	0.160	85 (8.8)
Ac aB2GP1 IgG, n (%)	58 (9.49)	19 (5.51)	0.040	77 (8)
Corticoides, n (%)				
Azatioprina, n (%)	352 (39.7)	122 (25.8)	<0.001	474 (34.9)
Ciclofosfamida, n (%)	321 (36.4)	131 (27.6)	0.001	452 (35.5)
Rituximab, n (%)	66 (7.5)	11 (2.32)	<0.001	77 (5.6)
Inmunoglobulina ex, n (%)	41 (4.6)	6 (1.28)	0.002	47 (3.5)
Hospitalizaciones, n (%)	582 (61.3)	216 (41.6)	<0.001	798 (54.4)

Tabla 1: Características sociodemográficas y tratamientos de los pacientes según presencia de manifestaciones hematológicas.

Variables	Univariado			Multivariado		
	OR	95%IC	p-valor	OR	95%IC	p-valor
Hipocomplementemia en algún momento	2.20	1.64-2.94	<0.001	2.07	1.52-2.84	<0.001
Azatioprina	1.90	1.49-2.43	<0.001	1.65	1.27-2.14	<0.001
Rituximab	3.42	1.89-6.90	<0.001	2.30	1.22-4.74	0.015
Inmunoglobulina ex	3.78	1.72-9.98	0.003	2.66	1.18-7.13	0.030

Tabla 2: Análisis uni y multivariado de las variables asociadas a manifestaciones hematológicas.

FRECUENCIA DE HIPEROSTOSIS ESQUELÉTICA IDIOPÁTICA DIFUSA EN UNA POBLACIÓN ARGENTINA

Variables	Paciente con DISH (n= 11), %	Paciente sin DISH (n= 89), %	Valor p
Género			
Masculino	81.8%	60.7%	0.205
Relación M/F	4.5	1.5	
Edad, mediana - RIC	71 (62-74)	59 (51-88)	0.024
Tabaquismo actual	27.3%	22.5%	0.12
HTA	72.3%	50.8%	0.210
DBT	18.2%	20.2%	1
Dislipemia	9.1%	5.6%	0.513
E. CV	83.6%	21.4%	0.006
E. pulmonar	18.2%	2.3%	0.059
Neoplasias	36.4%	24.7%	0.470
ERC	0	12.4%	0.605
TC solicitada			
Torácica	54.5	19.1	0.017
Abdomen-pelvis	27.3	51.7	0.201
Ambas	18.2	29.2	0.723
Fractura vertebral	0	10.1%	0.593

Tabla: Diferencias entre los pacientes con y sin DISH (análisis bivariado).

COSENTINO Máximo, **SCAFATI Julia**, LEIVA Carlos, GARCÍA Lucila, GARCÍA Mercedes
HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS GENERAL SAN MARTÍN DE LA PLATA

INTRODUCCIÓN: La hiperostosis esquelética idiopática difusa (DISH) es una afección esquelética sistémica que se caracteriza por la osificación progresiva del ligamento longitudinal vertebral anterior y calcificación patológica de las entesis a nivel vertebral y periférico. Su prevalencia varía entre el 3-40% de la población general mayor de 50 años. En la mayoría de los casos es asintomática y representa un hallazgo imagenológico, pero puede ser causa de dolor y deterioro funcional a nivel de la columna, así como motivo de diagnóstico diferencial con otras patologías crónicas que afectan el esqueleto axial.

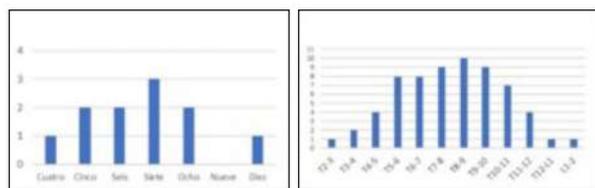
OBJETIVO: Determinar la frecuencia de DISH en pacientes internados que se someten a tomografía computada (TC) por distintos motivos, y evaluar si existen diferencias entre aquellos con y sin DISH.

MÉTODOS: Estudio observacional, analítico y de corte transversal en pacientes ≥40 años de edad a quienes se les realizó una TC torácica y/o de abdomen durante su internación. La revisión del total de TC fue realizada por dos reumatólogos (MC y JS) quienes definieron en conjunto la presencia de DISH (según criterios de Resnick y Niwayama de 1976), previo a lo cual realizaron un ejercicio de correlación intra e interobservador. Tanto las imágenes como los datos de la historia clínica se obtuvieron a través del sistema virtual de historia clínica única del hospital (REMESI).

RESULTADOS: El coeficiente kappa de concordancia intraobservador para el revisor uno y el revisor dos fue de 1 y 0,84, respectivamente. El valor para la concordancia interobservador fue de 0,85. Se revisaron las TC de 100 pacientes durante la internación. La mediana de edad fue de 60 (51-68) años, con un predominio masculino (63%). El 23% eran tabaquistas actuales. En cuanto a las comorbilidades, en orden de frecuencia presentaban: hipertensión arterial 53%, enfermedad cardiovascular y neoplasias 26%, diabetes mellitus 20%, enfermedad renal crónica 11%, dislipemia 6% y enfermedad pulmonar 4%. Los motivos más frecuentes de internación y de solicitud de TC fueron abdomen agudo 33% y 27%, y fiebre 12% y 23 %, respectivamente. El número de TC solicitada fue de 23 torácica, 49 abdomino-pelvis y 28 ambas regiones. Se observó DISH en 11 pacientes (11%), siendo torácico en 10 y en uno toracolumbar. La frecuencia de DISH en relación al total de TC torácicas (51) fue de 19.6%. El número de vértebras afectadas y la distribución del compromiso se presenta en la Figura. Ninguno de los casos estaba descrito en el informe del estudio. En la Tabla se muestra el análisis bivariado en relación a la presencia o ausencia de DISH.

CONCLUSIÓN: La frecuencia de DISH fue del 11% en general y 19.6% a nivel de columna torácica, con predominio en la población masculina. La región torácica fue la más afectada, principalmente desde la vértebra T5 hasta T11, con una mediana de 7 vértebras afectadas. Los pacientes con DISH

presentaron mayor edad y enfermedad cardiovascular. Consideramos importante su detección, independientemente del origen de la solicitud del estudio, ya que el diagnóstico permitiría eventualmente explicar la sintomatología osteoarticular del paciente, así como adecuar la prevención de comorbilidades asociadas.



A **B**
Figura: A) Número de vértebras. B) Frecuencia de segmentos afectados.

0154

DETECCIÓN TEMPRANA DE RETINOPATÍA ASOCIADA AL USO DE ANTIMALÁRICOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

PONS-ESTEL Guillermo, MIASSI Fernando, NIETO Romina, **QUINTANA Rosana**, SERRANO MORALES Rosa, GUAGLIANONE Débora, PONS-ESTEL Bernardo
 CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (CREAR)

INTRODUCCIÓN: La retinopatía inducida por antimaláricos (AM) se presenta de forma insidiosa, lo que hace difícil su detección. Se recomienda realizar el tamizaje mediante el uso de campos visuales automatizados y la tomografía de coherencia óptica (OCT).

OBJETIVO: Evaluar el estado macular de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) tratados con AM.

MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, longitudinal. Se incluyeron pacientes con LES en tratamiento con AM. Se realizó la medición de la agudeza visual, lámpara de hendidura, examen de fondo de ojo, campos visuales (CV) y OCT. Se consignaron variables sociodemográficas, criterios acumulados, scores de SLEDAI y SDI, comorbilidades y tratamientos instaurados.

RESULTADOS: Un total de 31 pacientes fueron incluidos, el 80% fueron mujeres. Edad media de 38 años, DS 8 años. El tiempo medio de duración de la enfermedad fue de 30 meses, DS 10 meses. Los dominios más afectados según los criterios ACR fueron cutáneos y articulares. El 25% tuvieron compromiso renal. La mediana del SLEDAI fue de 2.00 (0, 6.00) y la de SDI DE 1.00 (0, 1.00). La mediana de duración de tratamiento con AM fue de 38.0 (24.0, 120). Más de la mitad de los pacientes utilizaban una dosis diaria promedio de 400 mg/día, sin eventos adversos registrados. El 10% utilizaban corticoides de manera concomitante y el 35% tenían asociado otro inmunosupresor. El 6.5% de los pacientes tenían al menos una comorbilidad; la hipertensión y diabetes fueron las más frecuentes. Solo dos (6.5%) pacientes presentaron un patrón alterado en los estudios oftalmológicos. Estos dos pacientes tenían además como comorbilidad hipertensión y diabetes.

CONCLUSIÓN: Un bajo porcentaje de pacientes tuvieron compromiso macular en asociación con patologías vasculares. No se registraron otros eventos adversos asociados al uso de AM. Es primordial aumentar el n de pacientes para mejorar el poder estadístico de estos resultados.

0162

EXPERIENCIA DEL CONSULTORIO CONJUNTO REUMATOLOGÍA-DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PSORIÁSICA

DEGIOANNI Lucia, LIZARRAGA Camila, BORDÓN Florencia, NOVATTI Elisa, GUZZANTI Fernanda, BAENAS Diego, ÁLVAREZ Cecilia, REYES Verónica, ALVARELLOS Alejandro, CAEIRO Francisco, SAURIT Verónica

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

INTRODUCCIÓN: La psoriasis (PsO) es una enfermedad inflamatoria, sistémica y crónica que afecta a un 2% de la población mundial. El 30% de los pacientes desarrollará en su evolución artritis psoriásica (PsA). Habitualmente dermatólogos y reumatólogos se involucran en el manejo de un mismo paciente de manera fragmentada e inefectiva. La formación de unidades multidisciplinarias especializadas ha demostrado un aumento en el diagnóstico temprano de la artritis, mayor uso de medicación sistémica y adecuado abordaje de casos complejos.

OBJETIVO: Describir las características demográficas, clínicas y terapéuticas de los pacientes con enfermedad psoriásica que asistieron al consultorio conjunto Reumatología-Dermatología del Hospital Privado Universitario de Córdoba (HP).

MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo que incluyó pacientes atendidos consecutivamente en el consultorio de psoriasis desde noviembre de 2022 hasta julio de 2023. La valoración se realizó por un equipo reumatólogo-dermatólogo de manera simultánea en el mismo consultorio. Se recabaron datos demográficos y características clínicas. Se utilizaron los scores: PASI y PGA para severidad de compromiso cutáneo, DLQI para calidad de vida, DAPSA y BASDAI para compromiso articular y MASES para entesitis. El cuestionario PASE se eligió para *screening* de PsA con un punto de corte de 34 puntos.

RESULTADOS: De los 75 pacientes evaluados, se descartó la psoriasis en 5 casos. En la Tabla se presentan las características basales de los pacientes restantes (n:70). El 50% eran hombres, mediana de edad 48 años. El 64% tenían un IMC mayor a 25 kg/m². La psoriasis en placas fue el fenotipo más frecuente (68%). El 41% tuvieron compromiso ungueal, siendo esta la única afectación en 3 casos (demora diagnóstica promedio de 10 años). Si bien el 46% de los pacientes tuvieron score PASI leve, el 40% de esta cohorte tuvo un DLQI con severa o muy severa afectación (Figura). De los 18 pacientes con PASI severo, menos de la mitad habían recibido tratamiento sistémico y el 44% (n:8) solo terapia tópica. Una cuarta parte de los pacientes tuvieron un score PASE positivo, realizándose nuevo diagnóstico de PsA solo en 3 casos. Además de estos, otros 15 pacientes con PsA fueron evaluados en la unidad. El 72% presentó psoriasis en placas, 61% compromiso ungueal y 55% de cuero cabelludo. El compromiso oligoarticular fue el más frecuente, con dactilitis y entesitis en el 44% y 27% de los casos respectivamente. Ningún paciente presentó compromiso axial, uveítis ni enfermedad inflamatoria intestinal. Las manifestaciones cutáneas precedieron a la afectación articular en el 77% de los casos (promedio 16 años). El 74% de

los pacientes tenían un DAPSA en remisión o baja actividad de la enfermedad, encontrándose el 60% (n:11) bajo tratamiento sistémico. El 69% (n:48) del total de pacientes requirieron nuevo tratamiento en la primera visita, siendo el metotrexato vía oral (15-20 mg/semanal) la droga más indicada.

CONCLUSIÓN: En nuestra cohorte un importante porcentaje tuvo sobrepeso u obesidad. El score PASE sobreestimó el riesgo de desarrollar PsA. El retraso diagnóstico fue considerable en los casos con afectación ungueal aislada, siendo importante evaluar las uñas ya que pueden ser la única manifestación de la enfermedad. En relación al manejo terapéutico, en nuestra experiencia el score DLQI fue importante para la decisión del tratamiento. Gran parte de los pacientes con PASI severo utilizaba terapia tópica, con un uso deficiente del tratamiento sistémico. El subtratamiento de estos pacientes implicó que posterior a la visita inicial se indicara una nueva terapéutica, habitualmente metotrexato. Las unidades de trabajo interdisciplinarias tienen un valor incalculable para tratar a estos pacientes y optimizar los resultados.

Sexo masculino n(%)	35 (50)
Edad. Mediana (RIC)	48.5 (41-61)
Ant familiares de psoriasis n(%)	31 (44)
Derivaciones. n(%)	Dermatólogo n(%) - 42 (60) Reumatólogo n(%) - 21 (30) Autorreferido n(%) - 7 (10)
Comorbilidades n(%)	DM II - 9 (13) HTA - 22 (31) Dislipemia - 15 (21) Hipotiroidismo - 12 (17) Sobrepeso (IMC 25-30 kg/m ²) - 23 (33) Obesidad (IMC >30kg/m ²) - 23 (33) Tabaquismo actual - 14 (20) Eventos CV previos - 6 (9)
Características subgrupo pacientes con PsA (n= 18)	
Sexo masculino. n(%)	12 (66)
Edad en años. Mediana (RIC)	54 (44-61)
Tiempo de evolución de la PsA en años. Mediana (RIC)	8 (5-14)
Compromiso ungueal. n(%)	- 11(61)
PASI. n(%)	leve (0-5) - 14 (77) moderado (5-10) - 2 (11) severo(>10) - 2 (11)
Fenotipo articular. n(%)	Poliartritis simétrica - 3 (18) Oligoartritis - 11 (61) Compromiso IFD - 2 (11) Dactilitis - 8 (44) Entesitis - 5 (27)
DAPSA (n=18) n (%)	Remisión (0-4) - 6 (37) Baja actividad (5-14) - 6 (37) Moderada actividad(15-28) - 4 (25)
Tratamientos actual n(%)	MTX VO - 2 (11) MTX SC - 4 (22) Anti-TNF + MTX - 1 (5) Anti-IL 17 - 2 (11) Anti-IL 23 - 1 (5) Anti- JAK - 1 (5) Sin tratamiento - 7 (38)

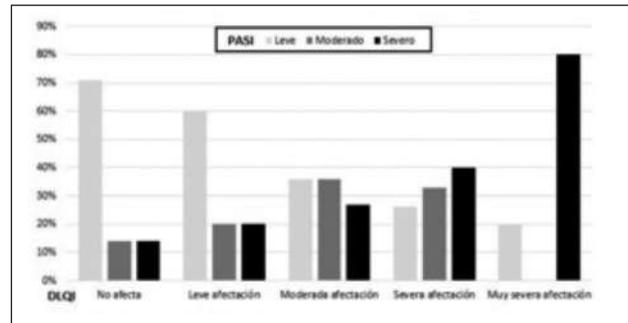


Figura: Características basales de los pacientes con enfermedad psoriásica (n=70).

Tabla: Características basales de los pacientes con enfermedad psoriásica (n=70).

EVALUACIÓN DE LAS CREENCIAS SOBRE EL TRATAMIENTO Y LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

LALLOPIZZO Carla¹, DAL PRA Fernando¹, EZQUER Alejandro¹, VALDEZ DONELLI Florencia¹, BRAVO Andrea Carolina¹, GOLDENBERG Julieta¹, PEÓN Claudia², ALFARO María Agustina¹, BENÍTEZ Cristian Alejandro², GAMBA María Julieta², GÓMEZ Ramiro², CORREA María de los Ángeles¹, LÁZARO María Alicia³, CITERA Gustavo¹

¹INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, ²HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS, ³INSTITUTO MÉDICO DE ALTA COMPLEJIDAD

INTRODUCCIÓN: En pacientes con artritis reumatoidea (AR), las creencias sobre la enfermedad y la medicación pueden tener impacto en la adherencia al tratamiento y los resultados a largo plazo. En nuestro conocimiento, estas características no se han evaluado profundamente en Argentina.

OBJETIVO: Evaluar la percepción y las creencias de nuestros pacientes con AR sobre su enfermedad y el tratamiento utilizando los cuestionarios *Beliefs about Medicines Questionnaire* (BMQ)-específico y *Brief illness perception questionnaire* (BIPQ), y analizar la asociación de estos factores con variables sociodemográficas y clínicas.

MÉTODOS: El BMQ valora subescalas de necesidad y preocupación sobre la medicación. El cálculo necesidad-preocupación permite generar un diferencial, donde una puntuación positiva indica creencias más sólidas sobre la necesidad de medicación antes que las preocupaciones. El BIPQ evalúa la percepción de enfermedad. Estos cuestionarios fueron administrados a pacientes consecutivos con AR activa, *naïve* de tratamiento con DMARD biológicos o sintéticos dirigidos, de diferentes centros reumatológicos en CABA y Gran Buenos Aires. Se consignaron características sociodemográficas y clínicas basales al momento de la evaluación. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Test T o Mann-Whitney, ANOVA o Kruskal Wallis, y correlación de Pearson o Spearman según correspondiese. Regresión lineal múltiple usando el BMQ diferencial como variable independiente.

RESULTADOS: Se incluyeron 49 pacientes de 4 centros. En la Tabla 1 se describen las variables sociodemográficas y clínicas. En el análisis univariado no encontramos asociaciones significativas con el BMQ. Respecto del BIPQ hubo una tendencia a asociación solo con el HAQ-A (p=0,053). Obser-

vamos que la subescala de preocupación del BMQ se asoció al BIPQ global (p=0,04). En análisis multivariado, mayor edad y mayor BIPQ global se asociaron a mayor preocupación por la medicación, mientras que mayor HAQ se asoció a mayor necesidad de tratamiento (Tabla 2).

CONCLUSIÓN: Los pacientes con AR activa presentan puntuaciones elevadas, tanto en la necesidad de la medicación como en las preocupaciones por la misma y, a su vez, alta percepción de severidad de la enfermedad. La preocupación se asoció de manera independiente con mayor edad y mayor severidad percibida, mientras que un mayor HAQ-A se asoció con mayor necesidad de recibir tratamiento.

n	49
Sexo masculino n (%)	9 (18,4)
Edad media (DE)	48,06 (10,94)
Escolaridad media (DE)	9,79 (3,53)
Status Laboral n (%)	
Ama de casa	7 (14,3)
Desempleado	4 (8,2)
Desempleado por enfermedad	6 (12,2)
Empleado	28 (57,1)
Jubilado	4 (8,2)
Cobertura Médica n (%)	
Obra Social	18 (36,7)
Prepaga	3 (6,1)
Sin Cobertura	28 (57,1)
Centro Atención Público n (%)	45 (91,8)
Certificado de Discapacidad n (%)	26 (55,3)
Tiempo de Evolución media (DE)	117,14 (108,80)
DAS28 media (DE)	5,48 (0,87)
HAQ media (DE)	1,51 (0,71)
RDCI media (DE)	0,61 (0,81)
Tabaquismo n (%)	
NO	30 (62,5)
SI (actual)	12 (25,0)
SI (pasado)	6 (12,5)
BMQ Necesidad mediana [RIC]	23 [20-25]
BMQ Preocupación mediana [RIC]	19 [16-22]
BMQ diferencial mediana [RIC]	3 [0-7]
BIPQ global mediana [RIC]	52 [47-56]
DMAR-c n (%)	
Leflunomida	5 (10,4)
MTX Oral	34 (70,8)
MTX Parenteral	8 (16,7)
Sulfasalazina	1 (2,1)
Tratamiento Combinado n (%)	19 (38,8)
Corticoides sistémicos n (%)	43 (87,8)

	Coefficiente	Error estandar	p
(Intercept)	26.48246	9.12219	0.006
Sexo masculino	-3.36277	1.95586	0.094
Edad	-0.21413	0.07317	0.005
Escolaridad	0.16842	0.22248	0.454
DAS28	-0.91538	0.94800	0.34
HAQ-A	3.27195	1.29398	0.016
BIPQ global	-0.26412	0.12470	0.041

Tabla 2: Regresión lineal múltiple (variable dependiente BMQ diferencial).

Tabla 1: Variables sociodemográficas y relacionadas a la enfermedad.

PRONÓSTICO RENAL DE ACUERDO AL MOMENTO DE PRESENTACIÓN DE LA NEFRITIS LÚPICA

ORNELLA Sofía, GARCÍA Lucila, COSENTINO Máximo, GARCÍA Mercedes

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (HIGA) GENERAL SAN MARTÍN DE LA PLATA

Características	NL Temprana n=40 (%)	NL Tardía n=20 (%)	P-value	Total n=60 (%)
Sexo			0.707	
-Femenino	34 (85%)	18 (90%)	-	52 (86.7%)
-Masculino	6 (15%)	2 (10%)	-	8 (13.3%)
Obra social			0.402	
-Ita	26 (65%)	10 (50%)	-	36 (60%)
-Si	14 (35%)	10 (50%)	-	24 (40%)
Nacionalidad			0.408	
-Argentinos	38 (95%)	19 (95%)	-	57 (95%)
-Bolivianos	2 (5%)	0 (0%)	-	2 (3.3%)
-Paraguayos	0 (0%)	1 (5%)	-	1 (1.67%)
Edad al diagnóstico de LES mediana en años [Q3-Q1]	25.5 (RIC 21.8-37.3)	19.5 (RIQ 17.8-26.5)	0.066	24.0 (RIQ 19.0-35.5)
Edad al diagnóstico de NL mediana en años [Q3-Q1]	36.0 (RIQ 21.8-37.3)	31.5 (RIQ 22.0-41.3)	0.527	33.0 (RIQ 22.0-39.3)
Clase Histológica			0.639	
-III	7 (17.5%)	4 (20%)	-	11 (18.3%)
-III	2 (5%)	3 (15%)	-	5 (8.33%)
-IV	19 (47.5%)	10 (50%)	-	29 (48.3%)
-III + V / IV + V	5 (12.5%)	1 (5%)	-	6 (10%)
-V	7 (17.5%)	2 (10%)	-	9 (15%)

Tabla 1: Características sociodemográficas.

INTRODUCCIÓN: La nefritis lúpica (NL) ocurre en aproximadamente el 50% de los pacientes, pudiendo progresar a enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en el 10% de los pacientes dentro de los 5 años posterior al diagnóstico. Aunque la NL puede desarrollarse en varios momentos durante el curso de la enfermedad, cerca del 50% de los casos se presenta al debut del LES, y el resto entre los 3 a 5 años posteriores al diagnóstico.

OBJETIVO: Comparar las características clínicas y la evolución renal en pacientes con NL temprana (dentro del año) y tardía (posterior al año) en relación al diagnóstico de LES.

MÉTODOS: Retrospectivo, observacional, analítico y de centro único. Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de LES según ACR 1982-97 y/o SLICC 2012 y/o ACR/EULAR 2019, y NL confirmada por biopsia renal según la ISN/RPS 2003, con un seguimiento mínimo de 3 años desde el inicio de la nefritis. Exclusión: enfermedad renal atribuida a otra causa como nefropatía diabética, nefropatía hipertensiva, poliquistosis renal u otra enfermedad renal primaria.

RESULTADOS: Se incluyeron 60 pacientes, 40 con NL temprana (grupo 1) y 20 con NL tardía (grupo 2). Las características sociodemográficas se

resumen en la Tabla 1. La clase histológica más frecuente fue la clase IV en ambos grupos (47.5% vs 50%; p=0.639). No hubo diferencias estadísticamente significativas en las manifestaciones clínicas extrarrenales, con excepción del compromiso articular (65% vs 25%; p=0.008). Por otra parte, tampoco hubo diferencia entre los grupos en cuanto al perfil inmunológico y otras alteraciones de laboratorio: proteína C reactiva (p=0.527), velocidad de sedimentación global (p=0.093), creatinina (p=0.304), sedimento urinario activo (p=0.598), *clearance* de creatinina (mediana 81.0 [57.5-105] vs 73.0 [62.8-103] p=0.752) y proteinuria (2.8 g [1.6-5.7] vs 1.9 g [0.93-4.08] p=0.163) al inicio del compromiso renal. La mayoría de los pacientes recibieron tratamiento con hidroxiquina (100% vs 90%; p=0.107), realizaron inducción con ciclofosfamida (72.5% vs 65%; p=0.765) y continuaron mantenimiento con micofenolato (80% vs 80%; p=1.000). Se logró la respuesta renal completa en el 57.5% y 50% de los pacientes (p=0.783). En cuanto a

Resultado Renal	NL Temprana n=40 (%)	NL Tardía n=20 (%)	P-value	Total n=60 (%)
Respuesta Renal Completa			0.783	
-No	17 (42.5%)	10 (50%)	-	27 (45%)
-Sí	23 (57.5%)	10 (50%)	-	33 (55%)
Recacia Renal			0.402	
-No	19 (47.5%)	10 (50%)	-	29 (48%)
-Sí	21 (52.5%)	10 (50%)	-	31 (52%)
Cantidad de recaídas (mediana [Q1-Q3])	1.0 [0-1.00]	0.50 [0-1.00]	0.910	1.0 [0-1.00]
ERC			0.083	
-No	35 (87.5%)	13 (65%)	-	48 (80%)
-Sí	5 (12.5%)	7 (35%)	-	12 (20%)
ERCT			0.481	
-No	34 (85%)	15 (75%)	-	49 (81.7%)
-Sí	6 (15%)	5 (25%)	-	11 (18.3%)
Trasplante renal			0.333	
-No	40 (100%)	19 (95%)	-	59 (98.3%)
-Sí	0 (0%)	1 (5%)	-	1 (1.7%)

Tabla 2: Resultado renal.

la evolución renal, no se observó significancia estadística entre los grupos. Los resultados se resumen en la Tabla 2. Se registraron 2 muertes en el grupo 1 (p=0.548) de causa no filiada. El tiempo de seguimiento hasta el peor resultado renal (ERC o ERCT) o la última visita de seguimiento fue de 7.00 (4.00-12.00) vs 7.50 (4.50-10.5) años (p=0.925).

CONCLUSIÓN: El 66.6% de los pacientes se diagnosticaron como nefritis lúpica de comienzo temprano. Este grupo se caracterizó por ser de menor edad al diagnóstico del compromiso renal, con mayor frecuencia cursaban con artritis, por tener menor evolución a enfermedad renal crónica, así como a enfermedad renal terminal. Si bien no se observaron diferencias estadísticamente significativas, excepto por el compromiso articular, nos permite inferir un perfil de menor severidad en estos pacientes, tal vez relacionado con el diagnóstico y los tratamientos tempranos. Estos resultados indican la necesidad de incorporar un mayor número de pacientes que permitan aseverar nuestros resultados.

IDENTIFICACIÓN DE FENOTIPOS CLÍNICOS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS: ANÁLISIS DE CLÚSTER EN UNA COHORTE ARGENTINA

	Cluster 1 (N=170)	Cluster 2 (N=104)	p-value	Total (N=274)
Edad (años), media (DE)	47.3 (14.5)	52.2 (13)	0.005	49.1 (14.1)
Sexo masculino, n (%)	64 (37.6)	55 (52.9)	0.014	119 (43.4)
Estatus socioeconómico (Graffar), n (%)				
- Grado 1	10 (5.9)	5 (4.8)		15 (5.5)
- Grado 2	51 (30)	23 (22.1)		74 (27)
- Grado 3	67 (39.4)	34 (32.7)	0.009	101 (36.9)
- Grado 4	38 (22.4)	31 (29.8)		69 (25.2)
- Grado 5	4 (2.4)	11 (10.6)		15 (5.5)
Tiempo de estudio (años), mediana (RIC)	12 (9-12)	12 (7-12)	0.023	12 (7-15)
Comorbilidades, n (%)				
- Hipertensión arterial	46 (27.1)	41 (39.4)	0.033	87 (31.8)
- Diabetes mellitus	15 (8.8)	17 (16.3)	0.06	32 (11.7)
- IAM	5 (2.9)	1 (1)	0.277	6 (2.2)
- ACV-AIT	0 (0)	4 (3.8)	0.01	4 (1.5)
Ansiedad, n (%)	16 (9.4)	14 (13.5)	0.297	30 (10.9)
Depresión, n (%)	6 (3.5)	10 (9.6)	0.037	16 (5.8)
IMC, media (DE)	28.4 (4.7)	28.3 (5.5)	0.002	27 (15.1)
TBQ, n (%)	44 (25.9)	23 (22.1)	0.481	67 (24.5)
Tiempo TBQ, mediana (RIC)	20 (15-25)	23 (10-30)	0.910	20 (13.5-30)
Pac-Year, mediana (RIC)	10 (6-20)	18 (5-29)	0.565	10 (5.5-26.5)
Tipo de EspA, n (%)				
- Periférica	88 (51.8)	55 (52.9)	0.857	143 (52.2)
- Axial	82 (48.2)	49 (47.1)		131 (47.8)
EspAax Radiográfica, n (%)	(N=82)	(N=49)	0.387	100 (36.5)
- Compromiso Axial & Periférico, n (%)	80 (73.2)	40 (81.6)	0.002	100 (36.5)
- Compromiso Periférico, n (%)	55 (32.4)	53 (51.5)		108 (39.4)
T. de evolución de la EspA (Meses), mediana (RIC)	55.5 (24-120)	88 (36-180)	0.019	62 (24-132)
Demora diagnóstica, mediana (RIC)	12 (4-31)	12 (7-12)	0.034	12 (5-36)
VSG, mediana (RIC)	13 (7-22)	18 (30-70)	<0.001	15 (8-25)
PCR, mediana (RIC)	1.7 (0.3-5.6)	3.6 (0.8-8)	<0.001	2.3 (0.4-6)
ASQoL, mediana (RIC)	3 (1-6)	12 (9-14)	<0.001	6 (2-11)
BASFI, mediana (RIC)	1.5 (0.5-3.3)	6.5 (5-8)	<0.001	3.3 (1-5.9)
BASDAI, mediana (RIC)	2 (1-3.5)	6 (4.6-7.4)	<0.001	3.3 (1.6-5.8)
ASAS-HI, mediana (RIC)	4 (4-7)	10 (8-12)	<0.001	6 (3-10)
ASDAS, mediana (RIC)	1.9 (1.2-2.4)	3.5 (2.9-4)	<0.001	2.4 (1.6-3.4)
SASDAS, mediana (RIC)	8.5 (3.1-16)	24 (19-32)	<0.001	14 (5-24)
EVA general del paciente (mm), mediana (RIC)	10 (0-30)	70 (50-80)	<0.001	30 (0-60)
EVA general del médico (mm), mediana (RIC)	10 (0-20)	50 (30-70)	<0.001	15 (10-40)
DAS-28, mediana (RIC)	2.3 (1.7-3.3)	3.8 (2.9-4.9)	<0.001	3.8 (2-3.8)
LEI, mediana (RIC)	1 (0-1)	1 (1-2)	0.001	1 (1-1)
HAQ, mediana (RIC)	0.5 (0-1)	1.5 (1-2)	<0.001	0.9 (0.2-1.5)
Uveítis anterior aguda, n (%)	22 (12.9)	12 (11.5)	0.733	34 (12.4)
ES, n (%)	8 (4.7)	8 (8)	0.899	14 (5.1)
Psoriasis, n (%)	87 (51.2)	56 (53.8)	0.868	143 (52.2)
Enteritis, n (%)	79 (46.5)	54 (51.9)	0.381	133 (48.5)
Dactilitis, n (%)	48 (28.2)	35 (33.7)	0.344	83 (30.3)
DME, n (%)				
- AINES	77 (45.3)	57 (54.8)	0.044	134 (48.9)
- DME Sintéticos convencionales	88 (51.8)	71 (68.3)	0.007	159 (58)
- DME Biológicos	82 (48.2)	43 (41.3)	0.267	125 (45.6)
- Esquema combinado	30 (17.6)	25 (24)	0.200	55 (20.1)

DE: Desvío estándar; RIC: Rango intercuartil; IAM: infarto agudo de miocardio; ACV-AIT: Accidente cerebrovascular - Accidente isquémico transitorio; IMC: índice de masa corporal; TBQ: Tabaquismo; EspA: Espondiloartritis; EspAax: Espondiloartritis axial; T. de evolución de la EspA: Tiempo de evolución de la espondiloartritis; VSG: Síndromedemación; PCR: Proteína C Reactiva; ASQoL: Ankylosing Spondylitis Quality of Life questionnaire; BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index; BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; ASAS-HI: Assessment of Spondyloarthritis International Society Health Index; ASDAS: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score; SASDAS: Simple Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score; EVA: Escala visual analógica; DAS28: Disease Activity Score; LEI: Leeds Entesis Index; HAQ: Health Assessment Questionnaire; EA: enfermedad inflamatoria intestinal; DME: droga modificadora de la enfermedad; AINES: antiinflamatorios no esteroideos.

Tabla: Identificación de dos clúster entre los pacientes incluidos (n=274).

DAPEÑA Joan Manuel¹, BENEGAS Mariana¹, MARTIRE María Victoria², AIROLDI Carla³

¹SANATORIO MÉNDEZ, ²INSTITUTO MÉDICO PLATENSE, LA PLATA, ³HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO

INTRODUCCIÓN: El análisis de clúster (AC) es un método basado en datos que permite agrupar pacientes según sus características clínicas. *K-means* es una técnica de agrupamiento no supervisado que podría aportar información sobre los fenotipos clínicos y confirmar si ciertos grupos son más frecuentes en pacientes con un diagnóstico específico.

OBJETIVO: Identificar y describir los diferentes fenotipos clínicos en pacientes con diagnóstico de espondiloartritis axial (EspAax) y periférica (EspAp) de una cohorte argentina.

MÉTODOS: Estudio multicéntrico de corte transversal, descriptivo y analítico. Se incluyeron pacientes ≥18 años con EspAax y EspAp (Criterios ASAS) de 15 centros argentinos. Se recabaron datos sociodemográficos, comorbilidades, hábitos, índice de masa corporal (IMC), características de la EspA y tratamiento. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Se realizó un AC mediante *K-means* sobre las variables de nuestra población. Se llevó a cabo pruebas de chi-cuadrado, Fisher, t de Student o Wilcoxon. Se consideró una p≤0.05.

RESULTADOS: Se incluyeron 274 pacientes con EspA: 43% hombres con una edad de 49 (±14) años y una duración de la EspA de 62 meses (RIC 24-132). Se identificaron 2 clúster de pacientes (Clúster 1: N=170; Clúster 2: N=104, Figura y Tabla). Los pacientes del Clúster 2 tenían mayor porcentaje de hombres (53% vs 38%; p=0.014), mayor edad (52 vs 47; p=0.005) y menor nivel socioeconómico (p=0.009). Además, tenían un mayor porcentaje de hipertensión (39% vs 27%; p=0.033), depresión (10% vs 3%; p=0.037), ACV-AIT (0% vs 3.8%; p=0.01) e IMC (28 vs 26; p=0.002). En cuanto a las características de la EspA, estos tenían mayor tiempo de evolución (88 vs 55 meses; p=0.019) y compromiso periférico (83% vs 52%; p=0.857), mayor afectación axial y periférica concomitante (51% vs 32%; p=0.002), así como valores más altos de VSG (p<0.001) y PCR (p<0.001). En cuanto a la clinimetría, tuvieron índices más elevados: ASQoL (p<0.001), BASFI (p<0.001), BASDAI (p<0.001), ASAS-HI (p<0.001), ASDAS (p<0.001), SASDAS (p<0.001), EVA tanto médico como paciente (p<0.001), DAS-28 (p<0.001), LEI (p=0.001) y HAQ (p<0.001). El Clúster 2 tuvo una mayor proporción de tratamiento con drogas modificadoras convencionales (DME-c) (68.3% vs 51.8%; p=0.007).

CONCLUSIÓN: Este estudio permitió identificar un fenotipo clínico más severo, el Clúster 2, caracterizado por un menor nivel socioeconómico, mayor edad, proporción de hombres, comorbilidades, IMC, tiempo de evolución de la EspA, compromiso periférico, actividad y uso de DME-c.

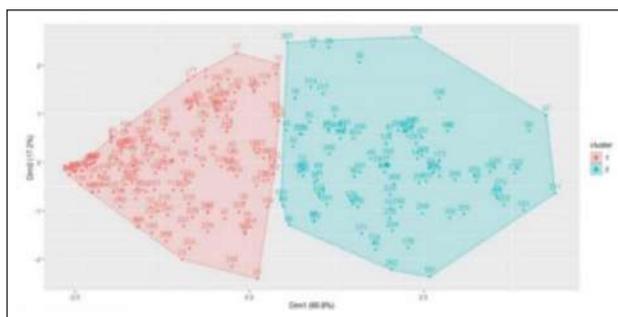


Figura: Clúster plot (n=274).

STATUS DE VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA, NEUMOCOCO Y HERPES ZÓSTER EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA Y ESPONDILOARTRITIS

VALDEZ DONELLI Florencia, BARBICH Tatiana, EZQUER Alejandro, BRAVO Andrea, LALLOPIZZO Carla, REYES GÓMEZ Camila, SCHNEEBERGER Emilce, CITERA Gustavo

INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

INTRODUCCIÓN: La vacunación previene infecciones al mejorar la inmunidad de cada paciente.

OBJETIVO: Evaluar la prevalencia de cobertura de vacunación antigripal, antineumocócica y contra herpes zóster (HZ) en una cohorte de pacientes con artritis reumatoidea (AR) y espondiloartritis (EspA).

MÉTODOS: Estudio observacional. Se incluyeron pacientes consecutivos ≥18 años con diagnóstico de AR según criterios ACR-EULAR 2010, y pacientes con EspA según criterios CASPAR para artritis psoriásica o ASAS 2009 para EspA axial, desde 15/03 al 15/07/2023. Se consignaron datos sociodemográficos, clínicos y sobre vacunación (antigripal, antineumocócica conjugada 13 valente -PCV13- y polisacárida 23 valente -PPSV23- y para HZ -Zostavax®, o Shingrix®). Se registraron antecedentes de infección de virus varicela zóster (VVZ) y HZ (número de episodios, fecha del/los evento/s, forma clínica, demora diagnóstica, tiempo de duración, severidad, tipos de tratamiento y complicaciones). Análisis estadístico: estadística descriptiva y análisis univariado.

RESULTADOS: Se incluyeron 90 pacientes. Las características se describen en la Tabla 1. El 81.1% referían antecedente de infección por VVZ y el 22.2% por HZ. La forma de presentación de HZ más frecuente fue leve, en tronco y monometamérico (Tabla 2). El 88.9% recibió al menos una dosis de la vacuna antigripal y el 61.4% lo hizo de forma consecutiva los últimos 5 años, siendo en el 83.3% de los casos indicado por el reumatólogo. La causa más frecuente de vacunación incompleta fue por decisión del paciente (18.9%). El 82.2% recibió una dosis con PCV13 y 58.9% con PPSV23 (55.5% ambas con esquema completo para neumonía). En este caso, el 80.0% fue indicado por el reumatólogo y la causa principal de no vacunación fue la falta de indicación por el médico (en 7.8% y 20%, respectivamente). El 16% tenía el refuerzo correspondiente con PPSV23. Ningún paciente se encontraba vacunado contra HZ (en el 100% de los casos por falta de indicación). Aquellos pacientes que habían recibido la vacuna antigripal por 5 años consecutivos y la vacuna PPSV23 fueron más frecuentemente mujeres (67.1% vs 20%, p= 0.01 y 64.1% vs 25%, p= 0.02, resp.) y de mayor edad (X 59 años vs 53, p=0.04, y X 58.4 años vs 52.5, p=0.02, resp.).

CONCLUSIÓN: La prevalencia de HZ fue similar a la descripta para la población general y la cobertura vacunal fue nula. Pertener al sexo femenino y tener mayor edad se asociaron significativamente a mayor cobertura vacunal para antigripal y PPSV23.

Variables	Pacientes n= 90
Sexo Femenino n (%)	76 (86.7)
Edad (años) m (RIC)	57.0 (48-64)
Etnia Mestizo n (%)	87 (96.7)
Ocupación	
Empleado n (%)	17 (18.8)
Ama de casa n (%)	13 (14.4)
Universitario n (%)	5 (5.6)
Desocupado n (%)	45 (50)
Causa de desocupación	
Pensionado/Jubilado n (%)	23 (25.5)
Por la enfermedad reumática n (%)	14 (15.5)
Motivo social n (%)	8 (8.8)
Tiempo de evolución de la enfermedad reumática (años) m (RIC)	13.8 (7.3-23)
Cobertura social n (%)	56 (62.2)
Obra social n (%)	41 (45.5)
Incluir salud (Ex PROFE) n (%)	12 (13.3)
Comorbilidades n (%)	72 (80)
HTA n (%)	27 (30)
Tabaquismo actual n (%)	13 (14.4)
Tabaquismo pasado n (%)	10 (11.1)
Diabetes n (%)	7 (7.8)
Manifestaciones extra-articulares n (%)	28 (31.1)
Nódulos reumatoideos n (%)	9 (10)
Enfermedad pulmonar intersticial n (%)	13 (14.4)
Enteritis n (%)	12 (13.3)

Tabla 1: Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes.

Variables	Pacientes n= 20
Forma clínica	
Mono dermatoma n (%)	19 (95)
Polidermatoma n (%)	1 (5)
Localización	
Tronco n (%)	17 (85)
Miembros inferiores n (%)	1 (5)
Facial n (%)	2 (10)
Severidad de la infección	
Leve n (%)	17 (85)
Moderado n (%)	3 (15)
Tratamiento farmacológico para HZ n (%)	7 (35)
Aciclovir n (%)	6 (30)
Ganciclovir n (%)	1 (5)
Terapias alternativas para HZ n (%)	11 (55)
Complicaciones n (%)	4 (20)
Dolor neuropático n (%)	3 (15)
Otra n (%)	1 (5)
Suspensión del tratamiento para enfermedad reumática durante la infección por HZ n (%)	0 (0)

Tabla 2: Características clínicas de la infección por herpes zóster.

ROL DE LA GESTIÓN CLÍNICA EN LA EVALUACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA. DIFERENCIAS ENTRE EL SUBSECTOR PÚBLICO Y PRIVADO

MARECO Jonatan Marcos¹, GIMÉNEZ Yolanda Luján², BERNARDO Mariana Emilia³, JALDÍN Rosario¹, ALMADA Felicia¹, CÓRDOBA Lucía³, GONZÁLEZ Marisa³, BRÁVIZ LÓPEZ María Eugenia³, LUCINI Dolly³, ALANÍZ María del Rosario³, MARTÍN Mariana³, MARTÍNEZ Camilo³, RUTA Álvaro¹, VERA María Alejandra³, GARCIA SALINAS Rodrigo¹

¹HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, ²HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS Y CRÓNICOS ALEJANDRO KORN, ³HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO EN AGUDOS Y CRÓNICOS SAN JUAN DE DIOS

INTRODUCCIÓN: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad con un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes y en el sistema de salud debido a sus múltiples comorbilidades. Las características del sistema pueden ser determinantes a la hora del diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.

OBJETIVO: Analizar las diferencias clínicas, demográficas, de laboratorio e imágenes y en acceso a la evaluación de los pacientes que acuden para evaluación diagnóstica de APs en el subsector público y privado con un mismo modelo de atención.

MÉTODOS: Estudio observacional, transversal, multicéntrico. Se incluyeron pacientes mayores a 18 años al momento del diagnóstico de APs y que cumplían criterios CASPAR en un centro público y un centro privado en el mismo período de tiempo (abril de 2021 y abril de 2023) evaluados por los mismos profesionales. En ambos centros se optimizaron los procesos de gestión de acceso a estudios de laboratorio e imágenes mediante acuerdos con las áreas implicadas (gestión clínica). A todos los pacientes con sospecha de APs se les realizó en cada hospital: entrevista clínica y comorbilidades, evaluación física con clinimetría musculoesquelética, radiología y ultrasonografía (articular-entesis) y laboratorio. Se evaluaron los tiempos de demora al diagnóstico desde el inicio de los síntomas y desde la primera evaluación hasta completar todos los procedimientos. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, Test de chi-cuadrado y exacto de Fisher (variables categóricas) y Test de Student o Mann Whitney (variables continuas) según su distribución; se realizó regresión logística binomial (variables $p \leq 0,1$).

RESULTADOS: Se incluyeron 132 pacientes a quienes se le realizó diagnóstico de APs 42 en el subsector público y 90 en el privado, con una media de edad de 52 años (DS: 8), sexo masculino 51%. Entre las diferencias en el análisis univariado se destacan (sector público vs privado): menor escolaridad, menor oligoartritis, más psoriasis cutánea, menor cantidad de manifestaciones "no musculoesqueléticas", menor compromiso por imágenes (Rx y Eco), menor VAS dolor, pero mayor compromiso articular y de entesis clínico, mayor DAPSA. Hubo diferencia respecto de la demora al diagnóstico sin diferencias significativas, pero no hubo diferencias en el tiempo de obtención de los estudios complementarios para el diagnóstico final. En el análisis multivariado utilizando subsector privado como variable dependiente las características que se asociaron en forma independiente fueron: VAS dolor (OR 2.9 IC 95% 1.5-5.6), DAPSA (OR 0.7 IC 95% 0.6-0.9) y Eco entesis + (OR 13 IC 95% 1.6-110).

CONCLUSIÓN: Los pacientes que acuden para la evaluación de APs en el subsector público y privado (bajo condiciones similares de atención) presentaron diferencias en torno a la clínica y a los hallazgos en imágenes, sin embargo no se observaron diferencias respecto de la demora al diagnóstico ni al tiempo de demora para la obtención de estudio para el diagnóstico, destacando el impacto de la utilización de la gestión clínica para optimizar procesos de atención.

TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA REUMATOLÓGICA, DE LA PEDIATRÍA A ADULTOS. EXPERIENCIA A UN AÑO

PENA Claudia¹, COSENTINO Máximo¹, FABI Mariana², MONTECUCO Micaela², MASTRI Viviana², GARCÍA Mercedes¹

¹HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (HIGA) GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA, ²HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS ESPECIALIZADO EN PEDIATRÍA, SOR MARÍA LUDOVICA

INTRODUCCIÓN: La adolescencia es un período de vital importancia en pacientes con enfermedades crónicas de inicio en la infancia. En esta etapa es importante guiar a los pacientes y a sus familias para una participación activa en el cuidado de su salud, favoreciendo su independencia. Las unidades de transición han demostrado un claro beneficio en estos pacientes. Para una transición eficaz se requiere comunicación activa, coordinación y trabajo colaborativo entre servicios actuantes. Un cuestionario validado en Argentina es el *Transition Readiness Assessment Questionnaire* (TRAQ) 5.0, el cual busca medir el grado de preparación para la transición de jóvenes con condiciones especiales de salud.

OBJETIVO: Describir la experiencia en la transición de pacientes con enfermedades reumatológicas de inicio en la infancia hacia la atención en la adultez en un período de 1 año.

MÉTODOS: Se incluyeron pacientes consecutivos derivados a consulta de transición entre junio de 2022 a julio de 2023. El consultorio de transición pediátrico-adulto entre el Servicio de Reumatología del Hospital de niños Sor María Ludovica y del Hospital San Martín de La Plata se consensuó e inició en junio de 2022. El procedimiento establecido incluye inicialmente la decisión por parte de los pediatras junto con el paciente y su familia de iniciar la transición a la atención del adulto. Luego se coordina una fecha entre ambos servicios para una primera consulta con los médicos de adulto. Una vez iniciado, se realizan visitas alternantes entre ambos servicios y se trabaja en conjunto frente a las decisiones diagnósticas y terapéuticas que surgen en la atención.

RESULTADOS: Iniciaron el proceso de transición 10 pacientes, de los cuales 6 eran mujeres. La mediana de edad al momento del inicio fue de 17 (16-19) años. En 6 casos los pacientes residían en La Plata, y el resto en localidades próximas a la ciudad, cursando el secundario en 9 casos y con cobertura social 3 pacientes. La mediana de tiempo desde la derivación por Pediatría a la primera consulta en adulto fue de 1,5 (1-3) meses. Cuatro pacientes presentaban diagnóstico de AIJ, 2 LES, 3 fenómeno de Raynaud y 1 púrpura trombótica idiopática. La mediana de edad al inicio de la enfermedad en la infancia fue de 14 (9-15) años. En 9 pacientes la transición inició de forma ambulatoria, con buen control de su enfermedad, y 1 caso que debió realizarse mediante internación por presentar un brote de la enfermedad. Al momento de la transición, 5 pacientes utilizaban inmunosupresores convencionales y 2 casos tocilizumab endovenoso. La mediana de dosis de corticoide era 12 mg (2-20) al día. Dos pacientes presentaban daño crónico con limitación de rango articular. La mediana de consultas por paciente entre los dos servicios a lo largo de 1 año fue de 4 (2-9). En todos los pacientes durante la primera consulta con los reumatólogos de adulto se realizó el cuestionario TRAQ (Tabla).

CONCLUSIÓN: En el curso de un año han iniciado y continuado el proceso de transición entre dos hospitales públicos 10 jóvenes con enfermedades autoinmunes sistémicas. Estos resultados, a pesar del bajo número de pacientes, avalan la factibilidad de un método dinámico y necesariamente planificado. El cuestionario TRAQ 5.0 resulta una herramienta de fácil realización y de utilidad, tanto para el análisis de distintas etapas del proceso por parte del propio adolescente, como para el mejor conocimiento de los mismos por parte de los médicos de adultos. Los adolescentes demuestran el interés y capacidad de adquirir habilidades que les permiten incrementar su autonomía y responsabilidad en el cuidado de la salud.

Pregunta	No, no sé cómo hacerlo	No, pero quiero aprender a hacerlo	No, pero estoy aprendiendo a hacerlo	Sí, ya he comenzado a hacerlo	Sí, lo hago siempre que lo necesito
Manejo de medicación					
¿Si te necesitan, ¿vas a buscar tu medicación?	-	-	10%	60%	30%
¿Sabes qué hacer si tienes una reacción adversa?	10%	30%	40%	20%	-
¿Tomas por vos mismo los medicamentos como te indican?	-	-	20%	30%	50%
¿Solicitas los medicamentos antes de que se terminen?	-	-	10%	50%	40%
Asistencia a citas					
¿Te excusas vos mismo de pedir los turnos?	-	40%	30%	20%	10%
¿Estás pendiente de las derivaciones a especialistas, controles o resultados de análisis?	-	-	30%	40%	30%
¿Organizas vos mismo como ir para ir a las consultas?	-	10%	30%	50%	10%
¿Te ocupas vos mismo de consultar al médico si observas cambios inusuales en tu salud?	-	-	20%	50%	30%
¿Sabes realizar vos mismo los trámites para obtener una cobertura médica si perdés la actual?	30%	50%	10%	10%	-
¿Sabes qué beneficios cubre tu obra social?	60%	20%	20%	-	-
¿Maneja tu propio dinero y te encargas de los gastos de la casa?	30%	30%	20%	20%	-
Seguimiento de los problemas de salud					
¿Podes completar vos mismo algún formulario relacionado con tu historia clínica?	-	10%	30%	40%	20%
¿Tenes anotados tus turnos médicos y demás citas?	-	-	30%	30%	40%
¿Realizas vos mismo una lista de preguntas antes de ir a la consulta?	20%	20%	-	20%	40%
¿Recibís ayuda económica a través de alguna institución?	50%	20%	10%	10%	10%
Comunicación con los profesionales					
¿Les contas al médico o a la enfermera lo que te pasa?	-	-	20%	30%	50%
¿Respondes vos mismo las preguntas que te hace el médico, enfermera u otra persona de salud?	-	-	20%	40%	40%
Manejo de las actividades cotidianas					
¿Colaboras con la planificación o preparación de las comidas?	-	-	40%	40%	20%
¿Mantienes ordenado tu cuarto y/o casa o lavantas la mesa y/o lavas los platos después de comer?	-	-	20%	50%	30%
¿Vas a hacer compras a los negocios del barrio?	-	-	20%	30%	50%

Tabla.

0171

SEGURIDAD CON TERAPIAS DIRIGIDAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INMUNOMEDIADAS: DATOS BIOBADAGUAY

ABREU Paloma¹, CABRERA Sonia², MELGAREJO Patricia³, ROMÁN Lourdes⁴, MOREL Zoilo⁵, ROLÓN Roger², AMARILLA Angélica², ZARZA Mariela², VALINOTTI Vannia², BRUNENGO Cristina⁶, SOTO Macarena⁶, ACEVEDO Belén⁶, LEYVA Evelyn⁷, PUSINERI Paola⁷, **PARODI Clyde**⁷, JARA Paola², ARANDA Raquel⁷, CONSANI Sandra⁸, ZANOTTI Maggi¹, VEGA Cynthia⁹, ACOSTA María Isabel⁷, YINDE Yanira Rossana⁷, MAIDANA Agustina², ÁVILA Gabriela⁵

¹SOCIEDAD PARAGUAYA DE REUMATOLOGÍA, ²HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, ³HOSPITAL REGIONAL DE VILLARRICA, REUMATOLOGÍA, ⁴HOSPITAL DE VILLA ELISA, ⁵HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA, ⁶INSTITUTO NACIONAL DE REUMATOLOGÍA, ⁷UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, HOSPITAL DE CLÍNICAS, REUMATOLOGÍA, ⁸COSEM, REUMATOLOGÍA, ⁹HOSPITAL PEDIÁTRICO NIÑOS DE ACOSTA ÑU, REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

INTRODUCCIÓN: BIOBADAGUAY es el registro paraguayo-uruguayo de acontecimientos adversos (AA) en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias bajo tratamiento con terapias dirigidas (TD): biológicos, biosimilares y compuestos sintéticos con diana identificable.

OBJETIVO: Analizar la frecuencia y la gravedad de AA en pacientes en tratamiento con TD incluidos en el registro BIOBADAGUAY.

MÉTODOS: Estudio observacional, prospectivo, de duración indeterminada para verificar la eficacia, la seguridad y la supervivencia de las TD. La metodología utilizada está disponible en: <https://biobadaguay.ser.es>. Para el presente estudio se analizaron: variables epidemiológicas, clínicas, TD recibida, el tipo y gravedad del AA. La tasa de incidencia (IR) por 1000 pacientes-año, intervalo de confianza (IC 95%) y la razón de tasa de incidencia (IRR) mediante regresión de Poisson (valor de significación nominal 0,05).

RESULTADOS: Se analizaron 1104 pacientes con TD, el 73.3% eran mujeres y el diagnóstico más frecuente fue la artritis reumatoidea (AR) en un 62.1%. Se observaron 1365 AA, 1191 (87.2%) de carácter leve, 161 (11.8%) graves y 13 (0.9%) mortales. La incidencia global de AA fue 251.75 (238.6-265.8), 219.7 (207.4-232.5) para leves y 32.1 (27.5-37.2) para graves. La infección fue el AA más frecuente, la incidencia global de fue de 138.4 (126.69-265.47), de 121.8 (112.7-131.5) en leves y (27.48-37.2%) en graves. Al analizar la IR de AA en función del diagnóstico, la AR se asoció a una mayor IR de AA globales y graves comparada con otros diagnósticos (IRR=1.35 [95% CI,1.1-1.7] p=0.0088) (IRR=1.72 [95% CI,1.2-2.5] p=0.006) respectivamente. la artritis psoriásica (APSo) y la espondilitis anquilosante (EA) se asociaron a una menor IR global de AA (IRR=0.57 [95% CI,0.4-0.9]

p=0.007) y (IRR=0.66 [95% CI,0.5-1] p=0.04) respectivamente. El uso de corticoides se asoció a un IR mayor de AA globales (IRR=1.46 [95% CI,1.2-1.8] p=0.0009). Se analizó la IR en función de la gravedad, se observó que segundos y posteriores ciclos de tratamiento de TD se asoció a una mayor IR global e IR leve de AA comparada con el primer ciclo de tratamiento. El tratamiento con antiTNF se asoció con una menor IR de AA globales y mortales comparada con los no-antiTNF (Tabla y Figura).

CONCLUSIÓN: Los AA fueron en su mayoría leves y el más frecuente fue la infección. La AR presentó una mayor IRR de AA globales y graves, mientras APSO, EA y uso de antiTNF a una menor IRR globales. Segundos y posteriores ciclos de tratamiento, y el uso de corticoides se asociaron a un IRR mayor de AA globales.

	Primer ciclo		Ciclos posteriores		P
	Tasa de incidencia (IC 95%)	Tasa de incidencia (IC 95%)	Razón de tasa de incidencia (IC 95%)		
Global	233.22 (219.28, 247.80)	339.2 (303.1, 378.3)	1.45 (1.14, 1.85)		0.0024
Leve	201.27 (186.34, 214.85)	306.52 (272.29, 343.82)	1.52 (1.16, 1.97)		0.0014
	No-antiTNF		AntiTNF		
	Tasa de incidencia (IC 95%)	Tasa de incidencia (IC 95%)	Razón de tasa de incidencia (IC 95%)		P
Global	306.31 (279.92, 337.98)	234.63 (200.09, 249.98)	0.77 (0.61, 0.97)		0.0262
Mortal	4.17 (2.66, 12.58)	1.21 (0.39, 2.83)	0.29 (0.06, 2.83)		0.0043

Seguimiento: 1000pacientes/año; primer ciclo: 1044; ciclos posteriores: 0.94; no-antiTNF: 1.29; antiTNF: 4.13

IC: intervalo de confianza

Tabla: Tasa de incidencia de acontecimientos adversos en función de la gravedad.

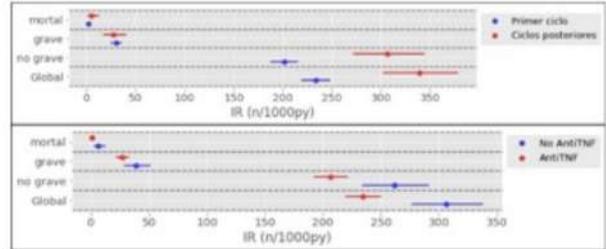


Figura: Análisis de incidencia en función de la gravedad.

0173

IMPACTO DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

FIGUEROA Rosa María¹, **SAVIO Verónica**², **ALBIERO Alejandro**³, **ALONSO Carla**¹, **JARCHUF Carolina**⁴, **DEMARCHI Marcela**⁴, **GOBBI Carla Andrea**⁵, **PAULA Alba**³

¹HOSPITAL CÓRDOBA, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, ²UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, CÁTEDRA DE FISIOLÓGÍA, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC, ³UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, CÁTEDRA DE SEMIOLOGÍA, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC, ⁴SERVICIO DE LABORATORIO, HOSPITAL CÓRDOBA, ⁵UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC

INTRODUCCIÓN: La enfermedad psoriásica (EPs) describe un abanico de manifestaciones que afecta a pacientes con psoriasis. La artritis psoriásica (APs) se asocia a comorbilidades cardiometabólicas, entre ellas, el síndrome metabólico (SMet) provocando un estado inflamatorio crónico que podría afectar la actividad de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.

OBJETIVO: Describir la asociación del SMet en pacientes con APs, su relación con la actividad de la enfermedad, función, calidad de vida y el tratamiento.

MÉTODOS: Se realizó un estudio prospectivo, de corte transversal, entre 07/2019 a 03/2022. Ingresaron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de APs (criterios CASPAR). Se evaluaron características sociodemográficas y clínicas, la actividad de la enfermedad por PASI (*Psoriasis Area Severity Index*), DAPSA (*Disease Activity for Psoriatic Arthritis*), MDA y VLDA (*minimal and very low disease activity*); calidad de vida por cuestionarios auto-administrados: DLQI (*Dermatology Life Quality Index*), PASQoL (*Psoriatic Arthritis Quality of Life*) y HAQ (*Health Assessment Questionnaire*). El SMet se definió utilizando las 3 definiciones: WHO, ATPIII, IDF. Para el análisis entre grupos se utilizó ATPIII. Se aplicaron test paramétricos y no paramétricos, considerando un valor de p<0,05 significativo.

RESULTADOS: Se incluyeron 69 pacientes con APs, con una mediana de 55,92±9,88 años. 60% sexo femenino. Presentaron SMet el 39% (OMS), 70% (IDF) y 37% (ATPIII). La afectación más frecuente fue poliarticular (>80%) en ambos grupos. Los pacientes con SMet presentaron mayor frecuencia de hipertensión, diabetes, dislipemia y cardiopatía isquémica (p<0,05). Lograron remisión por DAPSA el 4% de los con SMet vs el 14% de aquellos que no lo tenían; MDA el 28% vs 40% y VLDA el 4% y 12%, sin significancia estadística. Lo mismo ocurrió para DLQI (7,65±6,18 vs 9,72±7,83; p>0,05) y PASQoL (10,04±4,49 vs 8,3±5,32; p>0,05). Los pacientes con SMet presentaron significativamente mayor HAQ (1,08±0,61 vs 0,73±0,66; p<0,05). No se encontraron diferencias en el tratamiento entre ambos grupos.

CONCLUSIÓN: Los pacientes del presente estudio con APs y SMet asociado presentaron mayores comorbilidades cardiometabólicas junto con una peor calidad de vida. Es fundamental el abordaje multidisciplinario en este grupo de pacientes para disminuir la morbimortalidad cardiovascular.

0176

FRECUENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS DE RODILLA

TOLCACHIER Yamila Mariel, **SECCO Anastasia**, **MORBIDUCCI Julieta**, **SILVA Sabrina**

SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL RIVADAVIA

INTRODUCCIÓN: La osteoartritis (OA) es la principal causa de dolor y discapacidad a nivel mundial, con alta prevalencia en edad adulta. Engloba un conjunto de condiciones heterogéneas que conducen a la destrucción del cartilago articular presentando diversas causas asociadas, entre ellas, el síndrome metabólico (SM).

OBJETIVO: Primario: determinar la frecuencia del SM, definido por la Federación Internacional de Diabetes 2004, en un grupo de pacientes con diagnóstico de OA de rodilla atendidos en un centro público de CABA. Secundarios: estimar la frecuencia de los componentes del SM en estos individuos; evaluar la relación entre SM y el compromiso radiográfico de OA rodilla según la escala de Kellgren-Lawrence y con el cuestionario WOMAC.

MÉTODOS: Estudio observacional, analítico, de corte transversal, con recolección prospectiva de datos en pacientes. Se recabaron datos de la historia clínica y estudios complementarios, y cuestionarios WOMAC. Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC), las categóricas se expresaron como proporciones (%). Se realizó análisis uni y multivariado de regresión logística considerando el SM como variable dependiente y a la severidad de la OAR como variable de interés.

RESULTADOS: Se incluyeron 114 pacientes, 85% eran mujeres, la media de edad en años fue 61(±8), 59% tenían OA generalizada, 44.64% eran laboralmente activos, 9.65% eran tabaquistas y solo el 23% realizaba actividad física regular. En cuanto al tratamiento, el 21,9% utilizaba AINES y el 24% antiartrósicos. El SM se encontró en el 40%, respecto a sus componentes, la frecuencia de HTA fue de 41%, dislipemia 45%, DBT 25%. La media

de índice masa corporal fue de 30 (±6.2). Al comparar la frecuencia del SM entre el grupo radiográfico con compromiso nulo/leve vs el compromiso moderado/severo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (38.10% vs 48.15%; p=0.36). Tampoco se encontró asociación entre la frecuencia de SM y mayor puntuación en el cuestionario Womac (mediana 37 ric 20-56 vs 33.5 24-46; p=0.76).

CONCLUSIÓN: Encontramos que casi la mitad de los pacientes presentaron SM. Si bien no hallamos asociación estadísticamente significativa entre la frecuencia de SM y mayor compromiso radiográfico, así como tampoco la puntuación reportada por cuestionario WOMAC, no descartamos que estudios prospectivos con mayor número de pacientes puedan reflejar esta asociación.

0177

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

ARIAS Tamara Graciela, PERTUZ REBOLLEDO María Milena, BARCOS Verónica, MEDINA Gustavo, LÓPEZ MEILLER María José

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

INTRODUCCIÓN: En la esclerosis sistémica (ES) el tracto gastrointestinal es el segundo órgano afectado en frecuencia, siendo una de sus consecuencias la malnutrición, condición subdiagnosticada y asociada a mayor morbimortalidad.

OBJETIVO: Describir la prevalencia de malnutrición, riesgo de malnutrición con MUST, y evaluar la asociación con variables demográficas, clínicas y laboratorio en pacientes con ES de la División de Reumatología de un Hospital Universitario.

MÉTODOS: Estudio observacional. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, diagnóstico de ES (criterios 2013 ACR-EULAR). Se excluyeron: enfermedad oncológica activa, trastornos de la conducta alimentaria, superposición con miositis, embarazo, enfermedad celíaca sin tratamiento. Se realizó: cuestionario MUST (0 riesgo bajo; 1 intermedio; 2 alto); cuestionario UCLA SCTC GIT 2.0 (puntaje 0 a 2,83, mayor puntaje, mayor afectación gastrointestinal); cuestionario Eq5D (calidad de vida); índice de masa corporal (IMC); circunferencia pantorrilla y cintura; score de Rodnan modificado (mRSS); actividad de la enfermedad (EUSTAR activity index); valoración nutricional por licenciada en nutrición: test de la silla (sarcopenia probable >15 segundos); fuerza de agarre con dinamómetro (sarcopenia probable <27 kg hombres y 16 kg mujeres); valoración global subjetiva (VGS) del estado nutricional (A=bien nutrido, B=sospecha de desnutrición o desnutrición moderada, C=desnutrición severa). Definición malnutrición: IMC <18.5 kg/m² o VGS B o C.

RESULTADOS: Se evaluaron 116 pacientes consecutivos entre febrero de 2022 y enero de 2023. 94 cumplieron criterios de inclusión: 89 (94%) mujeres, mediana de edad 61.5 (RIC 49-70), 30 (32%) malnutridos. El 15% presentó riesgo intermedio y un 15% adicional riesgo elevado de desnutrición según MUST. Análisis bivariado: malnutridos presentaron mRSS más alto, puntuaciones más altas en HAQ-DI, UCLA, Eq5D, y mayor proporción de artritis y tomografías con dilatación esofágica con respecto a los pacientes no malnutridos con asociación estadísticamente significativa. No hubo asociación entre malnutrición y ninguno de los parámetros de laboratorio o tratamientos analizados en esta cohorte. Análisis multivariado: artritis y dilatación esofágica evidenciada por tomografía de tórax fueron predictores de malnutrición en nuestra población.

CONCLUSIÓN: La prevalencia de malnutrición fue elevada, en proporción coincidente con trabajos publicados. El cuestionario MUST resultó una herramienta confiable para realizar derivación a intervención nutricional. La presencia de artritis y la dilatación esofágica en la tomografía de tórax fueron predictores independientes de malnutrición.

0182

EVALUACIÓN DE VARIABLES ASOCIADAS AL COMPROMISO NEUROLÓGICO AGUDO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DATOS DEL REGISTRO NACIONAL RELESSAR-TRANSVERSAL

AGUILA MALDONADO Rodrigo Alejandro¹, GARCÍA Lucila¹, GOBBI Carla Andrea², QUINTANA Rosana³, ALBA Paula⁴, ROVERANO Susana⁵, ÁLVAREZ Analía Patricia⁶, GRAF César⁷, PISONI Cecilia⁸, SPINDLER Alberto⁹, PAPASIDERO Silvia¹⁰, PERA Mariana¹, ARTURI Valeria¹, RODRÍGUEZ Graciela¹, GARCÍA Mercedes¹

¹HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (HIGA) GENERAL SAN MARTÍN DE LA PLATA, ²SANATORIO ALLENDE, ³CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (CREAR), ⁴HOSPITAL CÓRDOBA, ⁵HOSPITAL J.M. CULLEN DE SANTA FE, ⁶HOSPITAL PENA, ⁷CENTRO MÉDICO MITRE, ⁸CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS "NORBERTO QUIRNO" (CEMIC), ⁹CENTRO MÉDICO PRIVADO DE REUMATOLOGÍA DE TUCUMÁN, ¹⁰HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, ¹¹HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD JUAN D. PERÓN

INTRODUCCIÓN: La prevalencia reportada de manifestaciones neurológicas en lupus se encuentra entre 14-95% y esta variación depende de las definiciones utilizadas. El compromiso neurológico se asocia a peor pronóstico y mortalidad.

OBJETIVO: Determinar la frecuencia y los factores asociados al compromiso neurológico en LES.

MÉTODOS: Estudio de corte transversal que incluyó pacientes con LES (ACR 1982) mayores de 18 años incluidos en el registro RELESSAR-TRANSVERSAL. El compromiso neurológico agudo se definió según criterios de clasificación ACR e índice de actividad SLEDAI. Se evaluaron datos sociodemográficos, clínicos, comorbilidades, tratamientos, daño y mortalidad. Se compararon pacientes con y sin manifestaciones neurológicas macheados según edad y sexo. Se determinaron factores asociados a manifestaciones neurológicas agudas.

RESULTADOS: Se analizaron 872 pacientes con LES de los cuales 350 (40.1%) presentaron compromiso neurológico agudo, y se los comparó con 522 pacientes sin manifestaciones del sistema nervioso central (SNC) (Tabla). Se evidenció que los pacientes con manifestaciones del SNC mostraron mayor índice de Charlson, mayor uso de corticoides, azatioprina, ciclofosfamida, inmunoglobulinas intravenosa y rituximab, y presentaron mayor número de hospitalizaciones, LES refractario, infecciones graves, índice de daño y mortalidad con respecto a los pacientes que no tuvieron compromiso neurológico. En el análisis multivariado, las variables que se asocian de forma independiente al compromiso neurológico

	Con compromiso neurológico (N=350)	Sin compromiso neurológico (N=522)	P. value	Total (N=872)
Edad última evaluación (En años) [Q1, Q3]	39.6 [30.8, 49.3]	38.6 [30.0, 49.2]	0.533	39.1 [30.2, 49.2]
Sexo Femenino	331 (94.6%)	492 (94.3%)	0.96	823 (94.4%)
SLEDAI [Q1, Q3]	2.00 [0, 6.00]	2.00 [0, 4.00]	0.469	2.00 [0, 4.00]
Índice de Charlson [Q1, Q3]	2.00 [1.00, 3.00]	1.00 [1.00, 2.00]	<0.001	1.00 [1.00, 3.00]
Corticoides >10 mg/día	262 (74.9%)	334 (64%)	<0.001	596 (68.4%)
Metotrexato*	75 (22.9%)	95 (19.7%)	0.313	170 (21.0%)
Antipalúdicos*	324 (98.2%)	469 (96.9%)	0.365	793 (97.4%)
Azatioprina*	140 (42.6%)	162 (33.8%)	0.014	302 (37.3%)
IgIV ¹	17 (5.28%)	9 (1.89%)	0.014	26 (3.25%)
Belimumab*	31 (9.57%)	29 (6.14%)	0.097	60 (7.54%)
Ciclofosfamida*	140 (42.4%)	142 (29.7%)	<0.001	282 (34.9%)
Mofetil Micofenolato*	87 (26.9%)	105 (22.0%)	0.126	192 (24.0%)
Rituximab*	31 (9.51%)	18 (3.75%)	0.001	49 (6.08%)
Número Hospitalizaciones	235 (67.1%)	256 (49.0%)	<0.001	491 (56.3%)
Infecciones Graves	75 (22.2%)	60 (12.0%)	<0.001	135 (16.1%)
LES refractario	67 (19.1%)	72 (13.8%)	0.043	139 (15.9%)
Óbito	18 (5.19%)	12 (2.39%)	0.047	30 (3.53%)
SLECC ACR [Q1, Q3]	1.00 [0, 2.00]	1.00 [0, 1.00]	<0.001	1.0 0, 2.00]

*Uso pasado o presente. ¹IgIV: Inmunoglobulinas Endovenosas.

Tabla.

fueron el uso de ciclofosfamida (RO 1.45, IC 95% 1.06-1.97; p=0.018), el uso de rituximab (RO 2.22, IC 95% 1.21-4.17; p=0.012) y el daño (RO 1.28, IC 95% 1.16-1.43; p<0.001).

CONCLUSIÓN: La frecuencia de compromiso neurológico agudo en el registro fue del 40.1%. Las manifestaciones del SNC se asociaron al uso de ciclofosfamida, rituximab y daño.

0183

VALORACIÓN DE LA CALIDAD DEL SUEÑO EN DISTINTAS PATOLOGÍAS REUMATOLÓGICAS SEGÚN ACTIVIDAD Y TRATAMIENTO. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN CINCO PROVINCIAS DEL NORESTE ARGENTINO

RINGER Ariana¹, **SATTLER María Emilia**², **BRAVO Maximiliano**³, **CATAY Erika Roxana**³, **GALLINO YANZI Josefina**⁴, **MAURI Marianela Eliana**⁴, **SCHMID María Marcela**⁴, **BENAVENTE Emilio Pablo Ignacio**⁵, **ASTE Nora**⁶, **SEEWALD Adriana**⁷, **PARÍS Úrsula Vanesa**⁷, **VELOZO Edson**⁸, **GÓNGORA Vanina**², **ANTONIOL María Noelia**⁹, **FINUCCI CURRI Pablo**²

¹CONSULTORIO PRIVADO, COLÓN, ²HOSPITAL SAN MARTÍN, ³CENTRO MORENO, ⁴HOSPITAL ÁNGELA I. DE LLANO, ⁵HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD PTE. JUAN DOMINGO PERÓN, ⁶INSTITUTO DE CIRUGÍA AMBULATORIA, ⁷HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS RAMÓN MADARIAGA, ⁸UNIVERSIDAD Y SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA, LIBERTADOR SAN MARTÍN, ⁹FLENI

INTRODUCCIÓN: Estudios epidemiológicos han mostrado que las alteraciones del sueño han aumentado en las últimas décadas. El distrés psicosocial, determinadas patologías y el uso de diversos fármacos son factores que influyen en la calidad del sueño.

OBJETIVO: Evaluar la calidad del sueño en pacientes con artritis reumatoidea (AR), espondiloartritis (SpA) y lupus eritematoso sistémico (LES) en las provincias del noreste argentino (NEA).

MÉTODOS: Estudio multicéntrico, transversal, descriptivo-analítico, realizado en las provincias de la filial de ARNEA. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con AR, SpA y LES. Se excluyeron pacientes con causas orgánicas conocidas que alteren la calidad del sueño. Se evaluó de manera anónima la calidad del sueño mediante el Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño o *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI), se consideró buena calidad de sueño a los valores comprendidos entre 0 y 4 y mala calidad de sueño a los comprendidos entre 5 a 21. Se registraron índices de actividad, cronicidad y tratamientos para cada patología. Se realizó análisis descriptivo de las variables en evaluación. Todos los pacientes que aceptaron participar firmaron previamente el consentimiento informado (proyecto evaluado por el Comité de Bioética independiente).

RESULTADOS: Se evaluaron 137 pacientes (Entre Ríos 45, Corrientes 29, Chaco 10, Formosa 33 y Misiones 20), edad media 51 años (DE 14.4), 84.7% mujeres. El 61.3% con diagnóstico de AR, el 32.1% de LES, el 6.6% de SpA. Según la puntuación total del PSQI, 107 pacientes (78.1%) refirieron tener mala calidad de sueño, el 77.4% de los pacientes con AR, el 81.8% de los pacientes con LES y el 66.7% de los SpA. En la descripción del PSQI, la percepción del sueño general fue referida como muy buena (22.6%), bastante buena (46%), bastante mala (24.8%) y muy mala (6.6%). El 62.8% refirió uno o más problemas para dormir, demorando más de 60 minutos para conciliar el sueño en la mayoría de los casos. El 50,3% mencionó tener dificultades en las tareas diurnas y 56.9% somnolencia diurna. Un 70.8% no indicó consumir medicinas para dormir. Las horas de sueño promedio fueron 6.

CONCLUSIÓN: El 78.1% de la población evaluada presentó mala calidad del sueño según el PSQI. El 62.8% refirió uno o más problemas para dormir, siendo el más frecuente demorar más de 60 minutos para conciliar el sueño.

0184

DESCRIPCIÓN DE LOS PRIMEROS PACIENTES INCLUIDOS EN EL REGISTRO DE ENFERMEDAD PSORIÁSICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA Y DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PSORIASIS (RENAEPSO)

SAVIO Verónica, **ECHEVERRÍA Cristina**, **COSENTINO Vanesa**, **MATA Darío**, **EXENI Ida**, **SEVERINA María de los Ángeles**, **MACHADO ESCOBAR Maximiliano**, **GORDILLO María Florencia**, **CAPELLI Lucía**, **COSATTI Micaela**, **COSTA Cecilia**, **GENTILETTI Julieta**, **DIEGUEZ Carolina**, **VILA Diego**, **DAPÉÑA Joan Manuel**, **MALVIDO Karina**, **CARLEVARIS Leandro**, **CASTELLANOS POSSE María Laura**, **LUNA Paula**, **KREIMER Jennifer**, **CERDA Osvaldo Luis**

INVESTIGADORES DEL REGISTRO NACIONAL DE ENFERMEDAD PSORIÁSICA (RENAEPSO)

INTRODUCCIÓN: La enfermedad psoriásica (EPs) es un término actualmente utilizado para describir un abanico de manifestaciones que afecta a pacientes con psoriasis (PsO). El compromiso articular (APs) puede afectar al 30% de los pacientes con EPs.

OBJETIVO: Describir las características sociodemográficas, clínicas, tratamiento y comorbilidades de pacientes con EPs en su visita basal.

MÉTODOS: Estudio de cohorte longitudinal y multicéntrico, que incluyó a pacientes > o = a 18 años con diagnóstico de PsO y/o APs. El diagnóstico de PsO lo realizó un dermatólogo y el de APs un reumatólogo. Variables consignadas: sociodemográficas, clínicas, tratamientos, dominio afectado y comorbilidades.

RESULTADOS: Ingresaron 111 pacientes. La distribución por provincias fue el 54,91% de Buenos Aires, 25,2% Córdoba, 5,41% Tucumán, 4,50% Santa Fe, 3,60% Mendoza, 1,80% Entre Ríos, 1,80% Tierra del Fuego, 0,9% Misiones, 0,9% Río Negro y 0,9% La Pampa. El 52,3% fueron mujeres, edad media 55,7±12,9 años. El 51,4% con un nivel socioeconómico medio, presentando el 57,7% obra social, 20,7% prepaga y el 18,9% pública. Un 68,5% de los pacientes con trabajo parcial o completo. El 30,9% de los pacientes presentaba antecedente familiar de EPs. El tiempo medio promedio a la atención especializada fue de 6 meses (RIC 3-12). El 71,3% con comorbilidades asociadas, 71,7% hipertensión, 26,2% diabetes, 32,3% síndrome metabólico, 49,2% dislipemia, 27,4% hipotiroidismo, 8,06% osteoporosis, 44,4% obesidad, 11,5% enfermedad cardiovascular, 3,28% enfermedad cerebrovascular, 11,5% depresión, 19,7% ansiedad, 13,1% fibromialgia, 8,20% cáncer, 1,61% litiasis renal, 12,9% esteatosis hepática. Tabaquismo el 46,3% actual o exfumador, 58,9% sedentario, 7,37% alcoholismo. Al momento del diagnóstico el 85,7% presentaba PsO en placas o vulgar, 6,12% en gotas, 8,16% eritrodérmica, 2,08% pustulosa palmo plantar, 6,12% palmo plantar, 3,06% invertida, 26,5% ungueal. El 75,5% de los pacientes presentaba APs, el 28,6% poliarticular, 20,4% oligoarticular, 16,3% de interfalángicas distales, axial el 21,7%, un 50,8% entesitis, 32,2% dactilitis y ninguno con artritis mutilante, además 3 pacientes con uveítis y 1 con enfermedad inflamatoria intestinal. Respecto al tratamiento, el 45,2% recibía tratamiento tópico, 14,5% fototerapia, el 82,4% sistémico, entre los cuales el 61,2% metotrexato, 6,12% leflunomida, sulfasalacina el 1,02% y acitretin el 1,03%. Se encontraban recibiendo medicación biológica el 58% de los pacientes, de los cuales el 20,4% adalimumab, certolizumab 3,06%, etanercept 3,06%, golimumab 1,02%, secukinumab un 19,4%, ixekizumab 2,04%, abatacept 5,10%, 4,08% guselkumab y 5,10% risankizumab. Con respecto al tratamiento sintético de pequeñas moléculas upadacitinib, el 3,06%, apremilast un paciente y ninguno tofacitinib ni baricitinib. Tres individuos se encontraban recibiendo drogas de investigación.

CONCLUSIÓN: Presentamos el primer reporte con las características basales de pacientes con EPs de la República Argentina. Destacamos la relevancia del trabajo colaborativo entre dermatólogos y reumatólogos para obtener e informar las características sociodemográficas, de la enfermedad y el tratamiento de todo el territorio nacional.

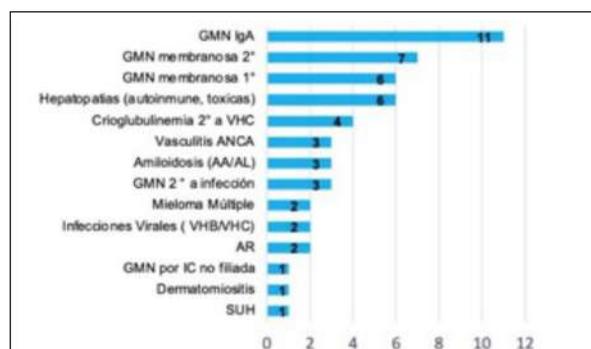
INMUNOCOMPLEJOS EN LA BIOPSIA RENAL “NO TODO ES LUPUS”

TANTEN Romina, SCOLNIK Marina, ESPEJO Estefanía, SCAGLIONI Valeria, CHRISTIANSEN Silvia, BRATTI Griselda, VARELA Carlos Federico, ROSA Javier, SORIANO Enrique, GRELONI Gustavo

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

	GMN Full House LES (n=116)	GMN Full House No Lúpica (n=65)	P
Sexo femenino, n (%)	98 (84.5)	26 (40.0)	< 0.001
Edad al momento de la biopsia, años, media (DS)	34.7 (11.8)	52.4 (16.4)	< 0.001
FAN positivo al momento de la biopsia, n (%)	108 (96.4)	20 (33.3)	< 0.001
C3 bajo al momento de la biopsia, n (%)	83 (76.8)	25 (42.4)	< 0.001
C4 bajo al momento de la biopsia, n (%)	56 (51.8)	9 (15.3)	< 0.001
Anti ADN positivo al momento de la biopsia, n (%)	69 (63.3)	1 (2.2)	< 0.001
Clearance de creatinina al momento de la biopsia, ml/min, mediana (RIC)	97 (62-121)	38 (25-64)	< 0.001
Clearance de creatinina a los 12 meses de la biopsia, ml/min, mediana (RIC)	109 (90-122)	43 (31-70)	< 0.001
Enfermedad renal terminal, n (%)	9 (7.8)	10 (15.4)	0.11
IgA +++/++++, n (%)	58 (50.9)	31 (48.4)	0.76
IgM +++/++++, n (%)	45 (39.8)	22 (34.4)	0.47
IgG +++/++++, n (%)	107 (93.0)	46 (71.9)	< 0.001
C3 +++/++++, n (%)	104 (90.4)	47 (72.3)	< 0.001
C1q +++/++++, n (%)	74 (64.3)	17 (26.8)	< 0.001
Todos +++/++++, n (%)	27 (23.3)	4 (6.2)	0.003
Fibrosis Intersticial moderada/severa, n (%)	17 (15.4)	33 (51.6)	< 0.001
Atrofia tubular moderada/severa, n (%)	17 (15.9)	32 (50.0)	< 0.001
Pulsos de corticoides, n (%)	27(28.4)	7 (16.7)	0.14
Corticoides vía oral, n (%)	95 (92.2)	19 (47.5)	< 0.001
Ciclofosfamida, n (%)	33 (33.3)	8 (19.5)	0.10
Micofenolato, n (%)	51 (52.1)	10 (25.6)	0.005
Rituximab, n (%)	7 (7.2)	1 (2.5)	0.28
Algún otro inmunosupresor, n (%)	88 (88.0)	18 (45.0)	< 0.001

Tabla: Características de los pacientes con GMN FH asociada a LES y no asociada.



Virus de la hepatitis C (VHC), Virus de la hepatitis B (VHB), Artritis Reumatoidea (AR).

inmunocomplejos (IC), Síndrome Urémico Hemolítico (SUH), Amiloidosis de Tipo AA/AL (AA/AL)

Figura: Causas secundarias de GMN FH.

INTRODUCCIÓN: El patrón de inmunofluorescencia conocido como *full house* (FH) se caracteriza por la presencia de depósitos de IgA, IgM, IgG, C3 y C1q en la biopsia renal. Tradicionalmente, este patrón se ha asociado al diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES). Sin embargo, existen otras causas menos conocidas que pueden dar lugar a este mismo patrón.

OBJETIVO: Evaluar en una cohorte de pacientes cuáles son los predictores clínicos y de la biopsia renal que se asocian al diagnóstico de lupus y que permiten distinguir de otras causas de glomerulonefritis (GMN) *full house*.

MÉTODOS: Estudio descriptivo, analítico, retrospectivo. Se revisaron biopsias renales realizadas en nuestro hospital entre 2000 y 2019 identificándose aquellas con patrón FH. Se recolectaron características clínicas, de laboratorio y de la biopsia renal. Se dividieron los pacientes en aquellos con GMN FH asociada a LES (si cumplían criterios ACR/SLICC/ACR-EULAR) y aquellos con otras causas de GMN FH (secundarias o idiopáticas). Se realizó estadística descriptiva, análisis de regresión logística uni y multivariado para identificar factores asociados con el diagnóstico de LES, y curvas de supervivencia renal comparando entre pacientes con y sin LES.

RESULTADOS: Se incluyeron 181 pacientes con GMN FH, 124 mujeres (68.5%), con una edad media al momento de la biopsia de 41.1 años (DS 16.0) y una mediana de seguimiento posbiopsia de 2.9 años (RIC 0.4-6.8 años). 116 pacientes (64.1%) cumplieron criterios de LES (103 con manifestaciones extrarrenales y 13 lupus limitado a riñón), 52 presentaron causas secundarias identificables de GMN (Figura) y 13 permanecieron como GMN FH idiopática. Los pacientes con LES fueron significativamente más mujeres, más jóvenes y presentaron con mayor frecuencia FAN positivo, anti ADN, C3 o C4 bajo al momento de la biopsia renal (p<0.001 para todas las comparaciones). En la Tabla se muestran las características demográficas, clínicas, de laboratorio e histopatológicas de las biopsias renales de los pacientes, así como su evolución clínica y tratamientos recibidos. En la inmunofluorescencia los pacientes con LES presentaron 3 o 4 cruces de IgG, C3 y C1q con mayor frecuencia que los no lúpicos y menor compromiso moderado/severo del tubulointersticio. En el análisis multivariado los factores que permanecieron asociados con el diagnóstico de lupus como causa de la GMN FH fueron: sexo femenino, edad más joven, FAN y anti-ADN positivos y depósitos de 3 o 4 cruces de C1q. Tener una GMN FH asociada a Lupus fue protectora de ERT en el análisis univariado (HR 0.03, IC 95% 0.13-0.89), pero esta asociación no fue significativa en el análisis multivariado ajustado por haber recibido tratamiento con corticoides o inmunosupresores.

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

EVOLUCIÓN A ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON VASCULITIS ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS: DATOS PRELIMINARES

SARDE Maiten, PENA Claudia, GARCÍA Lucila, COSENTINO Máximo, SARDI Bettina Soledad, GARCÍA Mercedes

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (HIGA) GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA

INTRODUCCIÓN: El compromiso renal en las VAA es una afectación frecuente y severa, y está usualmente asociada con mayor edad al momento del diagnóstico, positividad para ANCA, especificidad para MPO y, menos frecuente, compromiso otorrinolaringológico (ORL). El aumento en la mortalidad en estos pacientes se relacionó con el compromiso renal, en conjunto con la positividad para MPO, la severidad de las manifestaciones clínicas y el retraso en el diagnóstico, entre otros factores.

OBJETIVO: Describir la evolución a mortalidad y enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en pacientes con VAA.

MÉTODOS: Estudio de corte transversal de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de granulomatosis con poliangeítis (GPA), poliangeítis microscópica (PAM) y granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA) según ACR 2022 y/o Chapel Hill 2012, con compromiso renal definido por BVAS como aumento de la creatinina mayor al 30% del valor basal o caída del *clearance* de creatinina mayor al 20%, proteinuria mayor a 1 g/24 h, hematuria mayor a 10 eritrocitos/campo o creatinina sérica mayor 1.4 mg%. Se dividió la muestra según presencia de ERCT y mortalidad, y se evaluaron variables sociodemográficas, comorbilidades, manifestaciones clínicas, de laboratorio inmunológico y tratamiento.

RESULTADOS: Se revisaron las historias clínicas de 67 pacientes atendidos entre agosto de 1999 y enero de 2023, de los cuales se incluyeron 47 que cumplían con los criterios de inclusión. De estos, el 53.2% eran mujeres, con una edad media al momento del diagnóstico de 50.5 (DE 15.6) años. Un 89.4% eran mestizos, la mediana de tiempo de evolución de la enfermedad fue de 84 meses (RIC 49-150), con un retraso en el diagnóstico de 3 (RIC 2-4) meses. Al momento del debut de la enfermedad renal, los valores expresados como mediana fueron: urea 0.89 g/L (RIC 0.6-1.23), creatinina 2.45 mg% (RIC 1.83-3.91), proteinuria 1330 g/24 h (RIC 500-1930) y *clearance* de creatinina 32 ml/min (RIC 17-56). La mediana del BVAS3 fue de 21 (RIC 18-27.3). Contamos con los resultados de biopsias renales del 72.3% de los pacientes. En cuanto a las recaídas renales, 7 pacientes (15.2%) presentaron un episodio y 4 (8.70%), 2 o más. De los pacientes analizados, 13 (27.6%) evolucionaron a ERCT, de los cuales 10 iniciaron hemodiálisis (2 de estos pudieron recibir trasplante renal de donante cadavérico) y, 3 mantuvieron valores de filtrado glomerular estable sin necesidad de diálisis hasta el momento de analizar los datos. Un total de 7 pacientes murieron durante el seguimiento. En esta evaluación, se observó que los pacientes que murieron tenían menor evolución de la enfermedad medida en meses (22.5 vs 103; p 0.009), menor *clearance* de creatinina en ml/min (15 vs 33.5; p 0.034) y menor valor de proteinuria en mg/24hs (427 vs 1380; p 0.024).

CONCLUSIÓN: En esta cohorte de pacientes un 27.3% evolucionaron a ERCT. La mortalidad total fue de 14.9% durante el seguimiento, de los cuales 3 pacientes presentaban ERCT. Se observó que los pacientes que murieron tenían menor tiempo de evolución de la enfermedad, menor *clearance* de creatinina y menor valor de proteinuria.

MOTIVOS DE PROLONGACIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS REUMATOLÓGICAS AUTOINMUNES

IBÁÑEZ PEÑA Pablo David, COSENTINO Máximo, GARCÍA Lucila, PENA Claudia, SARDI Bettina Soledad, SARDE Maiten, LEIVA Carlos, GARCÍA Mercedes

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (HIGA) GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA

INTRODUCCIÓN: Las hospitalizaciones en Reumatología son frecuentes debido principalmente a las exacerbaciones de la enfermedad de base e infecciones. Si bien se han estudiado previamente los motivos de la hospitalización, los datos sobre los motivos que prolongan la estadía hospitalaria siguen siendo escasos.

OBJETIVO: Describir los motivos de prolongación de hospitalización en pacientes con patologías reumatológicas autoinmunes y estimar los costos en salud ocasionados.

MÉTODOS: Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico previo o durante la hospitalización de patologías reumatológicas autoinmunes durante el período comprendido entre junio de 2022 a abril de 2023. Se recolectaron datos a partir de la revisión de historias clínicas sobre tratamientos recibidos, lugar y servicios que solicitaron la admisión, tiempo de estadía hospitalaria y costos. Se definió prolongación de internación como aquella estadía hospitalaria mayor a 10 días o que exceda el tiempo esperado para la resolución del motivo de admisión. Los costos de internación se basaron en datos del Servicio de Estadística del Hospital.

RESULTADOS: Se registraron 92 hospitalizaciones de las cuales se analizaron datos de 70 pacientes por falta de información relevante en las historias clínicas. Se descartaron 20 pacientes por no presentar enfermedad reumatológica como diagnóstico. Se analizaron 50 pacientes con enfermedad reumatológica establecida. Un 36% fueron mujeres con una mediana de edad de 39 (RIC 28- 52) años. Un 64% (32/50) de los casos tenían diagnóstico previo y en 18 pacientes, el diagnóstico de la enfermedad reumatología se realizó durante la hospitalización. En la Tabla se muestran las características de los pacientes. Se evaluó el tratamiento corticoideo recibido durante la internación. Ocho pacientes (16%) recibieron una dosis de prednisona o equivalente ≤ 10 mg/día, 9 (18%) entre 10-20 mg/día y 17 (34%) mayor a 20 mg/día. Un 30% de los casos recibieron pulsos de metilprednisolona (n= 15). Se realizó profilaxis por altas dosis de glucocorticoides en 26 pacientes (52%). La mediana de tiempo de hospitalización fue de 12 (RIC 7-24) días. La mediana de costo en US\$ por día de hospitalización fue de US\$ 786 (RIC 458,5-2161,5). Se observó prolongación de la hospitalización en 25 pacientes (50%), con una mediana de 14 días (RIC 7-26) y con un costo extra por los 14 días de prolongación de US\$ 11.000, lo que sumó en total un valor de US\$ 275.100. Los motivos más frecuentes de prolongación de hospitalización fueron las infecciones nosocomiales n=8 (32%), complicaciones de la enfermedad subyacente n=6 (24%), falta de respuesta al tratamiento n=4 (16%), demora en la derivación a otro centro, demora en la realización de una intervención y efectos adversos del tratamiento en dos casos cada uno (24%) y dificultades en el manejo del dolor n=1 (4%). De los pacientes que presentaron hospitalización prolongada cinco fallecieron (20%), todos por causa infecciosa.

CONCLUSIÓN: La principal causa de prolongación de la hospitalización fue la infección nosocomial, seguido de las complicaciones de la enfermedad subyacente y la falta de respuesta al tratamiento. Hubo un exceso de 14 días de hospitalización lo que conllevó un gasto extra de US\$ 11.000 por paciente.

Variable	N=50 (50%)
Edad	39 años (RIC 28-52)
Sexo (femenino)	36 (72%)
Diagnóstico reumatológico durante la internación	18 (36%)
Motivo de hospitalización	
- Sospecha de enfermedad reumatológica	18 (36%)
- Sospecha de infección	12 (24%)
- Estudio y tratamiento de comorbilidades	8 (16%)
- Reactivación de la enfermedad	7 (14%)
- Biopsia renal	2 (4%)
- Accidentes o lesiones traumáticas	2 (4%)
- Reacciones adversas medicamentosas	1 (2%)
Enfermedades autoinmunes	
- LES	29 (58%)
- AR	8 (16%)
- Vasculitis asociada ANCA	4 (8%)
- Enfermedad de Sjögren	4 (8%)
- Dermatomiositis	2 (4%)
- Vasculitis de grandes vasos	1 (2%)
- Síndrome antisintetasa	1 (2%)
- Enfermedad de Behcet	1 (2%)
Servicios que solicitaron hospitalización	
- Clínica Médica	22 (44%)
- Reumatología	6 (12%)
- Terapia intensiva	4 (8%)
- Ginecología/obstetricia	4 (8%)
- Sala de emergencias	3 (6%)
- Guardia de admisión	3 (6%)
- Nefrología	3 (6%)
- Cardiología	2 (4%)
- Unidad coronaria	1 (2%)
- Infectología	1 (2%)
- Neurología	1 (2%)
Lugar de hospitalización	
- Clínica médica	36 (72%)
- Obstetricia	4 (8%)
- Terapia intensiva	4 (8%)
- Cardiología	1 (2%)
- Unidad coronaria	1 (2%)
- Emergencias	1 (2%)
- Cirugía general	1 (2%)
- Traumatología	1 (2%)
- Unidad trasplante de médula ósea	1 (2%)

Tabla: Características de los pacientes.

¿LA ENFERMEDAD RENAL TERMINAL REDUCE LOS BROTES DE LUPUS?

SÁNCHEZ LEGUIZAMO Analía, ROSA Javier, SCOLNIK Marina

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

INTRODUCCIÓN: Reportes previos han sugerido que aquellos pacientes con nefritis lúpica (NL) y enfermedad renal terminal (ERT) que ingresan en terapia de reemplazo renal (TRR), ya sea hemodiálisis (HD) o diálisis peritoneal (DP), presentan disminución de la actividad del lupus.

OBJETIVO: Determinar la incidencia de *flares* en pacientes con NL y ERT, y comparar la misma en los 2 años previos y posteriores al inicio de TRR.

MÉTODOS: Se identificaron pacientes con NL que hayan dializado o hayan sido trasplantados en un hospital universitario de Buenos Aires entre 2000 y 2023 con al menos 2 años de seguimiento reumatológico, previos y posteriores al inicio de TRR. Se calcularon las densidades de incidencia (DI) de brotes de lupus no renal (LNR) (medido por SLEDAI *Flare Index* y por BILAG) durante los dos años previos al ingreso a TRR y durante los dos años posteriores.

RESULTADOS: Se incluyeron 25 pacientes, 88.0 % mujeres, con una edad media al inicio de diálisis de 32.0 años (DE 10.9). Una media de edad al diagnóstico de lupus de 23.1 años (DE de 9.3). La mediana de tiempo entre el diagnóstico de lupus y la ERT fue de 8.3 años (RIC 2.8-12.3 años). En la Tabla se presentan las características demográficas, de laboratorio, índices de actividad, tratamiento y complicaciones. En 19 pacientes la modalidad de TRR fue HD, en 5 DP y uno fue a trasplante directamente. 15 pacientes en total fueron trasplantados en el seguimiento posterior. En los 2 años preinicio de TRR se identificaron 12 brotes de LNR por SLEDAI y 9 por BILAG en 23 pacientes, representando una DI por SLEDAI de 0.26 brotes por paciente año y 0.19 brotes por paciente año por BILAG. En los 2 años pos-TRR se observaron 9 brotes por SLEDAI y 7 por BILAG; DI (SLEDAI) de 0.18 brotes por paciente año y 0.14 brotes por paciente año (DI BILAG). Los brotes ocurrieron durante HD (n=6) y durante DP (n=3). Los dominios afectados en los brotes durante la diálisis fueron: mucocutáneo (4), gastrointestinal (3), musculoesquelético (2), cardiorrespiratorio (2), hematológico (2), neu-

ropsiquiátrico (2). Cuatro de 9 de los brotes se acompañaron de disminución de complemento, y 2 de incremento de títulos de anti ADN. La mediana de SLEDAI no renal 2 años previo al inicio de la TRR fue de 3.5 (2-6) y a los 2 años post TRR de 2 (0-4).

CONCLUSIÓN: En esta cohorte de pacientes con LES e inicio de TRR los brotes de la enfermedad no disminuyen significativamente luego de TRR.

Características demográficas	
Sexo femenino, n (%)	25 (100%)
Edad al diagnóstico de LES, años (DE)	23.1 años (DE de 9.3)
Edad al inicio de la Terapia de reemplazo renal, años (DE)	32.0 años (DE 10.9)
Tiempo diagnóstico LES a ERT, mediana (RIC)	8.2 años (2.8 - 12.3)
Características de laboratorio	
FAc patrón más frecuente, n (%)	Nucleo homogéneo, 18 (80%)
Anti Rb	7 (30.4%)
Anti La	2 (8.7%)
Anti Sm	9 (38.1%)
Anti RNP	8 (34.8%)
Anti ADN	18 (82.8%)
c3 disminuido (en algún momento)	20 (80.8%)
c4 disminuido (en algún momento)	10 (40.0%)
SAP asociado	6 (24.0%)
Actividad no renal	
SLEDAI no renal 2 años pre inicio TRR, mediana (RIC)	3.5 (2-6)
SLEDAI no renal al inicio TRR, mediana (RIC)	2 (2-4)
SLEDAI no renal 2 años post TRR, mediana (RIC)	2 (0 - 4)
Dosis corticoides 2 años pre TRR, prednisona en mg/día, mediana (RIC)	10 (0-27.5)
Dosis corticoides 2 años post TRR, prednisona en mg/día, mediana (RIC)	5 (5-10)
Tratamientos	
Hidrocloroquina al inicio TRR, n(%)	10 (40.4%)
Inmunsupresor al inicio TRR, DMARD/Biológicos, n(%)	12 (50.0%)
Inmunsupresor 2 años post TRR, n (%)	13 (52.0%)
Complicaciones	
Complicación por TRR, n (%)	18 (84%)
Infección de fístula, n (%)	8 (30%)
Trombosis de acceso de diálisis, n (%)	8 (37.8%)
Sangrado por HD, n (%)	3 (18.7%)
Sobrecarga de volumen, n (%)	1 (8.2%)
Hemoptorrea, n (%)	1 (8.2%)
Rechazo de trasplante renal, n (%)	8 (40%)
Re trasplante, n (%)	2 (13.2%)
Muerte durante seguimiento, n (%)	7 (28%)

Tabla: Pacientes con LES y ERT (n=25).

PREVALENCIA DE HIPOVITAMINOSIS D EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS CON OSTEOPOROSIS

BOTTONE Daniel, AGUILERA Graciela, PLAZA Guillermo, SCHAEFER Hilda

CENTRO PRIVADO DE REUMATOLOGÍA

INTRODUCCIÓN: La vitamina D tiene un efecto beneficioso sobre la salud ósea durante toda la vida a través de varias funciones clave: ayuda a la absorción de calcio de los alimentos en el intestino; tiene un efecto regulador sobre la hormona paratiroidea (PTH) resultando en una reducción de la pérdida ósea; asegura la correcta renovación y mineralización del hueso; tiene un efecto estimulante directo sobre el tejido muscular y por lo tanto, puede reducir el riesgo de caídas; aumenta la densidad mineral ósea. La Guía argentina para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la osteoporosis recomienda no iniciar tratamiento sin que el paciente tenga niveles adecuados de vitamina D (valores de 25OHD >30 ng/ml), los que deben mantenerse durante todo el tratamiento. Un estudio coordinado por AAOMM en diferentes provincias de la Argentina mostró que los sujetos mayores de 65 años que no recibían vitamina D, presentaban deficiencia del 52% (menor a 20 ng/ml) en el Norte de nuestro país.

OBJETIVO: Identificar la prevalencia de hipovitaminosis D en pacientes mujeres posmenopáusicas con diagnóstico de osteoporosis que fueron atendidas en un centro privado de Reumatología de Salta.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. Se incluyeron 119 pacientes mujeres posmenopáusicas con diagnóstico de osteoporosis por densitometría ósea (DXA) de columna lumbar y cuello de femoral, con un T-score menor a -2.5. De la población objetivo se revisaron los registros de laboratorio que presentaron niveles subóptimos de vitamina D, durante el período enero a diciembre de 2022.

RESULTADOS: Del total de las 119 mujeres posmenopáusicas con osteoporosis, 92 (77.31%) presentaron hipovitaminosis D.

CONCLUSIÓN: Existe una alta prevalencia de hipovitaminosis D en mujeres posmenopáusicas con osteoporosis. La medición de los niveles séricos de 25 OHD constituye una herramienta fundamental antes de iniciar el tratamiento para la osteoporosis.

0195

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA ARGENTINA

SILVERY León¹, CARROZZA Florencia¹, GUT Oscar¹, GÓMEZ Ramiro², PARÍS Úrsula Vanesa³, SEEWALD Adriana³, PUERTA FRANCHI Ramiro⁴, MALIANDI María del Rosario⁵, PERROTTA Natalia⁶, BATTAGLIA Cecilia¹, BERÓN Ana¹, LÓPEZ MEILLER María José¹, GARCÍA CARRASCO Marina¹, MEDINA Gustavo¹

¹HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, ²HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS, ³HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS RAMÓN MADARIAGA, ⁴SANATORIO LAS LOMAS, ⁵SANATORIO GARAY, ⁶UNIDAD ASISTENCIAL DR. CÉSAR MILSTEIN

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Behçet (EB) es un desorden inflamatorio crónico, multisistémico de origen desconocido y poco frecuente en Latinoamérica. Se han reportado manifestaciones clínicas variables según la localización geográfica. Se describen actualmente 2 sets de criterios de clasificación: Grupo internacional de estudio (ISG) y Criterios Internacionales para Enfermedad de Behçet (ICBD). Otros estudios presumen que la EB consta de varios subtipos clínicos con diferente gravedad, resultando en la heterogeneidad de la enfermedad. La observación del agrupamiento de estos subtipos clínicos en enfermedades con manifestaciones heterogéneas es de importancia y puede tener una potencial implicación fisiopatológica y terapéutica.

OBJETIVO: Describir las manifestaciones clínicas de la EB. Clasificar a los pacientes con EB según criterios de ISG e ICBD. Analizar los diferentes grupos fenotípicos: grupo 1 (úlceras orales + úlceras genitales + eritema nodoso), grupo 2 (trombosis venosa superficial + trombosis venosa profunda), grupo 3 (uveítis), grupo 4 (acné + artritis).

MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo de una cohorte multicéntrica de Argentina. Se seleccionaron 57 pacientes con diagnóstico clínico de EB, de enero de 2003 a junio de 2023. Se consignaron datos obtenidos de las historias clínicas dentro de los cuales figuraba la edad, sexo, etnia, edad de inicio de síntomas, edad al diagnóstico, tiempo de retraso diagnóstico, manifestaciones clínicas, presencia del HLA-B51, tratamiento recibido y evolución. Se aplicaron además los criterios clasificatorios ISG e ICBD. Los pacientes fueron clasificados según su manifestación clínica en grupos fenotípicos.

RESULTADOS: Se analizaron 57 pacientes con EB, 58% correspondieron al sexo femenino, 42% al sexo masculino con una relación mujer/hombre de 1,3:1; edad media de diagnóstico fue de 35 años±15, retraso diagnóstico de 16 meses (RIC 4.5-55.3). La manifestación clínica más común fueron las aftas 88%, seguida por el compromiso urogenital 65%, articular 64%, ocular 63%, cutáneo 60%, venoso 16%, gastrointestinal 12%, compromiso arterial 5%, sistema nervioso central 3%, pulmonar 3% y renal 2%. El HLA-B51 se realizó en 30 pacientes de los cuales 57% fueron positivos. El test de patergia se realizó en 23 de los pacientes de los cuales 52% fueron positivos. De los 57 pacientes con EB probable, 67% cumplieron con los criterios ISG y 88% con los criterios ICBD. Dentro de los grupos fenotípicos, 81% pertenecieron al grupo 1, mientras que 19%, 63% y 30% pertenecieron al grupo 2, 3 y 4 respectivamente. En cuanto al tratamiento recibido, 68% de los pacientes fueron tratados con corticoide sistémico, 61% con colchicina, 40% con azatioprina, 35% con metotrexato, 33% con anti-TNF, 26% con corticoide tópico, 12% con ciclofosfamida, 9% con ciclosporina, 7% con talidomida, 3% con micofenolato.

CONCLUSIÓN: La EB fue más común en el sexo femenino a diferencia de otras regiones geográficas. El compromiso mucoso fue el predominante, seguido por el articular, ocular y cutáneo. Los grupos fenotípicos más comunes fueron el 1 y el 3. La principal causa del uso de anti-TNF fue la panuveítis.

0196

DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INTERSTICIAL PULMONAR ASOCIADA A ENFERMEDAD AUTOINMUNE DEL REGISTRO EPIMAR 2

VIRASORO Belén María¹, ALFARO Agustina¹, ENGHELMAYER Juan², VIVERO Florencia², GASER Adrián², LANCELOTTI Diana², MONTOYA Sandra Fabiana², USANDIVARAS Marcela², PACHECO Gonzalo², BARBAGLIA NAVARRO Ana Lucía², VELAZCO ZAMORA José Luis², MARTÍNEZ MUÑOZ Alejandro², CAMPINS Federico², GAMARRA Antonella², PENA Claudia², OLIVER Marina², GONZALO Paula², LLOVES SCHENONE Nicolás Martín², MARTÍN María Luz², MOLINARI Luciana², NIGRA Natalia², BENÍTEZ Cristian Alejandro², BERSANO Noelia², PAPAGNO María Julia², GORDILLO María Florencia², NAVARRO Sandra², CUCCHIARO Natalia Lili², BRIGANTE Alejandro¹, PONS-ESTEL Guillermo¹, BUSCHIAZZO Emilio², QUINTANA Rosana¹

¹UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, ²REGISTRO EPIMAR 2

INTRODUCCIÓN: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) forma parte de las manifestaciones clínicas de varias enfermedades autoinmunes (AI). Se caracteriza por inflamación y/o fibrosis del parénquima pulmonar. El tratamiento de basa en drogas inmunosupresoras como ciclofosfamida y micofenolato, y antifibróticos según las características clínicas del paciente.

OBJETIVO: Describir las características clínicas, serológicas y tratamientos recibidos en pacientes con EPI-AI

MÉTODOS: EPIMAR 2 es un registro de vida real de pacientes con EPI-AI, prospectivo, observacional y multicéntrico de Argentina. Incluye pacientes >18 años con diagnóstico de EPI-AI de 5 años de evolución, definida por hallazgos en tomografía computada de alta resolución (TCAR). Son 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).

RESULTADOS: Se incluyeron 168 pacientes, 138 (82.1%), con una mediana de edad de 63 (54-71) años. La mayoría (59,70%) nunca fumó. Los subtipos de EPI-AI fueron: 142 (84.5%) EPI-ETC, 18 (10.7%) IPAF y 6 (3.6%) EPI-ANCA. Dentro de los pacientes EPI-ETC, 54 (38.3%) tenían esclerodermia, 51 (36.2%) artritis reumatoidea, 15(10,6%) miopatías inflamatorias, 24 (17.1%) Sjögren y 6 (31.6%) vasculitis ANCA. Los valores de CVF (lt y %) fueron 2.23 (DS 0.08) litros y 71.4% (DS 20) respectivamente. La DLCO basal fue 17.1 (DS 12.1) ml/min/mmHg. El 33% (53 pacientes) presentaron enfermedad subclínica. Al dividirlos según diagnóstico de EPI-ETC, IPAF Y ANCA las frecuencias de enfermedad subclínica fueron 35.8%, 11.1% y 50% respec-

tivamente. La demora diagnóstica fue mayor en los pacientes con EPI-ANCA con una mediana en meses de 10.0 [8.50, 16.0] vs 3.50 [1.00, 12.0] para EPI-ETC y 3.00 [2.00, 5.50] para IPAF. La medicación inmunosupresora más usada independientemente del diagnóstico fueron los corticoides (78%) seguidos por el micofenolato (43%) y ciclofosfamida (20%). La Tabla muestra los tratamientos utilizados según diagnóstico de EPI-ETC, IPAF Y ANCA. **CONCLUSIÓN:** Presentamos datos multicéntricos de pacientes de Latinoamérica del registro EPIMAR 2. La mayoría presentaba diagnóstico de enfermedad autoinmune definida, siendo el diagnóstico más frecuente la esclerodermia (54 pacientes). El inmunosupresor más usado, luego de los corticoides, fue el micofenolato independientemente del diagnóstico. Se necesita pesquisa temprana de EPID en todos los pacientes con enfermedades autoinmunes para poder acortar la demora diagnóstica a fin de instalar tratamiento oportuno.

	EPID asociada a ETC (N=142)	IPAF (N=18)	EPI-ANCA (N=6)	Total (N=168)
AZA	15 (12.8%)	4 (36.4%)	2 (33.3%)	21 (15.6%)
MMF	51 (42.9%)	5 (41.7%)	4 (66.7%)	60 (43.5%)
Rituximab	23 (18.9%)	1 (9.09%)	1 (16.7%)	25 (17.9%)
Ciclofosfamida	25 (20.7%)	2 (16.7%)	0 (0%)	28 (20.0%)
Abatacept	6 (5.04%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (4.38%)
Tofacitinib	5 (4.13%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (3.60%)
Corticoides	83 (69.2%)	9 (81.8%)	5 (83.3%)	98 (71.0%)

Tabla: Tratamientos utilizados según diagnóstico de EPI-ETC, IPAF y ANCA.

0208

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES CON ANTICUERPOS ANTIPOLIMERASA III POSITIVO

Tabla 1	Población total (n=31)	Anti-RNAP III (+) (n=16)	Anti-RNAP III (-) (n=15)	p-value
Sexo femenino, n (%)	29 (93.5%)	14 (87.5%)	15 (93.8%)	0.962
Edad (años), ROC	49 (41-60)	52 (42.5-62)	44.5 (41-58.5)	0.251
Subtipo de esclerosis sistémica				
Limitada	22 (72.7%)	9 (56%)	13 (87.3%)	0.166
Difusa	7 (22.6%)	5 (33.3%)	2 (12.9%)	0.193
Sin esclerodermia	2 (6.5)	1 (6.7%)	1 (6.9%)	1
Tiempo de evolución FR (años)	11 (4.5-12.5)	6 (3.50-9.50)	8.50 (6.50-26)	0.088
Tiempo de evolución enfermedad (años desde el diagnóstico)	8.81 (3.50-11)	7 (3.50-10)	7 (4.50-13.3)	0.539
Síndrome de superposición	11 (35.5%)	5 (33.3%)	6 (37.5%)	0.809
Migraña inflamatoria	4 (30.8%)	1 (14.3%)	3 (50%)	0.600
Compromiso vascular				
Úlceras digitales	19 (52.3%)	6 (40%)	4 (28%)	0.372
Amputaciones	3 (8.7%)	2 (13.3%)	1 (6.9%)	0.606
Compromiso Musculoesquelético				
Artritis	8 (25.8%)	5 (33.3%)	3 (18.8%)	0.354
Frote tendinoso	4/29 (13.9%)	3/15 (20%)	1/14 (7.1%)	0.598
Debilidad muscular	6 (19.4%)	3 (20%)	3 (18.8%)	0.930
Compromiso Gastrointestinal				
GAVE	2/21 (9.5%)	2/12 (16.7%)	0/9	0.198
Ausencia de contracción EEI por MEAR	4 (12.9%)	2 (40%)	2 (20%)	1
EPI	20/29 (69%)	10 (71.4%)	10 (66.7%)	0.961
NDP	15 (51.7%)	9 (56.3%)	6 (40%)	0.270
HTP	5 (19.2%)	2/12 (16.7%)	3 (21.4%)	1
PSAP-ETT	30 (27.35)	29 (20.48)	31 (20.42)	0.862
Crisis renal esclerodérmica	1 (3.2%)	1 (6.7%)	0	0.494
Imunogenética				
FAN Positivo	30	14	16	0.104
Patrón moteado fino	16 (51.6%)	5 (30.7%)	12 (78%)	0.020
Patrón moteado sin especificar	4 (13.8%)	4 (28.6%)	0	0.843
Patrón Nuclear	4 (13.8%)	1 (7.1%)	3 (18.8%)	0.600
Patrón Homogéneo	2 (6.5%)	1 (7.1%)	1 (6.9%)	1.000
Patrón nuclear moteado	3 (9.7%)	3 (21.4%)	0	0.191
Anti-RNA polimerasa III (Anti-RNAP III)	15 (48.4%)	15 (100%)	0	
Título (Anti-RNAP III), ROC	97 (50-138)	97 (50-138)	0	<0.001

Tabla: Características generales y comparativas de la población estudiada.

ORTUÑO LOBO Rossio Gardenia, ARIAS Tamara Graciela, PINO María Selva, MALAH Verónica, MEDINA Gustavo, LÓPEZ MEILLER María José

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

INTRODUCCIÓN: En esclerosis sistémica (ES) la positividad de Ac es útil para diagnóstico y clasificación siendo autoexcluyentes. Antitopoisomerasa I (ATA) se asocia a variante difusa y fibrosis pulmonar, anticentrómero (ACA) a variante limitada e hipertensión pulmonar (HP) y anti-RNA polimerasa III (anti-RNAP III) a variante difusa, crisis renal, neoplasias, miositis, sinovitis, contracturas articulares y ectasia vascular antral gástrica.

OBJETIVO: Estimar la prevalencia de anticuerpos anti-RNAP III positivos en pacientes con (ATA) y (ACA) negativos. Describir las características clínicas de pacientes con ES anti-RNAP III positivos y negativos.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, unicéntrico, >18 años con criterios de clasificación (ACR/EULAR) 2013, ATA, ACA negativos y anti-RNAP III determinado por ELISA, QUANTA lite Inova Diagnostics®.

RESULTADOS: Se evaluaron 296 historias clínicas, 2018-2023. 31 cumplían criterios de inclusión. El 48.4% (15/31) anti-RNAP III positivos y 51.6% (16/31) negativos. 80% mestizos. La prevalencia de anti RNAP-III positivos fue de 5.06%. Score mRodnan mediana 6 en ambos grupos. Mayor proporción de úlceras digitales (40% vs 25%), amputaciones (13.3% vs 6.3%), artritis (33% vs 18.8%), frote tendinoso (20% vs 7.1%) Y ectasia vascular antral gástrica (GAVE) 16,7% en el grupo anti-RNAP III positivo. 69% (20/31) tenía EPI, patrón NSIP 64.3% en anti-RNAP III positivos vs 40% en anti-RNAP III negativo. Capilaroscopia en anti-RNAP III positivos patrón temprano 33.3% vs 18.8% y patrón tardío 33.3% vs 18.8% y hallazgos inespecíficos 6,7% vs 25%. El 12.9% (n=4) requirió internación por hemorragia digestiva alta, neumonía, tuberculosis peritoneal en paciente embarazada y meningoencefalitis. Una sola muerte, anti-RNAP III positivo, GAVE y crisis renal; deceso por falla multiorgánica.

CONCLUSIÓN: La prevalencia encontrada fue similar a otro trabajo argentino publicado, y fue menor que los reportes de pacientes caucásicos, diferencia que podría explicarse por la etnia. Se ha descrito la positividad anti-RNAP III como marcador de pronóstico asociándose a mayor riesgo de crisis renal esclerodérmica, sinovitis, miositis y neoplasias. Si bien en nuestra serie se observa una tendencia porcentual, no hemos obtenido resultados estadísticamente significativos, lo que podría explicarse por el bajo número de pacientes o por sus características genéticas.

NUESTRA EXPERIENCIA DE NEURO-SJÖGREN EN 5 AÑOS

ROLLANO PERASSO Alejandra, VIRASORO Belén María, JIMÉNEZ GARNAUT Mauricio Alberto, GÓMEZ Andrea, GÓMEZ Gimena, DUARTES NOE Damián
HOSPITAL BRITÁNICO

INTRODUCCIÓN: El compromiso de neuro-Sjögren es heterogéneo, varía de 8.5 a 70%. La manifestación más frecuente es la neuropatía periférica, en particular la polineuropatía sensorial, son menos comunes las formas mixtas y afectación del SNC.

OBJETIVO: Describir manifestaciones neurológicas en pacientes con SSp en nuestra institución; describir características clínicas, resultados de estudios complementarios, evaluación de actividad, daño y tratamiento instaurado.

MÉTODOS: Estudio transversal, centro único. Se evaluaron 300 historias clínicas de pacientes con SSp (ACR EULAR-2016) ingresados en una base local desde 2018, 50 casos tenían datos completos correspondiendo el 20% (n=10) a compromiso neurológico. Se evaluó examen físico, actividad de enfermedad por ESSDAI, discapacidad por RANKINm y daño por SSDDI, laboratorio, PL, RMI (diferentes segmentos), EMG, QST, potenciales evocados, test de vaciamiento gástrico, Tilt test y biopsia de nervio sural según correspondiera.

RESULTADOS: De 50 casos evaluados, el 20% (n=10) presentó neuro-Sjögren. El compromiso más frecuente fue SNP (80%), manifestado por parestesias/hipoestesia/ataxia, seguido de compromiso mixto SNA+SNP (20%) (Tabla). Un paciente presentó ganglionopatía sensorial manifestado por parestesias y ataxia progresiva de MMSS. Laboratorio FAN Mo (+) 80%, antiRo 50%, hipergammaglobulinemia 50%. EMG neuropatía axonal sensitiva motora 80%, QST disfunción de fibras finas 10%. Score de actividad por ESSDAI 4 (0-13), discapacidad pre tratamiento RANKINm 2 (1-4) y postratamiento 1.5 (1-3), índice de daño SSDDI 2 (1-5).

CONCLUSIÓN: En nuestra muestra se observó mayor compromiso de SNP, más frecuente en mujeres, y el tratamiento más usado fue hidroxicloroquina, corticoides, rituximab e IgGEV.

Edad (años) mediana (ric)	61.5 (55-69)
Sexo, femenino, n (%)	8(80%)
Duración enfermedad (meses) mediana (ric)	42 (16-96)
Compromiso SNP n (%)	10 (100%)
Neuropatía axonal sensitiva	8(80%)
Compromiso SNA n (%)	2(20%)
Pts/trastornos motilidad gástrica	1(10%)
ESSDAI mediana (min-max)	4 (0-13)
RANKINm pre tto (mín-máx)	2(1-4)
RANKINm post tto (mín-máx)	1.5(1-3)
SSDDI mediana (min- max)	2(1-5)
Corticoides	4(40%)
Hidroxicloroquina	7(70%)
Rituximab	4(40%)
Gammaglobulina	4(40%)

Tabla: Descripción demográfica.

ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO E ÍNDICE PLAQUETA-LINFOCITO COMO AYUDA DIAGNÓSTICA PARA DIFERENCIAR LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ACTIVO E INFECCIÓN EN PACIENTES INTERNADOS

YUCRA Demelza, CASTRO Vanessa, HAMAUI Adriana, BRIGANTE Alejandro
SANATORIO GÜEMES

INTRODUCCIÓN: En pacientes con LES la infección es una de las principales causas de morbilidad, el 14-50% de las internaciones están relacionados a infección. Las manifestaciones clínicas de la misma son similares a un brote de la enfermedad y a su vez puede gatillar actividad, por lo que se requiere de marcadores confiables y factibles para el manejo oportuno. Varios estudios previos han reportado marcadores, como la proteína C reactiva (PCR), la procalcitonina, las proteínas fijadoras de calcio (S100A8/A9) y el índice delta de neutrófilos, como marcadores de infección. En un metaanálisis se observó aumento del índice neutrófilo-linfocito (INL) en LES activo y compromiso renal en comparación a sujetos sanos. Un estudio en Indonesia obtuvo el valor de corte del INL de 2.94 para determinar la enfermedad activa. Pocos estudios han demostrado el INL y el índice plaqueta-linfocitos (IPL) para diferenciar infecciones y brotes en pacientes internados.

OBJETIVO: Determinar si el INL y IPL son de utilidad como diagnóstico diferencial de actividad e infección en pacientes internados.

MÉTODOS: Estudio observacional transversal. Se incluyeron pacientes >18 años con diagnóstico de LES según criterios 2019 EULAR/ACR que se internaron en el Sanatorio Güemes desde 01/2019 a 07/2023. Se recopilaron los datos de las historias clínicas (HC). Datos demográficos, edad, género. Datos relacionados con su enfermedad: medicación habitual, SLICC. Estudios de laboratorio del primer día de internación: hemograma, ESD,

PCR. Marcadores de actividad C3, C4, Anti DNA, se calculó SLEDAI. Se revisaron resultados de las primeras 72 h de hemocultivos, urocultivos, esputo o lavado bronquioalveolar. Estudios de imágenes ecografía, TC, ecocardiograma según el caso. Se agruparon según la evaluación clínica: actividad, infección, actividad + infección, otra causa de internación. Si requirieron internación en Unidad Cerrada. Se describieron tratamientos realizados: corticoide, pulsos de MP, ciclofosfamida, rituximab, inmunoglobulina, micofenolato.

RESULTADOS: De un total de 188 pacientes con Dx de LES, se revisaron HC de 51 internados, con 66 internaciones (1 a 3 internaciones), con una mediana de edad 36 años (RIC 24-48), mujeres 78.43%, tiempo de evolución de enfermedad de 48 meses (RIC 10-142). Causa de internación: actividad 39 (59%), infección 12 (18%), actividad+infección 12 (18%), otras 3 (5%), características basales (Tabla 1). En los pacientes con actividad+infección los valores de INL fueron más altos, se encontró correlación positiva entre los valores de INL y PCR ($r=0.60$; $p=0.03$) (Tabla 2). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los valores de INL e IPL entre infección y actividad. En los pacientes con actividad se encontró *flare* renal 18/39 (46%), mediana de SLEDAI más alta y mayor frecuencia de hipocomplementemia. En los pacientes con infección se encontró mayor frecuencia de fiebre y la mediana de PCR fue mayor, estas diferencias fueron estadísticamente significativas (Tabla 3). La etiología bacteriana 17/24 (71%) fue más frecuente, con foco urinario, gastrointestinal, respiratorio, mayor rescate de *E. coli*, *S. aureus* y polimicrobiano.

CONCLUSIÓN: En nuestra cohorte de pacientes la mayor causa de internación fue la actividad, con compromiso renal. Se observó más alto INL en los pacientes con actividad+infección y se correlacionó con PCR. La fiebre y PCR fueron marcadores de infección. No se encontró diferencia significativa de INL ni de IPL entre actividad e infección. La mayoría de los pacientes tuvieron un valor INL más alto que los hallados en los trabajos citados. Se requieren marcadores sencillos, rápidos y seguros para implementar un tratamiento adecuado.

Internaciones	n= 66
SLICC Me (RIC)	1 (0-3)
SLEDAI Me (RIC)	8.5 (4-14)
Fiebre n (%)	31 (46.97)
INL Me (RIC)	4.18 (2.87-7.1)
IPL Me (RIC)	182.5 (91-279)
ESD Me (RIC)	35 (24-71)
PCR Me (RIC)	59 (9-141)
Hipocomplementemia n (%) (n=65)	50 (76.92)
Anti DNA n (%) (n=64)	36 (56.25)
UTI n (%)	25 (37.88)
Tratamiento al ingreso	
Corticoide n (%)	44 (66.67)
Dosis mg/día Me (RIC)	8 (0-20)
Hidroxicloroquina n (%)	38 (57.58)
Inmunosupresión n (%)	27 (41)
MTX n (%)	3 (4.55)
AZA n (%)	11 (16.67)
MMF n (%)	12 (18.18)
CFD n (%)	7 (10.61)
RTX n (%)	2 (3.03)

Tabla 1: Características basales.

Infección n (%)	12 (18.18)
INL Me (RIC) (n=12)	3.98 (2.85-10.62)
IPL Me (RIC) (n=12)	209.19 (100-362.5)
Actividad n (%)	39 (59.09)
INL Me (RIC) (n=39)	3.9 (2.5-6.5)
IPL Me (RIC) (n=39)	173 (64.5-279)
Ambos n (%)	12 (18.18)
INL Me (RIC) (n=12)	4.08 (2.9-5.3)
IPL Me (RIC) (n=12)	148.75 (56.75-285.5)

Tabla 2: Resultado de INL e IPL

	Infección (n=12)	Actividad (n=39)	OR (IC)	p-valor
Edad Me (RIC)	40 (24-52)	28 (21-40)	n/a	0.34
Femenino n (%)	9 (75%)	30 (76.92)	0.9 (0.20-4.05)	0.89
Tiempo de evolución en meses Me (RIC)	54 (27-169)	28 (1-126)	n/a	0.17
SLICC Me (RIC)	1 (0-5-4)	1 (0-2)	n/a	0.16
SLEDAI Me (RIC)	4.5 (2-8)	13 (8-18)	n/a	0.004
Fiebre n (%)	9 (75)	15 (38.46)	4.8 (1.11-20.61)	0.02
INL Me (RIC)	3.98 (2.85-10.62)	3.9 (2.5-6.5)	n/a	0.39
IPL Me (RIC)	209.19 (100-362.5)	173 (64.5-279)	n/a	0.32
ESD Me (RIC)	53 (31-83)	31 (23-56)	n/a	0.30
PCR Me (RIC)	30 (89.9-1941.5)	30 (4.5-87)	n/a	<0.001
Hipocomplementemia n (%) (n=65)	7 (58.33)	37 (94.87)	0.07 (0.01-0.47)	0.001
Anti DNA n (%) (n=64)	8 (66.67)	25 (63.79)	1.12 (0.28-4.39)	0.87
Corticoide al ingreso n (%)	9 (75)	26 (66.67)	1.5 (0.34-6.5)	0.58
Dosis mg/día al ingreso Me (RIC)	13.5 (4-20)	8 (0-40)	n/a	0.90
Inmunosupresión al ingreso n (%)	6 (50)	18 (46.15)	1.16 (0.32-4.25)	0.81

Tabla 3: Comparación entre infección y actividad.

MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. DATOS DEL REGISTRO RELESSAR

AVILA Juan Pablo, GOBBI Carla Andrea, QUINTANA Rosana, GARCÍA Lucila, ALBA Paula, SAVIO Verónica, ALONSO Carla Gimena, ASTESANA Pablo José, ALBIERO Juan Alejandro, MIRANDA Juan Manuel, MICELLI Marina, SAPAG DURÁN Sandy, ÁLVAREZ Analía, PISONI Cecilia, ROVERANO Susana, SPINDLER Alberto, GRAF César, GÓMEZ Catalina, PAPASIDERO Silvia, PANIEGO Raúl, DE LA VEGA María Celina, SANTA CRUZ María Julia, FIGUEREDO Heber, MARTIRE María Victoria, CIVIT Ema, GONZÁLEZ LUCERO Luciana, AGUILA MALDONADO Rodrigo Alejandro, RILLO Oscar, GORDON Sergio, GONGORA Vanina, NIETO Romina, RAUSCH Gretel, ROMERO Julia, BATTAGLIOTTI Cristina, DAMICO Agustina, MAMANI Marta, ALLIEVI Alberto, ORDEN Alberto Omar, ZACARIAS HERETER Johana, DUBINSKY Diana, VIVERO Florencia, CAPUTO Víctor, VANDALE Juan Manuel, LARROUDE María, GÓMEZ Ramiro, RODRÍGUEZ Graciela, MARIN Josefina, SCHMID María Marcela, GOÑI Mario, PONS-ESTEL Bernardo, ROBERTS Karen, GARCÍA Mercedes

GRUPO DE ESTUDIO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (GESAR-LES)

INTRODUCCIÓN: De las manifestaciones clínicas del lupus, la afectación cutánea, renal, del sistema nervioso central, además de las anomalías hematológicas son las más frecuentemente observadas. La afectación gastrointestinal se observa en el 40-60% de los pacientes con LES. Se han descrito manifestaciones gastrointestinales clínicamente reconocidas en el 8-10% de los pacientes, sin embargo los estudios de autopsia informan hallazgos de afectación gastrointestinal en el 60-70% de los pacientes, lo que sugiere que la afectación subclínica o no reconocida es común. Existe poca información acerca de la afectación gastrointestinal en nuestro país.

OBJETIVO: Describir el compromiso gastrointestinal en los pacientes del registro RELESSAR transversal de la SAR, y relacionarlo con las manifestaciones clínicas, serológicas, complicaciones, etnia, nivel educativo y social.

MÉTODOS: Estudio descriptivo, observacional, analítico. Se estudiaron 1611 pacientes incluidos en la base multicéntrica RELESSAR Trans Argentina y se describieron las manifestaciones gastrointestinales según BILAG serositis, hepatitis, enteropatías perdedoras de proteínas y según SDI/SLICC infarto o resección, insuficiencia mesentérica, peritonitis crónica e insuficiencia pancreática. La etnia se definió como amerindios, caucásicos, mestizos y otros., el nivel socioeconómico por escala de Grafar y la educación por años de escolaridad. Para la comparación entre grupos los pacientes se aparearon además por edad y sexo.

RESULTADOS: Se estudiaron 136 con compromiso gastrointestinal (CGI) vs 243 sin compromiso gastrointestinal (SCGI), 148 pacientes, 9,2% presentaron CGI, 98 (6,1%) serositis abdominal, 2,4% hepatitis lúpica, 0,3% enteropatía perdedora de proteínas, 0,8 % resección intestinal, insuficiencia mesentérica 0,3%, 0,2% estenosis o cirugía gastrointestinal, 0,1% insuficiencia pancreática, ninguno peritonitis crónica. Al comparar los grupos CGI vs SCGI los pacientes clase media alta tuvieron menor compromiso $p < 0.01$, fenotípicamente es más frecuente en CGI tener pleuritis, pericarditis y trombopenia $p < 0,001$. En cuanto a las manifestaciones serológicas, este grupo tuvo mayor presencia de antiDNA $p < 0,004$ e hipocomplementemia $p < 0,03$; también usaron más cantidad de corticoides $p < 0,001$, AINES $p < 0,03$ y ciclofosfamida $p < 0,001$. Hubo mayor frecuencia en hospitalizaciones e infecciones graves $p < 0,001$, mayor LES refractario $p < 0,003$ y SLICC $p < 0,001$. No hubo diferencias en la etnia ni el nivel educativo.

CONCLUSIÓN: La frecuencia de compromiso gastrointestinal concordó con la literatura, sin embargo las manifestaciones gastrointestinales en este grupo se asociaron a enfermedad más severa y lupus refractario.

UTILIDAD DE LOS ÍNDICES NEUTRÓFILOS-LINFOCITOS Y PLAQUETAS-LINFOCITOS EN MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS

FERNÁNDEZ Paula¹, COSTI Ana Carolina¹, COSENTINO Máximo¹, GARCÍA Lucila¹, YUCRA BOBARIN Demelza², GARCÍA Mercedes¹

¹HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA, ²SANATORIO GÜEMES

INTRODUCCIÓN: Neutrófilos-linfocitos ratio (NLR) y plaquetas-linfocitos ratio (PLR) han surgido como biomarcadores útiles para predecir la inflamación sistémica. Se han asociado en estudios previos con la actividad y el pronóstico de ciertas enfermedades autoinmunes.

OBJETIVO: Calcular NLR y PLR en pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) al debut de la enfermedad. Correlacionar los índices con ERS, PCR y CK, y determinar su asociación y puntos de corte para el compromiso muscular.

MÉTODOS: Estudio observacional, analítico, de corte transversal, de dos centros de Argentina. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de polimiositis (PM), dermatomiositis (DM) y síndrome antisintetasa según EULAR/ACR 2017 y/o Bohan-Peter y/o Solomon-Connors. Se calculó NLR y PLR en pacientes al debut, y se determinó la correlación con ERS, PCR y CK según presentaron o no debilidad muscular. Se estableció la asociación de los índices con debilidad muscular y su punto de corte para dicho compromiso.

RESULTADOS: Se revisaron 113 historias clínicas, de las cuales se analizaron 51 que cumplían criterios de inclusión. Se obtuvieron los siguientes datos: sexo femenino (78%), mediana de edad 53, retraso del diagnóstico 3 meses, debilidad muscular de cintura escapular y pelviana 84%, de músculos del cuello 35% y de músculos respiratorios 25%, síndrome de repercusión general 60%, compromiso cutáneo 72%, intersticiopatía 23%, disfagia 45%, Raynaud 33%, FAN 74%, JO1 10%, MI2 16%, SSA/RO 24%. Los diagnósticos fueron: DM 51%, DM amiopática 11%, DM hipomiopática 5%, miopatía necrotizante inmunomediada 3%, PM 17% y síndrome antisintetasa 9%. Al comparar los pacientes con y sin debilidad muscular, los primeros presentaron mayor NLR, PLR, ERS, PCR y CK con una $p < 0.05$ (Tabla). Se evaluó la correlación entre los parámetros de laboratorio, la cual fue buena (0.8) entre CK y PCR en pacientes sin debilidad, no así entre el resto de los parámetros (Figura). Según curvas ROC, en pacientes con debilidad muscular, el punto de corte de NLR fue ≥ 2.75 (sensibilidad 83.7%, especificidad 87.5%, AUC=0.83) y de PLR ≥ 108.6 (sensibilidad 72.1%, especificidad 87.5%, AUC=0.78).

CONCLUSIÓN: Los índices neutrófilos-linfocitos y plaquetas-linfocitos, así como los reactantes de fase aguda y los valores de CK, se asociaron significativamente con la presencia de debilidad muscular en MII, confirmando su utilidad como herramienta accesible para la evaluación del paciente. Destacamos los valores de corte de los índices (NLR ≥ 2.75 y PLR ≥ 108.6) que mostraron buena sensibilidad y especificidad al debut de la enfermedad.

Parámetros de laboratorio	Con debilidad (N=44)	Sin debilidad (N=7)	P-value
NLR Mediana [Q1, Q3]	4.79 [3.34, 7.70]	2.00 [1.60, 2.50]	<0.001
PLR Mediana [Q1, Q3]	210 [159, 278]	124 [99.9, 152]	0.0148
ERS mm/hs Mediana [Q1, Q3]	35.0 [17.0, 52.0]	15.0 [12.0, 19.5]	0.0306
PCR mg/l Mediana [Q1, Q3]	12.0 [4.00, 29.0]	2.00 [2.00, 5.00]	0.0198
CK U/l Mediana [Q1, Q3]	1780 [369, 4030]	104 [92.0, 192]	0.00191

Tabla: Parámetros de laboratorio según compromiso muscular.

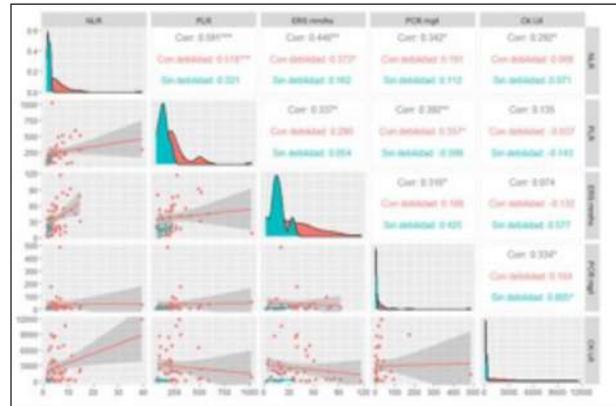


Figura: Correlación entre parámetros de laboratorio según compromiso muscular.

0216

PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN DE ANTICUERPO ANTIMITOCONDRIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ARGENTINA

GÓNZALEZ GÓMEZ Carlos Alfonso, PISONI Cecilia, DE LA TORRE María Laura, COSATI Micaela

DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA E INMUNOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO CEMIC

INTRODUCCIÓN: Se desconoce si el anticuerpo antimitocondrial tipo 2 (AMA-2) tiene un rol en los pacientes con enfermedades autoinmunes (EA) sin cirrosis biliar primaria (CBP).

OBJETIVO: Evaluar la asociación de los anticuerpos antimitocondriales con enfermedad autoinmune reumática en una cohorte retrospectiva de pacientes.

Característica	n = 154 (%)
Sexo femenino, (n, %)	142 (92)
Edad (años), media, DE	65±14
Hábitos	
Tabaquismo, (n, %)	10 (6)
Alcoholismo, (n, %)	2 (1)
Comorbilidades, (media ± DE)	1 ± 1 (0,2)
Hipotiroidismo, (n, %)	39 (25)
Hipertensión arterial, (n, %)	32 (21)
Cáncer, (n, %)	15 (10)
Hiper gammaglobulinemia, (n, %)	15 (10)
Diabetes, (n, %)	15 (10)
Dislipidemia, (n, %)	15 (10)
Obesidad, (n, %)	8 (5)
Enfermedad renal crónica, (n, %)	6 (4)
Insuficiencia cardíaca, (n, %)	6 (4)
Enfermedad cerebrovascular, (n, %)	5 (3)
Enfermedad coronaria, (n, %)	5 (3)
Hepatopatía crónica, (n, %)	5 (3)
Eczema, (n, %)	3 (2)
Asma, (n, %)	2 (1)
Parkinsonismo, (n, %)	2 (1)
Hipertiroidismo, (n, %)	2 (1)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, (n, %)	1 (1)
Enfermedades autoinmunes, reumáticas, asociadas, (n, %)	53 (34)
LES, (n, %)	12 (8)
Esclerodermia, (n, %)	10 (6)
PMR, (n, %)	6 (4)
Síndrome de Sjögren, (n, %)	5 (3)
Artritis reumatoidea seropositiva, (n, %)	5 (3)
Artritis seronegativas, (n, %)	5 (3)
Vasculitis, (n, %)	4 (3)
Polimiositis, (n, %)	3 (2)
Osteoartritis, (n, %)	3 (2)
Síndrome antifosfolípido, (n, %)	3 (2)
Raynaud primario, (n, %)	2 (1)
Fibromialgia, (n, %)	2 (1)
Esclerosis localizada, (n, %)	1 (1)
Artritis cristálicas, (n, %)	1 (1)
Enfermedad autoinmune no reumatoidea	
Cirrosis biliar primaria, (n, %)	45 (29)
Tiroiditis de Hashimoto, (n, %)	10 (6)
Enfermedad celiaca, (n, %)	3 (2)
Sin enfermedad autoinmune (reumatoidea ni no reumatoidea)	56 (36)

Tabla 1: Características de pacientes con AMA 2 positivo por cualquiera de los tres métodos utilizados (Hep-2, triple tejido, ELISA).

MÉTODOS: Se evaluaron los registros de laboratorio de un Hospital Universitario entre 2017-2023. Se incluyeron las determinaciones de ANA en Hep-2 con patrón citoplasmático granular fino título = 1/80, triple tejido positivo título = 1/10 o AMA-2 ELISA positivo = 10U.

RESULTADOS: De 119703 determinaciones realizadas se encontraron 393 registros positivos. Se estimó una prevalencia de AMA-2 de 0.32%. Se analizaron finalmente 154 pacientes con 221 determinaciones, 96% ANA en Hep2, 27% AMA en triple tejido, y 21% por ELISA. El 92% eran mujeres, con edad media de 65±14 años. En 53 (34%) pacientes, se encontró EA reumática asociada, 12 (8%) lupus eritematoso sistémico (LES) y 10 (6%) esclerosis sistémica (ES) limitada; 45 (29%) tuvo diagnóstico de CBP. De los pacientes con CBP, 35 (78%) no tenían enfermedad reumática asociada, 3 (7%) tenían SS, 2 (4%) ES limitada, 2 (4%) PMR, 1 (2%) tenían vasculitis (arteritis de Takayasu), polimiositis y artritis seronegativa, cada uno. Las manifestaciones clínicas más frecuentes: artralgiás 21 (14%), fenómeno de Raynaud en 18 (12%), SICCA en 10 (7%) pacientes. Análisis descriptivo de los pacientes con LES y AMA 2: 12 mujeres con edad media de 65±14 años. Todos fueron positivos en Hep2 y 1 por triple tejido. Las comorbilidades más frecuentes fueron: hipotiroidismo e hipertensión arterial (n= 4, 32%). Ninguno tuvo CBP. LES fue la única EA en 8 (66%), asociado a SAF en 3 (22%) y 1 (8%) asociado a SS. Los síntomas más frecuentes fueron: derrame pericárdico y rash inflamatorio (n=5, 41%), seguido de derrame pleural y nefritis lúpica (n=4, 33%). En el laboratorio, 7 (58%) tenían leucopenia, 5 (41%) tenían Anti-Ro, C4 bajo y anti-DNA.

CONCLUSIÓN: La prevalencia de AMA-2 en nuestra población fue de 0.32%. Encontramos 12 pacientes con LES y AMA-2. Nuestro trabajo motiva explorar si en una muestra mayor se encuentran características relacionadas a este anticuerpo en pacientes con LES.

Características de los pacientes con LES y AMA 2		n = 12
Características generales		
Edad, media ± DE		65 ± 14
Sexo femenino, n (%)		12 (100)
Método diagnóstico		
ANA en Hep-2, patrón citoplasmático granular reticular > 1/80, n (%)		12 (100)
AMA 2 triple teido, n (%)		1 (8)
AMA 2 ELISA, n (%)		0 (0)
Comorbilidades, media ± DE		1 ± 1
Hipotiroidismo, (n, %)		4 (32)
Hipertensión arterial, (n, %)		4 (32)
Hipergammaglobulinemia, (n, %)		2 (16)
Enfermedad cerebrovascular, (n, %)		1 (8)
Enfermedad coronaria, (n, %)		1 (8)
Hepatopatía crónica, (n, %)		1 (8)
Enfermedad renal crónica, (n, %)		1 (8)
Enfermedad autoinmune no reumatoide		
Enfermedad celíaca, (n, %)		1 (8)
Cirrosis biliar primaria, (n, %)		0 (0)
Tiroiditis de Hashimoto, (n, %)		0 (0)
Enfermedad autoinmune reumatoide asociada		
LES, (n, %)		8 (66)
LES + SAF, (n, %)		3 (25)
LES + SS, (n, %)		1 (8)
Síntomas de enfermedad autoinmune		
Derrame pericardio, (n, %)		5 (41)
Rash inflamatorio, (n, %)		5 (41)
Derrame pleural, (n, %)		4 (33)
Nefritis lúpica, (n, %)		4 (33)
Artralgias inflamatorias, (n, %)		3 (25)
Fenómeno de Raynaud, (n, %)		3 (25)
Insuficiencia renal crónica, (n, %)		2 (17)
Úlceras cutáneas, (n, %)		2 (17)
Fotoseñsibilidad, (n, %)		2 (17)
Trombosis vascular arterial, (n, %)		2 (17)
Enfermedad vascular periférica, (n, %)		1 (8)
Úlceras orales, (n, %)		1 (8)
Anemia hemolítica autoinmune, (n, %)		1 (8)
Hipertensión pulmonar, (n, %)		1 (8)
Neuropatía, (n, %)		1 (8)
Ojo seco, (n, %)		1 (8)
Boca seca, (n, %)		1 (8)
Enfermedad hepática crónica, (n, %)		1 (8)
Malgias, (n, %)		1 (8)
Alteraciones en el laboratorio		
Leucopenia, (n, %)		7 (58)
AntiRo, (n, %)		5 (41)
Hipoproteinemia C4, (n, %)		5 (41)
AntiDNA, (n, %)		5 (41)
Trombocitopenia, (n, %)		4 (33)
Anemia, (n, %)		3 (25)
Insuficiencia renal crónica, (n, %)		3 (25)
Hipoproteinemia C3, (n, %)		3 (25)
FAL elevada, (n, %)		2 (17)
Elevación de transaminasas > 2 VN, (n, %)		2 (17)
AntiLA, (n, %)		2 (17)
Infección por HIV, (n, %)		1 (8)
Anticoagulante lúpico, (n, %)		1 (8)
ACL IgM, (n, %)		1 (8)
BDGLP IgM, (n, %)		1 (8)
ACL IgG, (n, %)		0 (0)
BDGLP IgG, (n, %)		0 (0)
Crioglobulinas, (n, %)		0 (0)

Tabla 2: Características sociodemográficas, clínicas y de laboratorio de pacientes con lupus y AMA 2 por cualquier método.

0218

CUESTIONARIO QUALITY OF LIFE-PSORIATIC ARTHRITIS SCALE (QOL-PSA): UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA VALORAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA QUE NO REQUIERE LICENCIA

GOLDENBERG Julieta, ISNARDI Carolina, CARRIZO ABARZA Virginia, BARBICH Tatiana, EZQUER Roberto, REYES GÓMEZ Camila, GÓMEZ VARA Andrea, VALDEZ DONELLI Florencia, LALLOPIZZO Carla, SCHNEEBERGER Emilce, CITERA Gustavo

INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

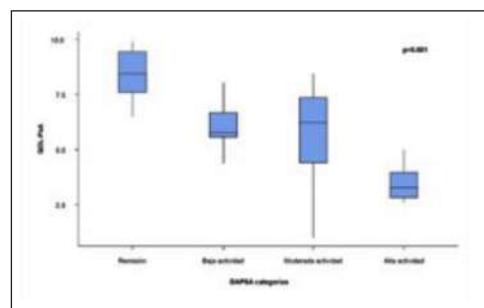


Figura: Valores de QOL-PsA según los niveles de actividad medidos por DAPSA.

(RIC 0,6-0,8) y QOL-PsA m 6,2 (RIC 4,9-7,8). El cuestionario demostró muy buena fiabilidad (Alpha de Cronbach 0,9). El efecto piso fue de 3,3% y techo 6,7%. Se observó redundancia entre las preguntas 1 con 5 y 6, 2 con 7 y 5 con 6 (Rho>0,8). El cuestionario QOL-PsA presentó buena correlación con dolor (Rho -0,71, p<0,001) y fatiga (Rho -0,82, p<0,001). La calidad de vida por QOL-PsA fue peor en los desocupados (X 5,4±2,2 vs X 7,1±1,7 p=0,03), los que no realizaban actividad física regular (X 5,3 ± 1,9 vs X 7,4±1,8 p=0,005), aquellos con comorbilidades (X 5,7±2 vs X 7,9±1,7 p=0,01), con rigidez matinal (X 5,1±1,9 vs 7,8 ±1,3 p<0,001), con maniobras sacroilíacas positivas (X 4,6±2,8 vs X 6,6±1,8 p=0,04) y quienes no cumplían los criterios de

INTRODUCCIÓN: El cuestionario QOL-RA II demostró confiabilidad en pacientes con APs. Sin embargo, se detectó la presencia de redundancia en algunas preguntas.

OBJETIVO: Desarrollar y validar un nuevo cuestionario a partir del QOL-RA II para pacientes con APs.

MÉTODOS: Estudio transversal. Pacientes ≥18 años con APs según criterios CASPAR. Datos sociodemográficos, comorbilidades y características de la enfermedad. Se evaluó la actividad de la enfermedad mediante DAPSA, MDA y VLDA. Se realizaron cuestionarios: HAQ-A, EQ-5D-3L, DLQI, QOL-PsA y PsAID. El QOL-RA II consiste en 8 preguntas que se responden a través de una escala visual numérica (de 1= pésima calidad de vida a 10= excelente), la pregunta 8 fue modificada y dirigida a la psoriasis. Su rango es de 0-8 y 8 representa la mejor calidad de vida. Análisis estadístico univariado y multivariado.

RESULTADOS: Se incluyeron 30 pacientes con una edad mediana (m) de 60 años (RIC 43-66), 46,7% de sexo femenino y un tiempo de evolución de la APs m 9 años (RIC 5,3-21,4). El 26,7% cumplieron criterios de MDA y el DAPSA fue m 11,2 (RIC 4,6-18,3). Los resultados de los cuestionarios fueron: HAQ-A m 0,9 (RIC 0,1-1,1), DLQI m 4,5 (RIC 0-14,8), EQ-5D-3L m 0,7

MDA (X 5,4±1,8 vs X 8,3±1,2, p<0,001). Además, se observó a mayor actividad por DAPSA, peor calidad de vida (Figura). En el análisis multivariado ajustando por edad, sexo y tiempo de evolución de la enfermedad, el impacto de la enfermedad expresado a través de PsAID-12 se asoció significativamente con peor calidad de vida (β -0,5 IC 95% -0,8 -0,1; p=0,006).

CONCLUSIÓN: El QOL-PsA demostró buena confiabilidad en pacientes con APs, sin embargo la redundancia en varias preguntas limita su utilidad. El valor de PsAID se asoció independientemente a peor calidad de vida.

0219

ARTRALGIA CON RIESGO DE PROGRESIÓN A ARTRITIS PSORIÁSICA EN UNA GRAN COHORTE DE PACIENTES: EL PAPEL DE LA ECOGRAFÍA

REYES JARA Gisele, MARECO Jonatan Marcos, RUTA Santiago, PÉREZ Ronald, GARCÍA SALINAS Rodrigo

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

Características	ARP-PsA no PsA (85)	ARP-PsA sí PsA (84)	p	TR (95%IC)
Edad (años), media (DE)	48 (14)	49 (15)	0,9	
Mujer, %	78	61	0,06	0,4 (0,2-1)
Años de educación, mediana (RIC)	14 (3)	13 (3)	0,8	
Tiempo entre el inicio de los síntomas y la visita basal (meses), media (DE)	13 (30)	18 (30)	0,2	
Tabaquismo, %	36	44	0,4	1,3 (0,6-3)
Comorbidades cardiometabólicas, %	40	35	0,6	0,6 (0,3-1,3)
Familiar con PsO, %	80	47	>0,001	0,2 (0,1-0,5)
Pso + Familia historia Pso cutánea, %	8	26	0,008	4 (1,3-12)
Pso duración tiempo (años) mediana (RIC)	3 (15)	15 (15)	0,03	
VAS del paciente (0-100), media (DE)	50 (23)	60 (15)	0,04	
Articulaciones dolorosas (28), mediana (IQR)	2 (4)	1,5 (3)	0,05	
Artralgia menos de un año, %	38	19	0,04	0,4 (0,1-0,8)
Rigidez Matinal, %	16	12	0,6	0,7 (0,2-2)
Test squeeze +, %	22	31	0,3	1,5 (0,6-4)
VSG, media (DE)	17 (13)	18 (16)	0,6	
PCR +, %	21	28	0,6	1,2 (0,8-1,7)
PCR, mediana (RIC)	1 (2,7)	1 (4)	0,4	
HAQ, mediana (RIC)	0,5 (0,8)	0,8 (0,75)	0,1	
Rx: Erosiones óseas, %	4	26	0,004	7 (2-28)
Rx: Estrechamiento, %	25	19	0,5	7 (0,2-2)
Ultrasonido sinovitis, tenosinovitis, %	8	12	0,5	1,6 (0,4-6)
Ultrasonido sinovitis, escala de grises, %	5	21	0,01	3 (1,3-18)
Sinovitis ecográfica, señal Power Doppler, %	1,3	12	0,01	10 (1,1-98)
Ultrasonido Entesopatía hallazgos, %	4	53	>0,001	25 (6,5-99)

Tabla: Características de los pacientes.

se asoció con el desarrollo de PsA: mediana de años: 15 vs 3. En el análisis multivariado, las variables predictoras de progresión de ARP-PsA a PsA al año fueron: combinación de Pso más FH (OR: 32; IC 95%: 1,2-1026), sinovitis por PDUS (OR: 31; IC 95%: 1,1-967), hallazgos ecográficos de entesopatía (OR: 470; IC 95%: 13-1600) y recuento de articulaciones dolorosas (OR 0,2 IC 95% 0,05-0,6).

CONCLUSIÓN: La frecuencia de pacientes con riesgo de progresión a APs (artralgia más APs y/o HF) en nuestra cohorte fue del 8,4%, de los cuales el 29% desarrollaron APs al año de seguimiento. Las principales variables predictoras fueron los hallazgos ecográficos (sinovitis y entesopatía), así como la combinación de Pso más FH, un menor número de articulaciones dolorosas y una mayor duración de la Pso.

INTRODUCCIÓN: La transición de psoriasis a artritis psoriásica (APs) ofrece una oportunidad única para identificar a las personas con mayor riesgo de desarrollar APs e implementar estrategias preventivas.

OBJETIVO: Estimar la frecuencia de artralgias con riesgo de progresión a PsA (ARP-PsA) en una gran cohorte de pacientes, y estimar la incidencia de PsA al año en pacientes con ARP-PsA analizando variables predictoras clínicas, de laboratorio y de imagen.

MÉTODOS: Estudio de cohorte prospectivo, incluyó pacientes mayores de 18 años que ingresaron consecutivamente por artralgias. Al basal se realizó: laboratorio, rayos X, ultrasonografía (US) con power Doppler (PD) y entrevista clínica. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y clinimétricos (EVA global, recuento articular, HAQ). Cada evaluador (laboratorio, imagenología y clínico) desconocía los datos de los otros estudios. Se investigó la presencia de psoriasis (Pso) y antecedentes familiares (FH). Se excluyeron los pacientes con diagnóstico previo de APs. La ARP-PsA se definió como aquellos pacientes con artralgia más Pso y/o FH. Este grupo fue evaluado al año para estimar si desarrollaron APs. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, prueba de chi-cuadrado, prueba exacta de Fisher, prueba T de Student y Mann Whitney. Regresión logística multivariada: variable dependiente el diagnóstico final de APs al año.

RESULTADOS: Se incluyó un total de 1419 pacientes con artralgia entre julio de 2017 y marzo de 2022, el 8,4% (IC 95%: 7-10) cumplían criterios ARP-PsA. De estos 119 pacientes, 34 desarrollaron APs al año (29%, IC 95%: 20-37). Las características clínicas, de laboratorio y de imagen entre los pacientes con ARP-PsA que desarrollaron y no desarrollaron APs se muestran en la Tabla (análisis univariado). De los pacientes con ARP-PsA que solo tenían Pso (n 32), solo antecedentes familiares (n 70) o ambos combinados (n 17) desarrollaron PsA al año: 57 %, 11 % y 53 % respectivamente. La mayor duración de la psoriasis

0220

ESPONDILOARTRITIS AXIAL TEMPRANA ACORDE A LOS NUEVOS CRITERIOS ASAS EN UNA COHORTE ARGENTINA. ANÁLISIS DESDE LA CLÍNICA, EL LABORATORIO Y LAS IMÁGENES

ALMADA Felicia, ARGUELLO Juan, REYES JARA Gisele, JALDIN CÉSPEDES Rosario, GARCÍA SALINAS Rodrigo

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

INTRODUCCIÓN: Recientemente el grupo de expertos de ASAS ha establecido por consenso la definición de espondiloartritis axial temprana (EspAax): inicio de los síntomas axiales deben ser iguales o menores a 2 años.

OBJETIVO: Estimar la prevalencia al diagnóstico de EspAax y analizar las diferencias clínicas, de laboratorio e imágenes entre quienes cumplen y no cumplen la definición de acuerdo a tres análisis: cohorte completa, cohorte que cumple criterios de clasificación ASAS, cohorte sin psoriasis.

MÉTODOS: Estudio observacional, transversal, se incluyeron pacientes con diagnóstico de EspA axial. Se les realizó al basal a todos los pacientes: analítica sanguínea, HLA-B27, Rx y RM de sacroilíaca (protocolo de ASAS), ecografía entesis, datos sociodemográficos, nivel de educación y hábitos, síntomas y características EspAax, demora al diagnóstico y clinimetría. El evaluador de los síntomas desconocía el resultado de los estudios complementarios. Se definió EspAax temprana a una duración de los síntomas axiales menor 2 años al diagnóstico, se estimó su prevalencia y se analizaron las diferencias en la cohorte total, cohorte que cumplió criterios clasificatorios y cohorte sin psoriasis (eliminada sesgo de APs axial).

RESULTADOS: Se incluyeron 124 pacientes con diagnóstico de EspAax, cuyas características con la totalidad de las evaluaciones realizadas se resumen en la Tabla. Del total la prevalencia de EspAax temprana fue: n 47, 38% (IC 95% 30-46). Las diferencias relevantes fueron (cumple sí/no):

tabaquismo (30% vs 51%; p0.02), respuesta a AINEs (58% vs 74%; p0.06), historia familiar (HF) (38% vs 23%), Rx Criterios NY+ (37% vs 71%; p0.03). En el análisis de regresión logística se asoció en forma independiente en forma negativa al TBQ (OR: 0.4 IC 95%: 0.1-0.9) y positiva a HF (OR: 2.4 IC 95%: 1.1-5.7). En la cohorte de criterios clasificatorios (n:114) la prevalencia de EspAax temprana fue de 33% Las diferencias relevantes fueron (cumple sí/no) tabaquismo (25% vs 45%; p0.07), HF (43% vs 23%; p0.06), dolor en tórax anterior (8% vs 27%; p0.04), edad al diagnóstico (37 DS 6.4 vs 45 DS 10) y años de estudio (15 DS2 vs 13 DS4). En el análisis de regresión logística se asoció en forma independiente a HF (OR: 6.3 IC 95%: 1.2-33), edad al diagnóstico (OR: 0.8 IC 95%: 0.8-0.9), años de estudio (OR: 1.4 IC 95%: 1.1-1.9). En la cohorte sin psoriasis (n:101) la prevaecía de EspAax temprana fue de 36% Las diferencias relevantes fueron (cumple sí/no) tabaquismo (16% vs 41%; p0.02), Rx Criterios NY+ (41% vs 58%; p0.06), esclerosis en RM (32% vs 15%; p0.09). En el análisis de regresión logística se asoció en forma independiente a esclerosis en RM (OR: 4.6 IC 95%: 1.1-18). En ninguno de los análisis se encontró diferencia en términos de HLA-B27, actividad de la enfermedad o alteración funcional al diagnóstico.

CONCLUSIÓN: La prevalencia de EspAax temprana es alrededor del 35%, en general se asocia a menor TBQ, HF de EspA, menos cambios en Rx de SI, menor edad al diagnóstico, más años de estudio y presencia de esclerosis en RM.

	EspA axial (n: 124)
Edad, media (DE)	46 (12,4)
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
Uveítis %	5,4
Psoriasis %	24
Enfermedad inflamatoria intestinal %	6,3
EspA antecedentes familiares %	26
AINE buena respuesta %	67
HLA-B27+ %	48
Dolor lumbar inflamatorio %	85
Cantidad de características de SpA (DS)	3,7 (1,4)
Características de SpA >4	46
Rx de SI +	45
RM sacroiliaca+ (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 sacroiliacas %	55
Dolor en torax 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
MASES, 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)
Tto Biológico	46
TNFb	31
IL17b	11

Tabla: Características de los pacientes.

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO MINI-OSTEOARTHRITIS KNEE AND HIP QUALITY OF LIFE PARA SU USO EN ARGENTINA

TORRES Jorge Alberto¹, DAPEÑA Joan Manuel¹, BANDE Juan Manuel¹, MEDINA María Alejandra¹, DOMÍNGUEZ Nadia¹, MARTÍNEZ MUÑOZ Alejandro², CARACCIOLO José¹, RILLO Oscar³, PAPASIDERO Silvia¹

¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, ²SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS DR. C.A. BOCALANDRO, ³SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. IGNACIO PIROVANO

INTRODUCCIÓN: El cuestionario *Mini-Osteoarthritis Knee and Hip Quality of Life* (Mini-OAKHQOL) es una versión reducida del cuestionario OAKHQOL de 43 ítems. Consta de 20 ítems, manteniendo la misma estructura de la versión original, que evalúan cinco dimensiones (actividades físicas, salud mental, dolor, apoyo social y funcionamiento social) y 3 ítems independientes (miedo, vida sexual y profesional). Mediante su cálculo se obtiene un puntaje final de 0 a 100, representando valores más altos, mayor calidad de vida.

OBJETIVO: Validar la versión argentina del cuestionario Mini-OAKHQOL en pacientes con osteoartritis (OA) de cadera y/o rodilla que residen en Argentina.
MÉTODOS: Estudio observacional, de corte transversal, descriptivo y analítico. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de OA de rodillas (ACR-86) y/o caderas (ACR-90). Se excluyeron aquellos con enfermedades del colágeno concomitantes, artroplastia de rodilla y/o cadera, comorbilidades con impacto en la calidad de vida y/o con dificultad para la lecto-comprensión. Se registraron datos sociodemográficos, características de la enfermedad y clinimetría. Todos los pacientes respondieron la versión argentina del OAKHQOL y su versión reducida. Además, se determinó la capacidad funcional mediante WOMACab, ansiedad y depresión con HADS y fatiga por medio de FACIT-F. Se evaluó la reproducibilidad en 49 pacientes. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Correlación del mini-OAKHQOL con características de la población con test de Spearman. Se estableció la consistencia interna con α de Cronbach y reproducibilidad con coeficiente de correlación intraclase (CCI).
RESULTADOS: Se incluyeron 86 pacientes. El 89.5% fueron mujeres, con una edad media de 64.8 años (DE 10.2). La mediana del tiempo de evolución de la OA fue de 36 meses (RIC 18-60). Las características de la población y clinimetría se pueden observar en la Tabla 1. El mini-OAKHQOL presentó buena consistencia interna (α de Cronbach=0.85) y buena reproducibilidad (CCI de 0.94 [IC 95%=0.84-0.98]; $p<0.001$). Se observó una excelente correlación de la versión reducida del cuestionario con la versión original ($r=0.96$). Además, presentó una buena correlación con WOMACab y con ansiedad; y moderada con fatiga (Tabla 2).
CONCLUSIÓN: El mini-OAKHQOL demostró ser un cuestionario de fácil administración, válido, confiable y reproducible para evaluar la calidad de vida en pacientes con OA de caderas y/o rodillas.

Edad en años, media (DE)	64.8 (10.18)
Sexo femenino, n (%)	77 (89.5)
Tiempo de evolución en meses, mediana (RIC)	36 (12-60)
Articulación más afectada, n (%)	
- Cadera derecha	4 (4.7)
- Cadera izquierda	6 (7)
- Rodilla derecha	47 (54.7)
- Rodilla izquierda	29 (33.7)
Compromiso de cadera y rodilla, n (%)	24 (27.9)
EVA dolor, mediana (RIC)	50 (34-75)
EVA general del paciente, mediana (RIC)	50 (30-75)
WOMACab, media (DE)	14.7 (7.1)
HADS, mediana (RIC)	
- Ansiedad	12 (11-14)
- Depresión	10 (7-11)
FACIT-F, media (DE)	32.5 (11.9)
OAKHQOL, media (DE)	57 (17.5)
Tiempo OAKHQOL en minutos, media (DE)	8.41 (3)
Mini-OAKHQOL, media (DE)	51.7 (19)
Tiempo Mini-OAKHQOL en minutos, media (DE)	3.9 (1.4)
Escala de Kellgren & Lawrence* (n= 81), n (%)	
- Grado 1	10 (12.3)
- Grado 2	26 (32.1)
- Grado 3	38 (46.9)
- Grado 4	3 (3.7)

DE = Desvío estándar; RIC = Rango intercuartílico; EVA = Escala visual analógica; RIC= Rango intercuartílico; WOMAC ab= Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index abreviado; HADS= Hospital Anxiety and Depression Scale; FACIT-F= Escala de Evaluación Funcional de Terapia de Enfermedades Crónicas - Subescala de Fatiga; OAKHQOL= Osteoarthritis Knee and Hip Quality of Life; * Articulación más sintomática.

Tabla 1: Características de la población y clinimetría (n=86).

	r	p-valor
OAKHQOL	0.97	< 0.001
EVA dolor	-0.48	< 0.001
EVA general del paciente	-0.44	< 0.001
WOMAC ab	-0.75	< 0.001
HADS		
- Ansiedad	-0.73	< 0.001
- Depresión	-0.27	0.01
FACIT-F	0.55	< 0.001

r= Coeficiente de correlación de Spearman; OAKHQOL= Osteoarthritis Knee and Hip Quality of Life; EVA= Escala visual analógica; WOMACab= Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index abreviado; HADS= Hospital Anxiety and Depression Scale; FACIT-F= Escala de Evaluación Funcional de Terapia de Enfermedades Crónicas - Subescala de Fatiga

Tabla 2: Correlación del mini-OAKHQOL.

FRECUENCIA DE FRAGILIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA MEDIANTE EL SURVEY OF HEALTH, AGEING AND RETIREMENT IN EUROPE-FRILTY INSTRUMENT (SHARE-FI)

DOMÍNGUEZ LEIVA Patricia Belén, ALCIVAR NAVARRETE José Simón, DAPEÑA Joan Manuel, BANDE Juan Manuel, MEDINA María Alejandra, KLAJN Diana Silvia, CARACCILO José Ángel, PAPASIDERO, Silvia

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ

INTRODUCCIÓN: La fragilidad es un estado de vulnerabilidad caracterizado por una pérdida de las reservas fisiológicas, asociándose a mayor morbimortalidad. La artritis reumatoidea (AR) es una de las enfermedades que puede contribuir a su desarrollo prematuro. El Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe-Frilty Instrument (SHARE-FI) ha demostrado ser útil para detectar fragilidad. Consta de 4 preguntas (vida diaria, peso, actividad física y agotamiento) y una prueba de fuerza de prensión manual. Por medio de un cálculo se obtiene un valor que permite la categorización por género en frágil, prefrágil y robusto.

OBJETIVO: Determinar la frecuencia de fragilidad/prefragilidad en una cohorte de pacientes con AR e identificar asociaciones con características de la población.

MÉTODOS: Estudio observacional, de corte transversal, descriptivo y analítico. Se incluyeron pacientes consecutivos ≥ 18 años con diagnóstico de AR (ACR-EULAR 2010). Se registraron datos sociodemográficos, características de la AR, clinimetría y tratamiento. Se evaluó sarcopenia (Jamar, velocidad de marcha y diámetro de pantorrilla) y se midió fragilidad con SHARE-FI. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Se evaluaron las asociaciones del SHARE-FI con características de la población mediante prueba de T de Student, Wilcoxon, Pearson, ANOVA o Spearman. Se consideró $p \leq 0.05$.

RESULTADOS: Se incluyeron 80 pacientes. Las características de la población se muestran en la Tabla 1. La mediana del SHARE-FI fue de 2.5 (RIC 1.3-3.9) en mujeres y 1.7 (RIC 0-2.8) en hombres. Clasificó como frágiles al 59.7% de las mujeres y 25% de los hombres. El SHARE-FI presentó puntajes más altos en pacientes con sarcopenia severa y definida ($p=0.008$), moderada correlación con el EVA global del paciente ($r=0.6$; $p=0.007$), CDAI ($r=0.6$; $p=0.008$), HAQ-A ($r=0.6$; $p=0.009$) y baja con EVA dolor ($r=0.4$; $p=0.008$), EVA global del médico ($r=0.5$; $p=0.009$), DAS28 (0.47; $p=0.008$), SDAI ($r=0.5$; $p=0.005$), QOL-RA ($r=-0.45$; $p=0.006$), HADS-A ($r=0.5$; $p=0.007$) y HADS-D ($r=0.5$; $p=0.008$). Además, se observó asociación de las categorías de fragilidad/prefragilidad con sarcopenia definida y severa ($p=0.04$). Los pacientes frágiles presentaron valores más altos de EVA dolor ($p=0.03$), EVA global del paciente ($p=0.008$), EVA global del médico ($p=0.005$), DAS28 ($p=0.007$), CDAI ($p=0.02$) y HAQ-A ($p=0.03$) (Tabla 2).

CONCLUSIÓN: La frecuencia de fragilidad fue de 56%, mientras que la de prefragilidad 32.5%. La fragilidad se asoció con sarcopenia severa/definida y valores mayores del EVA global del paciente, CDAI y DAS28.

Edad en años, media (DE)	56.1 (10.2)
Mujeres, n (%)	72 (90)
Tabaquismo, n (%)	14 (17.5)
Comorbilidades, n (%)	63 (78.7)
Tiempo de evolución de la AR en meses, mediana (RIC)	108 (48-180)
Factor reumatoideo, n (%)	77 (96.2)
ACPA (N=68), n (%)	64 (94)
Enfermedad erosiva, n (%)	54 (68.3)
Manifestaciones extra-articulares, n (%)	37 (46.2)
EVA dolor, mediana (RIC)	50 (0-90)
EVA global médico, mediana (RIC)	40 (20-50)
EVA global paciente, mediana (RIC)	50 (20-50)
DAS28, mediana (RIC)	3.8 (2.9-4.5)
SDAI, mediana (RIC)	11.7 (6.8-18.4)
CDAI, mediana (RIC)	11 (7-17)
HAQ-A, mediana (RIC)	1.2 (0.9-2)
QOL-RA II, mediana (RIC)	6.2 (4.9-7.5)
HADS, mediana (RIC)	
• Ansiedad	6 (3-9)
• Depresión	6 (4-9)
Tratamiento, n (%)	
• DMAR sintéticos convencionales	69 (86.2)
• DMAR biológicos	11 (13.7)
• DMAR sintéticos dirigidos	5 (6.2)

DE= Desvío estándar; RIC= Rango intercuartílico; ACPA= Anticuerpos anti péptidos/proteínas citrulinadas; DMAR= Drogas modificadoras de la AR; EVA= Escala visual analógica; DAS28= Disease activity score 28; CDAI= Clinical disease activity index; SDAI= Simple disease activity index; HAQ-A= Health Assessment Questionnaire - versión argentina; QOL-RA II= Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale-II; HADS-A= Hospital Anxiety and Depression Scale.

Tabla 1: Características de los pacientes (n=80).

	Fragilidad (n=45)	Prefragilidad (n=26)	Robustez (n=9)	p-valor
Categorías de sarcopenia, n (%)				
- Severa (n=2)	2 (100)	0	0	0.04
- Definida (n=32)	27 (84.4)	5 (15.6)	0	
- Probable (n=38)	16 (41)	17 (43.6)	5 (15.4)	
- Ausencia (n=7)	0	4 (57.1)	3 (42.9)	
- Círculos, mediana (RIC)				
- EVA dolor	70 (50-80)	50 (0-70)	0 (0-20)	0.05
- EVA general del paciente	60 (50-80)	40 (30-50)	20 (10-20)	0.008
- EVA general del médico	50 (30-60)	25 (10-40)	10 (0-20)	0.005
- DAS28	4.1 (3.2-5.1)	3.6 (3.3-4.1)	2.2 (1.8-2.8)	0.007
- CDAI	14 (11-18)	9.5 (5-13)	3 (1.5-4)	0.02
- HAQ-A	1.6 (1.1-2.4)	1 (0.4-1.2)	0 (0-0.38)	0.03

RIC= Rango intercuartílico; EVA= Escala visual analógica; DAS28= Disease activity score 28; CDAI= Clinical disease activity index; HAQ-A= Health Assessment Questionnaire- versión argentina.

Tabla 2: Categorías del SHARE-FI según categorías de sarcopenia y características de la AR (n=80).

COMPROMISO CUTÁNEO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL REGISTRO RELESSAR TRANSVERSAL

ÁVILA Juan Pablo, GOBBI Carla Andrea, QUINTANA Rosana, GARCÍA Lucila, ALBA Paula, SAVIO Verónica, ALONSO Carla Gimena, ALBIERO Juan Alejandro, MIRANDA Juan Manuel, ROBERTS Karen, MICELLI Marina, ASTESANA Pablo José, SAPAG DURAN Sandy, ÁLVAREZ Analía, PISONI Cecilia, ROVERANO Susana, SPINDLER Alberto, GRAF César, GÓMEZ Catalina, PAPSADERO Silvia, PANIEGO Raúl, DE LA VEGA María Celina, SANTA CRUZ María Julia, FIGUEREDO Heber, MARTIRE María Victoria, CIVIT Emma, GONZÁLEZ LUCERO Luciana, AGUILA MALDONADO Rodrigo Alejandro, NIETO Romina, DOMÍNGUEZ Nadia, BÁEZ Roberto, COLLADO Victoria, GAZZONI María Victoria, GÓMEZ Graciela, ZELAYA Marcos, BEDOYA María Eugenia, PERA Mariana, WERNER Marina, SACNUM Mónica, FINUCCI CURI Pablo, ROJAS TESSEL Ivana, PARÍS Úrsula, BEDRAN Zaida, MACHADO ESCOBAR Maximiliano, HOJBERG Noelia, ARTURI Valeria, SATTLER María Emilia, ARIAS SAAVEDRA Maira, SARANO Judith, JORFEN Marisa, GONZÁLEZ Andrea, CURTI Ana Carolina, PONS-ESTEL Bernardo, GARCÍA Mercedes

GRUPO DE ESTUDIO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (GESAR-LES)

INTRODUCCIÓN: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune caracterizada por un gran espectro de manifestaciones clínicas, variando desde un compromiso leve hasta la afección de órganos mayores, que impactan negativamente en la sobrevida de los pacientes. Una de sus manifestaciones más comunes es la cutánea (80%), por lo cual nos propusimos caracterizarla en relación a otras variables clínicas, socioeconómicas y serológicas

OBJETIVO: Describir las lesiones cutáneas agudas y crónicas en la base RELESSAR trans, su relación con la serología, daño y actividad del LES, hábitos tóxicos, etnia, nivel social y educativo.

MÉTODOS: Estudio de corte transversal, observacional y analítico. Se estudiaron 1611 pacientes del registro multicéntrico RELESSAR trans de la Sociedad Argentina de Reumatología. Se describieron las manifestaciones cutáneas del LES, alopecia según SLEDAI, ulceraciones cutáneas según SLICC/SDI, se compararon pacientes con compromiso cutáneo por SLEDAI (CCSLEDAI) vs sin compromiso cutáneo (SSLEDAI), y además se compa-

raron los grupos con compromiso cutáneo tanto por SLEDAI y SLICC vs no compromiso cutáneo. La etnia se definió como amerindios, caucásicos, mestizos y otros. El nivel socioeconómico por escala de Grafar. La educación por años de escolaridad. $p < 0.05$ fue considerada significativa.

RESULTADOS: De los 1611 pacientes estudiados, 1390 (91.7%) tuvieron compromiso cutáneo por SLEDAI, la mayoría mujeres 1308 (92.8%), $p < 0,001$. Fenotípicamente los pacientes con compromiso cutáneo presentaron más artritis 1166 (83.5%) vs 72 (70,6%) $p < 0,001$, y con trombocitopenia grave $p < 0,04$. No hubo diferencia significativa entre estos grupos cuando se compararon anticuerpos y tratamientos recibidos. Sin embargo, cuando comparamos los pacientes que no tuvieron ninguna manifestación cutánea (103) con los que tuvieron por SLEDAI y SLICC (107), predominó el sexo femenino $p < 0,003$, el grupo con compromiso cutáneo presentó un mayor SLEDAI $p < 0,003$, más pleuritis $p < 0,04$, leucopenia $p < 0,01$, trombopenia $p < 0,0548$, hipocomplementemia $p < 0,04$; con respecto a la medicación en el grupo con manifestaciones cutáneas hubo mayor uso de antipalúdicos $p < 0,02$ y belimumab $p < 0,007$; también hubo mayor número de infecciones graves 28 (27.2%) $p < 0,006$. Además, en el modelo multivariado tener compromiso cutáneo tuvo relación con pertenecer a clase social media baja a baja OR 4.75 IC 95% 1.35-19.7; $p < 0,02$. No hubo diferencias en etnia, años de escolaridad ni hábitos tóxicos.

CONCLUSIÓN: Las manifestaciones cutáneas pueden asociarse a complicaciones como infecciones graves y estar presentes especialmente en clases sociales bajas por lo cual deberíamos estar atentos a estos factores para evitarlos o controlarlos precozmente.

0233

TABAQUISMO Y SU ASOCIACIÓN CON MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN UNA COHORTE DE ESCLEROSIS SISTÉMICA DE ARGENTINA

BETANCUR Graciela, MARTÍNEZ Soledad, ABALO Alejandra Inés, PAPAGNO María Julia, ARGUELLO Sabrina Martha, ETCHEVERRY Mayra, VELASCO HERNÁNDEZ Patricia Tatiana, LLARENS Agustina, PEIRANO Lucía, ESTÉVEZ Adrián

HOSPITAL EL CRUCE

INTRODUCCIÓN: La esclerosis sistémica (SSc) es una enfermedad autoinmune compleja, heterogénea del tejido conectivo, con presentación clínica variable como consecuencia de la afectación multisistémica. Existe acotada evidencia del efecto del tabaquismo en SSc. En algunos estudios el tabaquismo pasado o presente no se asoció con úlceras digitales. También se ha reportado que el sexo femenino y haber fumado alguna vez se asociaron con gravedad de los síntomas gastrointestinales. En otros estudios el consumo de tabaco se asoció con progresión de EPID.

OBJETIVO: Determinar la relación entre el tabaquismo y manifestaciones de la SSc, presencia de comorbilidades y necesidad de vasodilatadores en nuestra cohorte.

MÉTODOS: Realizamos un estudio observacional, exploratorio, en una cohorte de pacientes con ES que cumplían los criterios de clasificación ACR/EULAR 2013. Según el hábito tabáquico, los pacientes fueron clasificados como fumadores actuales, exfumadores o nunca fumadores y se consignó el número de paquetes-año.

RESULTADOS: De la cohorte de 90 pacientes, 55 fueron elegibles para incluir en el análisis. De estos, la mayoría eran mujeres (89.1%) con una mediana de edad al diagnóstico de SSc de 52 a (RIC 43-61); 19 (34.5%) tenían esclerodermia limitada (lcSSc), 21 (38.2%) esclerodermia difusa (dcSSc), 8 (14.5%) CREST y 6 SSc sin esclerodermia (10,9%). 37 pacientes nunca fumaron (67.3%), 12 eran extabaquistas (21.8%) y 6 (10.9%) eran tabaquistas actuales. La mediana de paquetes-año fumados fue de 10 (RIC 7-17.5). 24 pacientes tenían EPID (63.6% UIP; 31.8% NSIP), 22 (40%) compromiso esofágico, 17 (39.9%) UD, 13 (23.6%) HTP y 5 (9.1%) calcinosis. 44 pacientes (80%) tenían comorbilidades y 29.2% tenían dos o más comorbilidades, siendo las más frecuentes HTA y cirrosis biliar primaria. 12 pacientes (21.8%) tenían fibromialgia asociada y 2 pacientes fueron sometidos a trasplante hepático. 94.5% recibían un solo vasodilatador y 34.5% combinación de los mismos, siendo los más frecuentes sildenafil y luego los bloqueantes cálcicos. 3 pacientes recibían tratamiento antifibrótico. No hallamos diferencias significativas entre la exposición al tabaco y las manifestaciones clínicas de la enfermedad, tampoco entre la intensidad del tabaquismo y el compromiso orgánico.

CONCLUSIÓN: En la presente cohorte el número de tabaquistas actuales fue muy bajo, lo cual podría influir en los resultados. No hallamos diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes expuestos al tabaco y aquellos que nunca fumaron probablemente debido a nuestro pequeño tamaño de muestra. Se precisan futuros estudios para confirmar los resultados.

0240

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DE MECANISMO AUTOINMUNE. DATOS BASEALES DEL REGISTRO EPIMAR-II

BUSCHIAZZO Emilio, PACHECO Gonzalo, VIVERO Florencia, ENGHMAYER Juan Ignacio, LLOVES SCHENONE Nicolás, BARBAGLIA NAVARRO Ana Lucía, NIGRA Natalia, TELLEZ NORIEGA Jorge, BENÍTEZ Cristian Alejandro, GASER Adrián, LANCELLOTTI Diana Elena, USANDIVARAS Marcela, CUCUCCHIARO Natalia, VELAZCO ZAMORA José Luis, GAMARRA Antonella, OLIVER Marina, GORDILLO María Florencia, MONTROYA Sandra Fabiana, NAVARRO Sandra, MARTÍN María Luz, BERSANO Noelia, PENA Claudia, GONZALO Paula, NITSCHKE Alejandro, CAMPINS Federico, PAPAGNO María Julia, RESIDENCIA DE REUMATOLOGÍA-IREP, LÓPEZ María José, MOLINARI Luciana, PERTICONE Eugenia

REGISTRO EPIMAR

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades pulmonares intersticiales (EPI) de mecanismo autoinmune (EPI-AI) incluyen aquellas asociadas a enfermedades del tejido conectivo (EPI-ETC), neumonía intersticial con hallazgos autoinmunes (IPAF) y las asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA).

OBJETIVO: Describir las características basales del registro de EPI-AI, EPIMAR-II.

MÉTODOS: Se incluyeron pacientes evaluados y diagnosticados de EPI-AI, con o sin síntomas, mayores de 16 años, de inicio en los últimos 5 años y que se encuentren en seguimiento en la actualidad, en un estudio de cohortes y que cumplan criterios vigentes. Los datos analizados en el presente estudio corresponden a aquellos que completaron la visita basal (T0). Se incluyeron solo aquellas tomografías evaluadas de forma ciega y centralizada por un experto. Análisis estadístico: se expresaron las variables en frecuencia y porcentaje, o medias/medianas y desvíos estándar/RIC. Se compararon las variables continuas mediante Test de T o Mann-Whitney y las categóricas mediante chi-cuadrado o test exacto de Fisher. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como significativo.

RESULTADOS: Actualmente 241 pacientes se hallan activos en el registro. Luego de excluir pacientes con datos faltantes o inconsistentes, se incluyeron 168 pacientes (70%) para el presente análisis. Los pacientes incluidos fueron predominantemente de sexo femenino 138 (82%), con una

edad 61 años (DS +/-13), caucásicos 73 (51%), con cobertura social 92 (60%), 62 (40%) tabaquistas pasados o actuales. Las EPI-AI se distribuyeron de la siguiente forma: EPI-ETC 142 (85%), IPAF 18 (11%), EPI-ANCA 6 (4%), tuvieron enfermedad subclínica 53 (33%). Los diagnósticos reumatológicos más frecuentes fueron: esclerodermia 54 (32%), artritis reumatoidea 51 (30%), síndrome de Sjögren primario 24 (14%) y miopatías inflamatorias 15 (9%). La demora global en el diagnóstico desde el inicio de los síntomas fue de 11 meses (+/-18). Al analizar los patrones tomográficos (en 62/168, 37%), los más frecuentes fueron NINE (66%), NIU (13%) y NINE-NO (10%). En la espirometría, la CVF media fue de 2.23 litros (+/-0.8) y 71% (+/- 20). Los tratamientos más frecuentes fueron glucocorticoides 98 (71%), micofenolato 60 (44%), metotrexato 57 (42%), ciclofosfamida 28 (20%) para drogas clásicas, y rituximab 25 (18%), abatacept 6 (4%), anti-TNFalfa 5 (4%) y tofacitinib 5 (4%) como drogas biológicas/sintético dirigidas. Las terapias antifibróticas fueron utilizadas en 19 pacientes (11%), 16 nintedanib y 3 pirfenidona. Al comparar los pacientes con AR vs no AR, los pacientes con AR tuvieron más antecedentes de exposición a tabaquismo y EPOC, así como también recibieron más tratamientos inmunosupresores vs los no AR. **CONCLUSIÓN:** En estos datos basales se encontró predominio de mujeres, ES/AR como Enf-AI asociadas, 30% de enfermedad subclínica, NINE como el patrón de TAC y diferencias clínicas y en la utilización de inmunosupresores al comparar AR vs no AR.

0241

PERFIL CLÍNICO Y SEROLÓGICO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS Y NECROSIS ÓSEA AVASCULAR PERTENECIENTES A UN REGISTRO RELESSAR

CABALLERO CELÍN Shirley¹, PORTA Sabrina¹, LUERA Laura¹, VISENTINI Susana¹, PACHECO Gonzalo¹, GARCÍA Lucila², GOBBI Carla Andrea³, GESAR Les⁴

¹UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL CARLOS G. DURAND, ²HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (HIGA) GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA, ³SANATORIO ALLENDE, ⁴GRUPO DE ESTUDIO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (GESAR-LES)

INTRODUCCIÓN: La necrosis ósea avascular ósea (NOA) es una complicación bien reconocida del lupus eritematoso sistémico (LES) que conduce a una morbilidad significativa.

OBJETIVO: Estudiar el perfil clínico y los factores relacionados con NOA en pacientes adultos con diagnóstico de LES.

MÉTODOS: Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes con diagnóstico de LES según criterios ACR 82-97, que fueron ingresados en el Registro de Lupus de la Sociedad Argentina de Reumatología (RELESSAR). Se evaluaron variables sociodemográficas, clínicas, serológicas y daño medido por el índice de daño SLICC (SDI). Las comparaciones se hicieron a través de un matcheo por edad, sexo y duración de la enfermedad, conformando dos grupos con y sin NOA. Para determinar, de forma conjunta, qué variables estuvieron asociadas a NOA se ajustó un modelo de regresión logística, se hizo una selección paso a paso de las variables y se estimaron las razones de odds (RO).

RESULTADOS: De los 1480 pacientes incluidos en el registro, 1357 (91.7 %) eran mujeres, con una edad mediana de 37.5 (28.5, 47.8) años. La mediana de duración de la enfermedad fue de 73.9 (30.1, 143) meses, y la edad al momento del diagnóstico de 28.7 (21.3, 38.2) años. Los pacientes tenían una mediana de retraso en el diagnóstico desde el inicio de los síntomas de 5.10 (2.00, 13.2) meses y un daño medido por SDI de 1 (0, 1.00). Un total de 80 (5.4%) pacientes presentaron al menos una NOA. De ellos el 62,5% (n=50) tuvieron 2 (dos) o más NOAs. La mediana de tiempo desde el diagnóstico a la primer NOA fue de 6.00 (3.00, 10.3) año. Los pacientes con NOA presentaron más compromiso renal, anticardiolipinas igG positivo, tuvieron mayor número de hospitalizaciones por la actividad del lupus, así como también mayor infecciones graves. Los pacientes con NOA recibieron más frecuentemente tratamiento con leflunomida, azatioprina y AAS. Tanto el daño medido por SLICC como el índice de comorbilidad de Charlson fue mayor en los pacientes con antecedentes de NOA. Se estudiaron las variables asociadas a NOA luego de ajustar un modelo de regresión logística. Se encontró que la chance de presentar NOA es mayor para los que tienen leucopenia (OR= 2.22, IC95 [1.13- 4.53]) o anticoagulante lúpico positivo (OR= 2.57, IC95 [1.19- 5.56]). La presencia de nefritis lúpica aumenta 4 veces el riesgo de desarrollar NOA (OR= 4.19, IC95 [2.11- 8.72]).

CONCLUSIÓN: En nuestra población de pacientes con LES, la presencia de NOA fue relativamente elevada. Nuestros resultados sugieren una fuerte asociación con un estado procoagulante, así como también con compromiso renal, pudiendo en este grupo de pacientes relacionar su presencia al efecto adverso de drogas.

0242

INFECCIÓN POR HERPES ZÓSTER EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

MAMANI ORTEGA María Lourdes, CAMPOVERDE LALANGUI Gina Alejandra, MERCÉ Aixa Lucía, SECCO Anastasia

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA

INTRODUCCIÓN: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, multiorgánica, caracterizada por diversas alteraciones clínicas e inmunológicas. El herpes zóster (HZ) es el resultado de la reactivación del virus varicela zóster latente, que se presenta frecuentemente en pacientes con LES debido a diferentes factores que predisponen a la infección.

OBJETIVO: Estimar la frecuencia de infección por HZ en pacientes con LES, las características sociodemográficas, clínicas, actividad de la enfermedad y tratamientos al momento de la infección.

MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES según los criterios ACR 1997, SLICC 2012 y/o ACR/EULAR 2019. Se excluyeron pacientes con otra enfermedad reumática autoinmune, excepto síndrome de Sjögren y síndrome antifosfolípido. Se realizó revisión de historias clínicas y contacto telefónico para recabar datos acerca de la infección viral. Las variables continuas se informaron como media y desvío estándar (DS) o mediana y rango intercuartílico (RIC), según distribución y tamaño muestral. Las variables categóricas se reportaron como porcentaje.

RESULTADOS: Se incluyeron 186 pacientes con diagnóstico de LES, la media de edad en años fue 39 (\pm 13.88), el 94% eran mujeres, el 17% presentaba alguna comorbilidad, siendo las más frecuentes en un 50% la hipertensión arterial y en un 37% la diabetes mellitus. No se encontraron diferencias significativas respecto de la edad, sexo y comorbilidades, entre los que tuvieron HZ y los que no. El 15% (n:28) presentó HZ, con una mediana de 10 días (RIC: 9-14) de duración de la infección. La localización fue en el 50% de los casos en el tronco, seguida del 21% en extremidades. El 71% se encontraba recibiendo tratamiento inmunosupresor y un 85% corticoterapia, al momento de la infección; con una mediana de dosis de prednisona de 20mg/dl (RIC: 5-25). La mayoría de los pacientes presentaban actividad de su enfermedad, con una mediana de SELENA-SLEDAI de 6 (RIC: 4-7.5). El 86% recibió tratamiento antiviral. El 32% estuvo hospitalizado, de los cuales 4 pacientes recibieron aciclovir endovenoso (2 con HZ a nivel facial con compromiso oftálmico, 1 con mielitis transversa, 1 con compromiso cutáneo extenso) y el 21% desarrolló neuralgia posherpética.

CONCLUSIÓN: La frecuencia de la infección por HZ fue del 15%, la mayoría presentó actividad moderada de la enfermedad y más de la mitad se encontraba recibiendo corticoides e inmunosupresores. Consideramos que nuestro estudio es un aporte más para el mayor conocimiento e implementación de medidas preventivas de esta infección.

0246

ARTRITIS PSORIÁSICA DE INICIO TARDÍO. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DIFERENCIALES

ARIAS Tamara Graciela¹, FENUCCI Maximiliano², GARCÍA SALINAS Rodrigo³, MAGRI Sebastián³, ABDALA Marcelo⁴, ABBAS Leila², MEDINA Gustavo¹

¹HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, ²HOSPITAL CÉSAR MILSTEIN, ³HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, ⁴HOSPITAL DEL CENTENARIO

INTRODUCCIÓN: Las artritis de inicio tardío (luego de los 60 años) pueden tener características fenotípicas y epidemiológicas diferenciales en comparación con las de inicio en edades más jóvenes. Se han descrito valores más elevados de reactantes de fase aguda y formas oligo o poliarticulares erosivas predominantes. Se requiere mayor conocimiento en nuestro medio para un abordaje correcto.

OBJETIVO: Describir la prevalencia de artritis psoriásica de inicio tardío (ApS tardía) en pacientes con ApS, las características clínicas y epidemiológicas diferenciales.

MÉTODOS: Estudio multicéntrico, observacional, transversal. Se incluyeron pacientes con ApS (criterios CASPAR). Se consideró ApS tardía al inicio >60 años. Se compararon con ApS de inicio temprano (<60 años). Se utilizó porcentaje, media y desvío estándar, o mediana y rango intercuartílico, y se compararon variables con t Student o U Mann Whitney. Se estableció significancia <5%.

RESULTADOS: Se evaluaron 154 pacientes con al menos una visita en los últimos 12 meses. Características generales de la cohorte: 62.7% mujeres, edad 56±14 años, 76.7% con cobertura de salud. La mayoría presentó psoriasis en placa como fenotipo cutáneo (91%) y 51% compromiso ungueal. El 97% presentó artritis (poliartritis 53%, oligoartritis 45%), entesitis (50%), dactilitis (36%) y compromiso axial (22%). PASI mediana 1.1 (RIC 0.2-3.38), BSA 1 (RIC 0-5), DLQI 3 (RIC 1-6), HAQ media 0.8±0.6, DAS28 3.11±1.3, DAPSA 13.9±9.9. Alcanzaron MDA 26.1%. El 62.5% de la cohorte tenía alguna comorbilidad metabólica (75.6%), cardiovascular (56.7%) y endocrinológica (14.4%). Hubo 4 casos de tuberculosis y 3 de herpes zóster. 59% utilizaba algún medicamento de alto costo, anti-TNF (53%), anti-IL17 (30%), anti-IL23 (8.2%), seguidos de anti-IL12/23 y JAKinh. Subgrupo de ApS tardía: se detectaron 37 pacientes (24%). Presentaron, en comparación con los pacientes que iniciaron la enfermedad antes de los 60 años (n=117), menor tiempo de evolución (5 vs 9,5 años; p<0.003), mayor cobertura de salud (92% vs 65%; p<0.007), más comorbilidades (75.7% vs 58.2%; p<0.001) con prevalencia de cardiopatía isquémica (p<0.01) y mayor compromiso ungueal (71% vs 47%; p<0.03). No hubo diferencias en el porcentaje que alcanzaba MDA. Sin embargo, los pacientes con ApS tardía tenían mayor compromiso funcional por HAQ (mediana 1 vs 0.5, p<0.001) logrando HAQ<0.5 solo el 8% vs 22% del otro grupo (p<0.06). En las variables de laboratorio, se destacó el mayor valor de proteína C reactiva (3±4vs0.8±1 mg/dl; p<0.001). No hubo diferencias en la prevalencia de uso de medicamentos de alto costo. Hubo mayor uso de hipolipemiantes (p<0.01), antihipertensivos (p<0.02) y opioides (p<0.014).

CONCLUSIÓN: La mayor frecuencia de comorbilidades, sobre todo cardiovasculares, la polifarmacia, y el mayor impacto funcional de la enfermedad, como se describe en nuestro trabajo, debe propiciar un abordaje especial en adultos mayores con ApS.

0247

NECESIDADES INSATISFECHAS Y GAPS RELACIONADOS A LA IMPLEMENTACIÓN DEL T2T EN ARTRITIS REUMATOIDEA: RESULTADOS DE LA ENCUESTA EVEREST EN ARGENTINA Y URUGUAY

ZELAYA Marcos David¹, BERBOTTO Guillermo², CITERA Gustavo³, GARCÍA SALINAS Rodrigo⁴, WHITE Douglas⁵, MURRAY Suzanne⁶, RAMAGLI Alicia⁷, ROSEMFET Marcos³, SECCO Anastasia⁸, SCUBLINSKY Darío⁹, SCHNEEBERGER Emilce³, ROZEMBLUM Paula¹, VELOZO Edson¹⁰

¹ABBIE, ²HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ³INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, ⁴HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, ⁵WAIKATO CLINICAL SCHOOL, UNIVERSITY OF AUCKLAND, ⁶AXDEV GROUP INC, ⁷SERVICIO MÉDICO INTEGRAL, MEDIS GROUP, ⁸HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA, ⁹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JUAN A. FERNÁNDEZ, ¹⁰SANATORIO Y UNIVERSIDAD ADVENTISTA DEL PLATA

INTRODUCCIÓN: El *treating to target* (T2T) es reconocido como la principal estrategia de tratamiento de los pacientes con artritis reumatoidea (AR), cuyo objetivo es lograr la remisión sostenida de la enfermedad. Para una exitosa implementación es crucial identificar las necesidades insatisfechas y *gaps* que representan un desafío en la práctica clínica. EVEREST es una iniciativa diseñada para mejorar la implementación del T2T y permitir que los pacientes con AR alcancen el menor grado de actividad clínica utilizando un enfoque innovador y basado en la ciencia de la implementación.

OBJETIVO: Describir los conocimientos, habilidades y herramientas utilizadas por un grupo de reumatólogos de Argentina y Uruguay en relación con el T2T para el manejo de pacientes con AR, e identificar los desafíos y barreras percibidos para la implementación del T2T.

MÉTODOS: Se realizó un subanálisis de la encuesta EVEREST diseñada para conocer las perspectivas de los reumatólogos sobre sus conocimientos y habilidades, manejo durante la consulta clínica, uso de herramientas para evaluar la actividad de la AR y la presencia de barreras para la implementación del T2T. Se presentan los datos de Argentina y Uruguay.

RESULTADOS: 71 reumatólogos provenientes de Argentina y Uruguay respondieron la encuesta. Los principales desafíos en la implementación del T2T fueron la percepción de resultados contradictorios obtenidos con las escalas de evaluación de la actividad de la AR (87% de acuerdo) y la dificultad en el uso de medidas compuestas para valorar la actividad de la AR (84% de acuerdo). Las barreras más frecuentes fueron el reconocimiento de cambios en la actividad de la AR potencialmente asociados con la falta de adherencia del paciente al tratamiento (71%), la falta de asistencia a las citas programadas (61%) y las discrepancias entre los resultados reportados por los pacientes (PROs) y las medidas compuestas de evaluación de la actividad de la AR (58%). A pesar de esto, los reumatólogos informaron un nivel elevado de conocimientos y capacidades para evaluar y emplear los PROs, así como para adaptar los principios T2T en la práctica clínica.

CONCLUSIÓN: Este subanálisis, reportado por un grupo de reumatólogos, es un aporte para identificar los desafíos y *gaps* para la aplicación del T2T en la práctica profesional de Argentina y Uruguay. Este conocimiento podría impulsar el desarrollo de programas educativos e intervenciones para una mejor implementación del T2T.

CONSULTORIO CONJUNTO REUMATOLOGÍA-GASTROENTEROLOGÍA EN EL HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA. ABORDAJE DEL COMPROMISO GASTROINTESTINAL EN ESCLEROSIS SISTÉMICA

LIZARRAGA Camila, DEGIOANNI Lucía, BORDÓN Florencia, NOVATTI Elisa, ÁLVAREZ Ana Cecilia, BAENAS Diego, GUZZANTI Fernanda, ALVARELLOS Alejandro, CAEIRO Francisco, MITRE María Belén, SAURIT Verónica

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

INTRODUCCIÓN: El compromiso gastrointestinal es la principal causa de morbilidad y la tercera en mortalidad en pacientes con esclerosis sistémica (ES). Hasta donde sabemos hay pocos datos en la literatura que describan unidades multidisciplinarias en ES. Se presentan los datos de nuestra cohorte de pacientes que asistieron al consultorio conjunto de Reumatología-Gastroenterología de nuestro hospital de marzo a julio de 2023.

OBJETIVO: Describir las características clínicas y demográficas de los pacientes con ES que asistieron al consultorio conjunto; detectar el compromiso gastrointestinal en nuestros pacientes con ES; evaluar si la unidad pudo lograr un cambio en cuanto al enfoque diagnóstico y terapéutico de los pacientes con compromiso gastrointestinal.

MÉTODOS: La evaluación de los pacientes se realizó en conjunto con especialistas en Reumatología y Gastroenterología de manera sincrónica. Primera visita: datos demográficos y características basales de la enfermedad. Presencia y la severidad de síntomas gastrointestinales utilizando el cuestionario UCLA GIT 2.0. Solicitud de estudios complementarios. Modificaciones en la terapéutica. Segunda visita (2-3 meses): se evaluaron estudios complementarios. Se registró si hubo mejoría en los síntomas gastrointestinales luego de las modificaciones terapéuticas. Se utilizó una base de datos donde se registraron pacientes de marzo a julio de 2023. El análisis estadístico se realizó a través del software InfoStat.

RESULTADOS: Total de pacientes atendidos: 43 (9,3% hombres y 90,7% mujeres). Media de edad: 49 años. Tipo de ES: 46,5% ES limitada, 25,8% difusa, 16,2% sin esclerodermia, 4,6% rápidamente progresiva y 6,9% superposición. El 88,3% de los pacientes tenían síntomas gastrointestinales al momento de la consulta. Mediana de severidad de síntomas UCLA GIT 2.0: 0,70, es decir, afectación moderada. Se solicitaron estudios complementarios en el 69,7% 4 manometrías: contractilidad esofágica inefectiva e hipomotilidad. 11 videoendoscopias altas: 2 angiodisplasias gástricas, 1 esofagitis grado D, 1 esófago de Barret. Anticuerpos positivos: 1 anticuerpo antimúsculo liso y 1 anticuerpo antimitocondrial. En el 51,1% de los pacientes hubo modificaciones en el tratamiento; el 23,2% fue en relación a famotidina, 11,6% inhibidor de bomba de protones, 11,6% proquinéticos, 9,3% rifaximina, 6,9% cambios en la dieta y 4,6% probióticos. El 13,9% de los 43 pacientes asistieron a la segunda visita, de los cuales el 9,3% refirió mejoría de sus síntomas y el 6,9% asistió solo para entregar estudios complementarios.

CONCLUSIÓN: Con los datos obtenidos hasta el momento podemos decir que se detectaron síntomas gastrointestinales en la mayoría de los pacientes con ES que asistieron a la unidad conjunta, de los cuales la mitad supuso un cambio en el enfoque diagnóstico y terapéutico. Hasta ahora es escaso el porcentaje de visitas de control, sin embargo esperamos seguir recabando información en el futuro.

HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EN ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

ZUNINO Luisina Victoria, CALVO Romina, ORTIZ Alberto

HOSPITAL DR. JOSÉ MARÍA CULLEN

INTRODUCCIÓN: Dentro de las principales causas de hemorragia alveolar difusa (HAD) se destacan los desórdenes autoinmunes sistémicos, asociándose a glomerulonefritis simultánea y constituyendo el síndrome pulmón-riñón. La HAD es un síndrome potencialmente mortal, poco frecuente, y tiene un mal pronóstico en general, con una mortalidad hospitalaria que oscila entre el 20 y el 50%. Requiere de un alto índice de sospecha para evitar demoras en su diagnóstico y tratamiento.

OBJETIVO: Describir las características de pacientes con HAD en el contexto de las enfermedades autoinmunes observados en un solo centro; evaluar la presencia de síndrome pulmón-riñón, objetivar los hallazgos relevantes y compararlos con los pacientes sin compromiso renal; determinar factores de mal pronóstico.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal, mediante el análisis de las historias clínicas de pacientes con HAD y enfermedades autoinmunes del Servicio de Reumatología del Hospital Cullen, entre 1999 y 2023. Se definió HAD según los criterios de Barile adaptados. Se excluyeron las HAD por otras causas (por ejemplo: tromboembolismo de pulmón, uremia, edema agudo de pulmón) y los casos que no fueron confirmados por BAL o tubo endotraqueal. Se definieron los síntomas de inicio como aquellos presentes en las primeras 48 h, contadas desde el momento de la consulta; tiempo de demora diagnóstica, como el tiempo transcurrido, en días, desde el primer signo/síntoma de hemorragia pulmonar registrado en la historia clínica, hasta la confirmación diagnóstica por lavado broncoalveolar (BAL) o sangrado por tubo endotraqueal. Se utilizó el software SPSS Statistics 19. Las variables se presentaron como frecuencias, porcentajes, medias o medianas. Se utilizó el test de chi-cuadrado y prueba T. Nivel de confianza $\alpha=0.05$.

RESULTADOS: Se incluyeron 36 pacientes con 44 episodios de HAD (7 fueron recurrentes). 25 con LES (69%), 4 con vasculitis secundaria a cocaína (11.1%), 3 con vasculitis anca + (8.3%) y 1 con AR, SAF primario, enfermedad de Behçet y vasculitis hipocomplementémica respectivamente (2.8%). El 66.7% de los pacientes fueron mujeres (n=24), edad media de inicio de la enfermedad de 32.5 años (+/-11.5 años). La demora diagnóstica fue de 3,5 días (IC 3-8). Los síntomas más frecuentes fueron: disnea en 70% y fiebre en 59%. Hemoptisis se observó en 51.2% (n=21). Todos los pacientes recibieron tratamiento con metilprednisolona en pulsos, excepto uno que falleció al ingreso de cuidados críticos. Un 81,8% de los eventos recibieron además ciclofosfamida, 22,7% plasmaféresis y 4,5% rituximab. Las complicaciones más frecuentes fueron requerimiento de diálisis en 34,1% de los casos, ventilación mecánica en 22,7% y sobreinfección 20,5%. Fallecieron 18 pacientes. La asistencia respiratoria mecánica (ARM) resultó un factor asociado a mortalidad (p=0.001) y se observó una tendencia a la misma por infecciones. Un 60% de los pacientes tratados con plasmaféresis murieron. En 35 eventos se observó compromiso renal. Se observó una significancia estadística en la presencia de tos y el requerimiento de diálisis en estos pacientes (p=0.04; p=0.014 respectivamente).

CONCLUSIÓN: Se observó un alto porcentaje de pacientes con compromiso renal asociado a HAD. Solo en la mitad de los casos se observó hemoptisis y el síntoma más frecuente fue la disnea. Mayor mortalidad en aquellos que requirieron ARM o que complicaron con cuadros infecciosos. Al comparar los pacientes con o sin compromiso renal, no observamos grandes diferencias entre ambos grupos. El diagnóstico oportuno de HAD y el control de las infecciones serían clave para una mejor evolución.

RIESGO DE INFECCIÓN ASOCIADO A LA PLASMAFÉRESIS TERAPÉUTICA. ESTUDIO DE COHORTE

DELFIN Elisabet Karen¹, SCOLNIK Marina¹, BARRIOS TABORDA Onaldo José², ROSA Javier¹, SORIANO Enrique¹

¹HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ²PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

INTRODUCCIÓN: La plasmaféresis (PF) es una terapia extracorpórea que remueve inmunoglobulinas, complejos inmunes o mediadores inflamatorios del plasma. Se emplea en enfermedades autoinmunes y otras patologías. En 2022 un metaanálisis mostró que la PF se asoció con infecciones serias dentro del primer año.

CARACTERÍSTICAS	
Sexo masculino, n (%)	38 (38.5%)
Edad 1era PF, media (DE)	43.3 años (DE 17.1)
Recibió GGC VO, n (%)	71 pacientes (79%)
Recibió pulso de GGC, n (%)	63 pacientes (69.2%)
Cantidad de IS (mediana RIQ)	2 (RIQ 1-4)
ClCr basal	34 micromol/1.73 m ² (RIQ: 11.1 a 54.6)
MOTIVO DE INDICACIÓN	
reaptores, n (%)	45 pacientes (49.4%)
hematológica, n (%)	18 pacientes (19.7%)
reumatológica, n (%)	7 pacientes (7.7%)

Elaboración propia. PF: plasmaféresis, GGC: glucocorticoides, VO: vía oral, IS: inmunosupresores, ClCr: Clearance de Creatinina

Tabla: Características demográficas e indicaciones de PF.

OBJETIVO: Evaluar la incidencia de infecciones serias y mortalidad en una cohorte de pacientes que recibieron PF por diversas patologías en un Hospital Universitario de Buenos Aires.

MÉTODOS: Estudio de cohorte retrospectivo, entre 2005 y 2023. Se incluyeron pacientes de ambos sexos mayores de 18 años que hayan recibido tratamiento con PF. Los datos se obtuvieron por revisión manual de los registros médicos electrónicos. Se calculó densidad de incidencia (DI) de infecciones serias pos-PF con su intervalo de confianza del 95% (IC 95%) durante los 12 meses de seguimiento posteriores y se expresó por cada 1000 pacientes-año (PA). Se realizó análisis multivariado de regresión de Cox para identificar factores asociados con infecciones serias (> grado 3) según *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE). Estos resultados se basan en el análisis de la primera sesión de PF.

RESULTADOS: Se incluyeron 91 pacientes, las características demográficas y relacionadas con las indicaciones de PF se muestran en la Tabla. Ocurrieron infecciones en 23 pacientes

(25.2%), 19 fueron severas, con una DI de 6 (IC 95% 3.8 a 9.4) por cada 1000 PA. Fallecieron 20 pacientes (21.9%) siendo la DI de muerte de 6.4 por cada 1000 PA (IC 95% 4.1 a 9.9). Ninguno de los pacientes con enfermedades reumatológicas sufrió infección severa. En el análisis multivariado (incluyendo edad, sexo, patología de base, tratamientos concomitantes, función renal y uso de corticoides) ninguna variable se asoció significativamente con mayor riesgo de infecciones severas, observándose una tendencia a mayor riesgo con mayor cantidad de inmunosupresores, menor *clearance* de creatinina (ClCr) y un efecto protector del uso de glucocorticoides. Tampoco encontramos variables asociadas con mayor mortalidad, siendo esta menor (no significativamente) en las indicaciones reumatológicas (solo 1 paciente falleció al año de la sesión de PF).

CONCLUSIÓN: En nuestra experiencia la PF se asoció con una baja incidencia de infecciones severas y muerte, especialmente en pacientes con enfermedades reumáticas. No encontramos ningún factor que se asociara significativamente con ninguno de estos dos eventos.

ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINA IGA EN LAS MANIFESTACIONES NO CRITERIO DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO OBSTÉTRICO

DANZA Álvaro, ROCA Federico, SILVEIRA Gonzalo, CARLOMGANO Adriana, REBELLA Martín

FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

INTRODUCCIÓN: El síndrome antifosfolípido (SAF) obstétrico se define por los criterios clasificatorios. Además de estos, existen otras manifestaciones denominadas "no criterio", dentro de las cuales están un número menor de abortos y la aparición del síndrome de preeclampsia/eclampsia (SPE) y/o insuficiencia placentaria (IP) antes de la semana 37 de la gestación, pero luego de la semana 34, criterios que pueden apoyar el diagnóstico de SAF. Asimismo, se han considerado múltiples marcadores biológicos "no criterio", fundamentalmente en escenarios de trombosis arteriales o venosas, pero en menor medida durante el embarazo.

OBJETIVO: Describir si existe asociación de los anticuerpos anticardiolipina isotipo IgA con el desarrollo de síndrome de preeclampsia/eclampsia y/o insuficiencia placentaria durante el embarazo.

MÉTODOS: Se diseñó un estudio de casos y controles, de inclusión prospectiva de pacientes. Se consideró "caso" la presencia de SPE y/o IP antes de la semana 37; por cada caso se incluyeron dos controles de edad materna y gestacional comparables (+/- 5 años o semanas, respectivamente), sin SPE y/o IP. Se consideraron variables demográficas y clínicas. Se incluyeron pacientes de una maternidad general. Se excluyeron enfermedades autoinmunes sistémicas, gemelares y/o malformaciones. A todas las pacientes se les realizó inhibidor lúpico, anticardiolipina (ACL) IgG, IgM e IgA, anti-β2-glicoproteína-1 IgG e IgM. Los ACL IgA se consideraron positivos o negativos según el punto de corte indicado por el laboratorio proveedor del reactivo: 20 CU. La asociación se testó mediante test de chi-cuadrado, con SPSS 25.0. El protocolo fue aprobado por un Comité de ética.

RESULTADOS: Se incluyeron 62 casos y 142 controles. La media (DE) de proteinuria en el grupo casos fue de 0.9 (1.3) g/24 horas.

CONCLUSIÓN: En nuestro trabajo no observamos una asociación entre la presencia de ACL IgA y preeclampsia y/o insuficiencia placentaria de inicio antes de la semana 37 de la gestación. La dosificación durante el tercer trimestre del embarazo puede tener un componente dilucional lo que determina un descenso de los títulos de anticuerpos. Es necesario realizar nuevos estudios para definir si existe asociación entre SPE y/o IP luego de la semana 37 y SAF. No obstante, de momento, la utilidad de esos marcadores no parece ser determinante en el estudio de estas pacientes.

REPORTE DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS Y ARTERITIS DE TAKAYASU EN ARGENTINA: ¿ASOCIACIÓN CAUSAL O CASUAL?

SCOLNIK Marina¹, CECCATO Federico², CASTEL DEL CID Cecilia³, ALBIERO Juan Alejandro⁴, CITERA Gustavo⁵, SCHNEEBERGER Emilce⁵

¹HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ²SANATORIO ESPERANZA S.A., ³HOSPITAL CENTRAL, ⁴HOSPITAL CÓRDOBA, ⁵INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

INTRODUCCIÓN: Varios estudios han resaltado la coexistencia de la arteritis Takayasu (TAK) con diversas enfermedades inflamatorias crónicas. La prevalencia de manifestaciones extravasculares en la TAK fue reportada entre 19 y 39%. Las asociaciones más frecuentemente comunicadas son: la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), las espondiloartritis (EspA), la enfermedad de Behçet y la psoriasis.

OBJETIVO: Presentar una serie de pacientes con diagnóstico concomitante de espondiloartritis (EspA) o con rasgos de EspA y arteritis de Takayasu (TAK) en Argentina.

MÉTODOS: Se incluyeron pacientes con diagnóstico concomitante de EspA o con rasgos de EspA (criterios ASAS 2009 de EspA axial [ax]), criterios New York modificados [NYM] para espondilitis anquilosante [EA], criterios GRAPPA para artritis psoriásica [APs]) y TAK (criterios ACR 1990) de distintos centros de la República Argentina. Se recopiló características demográficas, clínicas, analíticas (HLA-B27, reactantes de fase aguda -RFA-), métodos diagnósticos de TAK, subtipo de EspA, tratamientos y desenlaces

RESULTADOS: Se incluyeron 7 pacientes, 5 mujeres y 2 varones. Cuatro presentaban EspA (EspAax juvenil, APs, EA y EspAax pura) y 3 tenían rasgos de EspA (enfermedad Crohn, psoriasis y oligoartritis asimétrica de grandes articulaciones). La edad media al diagnóstico de EspA (o sus rasgos) fue 25±12 años y de TAK 31±10.9 años. En 5 pacientes el diagnóstico de EspA, o sus rasgos, se presentó entre 2-15 años (mediana 4 años) antes del diagnóstico de TAK, en otro caso fue posterior y en un caso el diagnóstico de ambas enfermedades fue simultáneo. Los signos más frecuentes que llevaron al diagnóstico TAK fueron: disminución pulsos (3/7), soplos vasculares (3/7) y fiebre 2/7. Los RFA estuvieron elevados en 71% de los pacientes. Todos los pacientes tenían compromiso de aorta y/o sus colaterales documentado por imágenes. El tratamiento EspA incluyó terapia biológica en un paciente, metotrexato en dos pacientes y AINE en el resto. El tratamiento de TAK consistió en corticoides (CS) en altas dosis, inmunosupresores (MTX, AZA) en 5/7 pacientes y en tres pacientes se indicó un TNFi. Un solo paciente no recibió al basal tratamiento para la TAK por ausencia de actividad clínica, RFA normales y PET-TC sin actividad inflamatoria. En la evolución, 6 pacientes tuvieron buena respuesta al tratamiento inicial. Un paciente fue refractario inicialmente a CS y AZA, luego presentó buena respuesta a MTX, posteriormente por recaída fue tratado con ADA y colocación de *stent* en subclavia derecha. Un paciente falleció (neumonía COVID-19) y el resto está en remisión.

CONCLUSIÓN: Las EspA y TAK pueden coexistir, si bien esta asociación es poco frecuente, pareciera tener sustento genético. Deberíamos considerar su diagnóstico en pacientes con EspA con síntomas constitucionales y RFA elevados en forma persistente.

RENDIMIENTO DE LOS NUEVOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICO (SAF) ACR/EULAR 2022 EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS POSITIVOS. GRUPO DE ESTUDIO DE SAF. SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

NIETO Romina¹, PORTA Sabrina¹, SERRANO MORALES Rosa¹, QUINTANA Rosana², ROBERTS Karen², LEMA Luis¹, MALDINI Carla¹, GOIZUETA Cecilia¹, LOBO Victoria¹, BROLL Ariel¹, SAVIO Verónica¹, TISSERA Yohana¹, SCOLNIK Marina¹, PALACIOS Erika¹, LUISSI Aurelia¹, CUCCHIARO Natalia Lili¹, ESTÉVEZ Adrián¹, ABALO Alejandra¹, ETCHEVERRY Mayra¹, RINESI Diego¹, PERÉS Silvia¹, IZAGUIRRE Pía¹, BRIGANTE Alejandro¹, CASTRO COELLO Vanesa¹, DUBINSKY Diana¹, SORRENTINO Laura Julieta¹, BELLOMIO Verónica¹, LEGUIZAMÓN María Lilia¹, PISONI Cecilia¹, DE LA TORRE María Laura¹, ANTONIOL María Noelia¹, PERANDONES Carlos¹, VELLOSO Sofía¹, GARCÍA Mercedes¹, BERMAN Horacio¹, GOBBI Carla Andrea¹, BENZAQUÉN Nadia¹, SACNUM Mónica¹, GUAGLIANONE Débora¹, VIVERO Florencia¹, MACHADO ESCOBAR Maximiliano¹, SAURIT Verónica¹, RISCANEVO Nadia¹, REMONDINO Graciela¹, NEMAN Verónica¹, DANIELSEN María Constanza¹, GÓMEZ Graciela¹, BABINI Alejandra¹, VISENTINI Susana¹, PACHECO Gonzalo Javier¹, PONS-ESTEL Guillermo¹, ALBA Paula¹

¹GRUPO DE ESTUDIO DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICO, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (GESAR-SAF), ²UNISAR

INTRODUCCIÓN: Los criterios de clasificación de Sidney son los más utilizados para clasificar a los pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF). Desde su revisión en 2006 se han descrito en la literatura otras manifestaciones clínicas y de laboratorio (*livedo reticularis*, racemosa), úlceras cutáneas, trombocitopenia, afectación cardíaca, pulmonar y renal. En 2022 se presentaron en el congreso del *American College of Rheumatology* (ACR) los nuevos criterios de clasificación ACR/EULAR.

OBJETIVO: Describir el desempeño de los nuevos criterios de clasificación SAF ACR/EULAR 2022 en pacientes con anticuerpos antifosfolípidos (AF).

MÉTODOS: El registro del grupo de estudio de SAF la SAR es un estudio multicéntrico, observacional y longitudinal de pacientes portadores de anticuerpos AF (anticoagulante lúpico [AL], anticuerpos anticardiolipina [aCL] y anti-Beta 2 glicoproteína [aB2GPI]). Se realizó un análisis de los datos recolectados al ingreso a la cohorte. Se evaluaron características de laboratorio y manifestaciones clínicas en relación al cumplimiento de los nuevos criterios clasificación de SAF ACR/EULAR 2022. Las variables continuas se resumen con la media y desvío estándar (DE), las variables categóricas se resumieron en frecuencia y porcentaje.

RESULTADOS: Se incluyeron 351 pacientes en el registro de AF de GESAR-SAR, 299 (85,2%) eran mujeres, con una edad media al momento del cumplimiento de los criterios fue de 34,5 años (DE 11,9), 164 (46,7%) eran de etnia mestiza y 139 (39,6%) caucásicos. De los pacientes incluidos, 36,5% (n=128) cumplieron con los criterios de clasificación de SAF de ACR/EULAR 2022. En la Tabla se muestran las características clínicas de los pacientes que cumplieron con estos nuevos criterios. Se evidenció trombosis arterial en 35 pacientes (27,6%), tromboembolismo venoso en 36 (28,3%) y compromiso microvascular en 53 (42,1%). Además, 11 pacientes presentaron engrosamiento valvular y 9 trombocitopenia. No se registraron vegetaciones valvulares. Se encontró que 40 pacientes (11,4%), que no podían clasificarse según los criterios de clasificación de Sidney, pudieron ser clasificados según los nuevos criterios de SAF ACR/EULAR 2022.

CONCLUSIÓN: Describimos las características clínicas de los pacientes que cumplieron los nuevos criterios de clasificación de SAF ACR/EULAR 2022 del Registro de pacientes con anticuerpos AF de la SAR. Encontramos una alta prevalencia de compromiso microvascular, lo que sumado a pacientes con engrosamiento valvular y trombocitopenia podrían mejorar la sensibilidad de estos criterios. Futuros análisis de validación nos permitirán comprobar el desempeño de estos nuevos criterios en nuestro registro.

DOMINIO CLÍNICO	ACR/EULAR 2022 (N=138)	No ACR/EULAR 2022 (N=223)	Total (N=361)
Trombosis Arterial	35 (27.0%)	33 (17.1%)	68 (21.3%)
Perfil de alto riesgo TVP ¹	0	0	0
Perfil de bajo riesgo TVP ¹	34	34	68
Tromboembolismo Venoso	36 (28.3%)	58 (30.4%)	94 (29.6%)
Perfil de alto riesgo CV ²	0	0	0
Perfil de bajo riesgo CV ²	25	42	67
Compromiso Microvascular	53 (42.1%)	58 (30.7%)	111 (31.8%)
Establecido ³	5	4	9
Sospechado ³	15	3	18
Morbilidad Obstétrica			
3 o más abortos < 32 semanas	14 (10.2%)	18 (10.2%)	32 (11.4%)
1 o más Prematuros < de 34 semanas	18 (14.3%)	16 (14.4%)	34 (11.8%)
Preeclampsia severa	6 (4.6%)	6 (2.8%)	12 (4.2%)
Insuficiencia placentaria	9 (16.7%)	8 (9.4%)	17 (12.2%)
Valvulopatías Cardíacas			
Engrosamiento	11 (8.0%)	6 (2.8%)	17 (4.8%)
Vegetación	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Sin Vegetación	128 (100%)	223 (100%)	351 (100%)
Trombocitopenia	9 (7.0%)	1 (0.4%)	10 (2.8%)
DOMINIOS DE LABORATORIO			
Anticoagulante téptico score			
Positividad lítica	21 (16.4%)	32 (18.2%)	53 (18.8%)
Peristante	80 (62.5%)	68 (30.5%)	148 (42.2%)
Anticardiolipina (aCL) / anti-Beta 2 glicoproteína I (aB2GPI)			
aCL IgG Moderada	52 (40.6%)	36 (16.1%)	88 (25.3%)
aCL IgG Alta	33 (24.2%)	19 (8.5%)	50 (14.2%)
aCL IgM Positiva	79 (57.0%)	92 (41.3%)	165 (47.0%)
aB2GPI IgG Moderada	25 (18.8%)	21 (9.4%)	46 (12.9%)
aB2GPI IgG Alta	19 (14.5%)	19 (8.5%)	38 (10.7%)
aB2GPI IgM Positiva	68 (50.4%)	113 (50.6%)	181 (50.8%)

Tabla: Manifestaciones según criterios de clasificación ACR/EULAR 2022.

ENCUESTA SOBRE PERCEPCIONES Y VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO LABORAL PARA MÉDICOS REUMATÓLOGOS

PÉREZ CEPAS Bárbara, MORÓN María Inés, LLOVES SCHENONE Nicolás Martín, DELLA MAGGIORA Maricel, DALPIAZ Marina
COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA VISCA

INTRODUCCIÓN: Se entiende a la violencia de género, o violencia contra las mujeres, como toda conducta, acción y omisión que, de manera directa o indirecta, en el ámbito público y/o en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, su libertad, su diversidad, integridad física, psicológica, sexual, económica, como también su seguridad personal. En marzo de 2009 se sancionó la Ley 26485 (Ley de Protección Integral a las Mujeres, ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia) dirigida a la protección integral de las mujeres, en términos de prevención, en forma conjunta con la sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres; abarca la violencia doméstica, institucional, libertad de reproducción y obstétrica en el ámbito público.

OBJETIVO: Describir la opinión de los médicos reumatólogos sobre percepciones y violencias de género en el ámbito laboral.

MÉTODOS: Participaron médicos reumatólogos y médicos en formación en Reumatología de la República Argentina, tanto del ámbito público como privado. Se envió vía telefónica y correo electrónico una encuesta anónima. El consentimiento se obtuvo al comienzo de la encuesta y fue requisito previo para contestar las preguntas.

RESULTADOS: Se respondieron 97 encuestas, de las cuales un 62.9% fueron respondidas por mujeres cis, 35.1% hombres cis, 1% no binario y 1% otro género. La mayor cantidad de encuestas respondidas fue dentro del rango etario entre 36 a 45 años en un 39.2%, seguido de 25 a 35 años en un 23.7%. El 79.4% eran reumatólogos ya formados, mientras que el 20.6% estaba en formación académica. De los resultados obtenidos en la encuesta, el 30.9% alguna vez ha recibido chistes sobre género u orientación sexual, comentarios subidos de tono o gestos inapropiados por algún/a compañero/a de trabajo. Con respecto a haber recibido bromas, comentarios sexistas/machistas/discriminatorios, esto se observó en el 59.8%. Acerca de recibir comentarios inadecuados sobre el cuerpo y/o la vestimenta esto ocurrió en un 44.3% al menos una vez, siendo estos comentarios realizados por hombres en un 20.6%, 4.1% por mujeres y 21.6% por ambos géneros. Mientras que 53.6% prefirió no contestar. En relación a haber sufrido agresiones verbales o descalificaciones debido al género u orientación sexual por parte de algún/a compañero/a de trabajo, se vio en un 10.3% de las encuestas respondidas. Sobre ser acosado por un compañero/a de trabajo vía mensajes, *chats*, *mails*, llamadas o contactos por redes sociales se obtuvo en un 10.3% de las encuestas respondidas. En cuanto a haber sido forzado alguna vez a tener contacto físico sin su consentimiento se recabó que un 5.2% lo sufrió alguna vez. Además, han sido excluidos de reuniones de trabajo motivado por el género en un 8.2%. Por otro lado, alguna vez han sido tratados de forma desigual en comparación con sus pares del género opuesto y esto se vio en un 33%. Solamente un 2.1% alguna vez han tenido experiencias de hostigamiento laboral por negarse a un intercambio sexual o sentimental y un 2.6% alguna vez ha tenido experiencias de violencia física.

CONCLUSIÓN: Los resultados obtenidos de este trabajo nos informan acerca de la situación sobre la temática de violencia de género en el ámbito

laboral para médicos reumatólogos en la Argentina, teniendo por primera vez información actualizada de este tipo de problemática en nuestro ámbito laboral, lo cual nos permitiría abordarla mediante charlas, puntos de encuentro y protocolos de abordaje.

0265

PERFIL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

LUNA Melisa Romina, NASI Silvina, GORDILLO Florencia, BENAVENTE Matías, GARCÍA CICCARELLI Agustín

HOSPITAL EL CARMEN

INTRODUCCIÓN: Las hospitalizaciones de pacientes con artritis reumatoidea (AR) implican un gran impacto médico, social y económico. La descripción del perfil de los pacientes hospitalizados contribuye a optimizar el trabajo médico y la utilización de recursos.

OBJETIVO: Determinar la frecuencia y causas de hospitalización de pacientes con AR atendidos en un hospital de tercer nivel y su relación con otros factores como comorbilidades y tratamientos recibidos.

MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo, comparativo, donde se incluyeron pacientes mayores de 18 años que cumplían criterios de clasificación ACR/EULAR 2010 para AR. Se realizó un análisis demográfico. Se consignaron datos como duración y actividad de la enfermedad, historia de tabaquismo, comorbilidades, perfil de anticuerpos y tratamiento inmunosupresor al momento de la internación. Análisis estadístico con Epi Info: medidas de tendencia central, de dispersión y chi-cuadrado; criterio de significación error alfa<5%.

RESULTADOS: Se incluyeron 106 pacientes, el 79% eran mujeres. La edad media del total de pacientes fue 58.70 (DE±13.11). El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 8.07 (DE±6.43) años y el 20% presentaba una alta actividad de AR. El 32% eran tabaquistas y la hipertensión fue la comorbilidad más habitual (35%). La causa más frecuente de internación fueron las infecciones (33%), especialmente por infecciones respiratorias (76%) (más frecuente neumonía por SARS COV 2 en 40%); seguido por las urgencias quirúrgicas (20%) y la enfermedad cardiovascular (12%). El tratamiento más usado al ingreso eran los DMARDs convencionales (96%), un 34% de pacientes se encontraban con corticoterapia crónica, un 37% con terapia biológica y un 16% con inhibidores JAK. La muerte se produjo en el 9% de los pacientes, en el 50% estuvo relacionada con la causa de ingreso. No se encontró relación entre el tratamiento con prednisona >5 mg/día (p=0.22), DMARD biológicos (p=0.16) e inhibidores JAK (p=0.76) con la probabilidad de ingreso debido a infección.

CONCLUSIÓN: El motivo más frecuente de internación en los pacientes con AR fueron las infecciones, principalmente las respiratorias; no encontramos relación estadísticamente significativa en cuanto al uso de corticoides o drogas biológicas y la mayor ocurrencia de esta complicación.

0266

ACTIVIDAD FÍSICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON OSTEOARTRITIS DE RODILLA Y/O CADERA

CHEREY Sofía¹, DAPEÑA Joan Manuel¹, BANDE Juan Manuel¹, MEDINA María Alejandra¹, KLAJN Diana Silvia¹, CARACCILO José¹, KOHAN María Paula², SOSA María Julia³, PETRUZZELLI Sandra⁴, CELENZA María Alejandra⁴, PAPASIDERO Silvia¹

¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, ²HOSPITAL DR. RAÚL F. LARCADE, ³SANATORIO LA TRINIDAD MITRE, ⁴HOSPITAL FRANCISCO SANTOJANNI

INTRODUCCIÓN: La osteoartritis (OA) es una enfermedad articular crónica que produce dolor, rigidez y pérdida de la función, principalmente en articulaciones de carga como las rodillas y caderas. Por lo tanto, puede limitar la realización de actividad física en los pacientes que la padecen. El *Physical Activity Questionnaire for the Elderly* (IPAQ-E) es un cuestionario adaptado para su uso en personas ≥65 años que evalúa la actividad física. Consta de 7 preguntas que establecen tiempo, frecuencia e intensidad de las actividades en los últimos 7 días. Permite calcular el gasto energético en equivalentes metabólicos (MET).

OBJETIVO: Describir la actividad física mediante el cuestionario IPAQ-E en una cohorte de pacientes con OA de rodilla y/o cadera, y evaluar su asociación con características de la población.

MÉTODOS: Estudio observacional, de corte transversal, descriptivo y analítico. Se incluyeron pacientes consecutivos ≥65 años con diagnóstico de OA de rodillas (ACR'86) y/o caderas (ACR'90). Se excluyeron patologías articulares diferentes de OA, colagenopatías, fibromialgia y dificultad para la lecto-compresión. Se registraron datos sociodemográficos, características de la enfermedad, clinimetría y radiografías de cadera y/o rodilla. Además, se consignó la práctica deportiva. Todos los participantes completaron el IPAQ-E. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Se compararon los resultados del IPAQ-E con características de la población mediante prueba de T de Student, ANOVA, Mann Whitney, Kruskal Wallis, chi-cuadrado o Spearman. Se consideró significativo p≤0.05.

RESULTADOS: Se incluyeron 89 pacientes, el 82% fueron mujeres, con una edad media de 71.1 años (DE 8.2). La mediana del tiempo de evolución de la OA fue de 34 meses (RIC 12-60). El 15.7% practicaba deporte. La OA de rodilla (52.2%) fue más frecuente que la de cadera (22.5%). Las características de la población y clinimetría se observan en la Tabla 1. Según resultados del IPAQ-E la actividad física fue baja a moderada, predominando la caminata con un tiempo de 30 minutos diarios (RIC 10-60). El tiempo de sedentarismo fue de 3 horas (RIC 1-5). Los resultados de IPAQ-E se pueden observar en Tabla 2. El uso de opiáceos se asoció con menos actividad física (400.5 [RIC 99-551] vs 1320 [RIC 462-2772], p=0.01), menos minutos MET de caminata (148.5 [RIC 0-264] vs 594 [RIC 148-1368], p=0.01) y con actividad física baja (85.7% vs 34.7%, p=0.002).

CONCLUSIÓN: La mayoría de los pacientes tenía una actividad física baja a moderada. El uso de opiáceos se asoció con menor actividad física.

Edad en años, media (DE)	71.1 (8.2)
Mujeres, n (%)	73 (82)
Años de estudio, media (DE)	8.5 (3.1)
Empleo actual, n (%)	11 (12.4)
IMC, media (DE)	28.9 (5)
Tabaquismo actual, n (%)	10 (11.2)
Práctica deportiva, n (%)	14 (15.7)
Tiempo desde que practica deporte en meses, media (DE)	9.4 (5.7)
Comorbilidades, n (%)	83 (93.3)
- Hipertensión arterial	37 (44.6)
- Dislipemia	15 (18)
- Hipotiroidismo	14 (16.9)
- Osteoporosis	11 (13.2)
- Diabetes mellitus	10 (12)
- Otras	14 (16.9)
Tiempo de evolución de la OA en meses, mediana (RIC)	34 (12-60)
Localización de la OA, n (%)	
- Caderas	20 (22.5)
- Rodillas	47 (52.2)
- Ambas regiones	22 (24.7)
Articulación más sintomática de la OA, n (%)	
- Rodilla derecha	42 (47.2)
- Rodilla izquierda	15 (16.8)
- Cadera derecha	21 (23.6)
- Cadera izquierda	11 (12.3)
EVA dolor general en mm, mediana (RIC)	60 (50-80)
EVA general paciente en mm, mediana (RIC)	60 (50-80)
EVA fatiga en mm, mediana (RIC)	10 (0-50)
WOMACab, mediana (RIC)	13 (7-17)
OKHQOL, mediana (RIC)	62 (44.3-70.7)
Escala de K&L, n (%)	
- Grado 1	12 (13.6)
- Grado 2	23 (26.1)
- Grado 3	31 (35.2)
- Grado 4	1 (1.1)
Estado funcional global, n (%)	
- Clase I	39 (43.8)
- Clase II	40 (44.9)
- Clase III	10 (11.2)
HADS, mediana (RIC)	
- Ansiedad	11 (8-15)
- Depresión	8 (6-11)
Tratamientos farmacológicos, n (%)	
- AINEs	27 (30.3)
- Paracetamol	84 (94.4)
- Opiáceos	14 (15.7)
- Cannabis	5 (5.6)
- DMOA	20 (22.5)
Tratamientos no farmacológicos, n (%)	40 (44.9)

DE: Desvío estándar; IMC: Índice de masa corporal; OA: Osteoartritis; EVA: Escala visual análoga; WOMACab: Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index abreviado; OKHQOL: Osteoarthritis Knee and Hip Quality of Life; K&L: Kellgren & Lawrence; D: Derecha; I: Izquierda; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; AINEs: Antiinflamatorios no esteroideos; DMOA: Drogas modificadoras de la OA.

Tabla 1: Características y clinimetría de la población (n=89).

Días totales de actividad física la última semana	Mediana (RIC)
Tiempo total de actividad física (minutos/semana)	75 (30-135)
- Minutos MET/semana de actividad intensa	0 (0-400)
- Minutos MET/semana de actividad moderada	0 (0-480)
- Minutos MET/semana de caminata	330 (99-1320)
Minutos MET totales/semana	1093 (330-2310)
Categorías, n (%)	
- Actividad física baja	38 (42.7)
- Actividad física moderada	34 (38.2)
- Actividad física alta	17 (19.1)

MET: Equivalentes metabólicos; IPAQ-E: Physical Activity Questionnaire for the Elderly; RIC: Rango intercuartilico.

Tabla 2: Tiempo MET y categorías del OPAQ-E.

EVALUACIÓN DE UN SCORE HISTOPATOLÓGICO PARA EL DIAGNÓSTICO DE PENFIGOIDE OCULAR CICATRIZAL: ESTUDIO PRELIMINAR

SMICHOWSKI Andrea¹, RINGER Ariana², GANDINO Ignacio³, ZARATE Jorge⁴

¹HOSPITAL EVA PERÓN DE SAN MARTÍN, ²HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ³HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ⁴PROFESOR CONSULTO DE PATOLOGÍA (UBA) Y DIRECTOR DEL LABORATORIO DE INVESTIGACIONES Y CS VISUALES

	Total = 34	POC N=20; 58.8%	Pseudopenfigoide N=14; 41.2%	P valor
Score de JOZ				
Dépósitos basales, n (%)	18 (52.9)	15 (75)	3 (21.4)	0.004
Microcitos epiteliales, n (%)	5 (14.7)	3 (15)	2 (14.2)	0.99
Ectasias telélicas, n (%)	26 (76.2)	14 (70)	8 (42.9)	0.11
Paraparietals, n (%)	18 (52.9)	17 (85)	1 (7.1)	<0.001
Mantecón, n (%)	28 (82.4)	18 (90)	2 (14.3)	<0.001
Alteración de la interfase, n (%)	18 (52.9)	15 (75)	3 (21.4)	0.004
Fibrosis, n (%)	25 (73.5)	15 (75)	10 (71.4)	0.99
Imunohistopatológica				
Presencia de IgG en membrana basal (IgG y/o IgA), n (%)	18 (52.9)	18 (90)	0	<0.001

POC: penfigoide ocular cicatrizal; Ig: inmunoglobulinas

INTRODUCCIÓN: El penfigoide ocular cicatrizal (POC) es una patología de diagnóstico clínico y anatomopatológico, siendo los depósitos lineales de inmunoglobulinas en la membrana basal, por inmunofluorescencia directa o por técnicas de inmunohistoquímica, el hallazgo más importante y considerado *standard* de referencia para el diagnóstico, aunque en algunos casos puede estar ausente y es allí donde las características histopatológicas, aunque menos sensibles y específicas, cobran mayor relevancia. En lo que respecta a estas últimas, el diagnóstico resulta de una suma de elementos que se observan en la anatomía patológica. En ciertas ocasiones se dificulta su diferenciación con el pseudopenfigoide (pseudopoc).

OBJETIVO: Explorar las características de un score que permita diferenciar el POC del pseudopoc y otras patologías por hallazgos histopatológicos.

MÉTODOS: Se realizó un score, denominado score de JOZ, desarrollado por el Dr. Zarate (patólogo de referencia en conjuntiva ocular de Latinoamérica) en base

Tabla: Diferencias histológicas entre los pacientes con POC y pseudopenfigoide.

a los hallazgos histopatológicos (hematoxilina y eosina, tricrómico de Masson y Giemsa) en biopsias de pacientes con POC y pseudopoc. El mismo jerarquiza 7 hallazgos: depósitos hialinos basales, microquistes epiteliales, ectasias linfáticas, paraqueratosis, mastocitos, alteración de la interfase y fibrosis. Cuatro o más puntos de siete implicaron el diagnóstico de POC. El *gold standar* empleado fue la presencia de inmunoglobulinas en la membrana basal y, en los casos donde las mismas fueron negativas, la decisión del patólogo de referencia. Se calculó la sensibilidad (S), especificidad (E), el valor predictivo positivo (VPP), negativo (VPN) y la curva ROC del mismo.

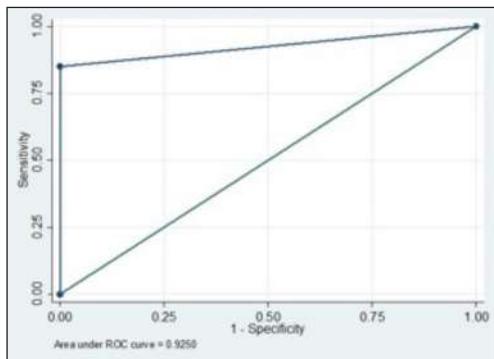


Figura: Curva ROC con un score ≥ 4 para diagnóstico de POC.

RESULTADOS: Se incluyeron 34 pacientes, 14 con pseudopoc y 20 con POC. Las diferencias de los hallazgos histológicos estadísticamente significativos entre ambos grupos se describen en la Tabla. Con respecto a las características del score con 4 o más puntos para diagnóstico de POC se obtuvo: S 85%, E 100%, VPP 100%, y VPN 82%. El índice de confianza fue de 92.5%. La curva ROC presentó un ABC de 0.92 (Figura).

CONCLUSIÓN: A pesar de las limitaciones de este trabajo (bajo número de individuos), el mismo nos presenta una posible herramienta que podría ser útil para patólogos no especializados y poder los oftalmólogos y reumatólogos contar con diagnósticos más certeros, principalmente en casos donde los depósitos de inmunoglobulinas en membrana basal resulten negativas o no puedan ser analizadas. Estudios con más pacientes terminarán de validar este score.

0270

DETECCIÓN DE ESCLERODERMIA MUY TEMPRANA EN UNA CAMPAÑA DE FENÓMENO DE RAYNAUD EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

ARIAS Lorena, ARIAS Tamara Graciela, LÓPEZ María José, MUÑOZ TORRES Carla Andrea, SILVERY León, GROSSO Mayra, MILESI Florencia, LÓPEZ Ignacio, YAHUITA Jimena, MEDINA Gustavo

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

INTRODUCCIÓN: El fenómeno de Raynaud es el cambio de coloración de las manos por una respuesta vasomotora exagerada desencadenada por frío o factores emocionales. Se clasifica en primario cuando se presenta en forma aislada, y secundario cuando se manifiesta con alguna enfermedad del tejido conectivo. El estudio recomendado para su evaluación es la capilaroscopia, un estudio sencillo, no invasivo y de bajo costo. El hallazgo de un patrón SD en la capilaroscopia y la positividad del FAN se describe como esclerosis sistémica muy temprana (*very early diagnosis of ssc*, VEDOSS).

OBJETIVO: Describir las características de los hallazgos capilaroscópicos, los hallazgos de laboratorio inmunológico en pacientes con patrón SD y estimar la prevalencia VEDOSS en los pacientes que concurren a la campaña de detección de Raynaud 2022.

MÉTODOS: Estudio descriptivo con datos obtenidos en la campaña de detección de Raynaud realizada durante 3 días en junio de 2022. Se realizó una capilaroscopia a todos los participantes con microscopios digitales USB de magnitud 50-1000X, del segundo al quinto dedo de ambas manos, evaluando 4 campos consecutivos de 1 mm de extensión. Ante un patrón anormal en la capilaroscopia se solicitó un examen de laboratorio (FAN, Scl-70, ACA) y se citó a control por consultorios de Reumatología. Las variables categóricas se expresaron en porcentaje y las numéricas en media (SD) y mediana (RIC) según correspondiera de acuerdo a su distribución.

RESULTADOS: Se analizaron datos de 200 pacientes, edad media de 46+8 años, 162 (81%) fueron mujeres, la mediana del tiempo de evolución de FR fue de 4 años (RIC: 2-8), y 160 (80%) presentaron FR sin enfermedad autoinmune asociada. De los 160 pacientes sin enfermedad autoinmune, 56/160 (35%) presentaron patrón SD: 41/56 (73%) SD temprano, 14/56 (25%) SD activo y 1/56 (1%) SD tardío, el resto tuvo una capilaroscopia normal o inespecífica. Se obtuvieron datos de laboratorio de 37/56 (66%) pacientes. De este grupo con dosaje Ac y patrón SD se observó que 9/37 (24.3%) tuvieron FAN positivo y 28/37 (75.6%) FAN negativo. En los pacientes con FAN positivo se observó que 7/9 tenían un patrón SD temprano (2 scl 70 y 1 ACA positivos) y 2/9 patrón SD activo (scl 70 y ACA negativos). La prevalencia de VEDOSS (Raynaud, patrón SD y FAN positivo) en pacientes que concurren a la campaña fue del 24% 9/37.

CONCLUSIÓN: La detección de FR en la población general, la realización de una capilaroscopia en busca de patrones SD junto con el dosaje de Ac en aquellos pacientes con patrón SD, es de suma importancia para el diagnóstico de esclerodermia muy temprana. La pronta detección de esta enfermedad permite el inicio precoz del tratamiento y la captación para seguimiento posterior.

	Patrón temprano (n=27)	Patrón activo (n=9)	Patrón tardío (n=1)
FAN positivo 9/37 (24.3%)	7	2	0
FAN negativo 28/37 (75.6%)	20	7	1

Tabla: Descripción de acuerdo a los patrones capilaroscópicos y resultados de FAN.

0272

FRECUENCIA DE MANIFESTACIONES CARDÍACAS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

SIGNORIO Simón, MAMANI ORTEGA María Lourdes, RAMOS Zey, MORBIDUCCI Julieta, BEJARANO Vanesa, SECCO Anastasia

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA

INTRODUCCIÓN: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica, sistémica, heterogénea en su presentación y evolución. Como principales causas de mortalidad se encuentran los eventos cardiovasculares, y dentro de estas manifestaciones, las más frecuentes son pericarditis y miocarditis.

OBJETIVO: Describir el tipo y frecuencia de manifestaciones cardíacas en pacientes con LES. Describir la actividad de la enfermedad al momento del evento cardíaco y los tratamientos recibidos.

MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, con recolección retrospectiva de datos. Se revisaron historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de LES según criterios ACR 1997/SLICC 2012 o EULAR/ACR 2019 atendidos en el Servicio de Reumatología de un hospital

público desde 2019 hasta la actualidad, y se incluyeron aquellos que presentaran al menos un año de seguimiento. Los pacientes con otra enfermedad reumática autoinmune fueron excluidos, excepto síndrome antifosfolípido y/o síndrome de Sjögren. Se evaluó la actividad mediante el índice compuesto SELINA SLEDAI FLARE INDEX. Las variables continuas se describieron como media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC), según distribución y tamaño muestral. Las variables categóricas se reportaron en porcentajes.

RESULTADOS: Se incluyeron 152 pacientes, 79% sexo femenino, con un promedio de edad de 29 años (DE: 11), mediana de tiempo de evolución de la enfermedad de 24 meses (RIC: 12-72). Del total de pacientes, 19 (12%) presentaron compromiso cardiovascular, dentro de los cuales 13 (69%) fueron pericarditis, 2 (11%) hipertensión pulmonar, 1 (5%) miocarditis, 1 (5%) miocarditis asociada a pericarditis, 1 (5%) miocarditis con pericarditis y endocarditis y 1 (5%) miocarditis e hipertensión pulmonar. Con respecto al tipo de *flare* medido al momento del evento cardíaco, 43% presentó *flare* leve-moderado y 57% severo. Con respecto al tratamiento, el 5% recibió tratamiento corticoide a dosis bajas durante el evento, 16% a dosis moderadas, 32% altas y 47% dosis inmunosupresoras de 1 mg/kg/día. En relación al tratamiento inmunosupresor, los más utilizados fueron ciclofosfamida (63%) y azatioprina (26%).

CONCLUSIÓN: Del total de pacientes con manifestaciones cardiovasculares, la mayoría presentó pericarditis y *flare* severo recibiendo inmunosupresores. Se resalta la importancia del *screening* del compromiso cardíaco en pacientes con LES.

0274

CUIDADO Y SALUD EN PROFESIONALES DE LA REUMATOLOGÍA 2023

LÓPEZ Ignacio, BETANCUR Graciela, MARTIRE María Victoria, GÓMEZ Ramiro, ALFARO Agustina, BENÍTEZ Cristian Alejandro, BUSCHIAZZO Emilio, SMICHOWSKI Andrea María, SATTTLER María Emilia

SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA JOVEN (SAR JOVEN)

INTRODUCCIÓN: Los médicos tienen conocimientos acerca del fenómeno salud-enfermedad y de los riesgos y problemas que acarrea determinada forma de vivir. Sin embargo, es probable que el contexto institucional en el que se desenvuelven y las condiciones laborales a las que se exponen limiten sustancialmente varios aspectos de su vida cotidiana, como la alimentación, el ritmo sueño/vigilia, el descanso, el esparcimiento y el estado emocional. Para conocer la situación actual, se plantea el presente trabajo con el fin de evaluar el cuidado, la salud general y el *burnout* en médicos reumatólogos jóvenes de Argentina.

OBJETIVO: Describir el cuidado de salud (controles médicos, actividad física, alimentación y cuidado de salud mental) en reumatólogos argentinos menores de 45 años; determinar la frecuencia de *burnout* mediante el cuestionario *Maslach Burnout Inventory* en médicos reumatólogos <45 años; evaluar los factores asociados al *burnout*.

MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Se realizó una encuesta difundida por diferentes vías de contacto donde se consultó acerca del ejercicio físico, actividades culturales, alimentación y cuidados de la salud. El nivel de *burnout* se evaluó por el cuestionario *Maslach Burnout Inventory* en médicos reumatólogos <45 años. Se realizaron pruebas mediante modelos bivariados en relación a los factores que podrían influir en el *burnout*, los resultados del cuestionario y los años de ejercicio de la profesión, realización de terapia, actividad física, actividades de esparcimiento y reuniones sociales.

RESULTADOS: 121 profesionales contestaron la encuesta, 90 (74%) eran mujeres, mediana de edad 36 (RIC 33-36). La mediana de años de recibido fue de 8 (RIC 4-12) con una mediana de antigüedad laboral de 3 (RIC 1-5). Del total de encuestados, 28 (23%) se encontraban cursando su formación. Al consultar por una segunda especialidad, 87 (72%) profesionales tenían otra especialidad siendo un 88% (77) internistas en ejercicio actual por un 64% (57). La mediana de trabajo de la totalidad de profesionales 3 (RIC 2-4), un 34% (41) continuaban realizando guardias y un 25% (30) ejercían la docencia. Con respecto al cuestionario, se obtuvo que el 63% (76) presentaban un elevado cansancio emocional, 54% (66) un alto nivel de despersonalización y 39% (47) un moderado nivel de realización personal. Al consultar por otras actividades, se observó que un 74% (90) realizaban actividad física, un 61% (55) entre 1 a 3 veces por semana, se indagó sobre actividades de esparcimiento 61% (74) y reuniones sociales en un 83% (100). Un 61% (74) realizó controles en el último año siendo en su mayoría mujeres, un 31% (37) realizaba terapia de salud mental. En los modelos realizados se observó que los profesionales que tienen actividades sociales tenían mayores niveles de despersonalización (OR 0,2 IC 95% 0,063-0,861; p=0,02) y mayores niveles de cansancio emocional (OR 0,2 IC 95% 0,063-0,832; p=0,02), sin otro hallazgo en los modelos realizados.

CONCLUSIÓN: En este estudio encontramos una asociación negativa entre la participación en actividades sociales y el cansancio emocional y la despersonalización, por lo que la interacción social podría pensarse como un factor protector para el *burnout*, siendo necesarios estudios más exhaustivos para evaluar en profundidad estos hallazgos.

0276

AMPLITUD DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA COMO PREDICTOR DE SEVERIDAD PULMONAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA ASOCIADA A ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO

LIGUORI Carla, MOSCATELLI Melina, VERNAY Neri, LAGRUTTA Mariana, CAMPAGNA Mónica, GARDEÑEZ Walter

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades del tejido conectivo (ETC) tienden a la cronicidad y al compromiso de múltiples órganos y tejidos, y pueden ser causa de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID). El *Red cell distribution width* (RDW) es una determinación dentro del hemograma automatizado muchas veces menospreciada. Sin embargo, existe evidencia creciente de que se comporta como una medida integradora de procesos patológicos y que es sensible para los fenómenos inflamatorios y oxidativos del organismo.

OBJETIVO: Primarios: evaluar relación entre el RDW sanguíneo y la severidad de la EPID según parámetros de función pulmonar; la difusión de monóxido de carbono (DLCO), espirometría, test de la marcha de 6 minutos (TM6M) y tomografía de alta resolución. Secundarios: describir cuáles son las enfermedades que con mayor frecuencia presentan EPID, mencionar patrones tomográficos de las ETC, evaluar si la severidad de la EPID se relaciona con la clínica y observar si existe relación entre EPID y tabaco.

MÉTODOS: Estudio descriptivo, analítico, observacional, retrospectivo y transversal. 18 pacientes fueron evaluados interdisciplinariamente. Debían

ser mayores de 18 años, presentar EPID por ETC. Se excluyeron aquellos con anemia severa, insuficiencia cardíaca y laboratorios realizados durante intercurencia infecciosa.

RESULTADOS: La mediana del RDW fue de 13.6%. Se encontró asociación negativa y estadísticamente significativa entre el RDW y la CVF y la DLCO. El 66.7% eran extabaquistas. 33.3% presentaban EPID por AR, 33.3% EPID por ES, 11.1% EPID por LES, 5.5% EPID secundario a SS, 5.5% presentaba polimiositis y 2 pacientes ES y SS asociados. El 61% refirió no tener tos y más del 70% refirieron disnea mMRC 0 y I. Se estableció el valor de RDW del 14% con una sensibilidad del 70% y especificidad del 100% para predecir valores disminuidos de DLCO. No hubo relación significativa entre RDW y TM6M ni con los síntomas referidos. La neumonía intersticial usual se presentó en el 50%.

CONCLUSIÓN: El RDW es un marcador simple, ampliamente disponible en el *display* del hemograma automático, y se asoció a la severidad del compromiso pulmonar mostrando una relación inversa con la DLCO Y CVF. Este trabajo demuestra que su valor por encima de 14% presenta una sensibilidad del 70% y una especificidad del 100% para predecir valores de DLCO disminuidos por debajo de lo normal en pacientes con EPID secundario a ETC y ser de guía al momento de tomar decisiones.

0281

INFECCIÓN POR DENGUE EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS AUTOINMUNES

CORBALÁN Paula María, BARBAGLIA NAVARRO Ana Lucía, BERTOLACCINI María Constanza, GONZÁLEZ LUCERO Luciana, SUELDO Héctor Raúl, BELLOMIO Verónica

HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA

INTRODUCCIÓN: Durante 2023 se presentó uno de los brotes más importantes de dengue en Argentina. Hasta julio, se registraron 126.431 casos de dengue, con una mortalidad de 0.05%. Existen escasas publicaciones sobre dengue en pacientes con enfermedades reumatológicas autoinmunes (ERA).

OBJETIVO: Describir las características clínicas de la infección por dengue en pacientes con ERA.

MÉTODOS: Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos mayores de 18 años con diagnóstico de alguna ERA que asistieron al consultorio de Reumatología entre abril y junio de 2023, y que hubieran presentado infección por dengue. Se evaluaron variables sociodemográficas, relacionadas a la enfermedad reumatológica y al tratamiento inmunosupresor, y variables relacionadas a la infección por dengue (método de diagnóstico confirmatorio, síntomas y duración, alteraciones de laboratorio, hospitalización, dengue grave y muerte).

RESULTADOS: De 550 pacientes evaluados en consultorio, 68 presentaron infección por dengue (12.4%); 82% mujeres, 95% amerindios, edad media de 48±14.5 años. Un 34% presentaba diagnóstico de AR, 21% LES, 12% vasculitis sistémica, 7% esclerodermia y 26% otros diagnósticos. El 60% presentaba alguna comorbilidad: 70.7% HTA, 48.8% sobrepeso u obesidad y 34% DBT. El 26.5% se encontraba en tratamiento esteroideo (dosis media 9.67±12.3 mg/día). El 85% se encontraba en tratamiento con algún FARME al momento de la infección: 41.4% con MTX, 29% con LFN, 22% HCQ, 15% AZA, 10% MMF y 24% en tratamiento con terapias biológicas. El diagnóstico de la infección por dengue se confirmó por nexo epidemiológico en 75% de los pacientes, por Ag NS1 positivo 20.6% y por anticuerpos positivos 4.4%. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre, artralgias y mialgias en el 90% de los pacientes, cefalea en el 79%, síntomas gastrointestinales 68%, *rash* 56%, dolor retroocular 51% y sangrado 22% (leve: epistaxis, ginecorragia, petequias, gingivorragia, hematuria; grave: hemorragia digestiva y hemorragia alveolar). La duración de los síntomas fue de 9.2±3.4 días. De los 40 pacientes que tuvieron control de laboratorio, 88% presentó alteraciones: 69% leucopenia, 34% aumento del hematocrito, 71% plaquetopenia (recuento medio de plaquetas 88708±37325/ml) y 80% aumento de transaminasas. Doce pacientes requirieron internación con una media de 7±5.34 días. Tres pacientes cumplieron criterio de dengue grave presentando como complicación sangrado severo (hemorragia alveolar difusa y hemorragia digestiva), *distress* respiratorio y *shock* hipovolémico. Dos pacientes fallecieron; ambos presentaban diagnóstico de AR con compromiso extraarticular severo y tenían antecedentes de tratamiento inmunosupresor agresivo. Ninguna de las variables analizadas se asoció a severidad de la infección, hospitalización o muerte.

CONCLUSIÓN: En esta población de pacientes con enfermedades reumatológicas autoinmunes infectadas con dengue ninguna de las variables relacionadas con la enfermedad autoinmune se asoció a severidad de la infección, hospitalización o muerte.

0283

DESEMPEÑO DE UN SCORE DE PREDICCIÓN DE CLASE HISTOLÓGICA PROLIFERATIVA EN PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA DE ARGENTINA

CORBALÁN Paula María¹, BARBAGLIA NAVARRO Ana Lucía¹, BERTOLACCINI María Constanza¹, GONZÁLEZ LUCERO Luciana¹, SUELDO Héctor Raúl¹, ORNELLA Sofía², COSENTINO Máximo², FERNÁNDEZ Paula², GARCÍA Lucila², ARIZPE Fernando³, BETANCUR Graciela⁴, MALDONADO FICCO Hernán⁵, ROJAS TESSEL Romina⁶, TOSO María Laura⁶, MATELLÁN Carla Eugenia⁷, DAPEÑA Joan Manuel⁸, COLLADO María Victoria⁹, ROBERTS Karen¹⁰, QUINTANA Rosana¹⁰, BELLOMIO Verónica¹

¹HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, ²HIGA SAN MARTÍN LA PLATA, ³HOSPITAL SAN ROQUE DE GONNET, ⁴HOSPITAL EL CRUCE, ⁵HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA DE RÍO CUARTO, ⁶HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, ⁷CENTRO MÉDICO PELLEGRINI RÍO GRANDE, ⁸HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, ⁹INSTITUTO DE ONCOLOGÍA ÁNGEL H. ROFFO, ¹⁰UNISAR

INTRODUCCIÓN: La biopsia renal es el *gold standard* para realizar el diagnóstico de nefritis lúpica (NL), sin embargo, puede ser inaccesible. Un estudio desarrollado en Brasil encontró muy baja correlación entre la clase histológica por biopsia y la clase definida por expertos según la clínica y el laboratorio. A partir de este hallazgo, dos Reis do Nieto et al. desarrollaron una herramienta para predecir clase histológica proliferativa con datos de laboratorio.

OBJETIVO: Evaluar el desempeño de un instrumento de predicción de clase histológica proliferativa en pacientes con NL de Argentina.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo, multicéntrico. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de NL de 9 centros de Argentina, con biopsia renal realizada dentro de los últimos 5 años. Variables: sociodemográficas, relacionadas al LES y a NL (laboratorio, clase histológica, índices de actividad y cronicidad). La probabilidad de clase histológica proliferativa (CHP) se determinó mediante el *calculador web* empleando los valores de creatinina sérica, presencia de alteraciones del sedimento urinario (SU) y anti-DNA, con un punto de corte establecido en el trabajo original de 56.9% que discrimina CHP del resto.

RESULTADOS: Se incluyeron 80 pacientes, 81% sexo femenino, 71% mestizos, edad 35±10.6 años, tiempo de evolución de LES 7.43±5.8 años. El 45%

presentaba alguna comorbilidad; 80% sobrepeso u obesidad, 53% HTA, 11% DBT. El tiempo de demora hasta la realización de la PBR fue med 52.5 días (mín 1- máx 365). En el 30% de los pacientes el compromiso renal fue por recaída. Al momento del diagnóstico de NL el puntaje de SLEDAI2K fue 16.6 ± 8.28 y SLEDAI2K no renal 7.46 ± 7.06 . El 81% presentaba hipocomplementemia, 70% anti-DNA, 81% SU patológico (89% hematuria, 60% leucocituria, 27.7% cilindruria), el valor medio de creatinina fue 1.23 ± 0.89 mg/dl con una TFG de 77.6 ± 35.5 ml/min/1.73m²; el valor medio de proteinuria fue 2.8 ± 2.46 g/24 h. Las biopsias reportaron las siguientes clases histológicas: 35 clase IV, 14 clase III, 11 clase III/IV + V, 11 clase I/II y 9 clase V. Los valores de índices de actividad y cronicidad fueron de 6.47 ± 4.33 y 2.68 ± 2.19 respectivamente. No se encontró asociación entre anti-DNA, hipocomplementemia, alteraciones del SU, creatinina sérica, TFG y clase histológica. Aplicando el score, la probabilidad de CHP (%) para cada clase confirmada fue: clase IV 79.3 ± 22.3 , clase III 64.8 ± 28.2 , clase III/IV + V 71.9 ± 33.5 , clase I/II 51.7 ± 34.4 y clase V 73.4 ± 27.7 . En el análisis de curvas ROC, en nuestra población, el punto de corte con la mejor sensibilidad y especificidad fue 0.743 (S 71%, E 50%, VPP 63%, VPN 18.9%).

CONCLUSIÓN: En esta población de pacientes con NL de Argentina el score no fue útil para predecir clase proliferativa. Consideramos que la biopsia renal sigue siendo el *gold standard* para el diagnóstico de la certeza de clase histológica.

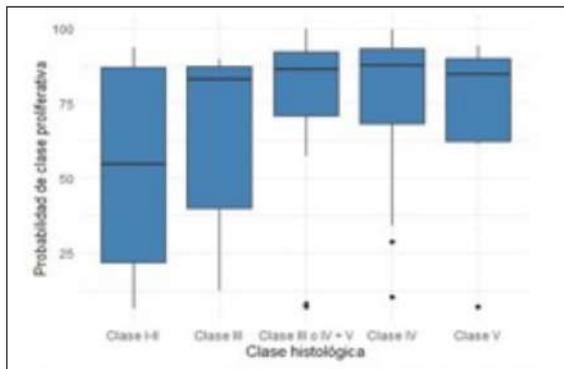


Figura: Probabilidad de clase proliferativa según las clases histológicas por biopsia.

0287

REGISTRO ARGENTINO DE PACIENTES CON MIOPATÍA ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTI-MDA5. GESAR MIOPATÍAS: DATOS DE LOS PRIMEROS 40 PACIENTES

PORTA Sabrina¹, **GÓMEZ Graciela**², **GRANEL Amelia**⁴, **SÁNCHEZ ANDIA Carolina**⁴, **TORRES MEJÍA Delys**⁴, **LÓPEZ Ignacio**⁵, **GARCÍA CARRASCO Marina**⁵, **MEDINA Gustavo**⁵, **COSATI Micaela**⁶, **PISONI Cecilia**⁶, **BENDJUIA Gabriela**⁷, **COSTA Ana Laura**⁷, **GÓMEZ Ramiro**⁸, **GARCÍA Mercedes**⁹, **PACHECO Gonzalo**¹, **VISENTINI Susana**¹, **VIOLA Malena**¹¹, **WERNICKE Verónica**¹¹, **KISLUK Boris**¹², **ACIAR Mariana**¹³, **ROJAS TESSEL Romina**¹³, **INGENITO Fernanda Beatriz**¹⁴, **LEÓN Carolina Inés**¹⁴, **ÁLVAREZ Analía Patricia**⁴, **LONGO Analía Verónica**⁴, **IZAGUIRE María Pía**¹⁵, **MICELLI Marina**¹⁵, **MACHADO Mauricio**¹⁵, **URRUTIA Julio**¹¹, **PONS-ESTEL Guillermo**¹⁶

¹UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL CARLOS G. DURAND, ²INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS DR. ALFREDO LANARI, ³HOSPITAL SAN ROQUE DE GONNET, ⁴HOSPITAL DR. JOSÉ MARÍA PENNA, ⁵HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, ⁶CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS "NORBERTO QUIRNO" (CEMIC), ⁷SERVICIO DE DERMATOLOGÍA, HOSPITAL RAMOS MEJÍA, ⁸HOSPITAL POSADAS, ⁹HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (HIGA) GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA, ¹⁰HOSPITAL DR. COSME ARGERICH, ¹¹SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS PROF. DR. RODOLFO ROSSI, ¹²HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, GRANADERO BAIGORRIA, ¹³HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, ¹⁴LABORATORIO DE INMUNOLOGÍA, HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS CARLOS G. DURAND, ¹⁵HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS, RAMOS MEJÍA, ¹⁶GO-CREAR, CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS, ROSARIO

INTRODUCCIÓN: Los *anti-melanoma differentiation associated gene 5* (Anti-MDA5) son autoanticuerpos específicos de miositis que a menudo se asocian con dermatomiositis (DM) clínicamente amiopática y con el desarrollo de enfermedad pulmonar intersticial (EPI) rápidamente progresiva. La frecuencia de esta complicación varía entre distintos grupos étnicos, lo cual sugiere que las características del compromiso pulmonar y por lo tanto el pronóstico de los pacientes podrían depender de la etnia.

OBJETIVO: Evaluar mediante un registro multicéntrico nacional las características clínicas, serológicas y pronóstico de pacientes con miopatía inflamatoria asociada a anticuerpo Anti-MDA5.

MÉTODOS: Los pacientes con diagnóstico de miopatía inflamatoria asociada a Anti-MDA5 que fueron ingresados al Registro Argentino Miopatías de la Sociedad Argentina de Reumatología fueron analizados. Se evaluaron características sociodemográficas, clínicas, serológicas y el tratamiento recibido.

RESULTADOS: De los 355 pacientes incluidos en el registro, 40 (11,27%) presentaron Anti-MDA5 positivo de los cuales seis presentaron también positividad para Anti-Ro. El 75% (n=30) eran de sexo femenino. El 92,5% (n=37) de los pacientes presentaron compromiso cutáneo al inicio de la enfermedad. El 35% (n=14) presentaron DM amiopática. El 62,5% (n=25) presentaron artritis, y el 52,5% (n=21) fenómeno de Raynaud. Solo dos presentaron lesiones vasculopáticas. La frecuencia de EPI fue del 62,5% (n=25), siendo la neumonía intersticial no específica (NINE) la más frecuente en el 60% (15/25) de los casos. Durante el seguimiento tres pacientes fallecieron. Dos de ellos presentaban EPI con patrón de neumonía organizada criptogénica (NOC) y otros antecedentes oncológicos (cáncer de mama) sin EPI. En nueve casos se perdió el seguimiento.

CONCLUSIÓN: La presencia de EPI en nuestra población de pacientes con Anti-MDA5 positivo fue mayor al 60%. Se requieren estudios prospectivos para determinar factores de mal pronóstico en este grupo de pacientes.

ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

BARBAGLIA NAVARRO Ana Lucía¹, **BERTOLACCINI María Constanza**¹, **SUELDO Héctor Raúl**¹, **GONZÁLEZ LUCERO Luciana**¹, **CORBALÁN Paula María**¹, **NAVAL Norma**², **USANDIVARAS Marcela**², **GIL Beatriz**², **CILIBERTI Alejandra**¹, **DÍAZ Omar**², **FAJRE Luis**², **CORROTO Matías**², **MÉNDEZ AVELLANEDA Alfonso**², **MÉNDEZ AVELLANEDA Marco**², **FERRERO Patricia**², **BELLOMIO Verónica**¹

¹HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, ²EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES, TUCUMÁN

OBJETIVO: Describir la presentación clínica y evolución de enfermedad pulmonar intersticial en pacientes con enfermedades autoinmunes.

MÉTODOS: Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de enfermedades autoinmunes (EAI) y enfermedad pulmonar intersticial (EPI) controlados en los últimos 5 años en el Servicio de Reumatología. Se recolectaron variables demográficas (edad, sexo, exposición a tabaco y otros tóxicos) y relativas a la EAI (tipo, tiempo de evolución, perfil de anticuerpos). Variables relacionadas a la EPI: diagnóstico tomográfico, valores espirométricos, DLCO, tratamiento inmunosupresor, test de caminata de 6 minutos (TM6M). Hipertensión pulmonar (HTP), muerte y causa de muerte.

RESULTADOS: Se incluyeron 34 pacientes con EAI, 88.2% mujeres, edad media 57.4±13.6 años, 10 pacientes (30%) con esclerosis sistémica progresiva, 6 (18%) con artritis reumatoidea, 6 (18%) con síndrome de Sjögren, 5 (15%) con lupus eritematoso sistémico, 7 (18%) con otros diagnósticos. El 50% (17) presentaron neumonía intersticial no específica (NINE), 35% (12, 4 de ellas de tipo fibrosante) neumonía intersticial usual, 17% (6) neumonía intersticial linfocítica, 6% (2) neumonía organizada. El 80% con ESP y el 50% de AR tuvo NINE. Al diagnóstico de EPI, 18/29 presentaron desaturación en el TM6M. La media de DLCO fue 58.1±20.36% (Me 55.5; Min 20, Max 109) 2 pacientes presentaron HTP: ambas del grupo 1 y 3, una con diagnóstico de LES y la otra con ESP. En cuanto al tratamiento, durante la evolución 22 pacientes recibieron mofetil micofenolato, 8 ciclofosfamida, 4 azatioprina y 9 rituximab. Diez pacientes fueron tratados con nintedanib y 10 pacientes requirieron oxígeno domiciliario. Cuatro pacientes murieron, todos tenían NIU, con tiempo de evolución de 6.75 años. Dos por sepsis (1 con LES y 1 con AR), 1 por progresión de NIU (AR) y 1 por neumonía COVID-19 (SS1°). No se encontró asociación entre muerte con tiempo de evolución de la EAI y de la EPI, htp, DLCO ni con ninguna variable de tratamiento.

CONCLUSIÓN: En este grupo de 34 pacientes con EPI asociada a EAI, NINE fue el diagnóstico más frecuente. Todos los pacientes recibieron tratamiento inmunosupresor y el 30% recibió además un antifibrótico. Murieron 4 pacientes y no encontramos ninguna variable asociada a la muerte.

SÍNDROME METABÓLICO Y BIOMARCADORES INFLAMATORIOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

CABRERA VILLALBA Sonia¹, **LEIVA Evelyn**¹, **VALINOTTI Vannia**², **ROMÁN Lourdes**², **PAATS Astrid**¹, **ACOSTA Rodrigo**², **PINEDA Alexis**², **PUSINERI Paola**¹, **AVILA PEDRETTI María Gabriela**¹, **ACOSTA COLMÁN Isabel**¹, **MARTÍNEZ María Teresa**¹, **ABREU Paloma**², **CENTURIÓN Osmar**⁴

¹DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS, FCM-UNA, ²SOCIEDAD PARAGUAYA DE REUMATOLOGÍA, ³LABORATORIO CURIE, ⁴DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS, FCM-UNA

INTRODUCCIÓN: El síndrome metabólico (SM) y la artritis reumatoidea (AR) constituyen factores de riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular, siendo una de las principales causas de mortalidad en estos pacientes.

OBJETIVO: Determinar la presencia de SM en pacientes con AR y su relación con las características de la enfermedad.

MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal, prospectivo, en una cohorte paraguaya de pacientes con AR que cumplieron criterios ACR/EULAR2010. Se aplicó un cuestionario estandarizado de acuerdo a las variables del proyecto de Riesgo Cardiovascular (PINV15-0346), del Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología (CONACYT), y el examen físico, con toma de muestra biológicas para la determinación de biomarcadores de riesgo cardiovascular (i. e. endotelina, TNF-alfa, E-selectina, homocisteína, apolipoproteína, fibrinógeno y niveles de PCR ultrasensible). Los pacientes con SM se clasificaron según los criterios ALAD de 2007. Estos firmaron un consentimiento informado. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 23. Las variables cuantitativas fueron expresadas como medias, las cualitativas como frecuencias. Comparación entre variables dicotómicas utilizando test de chi-cuadrado y para las continuas, T de Student.

RESULTADOS: Se incluyeron 100 pacientes, 87% mujeres, edad media 51,3±11,0 años, duración de enfermedad 130,9±102,6 meses. El 77% con FR positivo y 84,4% ACPA positivo, 43,4% tenían erosiones, media de DAS 28 de 3,4±1,1. El 22,4% tenía SM. Los pacientes con AR y SM tenían menor duración de enfermedad (78,3±38,6 meses; p=0,006), mayor circunferencia de cadera (111,3±9,2; p=0,00), mayor frecuencia de obesidad (p=0,006), peso (p=0,00) e IMC (p=0,00), mayor frecuencia de HTA (p=0,00). Al comparar biomarcadores inflamatorios entre pacientes con y sin SM, los valores de HOMA-IR >3,1 se asociaron a la presencia de SM (p=0,00). No se encontraron diferencias significativas con respecto a la actividad de la enfermedad, estado funcional, niveles de FR y anti-CCP, así como otros biomarcadores inflamatorios.

CONCLUSIÓN: Debido a la prevalencia del SM encontrada en nuestra población, destacamos la importancia de su consideración en el manejo de los pacientes con AR, y así poder establecer pautas de prevención y tratamiento del mismo para lograr disminuir la enfermedad cardiovascular.

MEDIDAS DE FOTOPROTECCIÓN EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

SILVA Sabrina, **MAMANI ORTEGA María Lourdes**, **MERCÉ Aixa**, **TAMBORENEA Natalia**, **SECCO Anastasia**

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL BERNARDINO RIVADAVIA

INTRODUCCIÓN: La fotoprotección (FP) es el proceso de crear una barrera entre la piel, el sol y las fuentes de rayos ultravioleta, con el uso del protector solar (PS) y otros elementos de barrera a fin de evitar el estímulo inflamatorio y la actividad del LES.

OBJETIVO: Describir la adherencia de los pacientes con LES a la FP; evaluar la relación entre la misma y la actividad de la enfermedad.

MÉTODOS: Estudio observacional, analítico, de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES según criterios clasificatorios ACR 1997, SLICC 2012 y/o ACR/EULAR 2019. Se excluyeron pacientes con otra enfermedad reumática autoinmune, excepto SS y/o SAF secundario. La adherencia al uso de PS se evaluó a través del cuestionario *Adherence to Refill and Medication Scale* validado al español (ARMS-e), de 12 preguntas con puntaje de 0-48, donde menores puntuaciones indican mejor adherencia. Se realizaron preguntas complementarias respecto de otras medidas de FP. Se registraron variables sociodemográficas y clínicas. Las variables continuas se describieron como media y desvío estándar (DS) o mediana

y rango intercuartílico (RIC), según distribución y tamaño muestral, y las categóricas como porcentajes. Se evaluó la relación entre el cuestionario y la actividad de la enfermedad (SELENA-SLEDAI) mediante análisis bivariado y multivariado de regresión lineal, ajustado por posibles confundidores.

RESULTADOS: Se incluyeron 90 pacientes, 96% de sexo femenino, media de edad en años de 38 (±13). El 47% eran empleados, 76% tenían secundario completo o más, y el 63% no contaba con cobertura de salud. 71% utilizaba PS, 91% hidroxicloroquina y 48% otro inmunosupresor (IS) y/o corticoides. La mediana del SELENA-SLEDAI fue 2 (RIC: 0-4). Medidas de FP usadas: 39% pantalón largo (siempre), 30% camisa (casi siempre), gorro 32.2% y anteojos 33% (algunas veces). La mediana del puntaje total del ARMS-e fue 22 (RIC: 19-26). No se encontró relación estadísticamente significativa entre el mismo y el SELENA-SLEDAI en el análisis bivariado ($\beta = -0.028$; IC 95%: -0.60 a 0.54), ni en el análisis multivariado ajustado por posibles confundidores.

CONCLUSIÓN: La adherencia al uso de PS por AMS-e fue intermedia. Dentro de las otras medidas de FP, la más utilizada fue el pantalón largo. La falta de asociación entre la adherencia y la actividad de la enfermedad podría deberse al buen control de la misma, observada en la población estudiada.

0293

ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES EN PACIENTES CON SÍNTOMAS SICCA

CHIARVETTO Victoria, ZACARIAZ HERETER Johana, SCOLNIK Marina, SORIANO Enrique, ROSA Javier

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

INTRODUCCIÓN: La ecografía de las glándulas salivales mayores (GSM) ha demostrado sensibilidad y especificidad similar a la biopsia glandular en el diagnóstico del síndrome de Sjögren (SSJ), con la ventaja de ser un método no invasivo.

Objetivo: Describir el compromiso ultrasonográfico (US) en las GSM de pacientes con síntomas sicca en un Hospital Universitario de Buenos Aires y evaluar la capacidad diagnóstica del sistema de puntuación de OMERACT por escala de grises en relación al diagnóstico de SSJ.

MÉTODOS: Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos con manifestaciones clínicas de síntomas sicca, que se hayan realizado una US de GSM desde el 31/07/2022 al 31/7/2023. Se recolectaron datos demográficos y clínicos. Se utilizó un equipo MyLab 70 (Esaote) con una sonda lineal de alta frecuencia. La US de las GSM (incluye parótidas y submaxilares) se puntuaron de 0 a 3 según el sistema de puntuación OMERACT. Se clasificó a los pacientes en SSJ (criterios ACR/EULAR 2016), enfermedad relacionada a IgG4 (ER-IgG4) (criterios ACR/EULAR 2019) o sanos. Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de la puntuación de OMERACT para SSJ.

Características por grupos	Total (n=53)	SSJ (n=34)	IGG4 (n=4)	Sanos (n=15)	Valor P
Sexo femenino, n, %	46; 86.79%	32/34; 94.1%	3/4; 75 %	11/15; 73.3%	0.11
Edad al momento de la US, media en años, (DE)	58.2 (16.2)	56.9 (17.4)	57.1 (23.3)	61.3 (11.1)	0.12
IAN positivo, n, %	40; 76.9%	28; 82.3%	3; 75.0%	9; 64.3 %	0.40
Anticuerpo Ro positivo, n, %	23; 44.2%	22; 64.7%	0	1; 6.7%	<0.001
Factor reumatoideo positivo, n, %	18; 45%	16; 57.1%	1; 5.6%	1; 9.1%	0.001
Clasificación OMERACT para las glándulas parótidas					Valor P
Grado 0, n, %	30; 56.6%	14; 41.2%	3; 75%	13; 86.7%	0.04
Grado 1, n, %	10; 18.9%	8; 23.5%	0	2; 13.3%	
Grado 2, n, %	9; 16.9%	9; 26.5%	0	0	
Grado 3, n, %	4; 7.6%	3; 8.8%	1; 25%	0	
Clasificación OMERACT para las glándulas submaxilares					Valor P
Grado 0, n, %	18; 33.9%	6; 17.6%	2; 50%	10; 66.7%	0.007
Grado 1, n, %	14; 26.4%	8; 23.5%	1; 25%	5; 33.3%	
Grado 2, n, %	17; 32.1%	16; 47.1%	1; 25%	0	
Grado 3, n, %	4; 7.6%	4; 11.8%	0	0	

Tabla: Características basales y clasificación de OMERACT por glándulas por grupo.

con una sonda lineal de alta frecuencia. La US de las GSM (incluye parótidas y submaxilares) se puntuaron de 0 a 3 según el sistema de puntuación OMERACT. Se clasificó a los pacientes en SSJ (criterios ACR/EULAR 2016), enfermedad relacionada a IgG4 (ER-IgG4) (criterios ACR/EULAR 2019) o sanos. Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de la puntuación de OMERACT para SSJ.

RESULTADOS: Se incluyeron 53 pacientes con síntomas sicca, 46 de sexo femenino (86,79%), con una media de edad en años al momento de la US de 58,2 (DE 16,2). Las características basales y clasificación de OMERACT por glándula se encuentran en la Tabla. Del total de la muestra, 34 pacientes fueron diagnosticados con SSJ, 4 pacientes con ER-IGG4 y 15 fueron pacientes sanos. Solo 20 pacientes con SSJ presentaron un puntaje de ≥ 2 de OMERACT por escala de grises en cualquier glándula; para este punto de corte se reportó una sensibilidad del 59%, especificidad del 89%, un VPP 91% y VPN 55%.

CONCLUSIÓN: La US de GSM mostró una buena sensibilidad y una excelente especificidad para cumplir con los criterios ACR/EULAR de 2016 utilizando una puntuación de corte ≥ 2 en al menos una glándula. Nuestros datos respaldan el uso de puntuación OMERACT para facilitar la homogeneidad de la puntuación de las GSM por US para el diagnóstico de SSJ.

0294

CONOCIMIENTOS SOBRE LA VACUNA DEL HERPES ZÓSTER EN REUMATÓLOGOS ARGENTINOS

MAGRI Sebastián¹, GÓMEZ Ramiro², BENÍTEZ Cristian Alejandro², BRIGANTE Alejandro³, SOMMERFLECK Fernando⁴, GARCÍA SALINAS Rodrigo¹

¹HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, ²HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS, ³SANATORIO GÜEMES, ⁴SANATORIO MÉNDEZ

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas autoinmunes tiene mayor incidencia de herpes zóster (HZ) y neuralgia posherpética (NPH), sobre todo los que reciben inhibidores del JAK.

OBJETIVO: Evaluar el nivel de conocimiento sobre la vacunación del HZ en un grupo de reumatólogos de Argentina previo a la disponibilidad de la vacuna contra el HZ recombinante adyuvantada.

MÉTODOS: Estudio descriptivo de corte trasversal. Se llevo a cabo una encuesta administrada electrónicamente a diferentes médicos reumatólogos de Argentina, entre enero y febrero de 2023, donde se evaluaron los conocimientos, usos, y creencias sobre las vacunas del HZ en general y de la recombinante adyuvantada, previa a la disponibilidad y campañas masivas sobre la misma. Se realizó estadística descriptiva.

RESULTADOS: Participaron 183 reumatólogos, de los cuales 9% ya habían culminado su formación, con una media de edad de 44 años (DS 12), y 13 años promedio de ejercicio de la especialidad (DS 5); el 61% trabajaba en el ámbito público y el 76% también tenían consultorio particular. El 77% de los médicos nunca habían indicado ninguna vacuna para el HZ, siendo la principal razón para no indicar la vacuna Zostavax su composición (virus vivo) (62%), más del 70% conocía la existencia de la Vacuna Shingrix y el 67% conocían su indicación: Prevención del HZ y NPH. Respecto a la población blanco según prospecto, solo un 34% la conocía (Mayores de 50 años), contestando en su mayoría que era una vacuna para poblaciones inmunocomprometidas, entre las que se encuentra pacientes con JAKI (74%). Se preguntó sobre las preocupaciones de ser una vacuna adyuvantada, el 47% no tenía preocupación, pero el 34% temían que puedan reactivar la enfermedad de base (AR-LES). Respecto de la prescripción de la vacuna, solo el 30% lo derivan a infectología y el 40% no solicitaría previo a su administración anticuerpos anti VVZ. El 60% marcaron como "muy importante" el efecto protector sobre la NPH, el herpes oftálmico y el diseminado. Respecto a en qué tipo de pacientes de "su práctica" indicaría esta vacuna, el 71% respondió en pacientes en tratamiento con JAKI o que iniciaran con esta droga.

CONCLUSIÓN: Hay escasa experiencia en el uso de vacunas para el HZ, sin embargo es amplio el conocimiento en la comunidad reumatología sobre su uso en pacientes inmunocomprometidos, adicionalmente es escaso el conocimiento del uso de esta vacuna en la población general. Aún existen dudas sobre los efectos que pueden producir los adyuvantes en los pacientes con enfermedades autoinmunes.

0297

APLICACIÓN DEL SCORE SLERPI DE PROBABILIDAD DE RIESGO DE LUPUS EN UNA COHORTE DE LA VIDA REAL

ALVES Diego Mariano, ALVARADO Rodolfo Nicolás, SCOLNIK Marina, ROSA Javier

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

INTRODUCCIÓN: Al no existir criterios diagnósticos para lupus eritematoso sistémico (LES), los criterios clasificatorios ACR/EULAR 2019 y SLICC 2012 son frecuentemente utilizados en la práctica. El SLERPI es un nuevo score de probabilidad de riesgo de LES creado por *machine learning* que pretende disminuir la demora diagnóstica.

OBJETIVO: Describir la forma en que se llegó al diagnóstico de LES en una cohorte de pacientes.

MÉTODOS: Se incluyeron todos los pacientes con LES afiliados a un plan de salud de un hospital universitario con diagnóstico posterior al año 2000. Se revisaron las historias clínicas identificando fechas de inicio de síntomas, fecha y especialidad de primera consulta, fecha de cumplimiento de criterios, número total de consultas y de especialistas, y SLICC de daño al final de seguimiento. Se realizó estadística descriptiva de las características de los pacientes. Se calculó la proporción de pacientes que cumplieron SLERPI, ACR/EULAR 2019 y SLICC 2012 al menos un mes previo a la consulta con Reumatología. Se realizó análisis de regresión logística múltiple para evaluar factores asociados con el daño al final del seguimiento.

RESULTADOS: Se incluyeron 62 pacientes con diagnóstico de LES. La mediana de edad al diagnóstico fue de 47.5 años (RIC 32.6-56.0), 88.7% mujeres, y el tiempo de seguimiento luego del diagnóstico fue de 10.0 años (RIC 7.1-15.0). Los principales síntomas que motivaron a la consulta fueron: artralgias/artritis 43%, manifestaciones cutáneas 16.1%, fiebre 12.9%, citopenias 8.1%, astenia 4.8%, alteraciones en el sedimento urinario 4.8%. Las especialidades iniciales más consultadas fueron: Clínica Médica (35.5%), Medicina Familiar (19.4%), Reumatología (16.1%), Dermatología (14.5%) y Traumatología (4.8%). La mediana del número de consultas antes del diagnóstico fue de 6, con una mediana de 3 especialistas en ese tiempo. El diagnóstico realizado durante una internación fue en 21/62 pacientes (33.9%). Cuatro semanas antes de la consulta con Reumatología, un 18% de los pacientes cumplían criterios SLERPI, un 9.7% ACR/EULAR y 8.1% criterios SLICC ($p < 0.01$), sin embargo no hubo diferencias en la demora diagnóstica entre los pacientes (mediana de 12.3 semanas). En el análisis multivariado, haber cumplido los criterios SLERPI antes de la consulta reumatológica no se asoció a un menor daño acumulado por SLICC al final del seguimiento.

CONCLUSIÓN: Los criterios SLERPI se cumplieron precozmente en mayor proporción que los ACR/EULAR o SLICC. La difusión de los mismos podría mejorar la demora diagnóstica.

Característica	Total (n=62)	SLICC daño =0 (n=32)	SLICC daño >0 (n=30)	p
Edad al diagnóstico, años, mediana (RIC)	47.5 (32.6-56.0)	34.7 (21.1-44.8)	55.1 (49.8-70.3)	<0.001
Sexo femenino, n (%)	55 (88.7)	28 (87.5)	27 (90)	1.000
Tiempo de seguimiento post diagnóstico, mediana, en años (RIC)	10.0 (7.1-15.0)	10.7 (8.3-14.5)	9.2 (6.6-16.6)	0.317
Tiempo entre inicio de síntomas y diagnóstico, en semanas, mediana (RIC)	12.3 (5.9-25.9)	16 (7.5-28.5)	8.5 (4.5-18.3)	0.052
Tiempo entre la primera consulta y diagnóstico, en semanas, mediana (RIC)	7.5 (2.5-20.9)	9.3 (2.7-26.6)	6.7 (2.3-18.3)	0.287
Tiempo entre el inicio de los síntomas y la primera consulta a reumatología, en semanas, mediana (RIC)	5.3 (2.4-15.5)	8.4 (3.8-17.4)	4.9 (2.1-11.9)	0.341
Número de consultas hasta el diagnóstico, mediana (RIC)	6 (4.0-11.0)	6 (3.7-13.0)	6 (4.0-9.0)	0.666
Número de especialistas antes del diagnóstico, mediana (RIC)	3.00 (2.0-4.7)	3.00 (2.0-4.2)	3.00 (2.0-4.7)	0.829
Primer síntoma, n (%)				0.390
Artralgias o artritis	27 (43.5)	15 (46.9)	12 (40.0)	
Fiebre	8 (12.9)	3 (9.4)	5 (16.7)	
Manifestaciones cutáneas	10 (16.1)	6 (18.8)	4 (13.3)	
Citopenias	5 (8.1)	4 (12.5)	1 (3.3)	
Astenia	3 (4.8)	1 (3.1)	2 (6.7)	
Alteraciones del sedimento urinario	3 (4.8)	0	3 (10.0)	
Otros	6 (9.7)	3 (9.4)	3 (10.0)	
Primera especialidad consultada, n (%)				0.413
Reumatología	10 (16.1)	5 (15.6)	5 (16.7)	
Clínica médica	22 (35.5)	14 (43.8)	8 (26.7)	
Medicina familiar	12 (19.4)	5 (15.6)	7 (23.3)	
Dermatología	9 (14.5)	5 (15.6)	4 (13.3)	
Traumatología	3 (4.8)	0 (0.0)	3 (10.0)	
Otros	6 (9.7)	3 (9.4)	3 (10.0)	
Diagnóstico en la internación, n (%)	21 (33.9)	8 (25.0)	13 (43.3)	0.209
Cumple criterios ACR/EULAR, n (%)	53 (85.5)	29 (90.6)	24 (80.0)	0.409
Cumple criterios SLICC, n (%)	53 (85.5)	28 (87.5)	25 (83.3)	0.917
Cumple criterios SLERPI, n (%)	58 (93.5)	30 (93.8)	28 (93.3)	1.000
SLEDAI al diagnóstico, mediana (RIC)	6 (4-8)	6 (4-8)	6 (4-11)	0.340

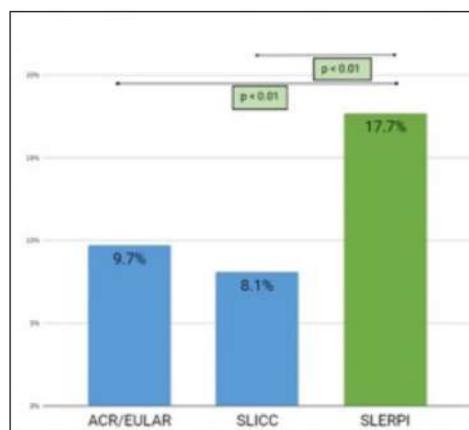


Figura: Cumplimiento de criterios de LES al menos 4 semanas antes de la consulta a Reumatología.

Tabla: Características de los pacientes en general y según SLICC de daño.

0301

CARDIOTOXICIDAD POR ANTIMALÁRICOS

GALVAN Laura

HOSPITAL RAWSON

INTRODUCCIÓN: Los animaláricos son medicamentos ampliamente utilizados en enfermedades reumáticas y dermatológicas. Los beneficios terapéuticos son amplios, como así también sus complicaciones por su utilización como cambios en retina, en la piel, gastrointestinales, neurológicos y cardiotoxicidad. La cardiotoxicidad con distintas manifestaciones han sido reportadas poniendo foco en el tratamiento de COVID-19 con arritmias como *torsade de pointes*. Sin embargo, existen amplias revisiones de la cardiomiotoxicidad producida por estas drogas.

OBJETIVO: Evaluar la cardiotoxicidad en pacientes con enfermedades reumáticas bajo tratamiento con antimaláricos.

MÉTODOS: Se evaluaron pacientes con enfermedades reumáticas bajo tratamiento con antimaláricos de abril a julio de 2023 con electrocardiograma (ecg) de 12 derivaciones y ecocardiograma Doppler, evaluando grupos por tiempo de exposición en menos de 5 años, de 5 a 9 años y más de 10 años.

RESULTADOS: 54 pacientes fueron evaluados, todos en tratamiento con hidroxicloroquina. Edad al momento del estudio 52 años (23 a 83), 92% mujeres: 63% tenían lupus sistémico, 24% síndrome de Sjögren; presentaron alteraciones en pacientes con menos de 5 años 14: en ecg 7/14 (50%) pacientes y 3 (21,4%) alteraciones en ecocardiograma; en el grupo de 5 a 9 años tenían total de 29 pacientes alteraciones en ecg en 9 (31%) y ecc 13 (44,8%) y finalmente en el grupo de más de 10 años presentaron alteraciones en el ecg 72,7% y en el ecocardiograma 72,7%.

CONCLUSIÓN: Se encontraron alteraciones en ecg y en el ecc en 44% de los pacientes, 24/54 hallándose con más frecuencia en el grupo de más 10 años de tratamiento. Debe ampliarse este estudio, pero por evidencias previas deberíamos realizar la evaluación de la cardiotoxicidad en pacientes bajo tratamiento con hidroxicloroquina.

0312

INCIDENCIA DE ARTRITIS REUMATOIDEA EN PACIENTES CON ARTRITIS TEMPRANA. DATOS DE LA VIDA REAL

ALVARADO Nicolás, SCOLNIK Marina, ROSA Javier, SORIANO Enrique, VARGAS CASELLES Alfredo Leiber

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

INTRODUCCIÓN: La artritis reumatoidea presenta un período preclínico caracterizado por la presencia de manifestaciones musculoesqueléticas inespecíficas como artralgias, rigidez, impotencia funcional, marcadores de inflamación elevados y autoanticuerpos específicos positivos. La ecografía reumatológica juega un papel fundamental para identificar pacientes con inflamación subclínica que evolucionarán a una AR establecida. Algunas características clínicas y hallazgos ecográficos podrían utilizarse para predecir pacientes con artritis indiferenciada (AI) temprana que evolucionarán a una AR establecida.

OBJETIVO: Determinar la incidencia de AR en pacientes con AI temprana.

MÉTODOS: Estudio de cohorte prospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que consultaron a un hospital universitario luego del año 2020 por artritis clínica, involucrando 2 o más articulaciones, sin diagnóstico etiológico, de menos de 12 meses de evolución. Se definió sinovitis ecográfica como la presencia más de una 1 articulación con sinovitis grado II o III (escala de grises) y/o sinovitis grado I, II o III (señal Doppler de poder). Se realizó un análisis de regresión de COX para determinar qué variables clínicas y ecográficas independientes se asociaron con el desarrollo definitivo de AR según criterio clínico del reumatólogo tratante. Análisis estadístico con R studio 4.2.2.

RESULTADOS: Se incluyeron 94 pacientes, la mayoría del género femenino (71.3%), con edad media de 58.4 años (DE: 16.5) y mediana de seguimiento de 6.7 meses (RIC: 1.7-16.1). Los pacientes consultaron directamente al reumatólogo en el 40,4% de los casos, el resto derivados por el MD clínico/familiar (33%), traumatólogo (20.2%) y otros (6.5%). Se realizó diagnóstico de AR en el 48.94% de los casos con una densidad de incidencia de 59 por cada 100 pacientes año (IC 95%:44.05-79.02). La mediana de tiempo entre el inicio de los síntomas y un diagnóstico específico (no AR) fue de 2.43 meses (RIC: 1.38-6.24) y para el diagnóstico de AR de 3.78 meses (RIC: 2.66-5.88). Las características de ambos grupos se describen en la Tabla 1. En el análisis multivariado de COX (Tabla 2) se observó que el factor reumatoideo (HR: 1.40, IC 95%: 1.03-8.73), el anti-CCP (HR: 2.99, IC 95%: 1.03-8.73) y la presencia de tenosinovitis en la ecografía de manos (HR: 2.00, IC 95%: 1.03-3.89) se asoció de forma independiente con el desarrollo de AR.

CONCLUSIÓN: En esta cohorte de pacientes con AI temprana, la AR fue el diagnóstico más frecuente con una densidad de incidencia de 59 casos por cada 100 pacientes año. La presencia de tenosinovitis en la ecografía de manos se asoció con el diagnóstico definitivo de AR.

	No AR (n=48)	AR (n=46)	p
Género (Masculino)	19 (39.58%)	8 (17.39%)	0.017
Edad en años (DE)	59.93 (18.06)	56.82 (14.80)	0.362
Comorbilidades*	16 (33.33%)	19 (41.30%)	0.424
Tabaquismo	7 (15.22%)	16 (35.56%)	0.026
Tiempo diagnóstico meses; Media (DE)	n= 22** 2.43 (1.38-6.24)	3.78 (2.66-5.88)	0.185
IMC Media (DE)	27.4 (4.05)	27.26 (4.89)	0.859
ANA positivos; n (%)	15/32 (46.88%)	18/31 (58.06%)	0.374
Anti-CCP; n (%)	6/44 (13.64%)	38/46 (82.61)	<0.001
Factor reumatoideo	12/46 (26.09%)	37/46 (80.43%)	<0.001
NAI Media (DE)	2.75 (1.66)	2.95 (1.80)	0.565
NAD Media (DE)	3.25 (1.86)	4.19 (2.13)	0.024
ESG Media (DE)	42.02 (30.89)	39.59 (24.84)	0.676
PCR Media (DE)	23.87 (44.85)	11.26 (15.09)	0.082
NAI por ecografía Media (DE)	2.55 (2.93)	2.63 (4.29)	0.918
Tenosinovitis por ecografía; n (%)	16/41 (39.02%)	25/41 (60.98%)	0.047
Erosiones por ecografía	0/40 (0%)	3/41 (7.32%)	0.081
DAS28-PCR Media (DE)	3.826 (0.724)	4.019 (0.654)	0.199
DAS28-ESG Media (DE)	4.543 (0.799)	4.701 (0.739)	0.320

*Incluye: HTA, DM2, ECV

**No se incluyen pacientes sin diagnóstico definitivo (Artritis Indiferenciada)

Tabla 1: Características basales de la población.

Variables	HR	p	IC 95%
Género Femenino	1.46	0.355	0.65-3.26
Edad en años inicio sinovitis	1.00	0.756	0.98-1.02
FR positivo	2.99	0.045	1.03-8.73
Anti-CCP	2.99	0.049	1.03-8.73
Tenosinovitis en manos	2.00	0.040	1.03-3.89

HR: Hazard Ratio, NAI número de articulaciones inflamadas, NAD número de articulaciones dolorosas, FR: Factor Reumatoideo, anti CCP anti péptido citrulinado.

Tabla 2: Análisis multivariado (regresión de COX) para el diagnóstico de AR.

0313

VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO Y ACTIVIDAD EN ARTRITIS REUMATOIDEA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

SORRENTINO Laura Julieta, REBAK Jonathan Eliseo, BRIGANTE Alejandro

SANATORIO GÜEMES

INTRODUCCIÓN: Durante el proceso inflamatorio se observa un aumento en el número de plaquetas y una disminución en el tamaño medio de las mismas, conocido como volumen plaquetario medio (MPV). Esta prueba, que es asequible y ampliamente disponible, podría ser de gran utilidad para evaluar la actividad en pacientes con artritis reumatoidea (AR).

OBJETIVO: Establecer la relación entre VPM y la actividad de la enfermedad en pacientes con AR.

MÉTODOS: Se realizó una búsqueda exhaustiva en Medline, Central, LILACS y Epistemonikos, sin restricciones de fecha ni idioma, utilizando los términos (*Arthritis, Rheumatoid [Mesh]*) y *Mean Platelet Volume [Mesh]*. Se seleccionaron estudios observacionales que involucraran pacientes con AR y proporcionararan datos sobre el VPM y actividad de la enfermedad. La selección de estudios se realizó de forma independiente por dos revisores, aplicando criterios de inclusión y exclusión establecidos. Se siguieron las directrices del protocolo PRISMA. La calidad de los estudios se evaluó utilizando Newcastle Ottawa. Para el análisis de datos, se utilizaron las herramientas estadísticas RevMan® y Jamovi®. Se aplicó la correlación de Spearman para evaluar la asociación entre las medias de VPM y actividad, y regresión de Egger para examinar el sesgo de publicación.

RESULTADOS: Se identificaron 42 artículos, 16 fueron eliminados por duplicados o irrelevantes, 8 fueron eliminados por no cumplir criterios de inclusión y 2 fueron recuperados de revisiones sistemáticas. Se incluyeron 21 estudios (Tabla). Entre la media de VPM y DAS28 (16 estudios), Spearman fue -0.24 p=0.22. Para las comparaciones de VPM con PCR y VSG, 0.36 p=0.89 y 0.17 p=0.81 respectivamente. Cuatro artículos realizaron una comparación de VPM entre AR activa y remisión. Dos discriminaron por actividad alta, moderada, baja y remisión. Dechanuwong (2021) encontró una diferencia significativa en la media de VPM entre los 4 grupos (p=0.02) y Taha (2022) (p=.005 inactiva vs moderada, p<001 inactiva vs alta, p<001 baja vs alta). Isik (2014) y Kim (2011) compararon la media de VPM en pacientes con actividad y remisión. Atwa (2022) y Tecer (2016) analizaron la media de DAS28 en pacientes con VPM mayor y VPM menor al valor de corte (11.25 y 10.4 respectivamente) pero no encontraron diferencias significativas (p=0.75 y 0.79). Podría existir un sesgo de publicación (regresión de Egger=1.174; p=0.24).

CONCLUSIÓN: Los resultados sugieren una asociación negativa entre el VPM y la actividad de la enfermedad, aunque esta asociación no alcanza significancia estadística. Se observaron diferencias de VPM entre diferentes niveles de actividad de la enfermedad. Existe la posibilidad de sesgo de publicación. Los estudios incluidos presentaron diversos diseños, lo que puede influir en la interpretación de los resultados y en la capacidad para establecer relaciones consistentes. Asimismo, la evaluación de la calidad metodológica reveló que algunos de ellos presentaron un riesgo potencial de sesgo, lo que podría afectar la confiabilidad de los resultados obtenidos.

Autor/año	Diseño	País	N total	N pac. con AR	NOIS
Alwa 2022	CSI	Egipto	60	60	3/03
Dechanuwong 2021	CR	Tailandia	365	365	3/11
Gasparyan 2019	CP	UK	21	21	4/12
Ökmen 2014	CS	Turquía	144	84	2/03
Rez 2018	CC	Turquía	425	105	2/12
Isik 2014	CC	Turquía	180	120	3/12
Khaled 2020	CSI	Egipto	151	98	2/03
Khodasiani 2019	CC	Irán	140	105	3/12
Kim 2011	CC	Corea	1072	809	2/12
Kisacik 2008	CC	Turquía	82	32	3/12
Maden 2017	CC	Turquía	248	82	3/12
Moghimi 2017	CP	Irán	60	60	2/12
Saj 2018	CS	Turquía	84	57	2/03
Sahn 2016	CS	Turquía	596	281	3/03
Taha 2022	CC	Egipto	250	100	3/12
Talwar 2017	CS	India	160	80	2/03
Targonska 2022	CS	Polonia	131	131	2/13
Tecer 2016	CC	Turquía	238	154	3/12
Tekinoglu 2015	CR	Turquía	102	102	2/12
Yakci 2010	CS	Turquía	130	97	2/03
Yildirim 2015	CS	Turquía	142	90	2/03

CS: cross sectional, CC: casos y controles, CR: cohorte retrospectiva, CP: cohorte prospectiva, NOIS: Newcastle Ottawa Scale

Tabla: Descripción de artículos incluidos.

PREVALENCIA DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL DIAGNOSTICADA EN ARGENTINA (ESTUDIO PRESPAX)

SCHNEEBERGER Emilce, CITERA Gustavo, SORIANO Enrique, GENTILETTI Julieta, SOMMA Luis, CARLEVARIS Leandro, DELLEPIANE Analía, MARTIRE María, VILA Diego, VIDELA GARCÍA Belén, GARCÍA CICCARELLI Agustín, BELLOMIO Verónica, GARCÍA Mercedes, CORREA María, MALDONADO FICCO Hernán, GALVÁN Laura, CIVIT Emma, PEREIRA Dora, VELOZO Edson, BORGIA Marcos, MARTÍNEZ María, RAUSCH Gretel, CERDA Osvaldo, ESPINDOLA ECHAZU Mariana, GOÑI Mario, CALVO María Elena, MALDONADO COCCO José, MALM-GREEN Samanta, ROSEMFET Marcos, GÁLVEZ ELKIN María, PETKOVIC Ingrid, ROSELLI Rafael, CAZENAVE Tomás, BÁEZ Roberto, BENAVENTE Emilio, CASABONA Agustina, VERGARA Facundo, SALVATIERRA Gabriela, DAL PRA Fernando, CASTEL DEL CID Cecilia, GALLO Jessica, RINGER Ariana, SANDBAL Clarisa, SPINETTO María, WIEDERHOLD Carlos, SUELDO Raúl, GONZÁLEZ LUCERO Luciana, BARBICH Tatiana, EZQUER Alejandro, BENAVENTE Matías, MACHADO ESCOBAR Maximiliano, PÉREZ ALAMINO Rodolfo, REDONDO Griselda, BARRIONUEVO María, BEDRAN Zaida, CUSA María, DI LORENZO Laura, DONDIO María José, DORAZIO Andrea, GONZÁLEZ Paula, JUÁREZ Vicente, LARA María, PISONI Cecilia, SCUBLINSKY Darío, ISNARDI Carolina, ADROVER Marianela, GOIZUETA María, ITURRALDE Carolina, MATA Darío, SAINT MARTIN María, CARRIZO Virginia, BRANCE María, GRANEL Amelia, MATHERN Nora, MÉNDEZ Marcos, NASI Silvina, PARÍS Úrsula, PENDÓN Gisela, ROBLES DE GARRONE Norma, PENA Claudia, GARCÍA SALINAS Rodrigo, MAGRI Sebastián, RUTA Álvaro, RUTA Santiago, SALVATORI Facundo, SÁNCHEZ PRADO Einer, ARAUJO BENEGAS Mariana, BUSCHIAZZO Emilio, CROW Catherine, CURTI Ana, DELGADO María, MAID Pablo, MORENO Cristián, REBON Marina, YAURI QUINTO Javier, GAMBÁ María, BENÍTEZ Alejandro, PEÓN Claudia, GÓMEZ Ramiro, ALFARO Agustina, BLANCO Eliana, CASTILLO Patricia, COGO Karina, GOBBI Carla, GUERRA Emmanuel, GUIÑAZU Francisco, GUSIS Simón, MATELLAN Carla, MUSURUANA Jorge, PEREYRA STANLEY Meliana, ROJAS TESSEL Ivanna, ROMERO Julia, SAHORES Sebastián, SAVIO Verónica, ZALAZAR María Marta, BRIGANTE Alejandro, DUBINSKY Diana, CHEMEZ Antonio, COUSSEAU Mario, DE LA VEGA María, MALIANDI María, MARCHEGIANI Raúl, PEREYRA Ana, QUINTERO Juan Eduardo, SA Claudia, SANABRIA Álvaro, SEEWALD Adriana, VELÁZQUEZ Marcela, ZÁRATE Lucía, BERTOLACCINI María, SIRERA Ana, TESTI Adriana, LAGRUTTA Mariana, PALOMBO Matías, ARAUJO Mariela, ASNAL Cecilia, CAPPuccio Ana, EIMON Alicia, LEDESMA

Ana, MARTÍNEZ MUÑOZ Alejandro, NEGRI Melina, RIVERO Estela, RODRÍGUEZ FALABELLA Gonzalo, RODRÍGUEZ Luis, SACNUN Mónica, SOSA María, TAMASHIRO Héctor, TROBO Rosana, ZAPATA María, BARBAGLIA Ana, RODRÍGUEZ Graciela, FERNÁNDEZ Daniel, CATALAN PELLET Santiago, CATALAN PELLET Antonio, NIETO Romina, QUINTANA Rosana, YUCRA BOBARIN Demelza, ABADIE Fernanda, AQUINO Valeria, ARTURI Alfredo, BAÑOS Andrea, BLAS Rodrigo, FINUCCI CURI Pablo, GUT Oscar, GUZZANTI Fernanda, QUIRÓZ Cristian, RISUÑO Fabián, SOMMERFLECK Fernando, FERREYRA GARROTT Leandro, ALLE Gelsomina, ROSA Javier, ACOSTA FELQUER María, ALVARADO Rodolfo, MARIN ZUCARO Nicolás, MARIN Josefina, SCOLNIK Marina, ZACARIAZ HERETER Johana, CORBALÁN Paula, CUADRANTI Nadia, PY Guillermo, AGÜERO Santiago, ASCIMANI PEÑA Carlos, AVENDAÑO Paula, CABALLERO Gabriela, CONFORTI Andrea, DE LA SOTA Mercedes, EXENI Ida, GALLARDO María, GÓMEZ Catalina, GOT Julio, MORALES Claudia, MUNARRIZ Alicia, PERA Oscar, SALAS Adrián, SATURANSKY Etel, TOLEDO Ernesto, ZAMORA Natalia, BARAVALLE Marcos, PALATNIK Mariano, COSENTINO Vanesa, BEJARANO Vanesa, AIMO Carolina, MONTOYA Sandra, IZAGUIRRE GERMAIN María, MICELLI Marina, KERZBERG Eduardo, ALBA Paula, ARGENTO María, AVATTE Cecilia, AZULA José, BARRON Ramiro, BAZZALO Ignacio, BORGIA María, BRESAN Eleonora, COSATTI Micaela, COSTA Cecilia, CRESPO ESPINDOLA María, CRISTOFARI Alexia, COLAZO Marcela, D'AMICO María, FECCHIO Claudio, GROSSO Graciela, LASCANO Cruz, LÁZARO María, PIZIO Malvina, POMPERMAYER Luciano, PRIGIONE Cristina, PUCCI Paula, RETAMOZO Cinthya, SALINAS Fernando, SMICHOWSKI Andrea, SOLLA Mario, SPESSOT Dardo, VENAROTTI Horacio, VILLARREAL Gabriela, YACUZZI María, ZARATE Silvia, COSTI Ana, FENUCCI Maximiliano, BOVEA CASTELBLANCO Gladys, ABBAS Leila, PAPPALARDO Carla, PISSANI DELGADO María Pía, NAFTAL Leonardo, MORBIDUCCI Julieta, MERCE Aixa, SECCO Anastasia, TAMBORENEA María, HERSCOVICH Natalia, INGOLOTTI Lía, MAMANI Marta, ROMANINI Félix, ALBIRE María, ALIAGA Leandro, ALZARI Marina, CAPOZZI María, CARCAMO María, CASALLA Luciana, CÓRDOBA Mercedes, CONTI Silvana, CORICA ALBANI María, CRESPO AMAYA Gloria, FIGUEREDO Heber, GALLO Rosana, GARCÍA FAURA Lucrecia, GIORDANO Federico, GRANILLO VALDÉZ María, KIRMAYR Karin, KOHAN María, LLOVES SCHENONE Nicolás, MILANESIO Julieta, MIRETTI María, MOLINA María, OPORTO NUÑEZ Soledad, PIERINI Florencia, RAGGIO Juan, RIOPEDE Augusto, RODRÍGUEZ María, RODRÍGUEZ Silvina, SAAVEDRA Leandro, SAUCEDO Carla, SOLDANO Juan, SORIA CURI Yessika, STANCICH María, VARA DE KENNY Alicia, PONS-ESTEL Bernardo, PONS-ESTEL Guillermo, SERRANO MORALES Rosa, PERA Mariana, GALLINO YANZI Josefina, MAURI Marianela, SCHMID María, VINICKI Juan, CASTRO María, AVILA Paola, RILLO Oscar, VARGAS ROJAS Liliána, NASSWETTER Gustavo, CAUBET Mariana, LIZARRAGA Ana, MYSLER Eduardo, HELLING Claudia, SANTIAGO María, TATE Guillermo, TATE Patricio, BETANCUER Graciela, ARGUELLO Sabrina, PAPANAGNO María, ABALO Alejandro, ESTEVEZ Adrián, VELASCO Jorge, ALBIERO Juan, ALBIERO Eduardo, CALVO Romina, PAIRA Sergio, ROVERANO Susana, ORTIZ Alberto, PERANDONES Miguel, ANTONIOL María, SEVILLANO GUTIÉRREZ Juan, PERANDONES Carlos, ACHILLI Carla, AESCHLIMANN Carolina, ALBA GUILLIN Aníbal, ARTURI Pablo, ARTURI Valeria, ASTE Nora, AYALA Andrea, BAIED Carmen, BATTAGLIA Daniela, BENAVIDEZ Federico, BENNASAR Guillermo, BORGIA Alfredo, CAMINER Ana, CAVALLASCA Javier, CECCATO Federico, CRUZAT Vanesa, CUADROS Sabrina, DE LA TORRE María, DE OLLOQUI Guillermo, DELLA MAGGIORA Maricel, GARIGNANI Federica, HAYE SALINAS María, HOGREFE Jimena, IBAÑEZ ZURLO Leticia, KLUWAK Gisela, LARROUDE María, LÓPEZ CABANILLAS Adriana, MACAUDIER Mario, MALDINI Carla, MENDIBURO Lorena, MORA Gabriela, MUSRI Eduardo, PEREYRA Cintia, PÉREZ RODRÍGUEZ María, PICCHI Julieta, QUAGLIATO Norberto, REBIGLIONE Daniela, RODRIGUEZ GIL Gustavo, ROMERO Vanesa, RUBINS Javier, SÁNCHEZ María, SANDI ROSALES Marco, SANTAELLA Patricia, SERRANO Eliana, SOARES DE SOUZA Sidney, TAMAÑO Víctor, VASSAROTTO Natalia, VIOLA Malena, ZERBI Hugo, OTADUY Cintia, ASTESANA Pablo, FERREYRA DILLON Rodrigo, GOTTERO Mariano, AGUILA MALDONADO Rodrigo, ARIZPE DAVID Fernando, GARCÍA Lucila, MUSSANO Eduardo, ONETTI Laura, AUDISIO Marcelo, CADILE Isaac, JURADO Raúl, BRAVO Maximiliano, CATAY Erika, BERBOTTO Guillermo, CONTE María, DANIELE Julieta, KISLUK Boris, MARINO Diego, ALESSIO María, ALONSO Carla, BEDOYA María, BERRUEZO Ramiro, BOTTONE Daniel, CASTAÑOS MENESCARDI María, CASTELLI Graciela, CRESPI Gonzalo, CUCCHIARO Natalia, DECARO Alberto, DIP Rodolfo, DOMINGO Daniela, Duarte Vanesa, FARA Nauan, GAZZONI María, GIMÉNEZ Silvana, GUARDIA Mariana, GUINSBURG Mara, HANCEVIC Milena, HASSAN Romina, HEREDIA Mónica, HERRERA Gladys, HOFMAN Julio, LENCINA María, LEÓN María, LÓPEZ MEILLER María, LÓPEZ OLIVA Yanina, MARCAIDA Priscila, MARTÍNEZ Raúl, MAYER Maite, MAZZA Susana, MELO Fernando, MUÑOZ Sebastián, MURCIANO Roxana, NITSCHÉ Alejandro, PÉREZ CEPAS Bárbara, PIROLA Juan, PUERTA FRANCHI Ramiro, RAITI Laura, REMONDINO Graciela, SABELLI Mirtha, SÁNCHEZ ALCOVER María, SANSINANEIA Pierina, SANTOS Carlos Daniel, SAURIT Verónica, DEGIOANNI Lucía, ÁLVAREZ Cecilia, BAENAS Diego Federico, NOVATTI Elisa, ALVARELLOS Alejandro, CAEIRO Francisco, SCARAFIA Santiago, SELEME Gladys, SEVERINA María, TEDESCO Sabrina, TRAVAGLIA Magalí, TROHA Adriana, VALDÉZ Sergio, VELLOSO María, PAPANSIDERO Silvia, DAPEÑA Joan, FLORES TREJO Javier, BANDE Juan, MEDINA María, CARACCILO José, STESENS María, CASADO Gustavo, ROMEO Cecilia, CAPUTO Víctor, VIOLA Diego, FUNES SOAJE Carmen, CAVILLON Emilia, MERAS Nidia, MORALES DE RAVELLI Natalia, SUBILS Gisela, BABINI Alejandra, PANIEGO Federico, PANIEGO Raúl, BERMAN Horacio, BERMAN Alberto, SPINDLER Alberto, SPINDLER Walter, MEDINA Gustavo, BATTAGLIA Ana, MUÑOZ Leila, SANCHEZ FREYTES Luis, BERTOLI Ana, LÓPEZ PÉREZ María, SIRONI José, VIRASORO Belén, GÓMEZ María, CASTRO COELLO Vanesa, IBAÑEZ Leonor, ALLIEVI Alberto, ALONSO LÓPEZ María, BARRIOS Belén, BERSANO María, BORGIA Iván, BORTOLOTTO Gabriela, CEITLIN Raúl, CHIARDOLA Flavia, DIÁZ Mónica, DIEGUEZ Carolina, ERAÑA Fernando, ESTRELLA Natalia, FERNÁNDEZ NACUL Sebastián, FORNARO Marina, GAONA María, GARAY Luciana, GÓMEZ Graciela, HOJBERG Noelia, HOURCLE Silvina, LAFFONT Manuela, LEAL CASTRO Sheyla, LIM Romina, LONGO Analía, LÓPEZ Jorge, LUISSI Aurelia, LUNA Gisela, MALDONADO Pablo, MARCZUK Patricia, MARIASCH Natalia, MIRANDA Ivana, MORALES María, ORDEN Alberto, PAVIA Eduardo, PÉREZ Nicolás, PICCO Eugenia, RASCHIA Alan, REGIDOR Mónica, RIVERO Mariano, RODRIGUEZ RAMIREZ Armín, ROQUE Carmela, SCALI Juan, SERRAVALLE Priscila, BENZAQUÉN Nadia, RIERA Julia, SIRI Daniel, TROITIÑO Cristian, UEMURA Mónica, VÉLEZ Sofía, VERNA Gisele, VILLALOBOS Fernando, WERNICKE Verónica, PORTA Sabrina, SEVILLA Daniel, ABDALA Marcelo, CORTESE María, CREMA Juan, RUFFINO Juan, CHICHOTKY Yamila, VELASCO ZAMORA José, ROLLANO PERASSO Alejandra, JIMENÉZ Mauricio, DUARTES NOE Damián, BARTEL Guillermo, GÓMEZ Andrea, ZAFFARANA Cecilia, VILLAFÁÑE TORRES Jaime, EARSMAN Geofredo, LABORDE Hugo, GALLACHER Alberto, ACEVEDO María, ACIAR Mariana, AIROLDI Carla, CARRILLO Ignacio, CHIMENTI Cristian, COLOMBERO Natalia, COLOMBRES Francisco, CUELLO Isidro, VEIGA Sabrina, DALPIAZ Marina, FERNÁNDEZ SOSA Rodolfo, GAMBURD Eduardo, GARCÍA SAUCO Mariana, GERVASONI Viviana, GIORGIS Pamela, KRUPA Claudia, LANCIONI Gustavo, LEDESMA CAMPANINI César, LEGUIZAMON María, LIZONDO Carmen, LORENZÓN Liliána, MARCOS Ana, MARENGO María, MARTÍNEZ VALDA Tatiana, MARTÍNEZ Liliána, MONTIEL BERTONE Mariano, MOVIA Roberto, NAVARRO Sandra, OLEA Ana, PÉREZ Silvana, PERROTTA Natalia, PICCO Luis, QUIRÓZ Romina, QUISPE VILLANUEVA María, ROSMAN Fany, SALCEDO Mariana, SÁNCHEZ Gabriela, SANTILLÁN Mariano, SATTLER María, SEBASTIANO María, TISSERA Yohana, TORRES Alberto, TRAPP María, VANDALE Juan, WAIMANN Christian, WONG Rómulo, YUJRA VENTURA Pamela, VISENTINI Susana, CABALLERO Celin, JU Yung Chi, PACHECO Gonzalo, STRUSBERG Ingrid, BORTNI Erica, LASTRA Cintia, MORALES Liliána, ABALO Alejandra, ABRITTA Gloria, LECUMBERRI Belén, AICARDI Pedro, ALBIN Mónica, ÁLVAREZ Analía, AMITRANO Cristina, BAIGORRIA SIUFI Marcelo, BALDERRAMA MARQUEZ María, BETELU Zulma, BLAZEVIC Ivana, BRENER Adrián, BROZOVIC ROMERO Yocasta, CALIZAYA ENRIQUEZ Geraldine, CAMARGO SERRUDO Fabiola, CAÑETE Christian, CASTELL Esteban, CATOGGIO Luis, CAVALIERI Magdalena, CHIROTTE Gustavo, CORREA Cristina, COWAN Mónica, CROCE María, DANIELSEN María, DE LA VEGA Sabrina, DELPODDIO Raúl, DUAHU Javier, DURIGAN Virginia, FERNÁNDEZ Lorena, FLORES BALVERDI Janet, FLORES Juan, FLORES Juan Ángel, FONSECA Emilce, FRESSA Marisa, GANDINO Ignacio, GERMAN Noelia, GERVILLA DE CAFRUNE Ana, GIRARD BOSCH María, GONGORA Vanina, GONZÁLEZ LLANOS Lilia, GRAF César, GROSELLO Teresita, HU María, HÜTTMANN Francisco, IMAMURA Patricia, JACOBO Jorge, JORFEN Marisa, JUÁREZ Laura,

KOSTIANOVSKY Alex, LAURITO Carmen, LEAL María, LEDDA Anabel, LO GIUDICE Luciano, MALAH Verónica, MALDONADO Aldana, MAURELLI TORRES Laura, MEDRANO CLAURE Teresa, MOLLERACH Florencia, MORÓN María, NESA Lucas, OLIVER Marina, ORTIZ MATEUS Luis, PARDO HIDALGO Rodolfo, PERAK Marilina, PÉREZ BERTANA María, PÉREZ DAVILA Adriana, PETRUZZELLI Sandra, PINEDA Susana, PIZZOLATO Ruth, QUAGLIA María Fernanda, QUAGLIA María Isabel, QUENARD Isabel, RAMOS Fernando, RAMOS Guillermo, RICARTE AGUIAR Carlos, ROBALINO Flor, RUFFIN Alfredo, RUIZ Mario, SÁNCHEZ ANDIA Carolina, SANCHEZ José, SANDOVAL Verónica, SCHEINES Eduardo, SIEGRIST Carlos, TABOADA BONFANTI María, TAPIA MOREIRA María, TRALICE Elda, UÑA Claudia, VIACAVA Cecilia, VIVERO Florencia, VULCANO Ariel, WULFF Marcela. Colaboración especial: Aguilar G. Especialista en imágenes.

SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

INTRODUCCIÓN: Carecemos de datos sobre la prevalencia de la espondiloartritis axial (EspAax) en nuestro país.

OBJETIVO: Estimar la prevalencia de EspAax diagnosticada en Argentina, analizar las características sociodemográficas y clínicas de esta enfermedad y estratificar estos resultados según las 23 provincias y el distrito federal.

MÉTODOS: Todos los reumatólogos del país que asisten pacientes adultos fueron convocados a participar a través de una invitación por diferentes vías de comunicación. Pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de EspAax según criterios ASAS 2009 y/o criterios de NYM fueron incluidos. Aquellos pacientes que no habían consultado dentro del año previo fueron contactados para verificar seguimiento. El período para la inclusión de pacientes fue 12 meses. Las variables a consignar fueron: sociodemográficas, tiempo de evolución y demora diagnóstica, tipo, subtipo y rasgos de EspAax y estudios complementarios (HLA-B27, radiografía y resonancia magnética de articulaciones sacroilíacas). Análisis estadístico: la prevalencia bruta se calculó como el número de pacientes con EspAax identificados divididos por la población adulta según los datos provisorios del último Censo Nacional (18/5/22) INDEC y se expresa como %. Estadística descriptiva e inferencial.

RESULTADOS: Un total de 694/781 (88.9%) reumatólogos aceptaron participar del estudio. La participación varió según la región: desde 100% a 40%. La población adulta total de Argentina es de 31.621.696 habitantes, 4093 pacientes con EspAax fueron registrados, correspondiendo a una prevalencia de 0,013%. La distribución geográfica de la prevalencia de EspAax fue desde 0,036% en Tierra del Fuego a 0,002% en Jujuy. La edad promedio de los pacientes fue 49,6 años ($\pm 13,9$) y 2388 (58,3%) eran de sexo masculino. La nacionalidad de los mismos fue: Argentina en 95,4%, países limítrofes 2,7% y otros países 1,9%. Etnia: mestizos 48,6%, caucásicos 41,1%, desconocida 7,4%, nativo americano 2,6% y asiático-americano 0,3%. El tiempo mediano de evolución de la EspAax fue de 11 años (RIC 5-18) y la demora mediana al diagnóstico de 2 años (RIC 1-6). 2539 pacientes (62%) fueron clasificados como EspAax radiográfica. En cuanto a los subtipos: pura 59,8%, juvenil 4,6%, asociada a artritis psoriásica 29%, a enfermedad inflamatoria intestinal (EII) 4% y a artritis reactiva 2,6%. El 15,1% tenían historia familiar de EspAax. Uveítis (15,9%), psoriasis (29,3%) y EII (5%). El HLA-B27 fue positivo en 1990/3129 (63,6%).

CONCLUSIÓN: Obtener datos locales es de fundamental importancia para el conocimiento detallado de esta enfermedad.

0315

FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN Y ADHERENCIA A LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL

BUSCHIAZZO Emilio¹, BENEGAS Mariana², MERCE Aixa³, AIROLDI Carla⁴, COSATI Micaela⁵, MORBIDUCCHI Julieta³, MARTIRE María Victoria⁶

¹HOSPITAL SR. DEL MILAGRO, ²SANATORIO MÉNDEZ, HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA, ⁴HOSPITAL PROVINCIAL, ⁵CEMIC, ⁶HOSPITAL SAN ROQUE DE GONNET

INTRODUCCIÓN: El tratamiento de las espondiloartritis axiales (EspAax) incluye el farmacológico (AINE y terapias biológicas o bDMAR) y el no farmacológico (actividad física, AF).

OBJETIVO: Detectar barreras y facilitadores del paciente y del médico que se asocien al cumplimiento o no de dichos tratamientos.

MÉTODOS: Inclusión: Médicos en formación o especialistas en reumatología, con ≥ 1 paciente (EspAax por ACR/EULAR2010 mayor de 18 años) y en seguimiento por ≥ 12 meses y una visita en los últimos 6 meses. Tanto el médico como cada paciente completaron encuestas que incluyeron características personales, asociadas a la profesión, sobre la enfermedad, tratamiento farmacológico y no farmacológico (AF, si la había sido indicada y la forma de realizarla), asimismo se completaron cuestionarios de adherencia a tratamiento farmacológico (CQR) y actividad física (EAQ-18). La adherencia se definió de forma más estricta ($>80,7$) o menos estricta (>60) para CQR y >60 para EAQ-18. Este es un informe preliminar de los primeros datos. Estadística: se realizó estadística básica, comparando variables categóricas y continuas mediante test seleccionados según la distribución de la misma. Se utilizaron medianas y rangos intercuartílicos para expresar las continuas dado el bajo número de pacientes. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

RESULTADOS: Se incluyeron 6 médicos (5 sexo femenino), edad 41 (IQR 4.75), mediana de ejercicio de la especialidad 9.5 años (IQR 3.25) y 31 pacientes, con un tiempo de evolución de 10 años (IQR 11.5), 17 (54.8%) con compromiso axial puro, 19 (61.3%) en tratamiento anti-TNFalfa, y 5 (16.1%) anti-IL17. La mediana de BASDAI, BASFI y ASDAS-VSG fueron 2.9 (IQR1.8), 3.55 (IQR 2.85), 1.92 (IQR1.24). El 96.8% (30) de los médicos indicaron alguna vez AF a sus pacientes, y la forma más frecuente fue verbalmente (17, 58.6%), siendo el ejercicio aeróbico el más indicado (18, 64.3%). Al consultar al médico sobre la adherencia de parte de los pacientes, 7 (24.1%) consideraron que probablemente no cumplían las indicaciones de AF y 15 (51.7%) solo de forma parcial. De los 31 pacientes incluidos, 28 (90.3%) respondieron la encuesta, con una edad 41 años (IQR10.3), 16 (61.5%) de sexo masculino. El mayor beneficio de la AF reportado por el paciente fue la mejoría de la calidad de vida en 19 (73.1%) y en la disminución del consumo de fármacos 7 (26.9%), y el mayor miedo para realizarla fue el temor a caídas 6 (23.7%). Los ejercicios más frecuentemente realizados fueron los aeróbicos 17 (60.7%), 3 veces por semana 8 (47%) con una mediana de 120 min (IQR 128) /semana y los menos realizados fueron los de equilibrio 4 (21%). La mediana de minutos de actividad física semanal fue 240 minutos (IQR 180). La adherencia a CQR estricta fue del 69.2% y a la AF medida por EAQ-18 >60 fue 88.5%.

CONCLUSIÓN: En esta muestra de reumatólogos y sus pacientes con EspAax, la indicación de AF fue alta, con alto reporte de actividad por parte de los pacientes y niveles elevados de adherencia.

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

RIUS Natalia, MARIN Josefina, ROSA Javier, SORIANO Enrique

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

INTRODUCCIÓN: Del 25 al 75% de los pacientes con APs experimentan dolor lumbar inflamatorio y rigidez matinal asociados con afectación axial en los estudios de imagen. La información de la RM en la APs axial es limitada y no está claro si su afectación difiere de la de los pacientes con axSpA.

OBJETIVO: Comparar los hallazgos de la RM (cambios inflamatorios de la entesis) de la articulación sacroilíaca (SIJ) y de la columna vertebral (CV) entre pacientes con APs, y afectación axial y pacientes con axSpA (sin psoriasis).

MÉTODOS: Se incluyeron pacientes diagnosticados de SpA (criterios de imagen ASAS, sin psoriasis) y APs (criterios CASPAR) con afectación clínica axial.

RESULTADOS: Se incluyeron 45 pacientes con axSpA y 34 pacientes con APs axial. La Tabla 1 muestra las características clínicas y demográficas de los pacientes. Los pacientes con APs presentaron significativamente mayor score de entesitis (MASES >1), índice de masa corporal y actividad de la enfermedad medida por BASDAI. Un porcentaje mayor de estos pacientes había recibido tratamiento con metotrexato. Una proporción significativamente mayor de pacientes con axSpA fueron HLA-B27 positivos. La Tabla 2 muestra la distribución de cambios inflamatorios y estructurales, tanto de CV como de las SIJ. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los cambios estructurales e inflamatorios a nivel de la CV entre ambos grupos. Los pacientes con axSpA presentaron significativamente mayor edema óseo a nivel de SIJ (axSpA 78% vs. APs 55.8%, p=0.038). Cuando se evaluó el score SSS para cambios estructurales los pacientes con axSpA presentaron significativamente mayor reemplazo graso (media, [DE]: axSpA 13.2 [8.7] vs APs 6.6 [7.7] p=0.008), erosiones (mediana [IQR]: axSpA 1.5 [0-5.5] vs APs 0 [0-2] p 0.01) y presencia de *backfill* (media [DE]: axSpA 2.9 [3.9] VS APs 0.5 [2.1] p=0.002) La proporción de pacientes con compromiso aislado de CV fue mayor en el grupo de pacientes con APs (APs 37%, axSpA 8% p=0.07).

CONCLUSIÓN: Los pacientes con axSpA y APs con compromiso axial no presentaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los cambios inflamatorios y estructurales de la CV medidos por RM. Los pacientes con axSpA presentaron significativamente mayor edema óseo, reemplazo graso, erosiones y *backfill* a nivel de las SIJ.

Tabla 1	axSpA (n=45)	APs Axial (n=34)	Valor p
Sexo masculino, n (%)	26 (57.8)	17 (50)	0.492
Edad diagnóstico, media (DE)	37.4 (22)	47.9 (12.8)	0.016
Edad inicio de síntomas axiales en años, media (DE)	36.9 (14.2)	46.5 (11.8)	0.002
Flu %	0	100	0.00
Dactilitis, n (%)	2 (4.4)	9 (23.5)	0.002
Entesitis (MASES >1), n (%)	5 (11.1)	10 (29.4)	0.040
MIC, media (DE)	23.9 (3.2)	26.8 (3.7)	0.0009
DAS 28 PCR, media (DE)	2.1 (0.61)	2.8 (1.4)	0.349
BASDAI, media (DE)	3.3 (1.98)	4.84 (2.4)	0.02
SASPI, media (DE)	2.8 (2.3)	3.2 (2.7)	0.2839
SASII, media (DE)	2.04 (1.38)	2 (1.4)	0.369
HLA B27, n (%)	23 (50) (39/45)	2 (13) (1/34)	0.003
PCR, mediana (IQR)	3.8 (1.9-11.8)	2.4 (1.1-7.8)	0.04
PCR > 6, n (%)	21 (47)	16 (46)	0.8622
ANE, n %	42 (93)	33 (97)	0.416
Comorbidos, n (%)	11 (24)	11 (32)	0.43
Metotrexato, n (%)	4 (9)	16 (47)	0.001
Leftunomida, n (%)	1 (2.2)	34 (6)	0.399
Sulfasalazina, n (%)	1 (2)	0	0.362
Tratamiento biológico previo, n (%)	0	3 (8.82)	0.042

Tabla 1: Características clínicas y demográficas de los pacientes.

Tabla 1	axSpA (n=45)	APs Axial (n=34)	Valor p
Sexo masculino, n (%)	26 (57.8)	17 (50)	0.492
Edad diagnóstico, media (DE)	37.4 (22)	47.9 (12.8)	0.016
Edad inicio de síntomas axiales en años, media (DE)	36.9 (14.2)	46.5 (11.8)	0.002
Flu %	0	100	0.00
Dactilitis, n (%)	2 (4.4)	9 (23.5)	0.002
Entesitis (MASES >1), n (%)	5 (11.1)	10 (29.4)	0.040
MIC, media (DE)	23.9 (3.2)	26.8 (3.7)	0.0009
DAS 28 PCR, media (DE)	2.1 (0.61)	2.8 (1.4)	0.349
BASDAI, media (DE)	3.3 (1.98)	4.84 (2.4)	0.02
SASPI, media (DE)	2.8 (2.3)	3.2 (2.7)	0.2839
SASII, media (DE)	2.04 (1.38)	2 (1.4)	0.369
HLA B27, n (%)	23 (50) (39/45)	2 (13) (1/34)	0.003
PCR, mediana (IQR)	3.8 (1.9-11.8)	2.4 (1.1-7.8)	0.04
PCR > 6, n (%)	21 (47)	16 (46)	0.8622
ANE, n %	42 (93)	33 (97)	0.416
Comorbidos, n (%)	11 (24)	11 (32)	0.43
Metotrexato, n (%)	4 (9)	16 (47)	0.001
Leftunomida, n (%)	1 (2.2)	34 (6)	0.399
Sulfasalazina, n (%)	1 (2)	0	0.362
Tratamiento biológico previo, n (%)	0	3 (8.82)	0.042

Tabla 2: Cambios inflamatorios en columna vertebral y articulaciones sacroilíacas.

ACTIVITY INDEX FOR PSORIATIC ARTHRITIS (AIPA): VALIDACIÓN DE UN NUEVO INSTRUMENTO PARA EVALUAR ACTIVIDAD EN ARTRITIS PSORIÁSICA

CORBALÁN Paula María¹, BARBAGLIA NAVARRO Ana Lucía¹, BERTOLACCINI María Constanza¹, GONZÁLEZ LUCERO Luciana¹, SUELDO Héctor Raúl¹, DOMÍNGUEZ LEIVA Patricia Belén², DELTIN Elizabet Karen³, GÓMEZ VARA Andrea Belén⁴, GÓMEZ Ramiro⁵, ALFARO María Agustina⁵, MACHADO ESCOBAR Maximiliano⁶, GALINDO Liliana María⁷, SÁNCHEZ Natalia⁷, BELLOMIO Verónica¹

¹HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, ²HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, ³HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ⁴INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, ⁵HOSPITAL POSADAS, ⁶HOSPITAL EVA PERÓN, ⁷FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN

INTRODUCCIÓN: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria de curso crónico y progresivo que puede comprometer múltiples dominios. La heterogeneidad en su presentación lleva a utilizar diferentes scores para evaluar la actividad siendo los más utilizados MDA y DAPSA, sin embargo, ninguno considera todos los aspectos de la enfermedad. En 2019 se desarrolló el score *Activity Index for Psoriatic Arthritis* (AIPA), un índice compuesto cuya finalidad era evaluar la actividad de APs considerando todos los dominios: compromiso articular periférico y axial, compromiso

cutáneo, ungueal, entesitis, dactilitis y uveítis. Se establecieron los puntos de corte para baja, moderada y alta actividad de AIPA, y se encontró buena correlación con DAPSA y MDA.

OBJETIVO: Determinar validez, confiabilidad y sensibilidad al cambio del score AIPA en pacientes con APs en una población argentina.

MÉTODOS: Se realizó un estudio multicéntrico. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de APs según criterios CASPAR que asistieron al consultorio externo de Reumatología de los servicios participantes. Se analizaron variables sociodemográficas, relacionadas a la enfermedad, y el tratamiento, las incluidas en los scores DAPSA, MDA y AIPA. Se realizaron 3 evaluaciones: al día 0 (AIPA, MDA y DAPSA por 2 observadores independientes), a los 7 días y a los 3 meses. Se consideró cambio de terapia entre el día 0 y los 3 meses.

RESULTADOS: Se incluyeron 57 pacientes, 63% sexo femenino, con una edad media de 55±13.5 años. Tiempo de evolución de la psoriasis de 22.7±12.3 años y de artritis psoriásica de 10.9±7.9 años. El 68% presentaba compromiso mixto (periférico, axial y entesítico). El 47% se encontraba en tratamiento con AINES, un 56% con csDMARDs (78% MTX, 15% LFN), un 54% con bDMARDs (45% anti-TNF, 42% anti-IL17, 9.6% anti-IL23). Al día 0 (basa), 19% presentaba remisión y 28% baja actividad por DAPSA, 31.6% por MDA, 5% por VLDA y 28% baja actividad por AIPA. Se encontró nuevamente buena correlación entre DAPSA, MDA y AIPA (r 0.75 p <0.0001). El tiempo de ejecución de AIPA fue med 7.3 min (min 3- max 45 min). No se pudo evaluar sensibilidad al cambio por el escaso número de tratamientos modificados entre el día 0 y los 3 meses de seguimiento. Se encontró excelente concordancia en la evaluación de test-retest intraobservador (día 0 y día 7) de AIPA con un CCI 0.85 (IC 95% 0.64-0.94); también se observó excelente confiabilidad en las evaluaciones interobservador con CCI 0.92 (IC 95% 0.84- 0.95).

CONCLUSIÓN: Si bien no se pudo establecer la sensibilidad al cambio, el nuevo instrumento AIPA demostró validez y confiabilidad para evaluar la actividad de la APs abarcando los 7 dominios de la enfermedad.

0322

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REGISTRO DE DATOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

MARTÍNEZ Maura Silvia, VIOLA Malena, CARBONELL Rafael, RIOPEBRE Augusto Martín, MATA Darío, DE LA VEGA María Celina

HOSPITAL DR. COSME ARGERICH

Características	
Sexo femenino, n (%)	70 (95%)
Sexo masculino, n (%)	4 (5%)
Edad, mediana (rango etario en años)	46 (18-78)
Edad al diagnóstico, mediana (rango etario)	31 (11-56)
Tiempo de evolución de enfermedad, mediana (rango)	11 (1-45)
Residencia en CABA, n (%)	36 (49%)
Residencia en conurbano, n (%)	38 (51%)
Enfermedad activa por SLEDAI, n (%)	36 (49%)
Baja actividad de enfermedad por SLEDAI, n (%)	21 (28%)
Actividad moderada, n (%)	15 (20%)
SLEDAI, mediana (rango)	0 (0-12)
SLICC, mediana (rango)	0 (0-7)

Tabla 1: Características de los pacientes.

INTRODUCCIÓN: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria, crónica, con daño multiorgánico. Se expresa con diferentes formas de presentación y manifestaciones clínicas. Los datos sobre las características de pacientes con LES atendidos en hospitales públicos de Argentina son escasos.

OBJETIVO: Describir las características clínicas registradas de pacientes asistidos en un Hospital público de la Ciudad de Buenos Aires.

MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, analizando historias clínicas de pacientes con diagnóstico de LES, según criterios ACR/EULAR 2019, asistidos entre enero de 2022 y abril de 2023 en consultorios externos. Se recolectaron datos clínicos, de laboratorio, internaciones y tratamientos registrados desde el diagnóstico hasta la última consulta. Se evaluó la actividad de la enfermedad (SLEDAI) registrada en la última consulta, el daño acumulado (SLICC) y comorbilidades asociadas.

RESULTADOS: Se analizaron 74 pacientes con LES, 95% eran mujeres, con una mediana de edad de 46 años, (características sociodemográficas, Tabla 1). Las manifestaciones más frecuentes fueron: compromiso articular (70%), mucocutáneo (51%) y renal en el 26%, siendo la glomerulonefritis tipo IV el hallazgo histopatológico más prevalente. El perfil inmunológico mostró positividad de FAN en 96%, anti-DNA 42%, anti-RO 28%, anti-Smith 23%, RNP 23%, anti-LA 9%, e hipocomplementemia en 62%, anemia 34% y proteinuria en 28%. El 38% requirió internación en algún momento de la evolución del LES debido a un compromiso renal (19%), neurológico (5%) o serositis (5%). Los tratamientos utilizados fueron: hidroxicloroquina 92%, metotrexato 27%, azatioprina 18% y mofetil micofenolato 16%, ciclofosfamida, 16%, belimumab 11% y rituximab 7%. En la última consulta registrada, la mitad de los pacientes recibía dosis bajas de corticoides. El 49% presentaba enfermedad activa por SLEDAI, 28 % actividad leve, 20% moderada actividad. El 27% presentaba daño de órgano por SLICC (comorbilidades, Tabla 2).

Comorbilidad	n	%
Trastorno tiroideo	54	27%
HTA	15	20%
DBT	8	11%
Osteoporosis	7	9%
Obesidad	5	7%
Insuficiencia cardíaca	5	7%
Neoplasia	3	4%
Tabaquismo	2	3%
Infecciones	n	%
Zoster	4	5%
TBC	4	5%
Enfermedad de Chagas	3	4%
Compromiso órganos	n	%
Articular	52	70%
Mucocutáneo	38	51%
Fenómeno de Raynaud	21	28%
Insuficiencia renal	19	26%
Serositis	14	19%
Neurológico	10	14%
Pulmonar	8	11%
SAF	8	11%
Vasculitis	7	9%
Laboratorio	n	%
FAN	71	96%
DNA	31	42%
RNP	23	31%
RO	21	28%
Smith	17	23%
LA	7	9%
C3	46	62%
C4	46	62%
Proteinuria	21	28%
Anemia	25	34%
Leucopenia	22	30%
Plaquetopenia	10	14%
Anemia hemolítica	2	3%
Medicación registrada	n	%
Hidroxicloroquina	68	92%
Metotrexato	20	27%
Ciclofosfamida	16	22%
Azatioprina	13	18%
Mofetil Micofenolato	12	16%
belimumab	8	11%
rituximab	5	7%

Tabla 2: Comorbilidades.

CONCLUSIÓN: Según nuestros registros aproximadamente un tercio de los pacientes evaluados presentan daño orgánico por SLICC. En relación a la actividad de la enfermedad, un tercio presentaba baja actividad y una cuarta parte moderada actividad. No se registró alta actividad. Estos datos objetivan las características de los pacientes asistidos en nuestro centro y los tratamientos instituidos.

0323

MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES INTERNADOS CON ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO

ARIAS Lorena, ARIAS Tamara Graciela, MEDINA Gustavo, GARCÍA CARRASCO Marina

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades sistémicas del tejido conectivo se caracterizan por afectación multiorgánica, curso evolutivo crónico, con remisiones, recaídas y daño acumulado. Estas condiciones explicarían la mayor mortalidad reportada respecto a la población general. Sin embargo, existen pocos estudios en la literatura latinoamericana que describan las internaciones y la mortalidad de los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas.

OBJETIVO: Describir la mortalidad de pacientes internados con enfermedad del tejido conectivo (ETC). Describir las características de los pacientes fallecidos durante la internación

MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional y transversal. Se evaluaron las historias clínicas de todas las internaciones entre enero de 2022 y junio de 2023 con codificación correspondiente a algunas de las siguientes patologías: artritis reumatoidea (AR), lupus eritematosos sistémico (LES), esclerosis sistémica (ES), miopatías inflamatorias idiopáticas (MII), vasculitis (VS).

RESULTADOS: Se evaluaron los datos de 121 internaciones, edad media de 48 (DS +8) años y mediana de 11 (RIC 7-17) días de hospitalización. Se constataron 13 óbitos, edad promedio de 58 (DS + 11) años y 39 (DS + 14) días de internación. La proporción de óbitos de acuerdo a las internaciones por cada diagnóstico fue en MII 3/11 (27.3%), en ES 2/9 (22.2%), 3/18 (16.7%) en VS, en AR 3/37 (8.1%) y en LES 2/46 (4.3%).

CONCLUSIÓN: Los pacientes que fallecieron durante la internación tuvieron mayor edad y más días de internación en promedio respecto de los que se fueron de alta. En la mayoría de los casos de óbito existieron complicaciones infecciosas durante la internación, ya sea como parte del motivo que llevó a la hospitalización o complicación durante la misma. Las enfermedades que mayor proporción de muertes tuvieron fueron MII, ES y VS.

0325

ESTUDIO OBSERVACIONAL: ¿QUÉ OCURRE CON LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL?

BRIGANTE Alejandro, GÓMEZ María Gimena, SORRENTINO Laura Julieta

SANATORIO GÜEMES

INTRODUCCIÓN: Existen guías sobre el manejo farmacológico y no farmacológico de las espondiloartritis (EA) y en los últimos años se ha ampliado el arsenal terapéutico. Para ello, se han llevado a cabo una gran cantidad de estudios de investigación a nivel mundial. Muchos lograron cumplir los objetivos planteados, pero otros no.

OBJETIVO: Determinar con qué frecuencia los EC sobre EA axial son interrumpidos o no publicados.

MÉTODOS: Se realizó una búsqueda en ClinicalTrial.gov sobre estudios de intervención (EI) de EA axial registrados desde de 2019 hasta junio de 2023. Proveen datos de: población del estudio, tipo intervención, fechas inicio y finalización, fuente financiación (*sponsor*), características del diseño y estado del reclutamiento. Se incluyeron: estudios de intervención (fase I/II/III, III o IV) en estado: completo, suspendido, terminado o desconocido, según el glosario de ClinicalTrials.gov. Se consideró: estudio completo a los que completaron y como discontinuado a los que terminaron, retiraron o suspendieron. Se analizaron: fuente financiación (industria vs no industria), tipo intervención (farmacológica vs no farmacológica). Para la información de la publicación realizamos una búsqueda en PubMed y Google académico por título del trabajo según su registro en ClinicalTrials.gov y según título oficial (descripto en el mismo).

RESULTADOS: Se incluyeron 93 EC, 25 (2,15%) completados y 7 (7,5%) discontinuados. Se realizaron en diferentes países, siendo 19,5% en China, 16,3% en Estados Unidos, 13% en Francia y Turquía. Los más frecuentes son los de fase II y fase III con 17 (18,5%) cada una. Tipo de intervención, 48 (52,2%) son farmacológicos. En un 44,5% son apoyados por la industria. Un estudio fue suspendido por motivos de pandemia por COVID-19 y 2 estudios fueron retirados por terminación del programa de desarrollo. Solo 6 (6,52%) estudios fueron publicados, uno de ellos fue patrocinado por la industria.

CONCLUSIÓN: La totalidad de estudios durante el período investigado resultó menor comparado con otras fechas. Tal vez la pandemia por COVID-19 no solo dificultó la realización de los mismos, sino que también fue motivo de suspensión de algunos de ellos. En este trabajo se evidencia un mayor número de ensayos en etapa de reclutamiento en forma activa, lo que confirma que se reactivó la producción. Es notoria la falta de publicación de los estudios y se desconocen los motivos.

0334

AUTOPERCEPCIÓN DEL APOYO FAMILIAR POR PARTE DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD REUMÁTICA

TOSO María Laura, JUÁREZ Vicente, BUSCHIAZZO Emilio, ACIAR Mariana, BELBRUNO Leila, ROJAS Romina, LUNA MURILLO Juan Manuel, RALLE Ana Carolina, CRESPO ESPÍNDOLA María Elena

HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

INTRODUCCIÓN: Se define como funcionalidad familiar a la capacidad de solucionar y adaptarse a los problemas que tiene la familia. Las enfermedades reumáticas son patologías crónicas que transcurren con dolor y alteración de la capacidad funcional, requiriendo los pacientes el

apoyo de su entorno. Son escasas las publicaciones acerca del rol familiar y la percepción del entorno por parte de los pacientes con enfermedades reumáticas.

OBJETIVO: Identificar a través del instrumento APGAR familiar la percepción de cada paciente sobre la contención familiar.

MÉTODOS: El estudio fue observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron pacientes > de 18 años, que concurren habitualmente al Sector de Reumatología del Hospital Sr del Milagro y que reportaron una enfermedad reumática establecida. Se realizó una encuesta mediante un cuestionario de *Google Forms*, recabándose datos sobre el diagnóstico, datos sociodemográficos, RAPID3 para medir actividad de la enfermedad y cuestionario de APGAR familiar para medir disfunción. Un puntaje <17 clasifica al entorno con algún grado de disfuncionalidad familiar, siendo en el caso de un valor <9, disfunción severa.

RESULTADOS: Se incluyeron 61 pacientes, 56 (91.8%) sexo femenino, con una media de edad de 46.2 años (DE 12.4), con 10.8 años de educación (DE 3.65), 39 (63.9%) con AR, 11 (18%) LES, 9 (14.8%) SSp, 16 (26.2%) FM y/u OA. El número de convivientes promedio fue de 4.79 (DE 2.77), 25 (41%) estaban desempleados, 17 (29.7%) poseían certificado de discapacidad. La mayoría tenían vivienda de material 39 (63.9%). Las categorías de APGAR familiar fueron: normal 14 (23%), disfunción leve 18 (29.5%), moderada 5 (8.2%) y severa 24 (39.3%). Al comparar los pacientes con APGAR familiar severo vs el resto, se encontró significativamente menos años de educación (9.3 vs 11.6; p=0.013), y valores de RAPID 3 mayores (2,83 vs 2,32; p 0,06). Los años de educación se asociaron inversamente a la presencia de a APGAR severo (OR 0,8 IC 95% 0,6-0,9, p 0.03).

CONCLUSIÓN: En pacientes con enfermedades reumáticas, la disfunción familiar fue elevada y se asoció negativamente a los años de educación.

0335

UTILIZACIÓN DEL ANTICUERPO ANTIPÉPTIDO CITRULINADO COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

RALLE Ana Carolina, LUNA MURILLO Juan Manuel, TOSO María Laura, JUÁREZ Vicente, BUSCHIAZZO Emilio, ACIAR Mariana, BELBRUNO Leila, ROJAS TESSEL Romina, CRESPO ESPÍNDOLA María Elena

HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

INTRODUCCIÓN: Los anticuerpos antipéptidos citrulinados cíclicos (anti-CCP) demostraron ser altamente específicos para el diagnóstico de la artritis reumatoidea (AR), aunque también pueden encontrarse en otras patologías, incluso en la población general. El valor predictivo del anti-CCP puede disminuir notablemente al utilizarlo para la detección de enfermedad reumática, si es aplicado en la población general de pacientes asintomáticos.

OBJETIVO: Describir la utilización del anti-CCP en el ámbito hospitalario como herramienta diagnóstica de enfermedades reumáticas.

MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo donde se analizaron historias clínicas de pacientes de ambos sexos a los cuales se les solicitaron anti-CCP, desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2019, con un punto de corte ≥ 20 U/ml. Se registró la edad, el motivo de consulta, la positividad o negatividad del factor reumatoideo, la especialidad del médico solicitante y el diagnóstico definitivo.

RESULTADOS: Se analizaron 67 historias clínicas, siendo los pacientes 58 (86.6%) de sexo femenino, y el anti-CCP positivo en 26 (36.6%), el factor reumatoideo en 17 (38.6%) pacientes, siendo solicitado en 11 (34.4%) por Reumatología y 6 (50%) por otra especialidad (p=0.3). Del total de los pedidos de anti-CCP, 48 (75%) fueron realizados por Reumatología, de los cuales 17 (35.4%) fueron positivos. Al analizar los motivos de consulta para la solicitud de anti-CCP, la causa fue artroalgias en 29 (46%) y artritis en 24 (38.1%). En relación al diagnóstico definitivo poslaboratorio, del total de pacientes que consultaron por artritis, 17 (27.9%) tuvieron diagnóstico de enfermedad del tejido conectivo específica (ETCE) y de las consultas por artroalgias, 11 (18%) finalizaron con ese diagnóstico. La positividad del anti-CCP se asoció con alguna enfermedad del tejido conectivo específica en un 66.7% (p \leq 0.001).

CONCLUSIÓN: Del total de pacientes que consultaron por artritis, 17 (27.9%) tuvieron diagnóstico de ETCE en contrapartida con las consultas por artroalgias con 11 (18%). La positividad del anti-CCP se asoció con ETCE en 66.7% vs anti-CCP negativos (p \leq 0.001) de los pacientes.

0336

VALOR DE LA ULTRASONOGRAFÍA PULMONAR PARA DETECTAR ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

PERANDONES Miguel¹, SCHNEEBERGER Emilce¹, ROSEMFET Marcos¹, OTAOLA María², CAZENAVE Tomás¹, BARBICH Tatiana¹, CARRIZO ABARZA Virginia¹, BALCAZAR Jonathan², ROSSI Santiago³, CITERA Gustavo¹

¹SECCIÓN REUMATOLOGÍA, INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (IREP), ²SECCIÓN NEUMONOLOGÍA, INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (IREP), ³CENTRO DE DIAGNÓSTICO ROSSI

INTRODUCCIÓN: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) en artritis reumatoidea (AR) es una manifestación extra-músculo-esquelética con alta morbimortalidad. Su detección temprana podría mejorar la calidad de vida de estos pacientes. La tomografía de tórax de alta resolución (TACAR) es el método de elección para el diagnóstico, pero la alta radiación limita su uso. Diferentes parámetros clínicos, de laboratorio, genéticos y ultrasonográficos han sido propuestos para la detección de esta condición.

OBJETIVO: Identificar variables sociodemográficas y clínicas asociadas a la presencia de EPI en pacientes con AR; evaluar el rendimiento de un score clínico y un score clínico combinado con la ultrasonografía pulmonar (UP) versus la UP sola para identificar pacientes con EPI.

MÉTODOS: Se evaluaron pacientes ≥ 18 años ambulatorios, con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010. Los pacientes con otra enfermedad pulmonar y/o cardíaca descompensada fueron excluidos. Se consignaron variables sociodemográficas, clínicas, terapéuticas, signos y síntomas respiratorios (tos, disnea, rales crepitantes), y hábito tabáquico. Se registró positividad para FR y anti-CCP. Se evaluó actividad de la enfermedad (DAS28), capacidad funcional (HAQ-A) y calidad de vida (QOLRA II). A todos los pacientes se les realizó radiografía de tórax, examen funcional respiratorio con DLCO, UP con evaluación de 14 áreas (N° de líneas B y N° de irregularidades pleurales) y tomografía de tórax de alta resolución (TACAR). Análisis estadístico uni y multivariado y curvas ROC.

RESULTADOS: Se incluyeron 107 pacientes con una edad mediana (m) de 62 años (RIC 36-84), 82.2% de sexo femenino y tiempo de evolución de la AR m 14 años (RIC 1-42). Un total de 30 pacientes (29.5%) tenían EPI por TACAR y 48 pacientes (45.8%) por UP. El clásico valor de corte de ≥ 5 líneas B en la UP (utilizando como estándar de oro la presencia de EPI por TACAR) mostró un ABC 0.86 (IC 95% 0.78-0.94), una S 87.1% y E 74.3%. Desarrollamos un score clínico conformado por 5 variables para identificar la presencia de EPI, en base a la fuerza asociación en el análisis multivariado (*odds ratio*): sexo masculino (3 puntos), rales crepitantes (3 puntos), edad ≥ 60 años (2 puntos), FR+ (2 puntos), Anti-CCP+ (1 punto). Rango 0-11, valor de corte ≥ 5.5 ,

ABC 0.80 (IC 95% 0.70-0.89), S 75% E71%. Cuando a este score le adicionamos la variable de la UP: líneas ≥ 5 (4 puntos), el rango fue de 0-15, un valor de corte ≥ 7.5 , ABC 0.88 (IC 95% 0.81-0.94), mejora la S 84.4% y la E 75%. Sin embargo, este último score no superó el rendimiento de la UP aislada.

CONCLUSIÓN: La UP fue la mejor herramienta para la detección de EPI en paciente con AR.

0337

UTILIDAD DE BIOMARCADORES DE CÉLULA EPITELIAL PARA MEDIR LA SEVERIDAD Y DISCRIMINAR ENTRE DIFERENTES PATRONES DE ENFERMEDAD INTERSTICIAL PULMONAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

PAULIN Francisco¹, ANTONIOL Noelia², STOLAR Mora¹, BARRIOS Paloma¹, FERNÁNDEZ Cecilia¹, FASSOLA Leandro³, FERRERO Fernanda¹, ALONSO Daniela⁴, LITEWKA Diego¹, PRESAS José Luis¹, PERANDONES Carlos², **BUSCHIAZZO Emilio**⁵

¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JUAN A. FERNÁNDEZ, ²FLENI, ³HOSPITAL MARÍA FERRER, ⁴CIAC, ⁵HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

INTRODUCCIÓN: Algunos biomarcadores han sido estudiados en pacientes con artritis reumatoidea (AR) y enfermedad pulmonar intersticial (EPI), pero su aplicabilidad clínica no está bien establecida. Dado que la enfermedad intersticial de tipo usual (NIU) es el patrón más frecuente en pacientes con AR-EPI, la utilización de los mismos podría brindar información acerca del nivel de activación de la célula epitelial en estos pacientes pudiendo relacionarse con la severidad de la EPI.

OBJETIVO: Medir la capacidad de los biomarcadores CA19-9, CA125 y CEA para discriminar diferentes patrones tomográficos y severidad de compromiso en pacientes con AR-EPI.

MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal, incluyendo pacientes con diagnóstico de AR-EPI de forma consecutiva desde diciembre de 2021 hasta junio de 2023, que cumplieran criterios ACR/EULAR2010. La EPI se diagnosticó mediante TAC por un imagenólogo experimentado. Se realizaron test funcionales, TAC-AR, clinimetría y medición de los biomarcadores (CA19-9, CA125 y CEA), y factor reumatoideo y anti-CCP. El patrón de EPI se clasificó en UIP, probable UIP, indeterminado para UIP, sugestivo de otro diagnóstico. Se calculó el score de Goh para opacidades pulmonares (inflamatoria, fibrótica y extensión). Se utilizaron Test de T, Mann Whitney y chi-cuadrado o test exacto de Fisher para comparaciones y test de Spearman para correlaciones.

RESULTADOS: Se incluyeron 40 pacientes, 31 (77) de sexo femenino, edad promedio de 62.5 años (11.8). La mediana de DAS28 fue 3.3 (2.6-4) y CDAI de 4.5 (2-9). La media de CVF fue de 83.6% (22.8), mediana de score de Goh total de 20 (9-26), Goh fibrosis de 10 (5-19.5) y Goh inflamación 4 (0-7). Al comparar los pacientes con patrón NIU (19) vs no NIU (21), se hallaron diferencias significativas en los valores de CA125 (23 vs 14; $p=0.02$) y CA19-9

(12 vs 6.2; $p=0.007$). No hubo diferencias significativas con respecto al CEA (2.6 vs 1.8; $p=0.35$) Hubo correlación entre el score de Goh fibrosis y los 3 biomarcadores, el score de Goh total y CAE y CA19-9, e inversa entre el Goh inflamación y CA125 y CA19-9 (Tabla). No se encontró correlación entre los biomarcadores y la CVF% en ninguno de los patrones tomográficos

CONCLUSIÓN: En pacientes con AR-EPI y patrón NIU, los valores séricos de biomarcadores de activación de célula epitelial se encuentran aumentados. Asimismo, los valores de algunos de estos biomarcadores muestran una buena correlación con la extensión de la enfermedad por TAC-AR. Por lo tanto, podrían ser herramientas útiles para la detección de pacientes con formas más agresivas de AR-EPI.

	EPI tipo NIU			EPI diferente de NIU		
	Goh total	Goh inflamación	Goh fibrosis	Goh total	Goh inflamación	Goh Fibrosis
CA 125	0.29 (0.23)	-0.54 (0.01)	0.44 (0.06)	-0.02 (0.91)	-0.23 (0.3)	0.06 (0.78)
CA 19-9	0.56 (0.01)	-0.51 (0.02)	0.68 (0.003)	0.17 (0.45)	0.04 (0.84)	0.25 (0.27)
CEA	0.53 (0.01)	-0.17 (0.48)	0.50 (0.02)	0.30 (0.17)	0.28 (0.21)	0.22 (0.32)

Tabla: Correlación entre biomarcadores séricos y score de extensión en TACAR en pacientes con EPI y AR. Se informa el valor del coeficiente r (valor de p).

0338

DISCREPANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CON EL DIAGNÓSTICO PERCIBIDO POR EL PACIENTE

TOSO María Laura, BUSCHIAZZO Emilio, JUÁREZ Vicente, ACIAR Mariana, RALLE Ana Carolina, BELBRUNO Leila, LECUMBERRI Belén, ROJAS Romina, LUNA MURILLO Juan Manuel, CRESPO ESPÍNDOLA María Elena

HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

INTRODUCCIÓN: El conocimiento de enfermedades es un recurso valioso para cualquier paciente, ya que les proporciona el poder de tomar decisiones informadas sobre su salud, participar activamente en su tratamiento y mejorar su calidad de vida a lo largo del tiempo. Un paciente empoderado está mejor equipado para enfrentar los desafíos de la enfermedad y colaborar de manera más efectiva con su equipo médico en busca de una atención integral y personalizada. Es importante tener en cuenta que medir el conocimiento de enfermedades no debe ser una simple prueba de memoria, sino que debe evaluar la comprensión y la capacidad de aplicar el conocimiento en diferentes escenarios.

OBJETIVO: Discrepancia entre el diagnóstico de enfermedad con el diagnóstico percibido por el paciente.

MÉTODOS: El estudio fue observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, que concurren al Sector de Reumatología del Hospital Señor del milagro y que reporten una enfermedad reumática en seguimiento. Se realizó una búsqueda de historias clínicas.

RESULTADOS: Se incluyó un total de 449 pacientes con una media de edad de 51.3 (DE 12.7), tiempo de evolución de 6.05 años (DE 6.41), siendo la ciudad de Salta Capital el sitio de residencia en 335 (71,9%) de los pacientes. La enfermedad más frecuente fue la AR en 214 (46,2 %), seguido de OA 45 (9.7%) y SSp 40 (8.6%). Se encontró que en 108 pacientes (25%), hubo discrepancia entre el diagnóstico reportado por el paciente y el diagnóstico definido en la historia clínica. La presencia de discrepancia se asoció al diagnóstico de una enfermedad diferente a la AR (41.9% vs 9.5%; $p<0.001$), a que el médico de cabecera sea un residente vs médico de planta (36.2% vs 21.4%; $p=0.004$), y a menor tiempo de evolución de la enfermedad (4.38 vs 7.03 años; $p<0.001$). En el análisis multivariado, solo el diagnóstico distinto a la AR se mantuvo asociado independientemente.

CONCLUSIÓN: El tiempo de evolución de la enfermedad, el diagnóstico subyacente y el nivel de formación del médico de cabecera se asociaron con mayor discrepancia entre el diagnóstico reportado por el paciente vs el definido en la historia clínica. La importancia de la noción del diagnóstico por parte del paciente podría tener un impacto en el desenlace y manejo de la enfermedad.

EVALUACION DEL DAÑO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD ASOCIADA A IgG4

CÁCERES Agustín Gabriel, SCOLNIK Marina, ANGAROLA Ernestina, ZIEGLER Valeria, ROSA Javier

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

INTRODUCCIÓN: La enfermedad relacionada con IgG4 es una afección heterogénea y multiorgánica cuya etiología aún no está completamente esclarecida y que puede ocasionar insuficiencia orgánica. A pesar de su complejidad, aún no se dispone de un score validado para evaluar de manera integral el daño a largo plazo, tanto por la enfermedad en sí como por los tratamientos utilizados en estos pacientes.

OBJETIVO: Evaluar el daño orgánico en una cohorte de pacientes con IgG4.

MÉTODOS: Se incluyeron pacientes = 18 años que cumplieron criterios clasificatorios ACR/EULAR 2019 para IgG4-RD que tuvieron seguimiento en nuestro hospital entre 2000 y 2023. Se identificaron los distintos fenotipos de la enfermedad, se evaluó el daño acumulado al final del seguimiento por la enfermedad, definido como lesión orgánica permanente, y se calculó la dosis acumulada de corticoides y el índice de toxicidad glucocorticoidea.

RESULTADOS: Se incluyeron 43 pacientes, 30 masculinos (69,8%), con una mediana de edad al diagnóstico de 61,5 años (RIC 49,4-70,5) y una mediana de seguimiento de 10 meses (RIC 5-42). La mayoría tenía compromiso multiorgánico 30 (69,8%) y la distribución según fenotipos fue: enfermedad pancreato-hepato-biliar n=17; fibrosis retroperitoneal y/o aortitis n= 4; enfermedad limitada a cabeza y cuello n=9; síndrome de Mikulicz clásico con afectación sistémica n=8 y no clasificables n=5. Del total, 43,9% presentaron recaída durante el seguimiento y 3 pacientes fallecieron. 86,1% recibieron corticoides como tratamiento inicial y 27,9% en combinación con inmunosupresores. La dosis acumulada de meprednisona al final del seguimiento fue de 4,4 g (RIC 2,8-6,9). Un 48,8% presentó efectos adversos severos por corticoides siendo lo más frecuentes disminución marcada de la densitometría (14,6%), diabetes por corticoides (16,3%) e infecciones severas (11,6%). Un 75% presentó daño orgánico irreversible asociado a la enfermedad, siendo lo más frecuente la insuficiencia pancreática endocrina (n=9), exocrina (n=8) y lesión de la vía biliar (n=13).

CONCLUSIÓN: En esta cohorte de pacientes con IgG4 un 75% presentó daño orgánico irreversible, una mediana de dosis acumulada de corticoides de 4,4 g en 10 meses de seguimiento, con un 48,8% de pacientes con daño severo por corticoides.

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DISFAGIA EN PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS

ACIAR Mariana¹, CRESPO ESPÍNDOLA María Elena¹, ROJAS TESSEL Ivana Romina¹, BUSCHIAZZO Emilio¹, CUCCHIARO Natalia Lili¹, ALONSO LÓPEZ María Daniela¹, RETAMOZZO Cynthia Mabel¹, GERVILLA Ana Lía², BOTTONE Daniel³, RALLE Ana Carolina¹, MURILLO LUNA Juan Manuel¹, TOSO María Laura¹, BELBRUNO Leila¹, LESSER Verónica¹, JUÁREZ Vicente¹

¹HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, ²HOSPITAL SAN ROQUE, ³HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA

INTRODUCCIÓN: Las miopatías inflamatorias (MI) son un grupo heterogéneo de patologías autoinmunes con presentación clínica variable, caracterizadas por debilidad e inflamación muscular, entre las cuales la dermatomiositis (DM) es la más frecuente. La disfagia es un síntoma frecuente y forma parte de los criterios internacionales diagnósticos de MI vigentes. Este síntoma puede deberse a compromiso muscular y se asocia a peor calidad de vida y mayor morbilidad. La prevalencia de disfagia es variable según distintas publicaciones y puede asociarse a cáncer, anticuerpos anti-NXP2 y miopatía por cuerpos de inclusión.

OBJETIVO: Evaluar la prevalencia de disfagia, y las características clínicas y serológicas asociadas a su presencia en una muestra de pacientes con MI.

MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, analítico y observacional, incluyendo pacientes con MI de causa autoinmune, > de 18 años, ingresados en el Registro de MI del Hospital Señor del Milagro de Salta Capital, en el período de 10-2021 hasta 07-2023. Se analizaron datos sociodemográficos, comorbilidades, tipo de miopatía, presencia de síntomas de la enfermedad, compromiso orgánico asociado, laboratorio inmunológico con panel de anticuerpos de IIM y patrón capilaroscópico. Se realizó estadística descriptiva habitual, tomando un valor de p<0.05 como significativo.

RESULTADOS: Se incluyeron 23 pacientes, 15 (65,2%) mujeres, 20 (87%) mestizos, edad mediana 43 años (RIC 31). 16 (69,6%) eran DM, 3 (13%) tabaquistas y 1 paciente (4,3%) reportó exposición laboral a tóxicos inhalados, 4 (17,3%) tenían artritis, 3 (12%) enfermedad intersticial pulmonar, 11 (47,8%) eritema heliotropo, 11 (47,8%) signo de la V del cuello, 15 (65,2%) signo del Chal, 13 (56,5%) pápulas de Gottron y 8 (34,8%) manos de mecánico. La disfagia se halló en 12 pacientes (52,2%). Los anticuerpos específicos más frecuentes fueron TIF1Gamma 5 (21,7%), Anti-La 3 (13%), anti-Jo1 3 (13%), anti-Mi2 3 (13%). Trece pacientes (56,5%) tuvieron Patrón SD en capilaroscopia. La presencia de disfagia no se asoció a la presencia de ningún anticuerpo específico de MI, así como tampoco a la presencia de patrón SD en capilaroscopia. El diagnóstico de DM se asoció significativamente con la presencia de disfagia (p=0.016) y hubo una tendencia a asociación con presencia de signo de la V del cuello (p= 0.059).

CONCLUSIÓN: La prevalencia de disfagia fue de 52,2% comparable a la de otras series. La misma se asoció en forma estadísticamente significativa a la forma clínica DM. Otras asociaciones pueden no haberse establecido por el bajo número de pacientes.

RELEVAMIENTO SOBRE CAÍDAS, FRACTURAS Y DOLORES OSTEOARTICULARES EN ADULTOS MAYORES QUE CONCURRIERON A ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN EN CENTROS DE JUBILADOS DE COMODORO RIVADAVIA

QUINTERO Juan Eduardo¹, TORRECILLAS Claudia², FAJARDO María Angélica³, ALASSIA Fiorella², GALLO Ariana¹, GUZMÁN Yair¹

¹NÚCLEO CENTRO MÉDICO, ²CÁTEDRA SALUD PÚBLICA, DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA FCNYCS-UNPSJB, ³CÁTEDRA BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN, DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA FCNYCS-UNPSJB

INTRODUCCIÓN: El grupo poblacional que presenta un mayor riesgo de caídas es el constituido por las personas de la tercera edad. Estas presentan cambios a niveles físico, cognitivo, emocional y social. El incremento de las caídas hace que aumente el número de lesiones y patologías asociadas

de forma constante. La incidencia de caídas en la franja etaria estudiada varía entre los diferentes países, en América Latina y la región del Caribe la proporción de personas mayores que sufren caídas al año varía entre 21 y 34%. Esto se corresponde con la incidencia mundial. Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, entre estas, las osteoarticulares (EOA). Visibilizar estas enfermedades permite promocionar los cuidados pertinentes.

OBJETIVO: Releva la frecuencia de caídas, fracturas y dolores osteoarticulares en adultos mayores que concurren a tres encuentros de difusión de enfermedades osteoarticulares entre marzo y junio de 2023 en Comodoro Rivadavia (CR) (Chubut, Argentina).

MÉTODOS: Diseño: observacional, descriptivo y transversal. Se convocó a tres encuentros en dos centros de jubilados del centro de CR donde diferentes profesionales de reconocida trayectoria expusieron sobre enfermedades osteoarticulares.

RESULTADOS: Población blanco: habitantes de la ciudad de CR interesados en EOA. Población de estudio: 142 personas que asistieron a alguno de los 3 encuentros. Muestra: 70 personas que pertenecieran a la franja etaria de \geq a 65 años que completaron una encuesta autoadministrada (EA) y aceptaron participar mediante su consentimiento informado. Exclusión: datos faltantes en la encuesta. Se utilizó una EA con 10 preguntas de opciones múltiples sobre actividad física, caídas, fracturas y dolores osteoarticulares. El 33% (23/70) manifestaron haberse caído en los últimos dos años, el 4% (1/23) se fracturó. El 74% (52/70) sufría de dolores osteoarticulares: 30% (16/52) en extremidades, 21% (11/52) en columna y 7% (4/52) en ambas ubicaciones anatómicas.

CONCLUSIÓN: La frecuencia de caídas en la muestra estudiada se corresponde con lo reportado en otras latitudes. Los eventos de difusión sobre estas patologías acerca a las personas y permiten generar un ambiente de confianza para promocionar los cuidados necesarios.

0343

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE LABORATORIO DE PACIENTES CON HIPERGAMMAGLOBULINEMIA POLICLONAL EN SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

STANCICH María Inés¹, SECCO Anastasia², QUINTANA Rosana³, SAURIT Verónica¹, CATALÁN PELLET Antonio², GUZZANTI Fernanda¹, BAENAS Diego¹, AMITRANO Cristina⁴, RAITI Laura⁵, CRUZAT Vanesa⁵, SALVATIERRA Gabriela⁶, PUCCI Paula⁴, ASNAL Cecilia⁴, MORBIDUCCI Julieta², ALASCIO Lucía⁷, PAPASIDERO Silvia⁷

¹HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA, ²HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA, ³CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (CREAR), ⁴HOSPITAL ALEMÁN, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, ⁵CLÍNICA BESSONE, ⁶INSTITUTO PROVINCIAL DE REHABILITACIÓN INTEGRAL, ⁷HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ

INTRODUCCIÓN: Al igual que en otras enfermedades autoinmunes sistémicas, en el síndrome de Sjögren primario (SSp) las alteraciones analíticas son frecuentes e incluso pueden ser la primera manifestación. La hipergammaglobulinemia policlonal es una de las más características y refleja la hiperactividad linfocitaria.

OBJETIVO: Comparar las características clínicas y de laboratorio de pacientes SSp, con y sin hipergammaglobulinemia policlonal.

MÉTODOS: Estudio descriptivo, observacional. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años de edad, con diagnóstico de SSp según criterios ACR-EULAR 2002/2016, registrados en la base de datos GESSAR desde el año 2012 a 2018. Se excluyeron los pacientes con otra enfermedad del tejido conectivo. Fueron divididos en dos grupos representativos y homogéneos, con y sin hipergammaglobulinemia. Análisis descriptivo de las variables: las categóricas con test chi-cuadrado o test de Fisher, y las continuas con test t-Student. Se utilizó modelo de regresión logística.

RESULTADOS: Se compararon 262 con hipergammaglobulinemia vs 241 con valores normales de gammaglobulinas (n=503). Encontramos que los pacientes con hipergammaglobulinemia tenían mayor tumefacción parotídea (35.1% vs 19.2%; p<0,001), más presencia de púrpura (9.96% vs 4,2%; p=0,0208), Raynaud (19.9% vs 13%; p=0,0516) y migraña (6.13% vs 2.11%; p=0,0448), más anemia (23.5% vs 8.75%; p<0,001), más leucopenia (19.1% vs 7%; p<0,001) mayor VSG (40,8±26.2 vs 20,5±18.8; p<0,001), mayor frecuencia de PCR positiva (38.4% vs 24.3%; p=0,053), mayor hipocomplementemia C3 (18.1% vs 5.82%; p<0,001) e hipocomplementemia c4 (30.4% vs 9.24%; p<0,001), ANA positivo (91.8% vs 78.0%; p<0,001), anti-Ro positivo (90.9% vs 66.1%; p<0,001), anti-La positivo (61.7% vs 31%; p<0,001), FR positivo (62,7% vs 41.8%; p<0,001) y crioglobulinemia (14.8% vs 5.36%; p=0,0315). Los pacientes con hipergammaglobulinemia habían requerido más frecuentemente corticoesteroides (39.61% vs 27%; p=0,015).

CONCLUSIÓN: Algunas características clínicas y de laboratorio podrían indicar un fenotipo de enfermedad más agresiva en pacientes SSp con hipergammaglobulinemia policlonal, sin embargo, en este estudio no se pudo medir ESSDAI y no se hallaron diferencias en la frecuencia del desarrollo de enfermedad maligna. Consideramos que la expansión de células B, a través del seguimiento de gammaglobulinas e inmunoglobulinas, merece más investigación en pacientes SSp.

0346

PREVALENCIA DE INDICACIÓN Y BARRERAS EN LA INDICACIÓN DE btsDMAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DE LA ARGENTINA

BUSCHIAZZO Emilio¹, CORREA María², ISNARDI Carolina³, PICCO Eugenia¹, ALONSO LÓPEZ Daniela⁴, ROJAS TESSEL Romina¹, BENEGAS Mariana⁵, RALLE Carolina¹, IBAÑEZ ZURLO Leticia¹

¹HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, ²INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, ³CENTRO TRAUMATOLÓGICO BARILOCHE, ⁴CIAC, ⁵SANATORIO MÉNDEZ

INTRODUCCIÓN: La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad crónica inflamatoria que afecta al <1% de la población. Los criterios de indicación de drogas biológicas o sintético dirigidas (btsDMAR) pueden variar según las recomendaciones de diferentes entidades científicas, pero todas tienen en común la falla a csDMAR (en nuestro país metotrexato a dosis máximas por más de 3 meses y enfermedad persistentemente activa).

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de indicación por parte de los médicos según su criterio y contrastarlo con la indicación por criterios establecidos.

MÉTODOS: Se incluyeron pacientes >18 años con diagnóstico de AR (ACR/EULAR 2010), que no estén recibiendo btsDMAR y concurren a la consulta. Se consignaron datos del médico indicador (edad, tiempo de ejercicio de la medicina, género y sitio de ejercicio de la profesión) y del paciente (enfermedad, sociodemográficos). Se consideró que un paciente que hubiera recibido metotrexato a dosis máximas al menos 3 meses y tuviera 2 de 3 exámenes físicos en los últimos 12 meses con actividad de la enfermedad moderada o alta (CDAI \geq 10), tenía indicación de btsDMAR. El médico asimismo consignaba si el paciente tenía o no indicación, y en el caso de tenerla si la estaba tramitando y si no, por qué razón no lo hacía. Se utilizó estadística descriptiva, considerando un valor de p<0.05 como significativo.

RESULTADOS: Se incluyeron 97 pacientes de 9 médicos, de 3 ciudades de Argentina (Salta, Bariloche y CABA), con una edad media de 53.7 años

(14.5), un tiempo de evolución de 7.6 años (7.49), 81 (81.3%) de sexo femenino, 56 (57.7%) habían recibido metotrexato a dosis máximas por más de 3 meses. Diecinueve pacientes (19.5%) tenían indicación de btsDMAR, de los cuales 8 (42.1%) lo estaban tramitando. Las principales razones por las que el médico no indicaba el biológico fueron: porque el paciente no deseaba tratarse con btsDMAR (5/11), el médico interpretaba que no cumplía criterios (4/11) o por falta de acceso geográfico o de otro tipo (4/11). Tres pacientes (3.1%) se encontraban en trámite de btsDMAR y no tenían indicación según el criterio considerado (Tabla).

CONCLUSIÓN: En esta muestra, del total de pacientes con indicación de btsDMAR casi la mitad no se encontraba en trámite de la medicación. La decisión del paciente, la falta de acceso o la interpretación por parte del médico fueron las principales causas de no realizarlo. Si bien las guías pueden ayudar a tomar decisiones terapéuticas, la autodeterminación del paciente y el criterio del médico, deben tomarse en cuenta al momento de la indicación.

Indicación por Criterios	SI		NO		Razón de no indicación
	Indicado por médico	NO	SI	NO	
TOTAL n (%)	8 (8.2)	11 (11.3)	3 (3.1)	75 (77.3)	
		4/11 (36.3)		66/75 (88)	No cumple criterios
		2/11 (18.1)		3/75 (4)	Enfermedad con bajo impacto en el paciente
		1/11 (9)		4/75 (5.3)	Falta de cobertura social
		4/11 (36.3)		9/75 (12)	Falta de acceso (geográfico u otro)
		5/11 (45.4)		1/75 (1.3)	No desea tratarse con btsDMAR
		1/11 (9)		1/75 (1.3)	Otra Razón

Tabla: Distribución de pacientes con respecto a la indicación o no por criterios de btsDMAR y si fue indicado o no por el médico, y la razón por la cual no la indicó.

0348

FUERZA PRENSIL DE MIEMBROS SUPERIORES EN POBLACIÓN JOVEN DE LA CIUDAD DE ROSARIO. VALORES DE REFERENCIA

TOMAT María Florencia, RODRÍGUEZ Lucía, PANFILI Renata, PISTARELLI María Belén, ROSA José, ROBINS Ian, RE, Constanza, PERCUDANI Joaquín, BRUN Lucas, **BRANCE María Lorena**

LABORATORIO DE BIOLOGÍA ÓSEA, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNR

INTRODUCCIÓN: Entre los métodos para medir la fuerza muscular, la determinación de la fuerza prensil de miembros por dinamometría es uno de los estudios más difundidos por su simplicidad y su buena correlación con la fuerza de los miembros inferiores. Asimismo, es un parámetro considerado al momento del diagnóstico de sarcopenia según el consenso europeo (EWGSOP2, Cruz-Jentoft AJ 2019). Previamente hemos colaborado en un trabajo donde se pretendió estandarizar dicha medición, en el cual se analizó la posible variación de la determinación según horario del día (8 h vs. 16 h), posición (parado vs. sentado) y con o sin arenga (Abdala et al., WCO-IOF-ESCEO 2023).

OBJETIVO: Establecer valores de referencia de fuerza prensil de miembro superior de nuestra población en estudio como parámetro de la salud muscular.

MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio descriptivo y observacional en mujeres y hombres de 18 a 40 años aparentemente sanos de la población general de la ciudad de Rosario. Como criterios de exclusión se consideraron patología focal en manos o antebrazos dominante, intervenido quirúrgicamente en los miembros superiores en los 12 meses previos, condiciones metabólicas o crónicas, o utilización de medicación con efecto sobre el tejido musculoesquelético. La fuerza prensil se determinó con un dinamómetro hidráulico Baseline® previamente calibrado en posición sentada con el antebrazo a 90 grados y antebrazo en posición supina con arenga por parte del operador. Se realizaron 3 determinaciones del miembro dominante y 3 en el miembro no dominante con un descanso de 60 segundos entre cada una de ellas. Los datos descriptivos muestran como mediana (IC 95%) y las comparaciones entre grupos se analizaron con el test de Mann-Whitney (* indica diferencias significativas entre mujeres y hombres). Se consideró diferencia significativa $p < 0.05$.

RESULTADOS: Se incluyeron 359 individuos, 232 mujeres (64.6%) y 127 hombres (35.46%) entre 18 y 40 años de edad de la ciudad de Rosario. Edad: grupo completo: 21(21-21); mujeres: 21(20-21); hombres: 22 (21-23); $p=0.07$. IMC: grupo completo: 23.2 (22.6-23.7); mujeres: 22.6 (22-23); hombres: 24.1(23.7-24.7); $*p < 0.0001$. Fuerza mano dominante (kg): grupo completo: 32 (30-32); mujeres: 29 (28-30); hombres: 44 (42-45); $*p < 0.0001$. Fuerza mano no dominante (kg): grupo completo: 30 (28-30); mujeres: 26 (26-28); hombres: 42 (40-45); $*p < 0.0001$. Por último, se observó una diferencia significativa en los valores de fuerza prensil entre el miembro dominante: 32(30-32) vs no dominante: 30(28-30) ($*p=0.0033$).

CONCLUSIÓN: Se presentan aquí datos de valores de fuerza prensil de miembros superiores de una población joven de la ciudad de Rosario donde observamos mayor fuerza en hombres y en el miembro dominante. Estos datos son parte de un proyecto más amplio que pretende abordar la población ≥ 18 años en diferentes ciudades del país con el objetivo de establecer valores de referencia de fuerza prensil de nuestra población.

Casos clínicos

0114

SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN: LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y DERMATOMIOSITIS

LARA BENALCAZAR Cristian David¹, TOLEDO Ana Laura¹, GONZÁLEZ Jorge¹, GARCÍA Agustina¹, CADILE Ignacio¹, ONETTI Laura¹, MUSSANO Eduardo¹, PATIÑO Karina², PALOMBO Matías¹

¹SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS, ²HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 52 años derivada del Servicio de Dermatología por debilidad proximal en miembros superiores e inferiores con eritema violáceo en párpado superior y mejillas. Refería historial de disfagia asociado a debilidad en miembros inferiores que impedían deambulación, fue internada por hemiparesia, disbasia, úlceras genitales, orales, miembros inferiores, alopecia, eritema facial generalizado, lesiones hipopigmentadas intermamarias (lupus cutáneo subagudo), poliartralgias de pequeñas articulaciones, por lo que se realizó IRM y PL normales, laboratorio con ANA 1/320 patrón granular fino e hipocomplementemia. Se realizó metilprednisolona 500 mg por 3 días seguido de glucocorticoides orales e hidroxicloroquina, refirió antecedente de vacunación con Gam-COVID-Vac previo al inicio de enfermedad. Examen físico: debilidad proximal 4/5 en los 4 miembros, exantema eritematovioláceo simétrico en párpados superiores, eritema violáceo macular que abarcaba la zona del escote y pápulas escamosas eritematovioláceas en superficies extensoras de las articulaciones IFP-MCF (Imagen). Con diagnóstico de LES se agregó azatioprina. En control ambulatorio: ANA 1/160 patrón granular fino, perfil de miositis negativo (Tabla), biopsia de piel: hiperqueratosis en epidermis con borramiento de crestas, degeneración vacuolar basal con cuerpos de Civatte y discreto engrosamiento de membrana basal. Dermis con leve infiltrado inflamatorio perivascular superficial con macrófagos, vasos dilatados y edema. Definición: dermatitis vacuolada de interfaz con inflamación crónica perivascular leve (vista en LES Y DM).

DISCUSIÓN: Paciente con diagnóstico de LES por la presencia de ANA+, poliartralgias, hipocomplementemia, lupus cutáneo subagudo, y dermatomiositis por debilidad proximal en miembros superiores e inferiores asociado a exantema eritematovioláceo simétrico en párpados superiores, zona del escote y superficies extensoras de IFP-MCF. La asociación de miositis idiopáticas inflamatorias en pacientes con LES es muy infrecuente. Un estudio retrospectivo publicado por Fatma et al. reporta una frecuencia del 3,4% según criterios de Bohan y Peter. Existen varios reportes de miopatías inflamatorias que se desarrollan o empeoran después de la aplicación de vacunas contra SARS-COV2, sin embargo no se han reportado casos asociados con la administración de Gam-COVID-Vac.

COMENTARIOS: La importancia de la presentación de este caso radica en la baja frecuencia de la asociación entre DM y LES, además de reportar la probable relación entre la aplicación de la vacuna Gam-COVID-Vac con el desarrollo de DM o exacerbación de la misma.

Auto anticuerpos	Resultado	Auto anticuerpos	Resultado
Anti Mi2a	Negativo	Anti Ku	Negativo
Anti Mi2B	Negativo	Anti Jo1	Negativo
Anti NXP2	Negativo	Anti SAE1	Negativo
Anti PM/Sci 100	Negativo	Anti PL7	Negativo
Anti PM/Sci 75	Negativo	Anti PL12	Negativo
Anti SRP	Negativo	Anti EJ	Negativo
Anti TIF 1γ	Negativo	Anti Jo	Negativo
Anti MDA 5	Negativo	Anti Ro52	Negativo

Tabla: Perfil de miositis.



Imagen: A): Eritema en heliotropo. B): Signo del chal. C): Pápulas de Gottron.

HIPERTENSIÓN PULMONAR ASOCIADA A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

ORTUÑO LOBO Rossio Gardenia, GARCÍA CARRASCO Marina, MEDINA Gustavo

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

INTRODUCCIÓN: La hipertensión pulmonar (HTP) asociada a lupus eritematoso sistémico (LES) es una complicación grave y poco frecuente (1.9%). Según la clasificación del Simposio Mundial (SMHP) se describen 5 grupos de HTP: el LES pertenece al grupo 1. La HTP precapilar se define por una presión media de la arteria pulmonar (PAPm) >25 mmHg, presión wedge <15 mmHg y resistencia vascular pulmonar (RVP) >3 unidades Woods. El cateterismo cardíaco derecho (CCD) constituye el estándar de oro para el diagnóstico.

OBJETIVO: Describir una serie de casos de pacientes con LES e HTP asociada.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal. Se incluyeron >18 años con diagnóstico de LES (criterios clasificatorios ACR 97, SLICC 2012 o ACR/EULAR 2019) e HTP asociada de tipo 1 confirmada por CCD. Se excluyeron superposición con esclerosis sistémica (ES) y otras causas de HTP.

RESULTADOS: Se evaluaron 318 historias de LES entre 2018-2023. 12 tenían HTP por CCD. Se incluyeron 5 con LES e HTP precapilar. Siete fueron excluidos por superposición con ES. Mujeres (n=4). La mediana de edad al diagnóstico de HTP 29 RIC (28-32). El tiempo desde el diagnóstico de LES al diagnóstico de HTP 19.8 años RIC (5.73-20.2). En nuestra cohorte la prevalencia estimada de HTP asociada a LES fue de 1.5%. Los síndromes de superposición fueron: AR (n=1) y síndrome de Sjögren (n=1). La mediana de puntuación de SLEDAI-2K fue de 6±2.68 y la mediana de SLICC de 2±0.72. Todos tuvieron FAN positivo. El resto de anticuerpos positivos: Anti-DNA (n=4), Anti-RNP (n=3), Anti-SM (n=3), C4 bajo (n=4) mediana: 5 RIC (4-8), C3 bajo (n=2) mediana: 98 RIC (54-101), IgG Anti-B2 glicoproteína 39.4 (n=1) e IGG anticardiolipina 23.7 (n=1). Las manifestaciones clínicas en relación al LES fueron: fotosensibilidad (n=5), fenómeno de Raynaud (n=3), serositis (n=2). Respecto de la clínica asociada a HTP, todos tuvieron disnea CF II-IV, un solo paciente síncope. La mediana de PSAP por ecocardiografía doppler: 81.5 RIC (71-93). PAPm por CCD: 48 mm Hg RIC (30-50), PW: 8 mm Hg RIC (8-9) y RV: de 5.5 WU RIC (2.7-8.8). Test de caminata 350 metros RIC (360-390) y media de saturación de oxígeno mínima 89%±0.55. En cuanto al tratamiento recibieron: corticoide endovenoso (n=3), corticoide vía oral (n=5) dosis media 46.7±11.5, pulsos de CFM (n=2) y rituximab (n=1). Todos recibieron inhibidores de la fosfodiesterasa, en monoterapia (n=2), biterapia (n=1) y triple terapia (n=1) asociados a antagonistas de receptores de endotelina y/o análogos de prostaciclina. Se realizaron controles por ecografía transtorácica luego del tratamiento a 4 pacientes, de estos solo uno fue sometido a nuevo cateterismo cardíaco. Se observó buena respuesta al tratamiento en 3/4 pacientes. No se registró ninguna muerte.

CONCLUSIÓN: La frecuencia de HTP en nuestros pacientes fue similar a lo reportado en la cohorte GLADEL 1.9%. Al igual que en otras series se observó un diagnóstico tardío de HTP, esto puede deberse a la inespecificidad de los síntomas en etapas tempranas.

ESCORBUTO, UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE OLIGOARTRITIS

RODRÍGUEZ FALABELLA Gonzalo, LUJÁN BENAVIDEZ Federico, MADDALENA Leandro David, SZYRMA María Elena, QUEVEDO Eliana, GONZÁLEZ Julieta Mariel, DE LLANO Carolina Andrea, BAROTTO María Gabriela, GAITE Sofia, BERNAT Marina, PARDO Giorgina, RUBIO Liliana, FALASCO Viviana

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS DR. PEDRO FIORITO DE AVELLANEDA

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de sexo masculino, 48 años, con antecedentes familiares de enfermedad de Parkinson y personales de alergia a la penicilina, dieta restringida y mal balanceada. Cursó internación en sala de Clínica Médica por cuadro de oligoartritis, de comienzo 7 días previos a la consulta, a nivel de ambos tobillos asociado a hematomas, en distintos estadios de evolución, en huesos poplíteos con proyección hacia muslos y piernas. Al examen físico se evidenció mal estado bucodentario con falta de piezas dentarias e hipertrofia gingival con petequias a nivel de paladar y mucosa de labios; en miembros inferiores se constató, mediante dermatoscopia, la presencia de púrpura perifolicular y pelos en "tirabuzón". Se solicitó laboratorio completo donde se evidenció anemia normocítica normocrómica, elevación de reactantes de fase aguda (ERS: 56 PCR: 8.3), tanto

factor reumatoideo, anti-CCP, fan, anti-ro, HLA B27, anca c y p, anti-mpo y pr3, anticardiolipinas, beta 2 glicoproteína 1, resultaron negativos. La radiología de articulaciones de los tobillos mostró aumento de partes blandas sin compromiso del espacio articular ni óseo. Se tomó biopsia cutánea del folículo piloso mediante *punch*, encontrando en la histología extravasación eritrocitaria en dermis, focos de infiltrado perivascular a predominio linfomononuclear, edema e hiperqueratosis folicular. Se inició tratamiento con AINES sin presentar respuesta, por lo que se rotó a corticoesteroides a bajas dosis con respuesta parcial (mejorando solo el dolor). Ante el cuadro clínico (oligoartritis, hematomas, hipertrofia gingival, púrpura folicular, pelo en tirabuzón) sumado a la dieta pobre en frutas y verduras, sin respuesta a aines y esteroides, se sospechó que la causa podría corresponder al déficit de ácido ascórbico, por lo que se solicitó el dosaje del mismo a nivel plasmático cuyo valor resultó 0.1 mg/dl (valor



Imagen 1: Artritis de ambos tobillos.



Imagen 2: Pelo en tirabuzón y púrpura folicular.

normal 0.4-1 mg/dl). Con el diagnóstico de escorbuto se comenzó tratamiento con ácido ascórbico 500 mg cada 12 h vía oral, con mejoramiento a los 7 días, remitiendo casi totalmente el compromiso articular, y a nivel cutáneo la desaparición de la foliculitis y las petequias sumado a la reabsorción de los hematomas a nivel de ambos miembros inferiores. Se decidió la externación del paciente para continuar control por consultorios externos. **DISCUSIÓN:** Presentamos este caso dada la baja frecuencia diagnóstica de escorbuto en nuestros días. Resaltamos la importancia de tenerlo en cuenta como diagnóstico diferencial, sobre todo en pacientes con una dieta pobre en frutas, pacientes alcohólicos, en situación de calle, enfermedades psiquiátricas o trastornos de la conducta alimentaria, etc. En general se presenta con manifestaciones dermatológicas, sienta la púrpura perifolicular y el pelo en tirabuzón casi patognómicos, acompañados de hematomas y compromiso gingival. No es infrecuente el compromiso musculoesquelético en forma de artralgias, mialgias o en menor medida oligoartritis a predominio de miembros inferiores. El diagnóstico se hace en base a la sospecha clínica confirmándose mediante el dosaje de ácido ascórbico a nivel plasmático. La histología, si bien no es diagnóstica, aporta a la sospecha, sobre todo cuando se encuentra infiltración celular con extravasación de hematías a nivel perifolicular con queratosis asociada. El déficit de vitamina c continúa siendo un reto diagnóstico en la actualidad, por la amplia variedad de signos y síntomas que presenta. El reumatólogo deberá pensarlo en cuadros con compromiso osteomioarticular que presenten laboratorio inmunológico normal o negativo, en un paciente que a su vez se acompañe de algunos de los síntomas mucocutáneos previamente mencionados.

0119

CEFALEA Y CONVULSIONES EN UNA PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDEA Y LEUCEMIA DE CÉLULAS GRANULARES GRANDES

DEGIOANNI Lucía, LIZARRAGA Camila, BORDÓN Florencia, SÁNCHEZ Victoria, NOVATTI Elisa, GUZZANTI Fernanda, BAENAS Diego, CAEIRO Francisco, ALVARELLOS Alejandro, ÁLVAREZ Cecilia, SAURIT Verónica

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer 36 años, AR seropositiva de 10 años de evolución. MC: movimientos tónico-clónicos parciales en pierna y brazo derecho y cefalea holocraneana de 1 mes de evolución. La paciente había sido tratada previamente con DMARDs y DMARDb (anti-TNF, anti-JAK). En la evolución de su enfermedad presentó neutropenia severa y se diagnosticó, en 2022, leucemia de células T granulares grandes (LLCG) con mutación alélica del rearreglo TCR en biopsia de médula ósea. Al inicio de los síntomas neurológicos estaba medicada con ciclosporina y prednisona. Al interrogatorio no refería fiebre, artritis, rash cutáneo ni linfadenopatías. Lab: 5700 GB linfocitosis (28% grandes y granulares). FR 40 U/ml, CCP 631 U/ml y ANA 1/640 (granular fino denso). Acs SAF, ANCA y ENA negativos, complemento normal. Serología para HIV, HB, HC negativo. Dosaje ciclosporina en sangre normal. RMN de cerebro: engrosamiento meníngeo frontal derecho. Análisis LCR: pleocitosis (linfomonocitosis), hipoglucorraquia e hiperproteinorraquia. Se descartó encefalitis infecciosa. Citología oncológica: linfocitos maduros y algunos linfocitos grandes granulares. EEG: descargas repetitivas fronto centro temporales izquierdas. Se suspendió ciclosporina por posible neurotoxicidad e inició tratamiento anticonvulsivante. La nueva PAMO fue compatible con síndrome linfoproliferativo crónico. Cultivos negativos. Para descartar compromiso cerebral por su LLCG se realizó biopsia meníngea que reveló en aracnoides inflamación crónica con células plasmáticas y linfocitos T CD3 positivos, células gigantes multinucleadas aisladas y vasculitis linfocítica asociada. PAS y Ziehl Neelsen negativos. Hallazgos compatibles con meningitis reumatoidea. Recibió metilprednisolona 500 mg (3 dosis) con dosis descendientes posteriores y ciclofosfamida 500 mg (6 dosis). El LCR y la RMN control a los 6 meses fueron normales.

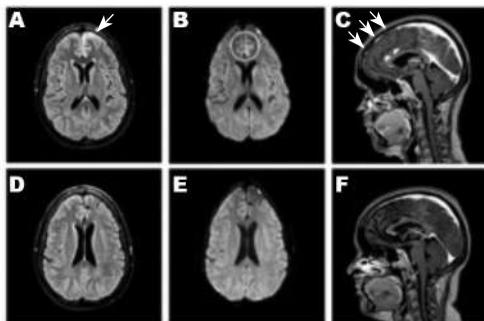


Imagen 1: RMN de cerebro inicial (A, B, C). FLAIR (A) Muestra hiperintensidad en espacios subaracnoides frontales anteriores y fronto-polares (flecha punteada). DWI (B) restricción de la difusión en la misma área. T1 con gadolinio corte sagital (C) con realce irregular correspondiente a engrosamiento paquimeníngeo (flechas) y leptomeníngeo (cabeza de flecha). RMN de seguimiento a los 6 meses (D, E, F) resolución de lesiones previas persistiendo discreta dilatación de surcos frontales en forma residual, FALIR (D), DWI (E) y T1 con gadolinio (F).

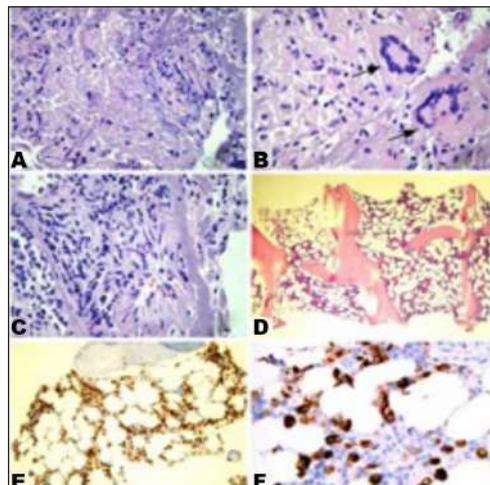


Imagen 2: Biopsia de meninges (A, B y C). A) Área de necrosis (HyE 200x). B) Células gigantes multinucleadas adyacentes a la necrosis (HyE 200x). C) Vasculitis linfocítica (HyE 200x). Biopsia de médula ósea (D, E y F). D) Celularidad disminuida para la edad con incremento de células linfoides (HyE 100x). E) Incremento de células linfoides T, CD3 positivas (inmunohistoquímica 100X). F) Expresión de granzima B y CD8 (no mostrado) en las células linfoides (inmunohistoquímica 400x) compatible con fenotipo de leucemia linfocítica de células T granulares grandes.

DISCUSIÓN: Las manifestaciones extraarticulares (MEA) aparecen hasta en un 50% de los pacientes con AR. Se asocia con FR y CCP a títulos elevados, larga evolución de la enfermedad, edad avanzada y tabaquismo. La LLCG puede aparecer en un 15% de los pacientes, cursa con neutropenia persistente y esplenomegalia, siendo el diagnóstico diferencial del síndrome de Felty. La meningitis reumatoidea (MR) es poco frecuente y su diagnóstico es de exclusión. En la revisión sistemática realizada en 2020 por Zhaoyi Qin se describieron 38 casos de MR publicados hasta 2017. Cursa con signos de foco neurológico, síntomas sistémicos, psiquiátricos y cefalea. En el LCR es frecuente la pleocitosis linfocítica con hiperproteínoorraquia y en la RMN el engrosamiento meníngeo asimétrico. En la biopsia meníngea es característica la inflamación crónica con áreas de necrosis central rodeadas por células gigantes multinucleadas y células inflamatorias; puede haber vasculitis asociada en un 50% de los casos.

COMENTARIOS FINALES: Las MEA pueden coexistir y presentarse en pacientes que no se ajustan al fenotipo descrito en la literatura. En nuestro conocimiento no hay casos publicados del LLCG y MR en un mismo paciente. Tanto el diagnóstico como el tratamiento de ambas manifestaciones son un gran desafío debido a que no existen guías específicas.

1021

CASO CLÍNICO: TRASPLANTE AUTÓLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS EN ESCLEROSIS SISTÉMICA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA

LIZARRAGA Camila, DEGIOANNI Lucía, BORDÓN Florencia, NOVATTI Elisa, ÁLVAREZ Ana Cecilia, BAENAS Diego, GUZZANTI Fernanda, CAEIRO Francisco, ALVARELLOS Alejandro, BASQUIERA Ana Lisa, SAURIT Verónica

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 47 años con fenómeno de Raynaud, úlceras digitales y engrosamiento de la piel, puntuación Rodnan modificada (mRSS) 13. Estudios complementarios: ANA y topoisomerasa I positivos, RNA polimerasa III negativo. Capilaroscopia patrón SD activo con megacapilares, hemorragias y componentes de patrón tardío, con áreas avasculares y capilares arborizados. Tomografía de tórax con patrón NSIP leve, pruebas de función respiratoria con patrón de restricción (VEF1 85%, FVC 74%) capacidad de difusión de monóxido de carbono moderadamente disminuida. Ecocardiograma doppler sin compromiso cardíaco, cateterismo derecho sin hipertensión pulmonar. Se estableció diagnóstico de esclerosis sistémica difusa, inició tratamiento con micofenolato 1 g, prednisona 7,5 mg y sildenafil 25 mg. Luego de 2 meses empeoró mRSS a 36/51. Debido a la rápida progresión, se decidió realizar TCMH en el área de trasplante de médula ósea del Hospital Privado Universitario de Córdoba. Movilización de células madre hematopoyéticas:

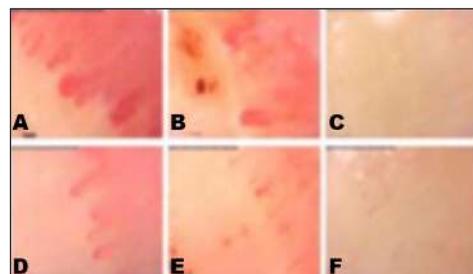


Imagen 1: Imágenes capilaroscópicas de pliegue inguinal. A, B y C pretrasplante. D, E y F posttrasplante.

filgrastim 10 mcg/Kg/día y meprednisona, control de células CD34+ al tercer día, colecta de células madre al quinto día. Acondicionamiento: ciclofosfamida 200 mg/Kg, timoglobulina 6,5 mg/Kg, metilprednisolona y protección vesical. Cuidados de soporte: lisinopril 2,5-10 mg/día, filgrastim 5 ug/Kg/día y profilaxis antimicrobiana. Posteriormente al trasplante complicó con neutropenia febril y realizó tratamiento antibiótico; complicó con enfermedad símil suero secundaria a timoglobulina con distrés respiratorio, lesiones ulceradas en piel y fue tratada con dexametasona. Luego de la recuperación, a los 6 meses inició micofenolato 500 mg. Al año del trasplante disminuyó mRSS a 24/51, normalizó espirometría, tomografía de tórax sin progresión, ANA negativos, capilaroscopia disminuyó megacapilares y hemorragias, y apareció neovascularización. La paciente volvió a sus actividades de la vida diaria y se mantuvieron los parámetros de mejoría posttrasplante.

DISCUSIÓN: En los últimos 20 años, el TCMH ha sido indicado como tratamiento para pacientes con ES grave y rápidamente progresiva. Los tres estudios aleatorizados publicados recientemente muestran que el TCMH supera al tratamiento convencional, promoviendo una mayor supervivencia libre de enfermedad y mejor calidad de vida. La eficacia del TCMH para mejorar el grosor de la piel y la FVC se ha demostrado consistentemente. En nuestra paciente el compromiso cutáneo mejoró con disminución de mRSS de 36/51 a /51 al año del trasplante, normalizó la espirometría y no hubo progresión de intersticiopatía; también mejoró la capilaroscopia lo que indicaría que el TCMH influye en la microvasculatura y promueve la remodelación vascular.

COMENTARIOS FINALES: Es probable que el papel del TCMH evolucione aún más con una mayor experiencia clínica, especialmente con respecto al momento óptimo del trasplante. Se espera que las mejoras en el diseño de ensayos clínicos y estudios experimentales amplíen el impacto de este tratamiento en este campo. Nuestro caso destaca al TCMH como opción terapéutica eficaz en cuanto a la mejoría de la esclerosis en piel, función pulmonar, microvascular y calidad de vida en pacientes con enfermedad rápidamente progresiva.

1028

OSTEOARTROPATÍA HIPERTRÓFICA: A PRÓPOSITO DE UN CASO

SARAVIA CHOCOBAR Karín Natali, BANDE Juan Manuel, MEDINA María Alejandra, DAPEÑA Joan Manuel, PAPASIDERO Silvia

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de sexo femenino de 58 años, tabaquista y con antecedentes de hepatitis C curada, consultó por eritema periungueal asociado a parestesias e hipoestesis en manos, deformidades articulares y astenia de 1 mes de evolución. Al examen físico presentaba dedos en palillo de tambor y uñas en vidrio de reloj en manos y pies (Imagen 1). Aportó un laboratorio previo donde presentaba: hemograma normal, hepatograma con un leve aumento de la FAL (143 UI/l, valor de referencia 40 y 140 U/L) y una ESD de 6 mm en la 1ª hora. En el laboratorio inmunológico FR, ACCP, FAN, ENA, Ac. anti-DNAc y HLA-B27 resultaron negativos. Dentro de los marcadores tumorales solicitados, presentó un CEA elevado (13.6 ng/ml). Se realizó una radiografía de manos donde se evidenció aumento de partes blandas en falanges distales, sin otras alteraciones estructurales. En la radiografía de tórax, se constató una opacidad de límites irregulares en la proyección subclavicular derecha (Imagen 2). Se solicitó tomografía torácica que reveló una masa pulmonar de bordes espiculados, de 35 x 32 mm, en los segmentos posterior y apical del lóbulo superior derecho (LSD), además de dos imágenes nodulares <3 mm en el segmento lingular inferior y segmento anterior del LSD, y aisladas imágenes ganglionares en el espacio retrocavo-pretraqueal y precarinal. Se derivó a los Servicios de Neumología y Oncología para continuar con los estudios diagnósticos y el tratamiento adecuado.



Imagen 1: Hipocratismo digital y uñas en "vidrio de reloj".

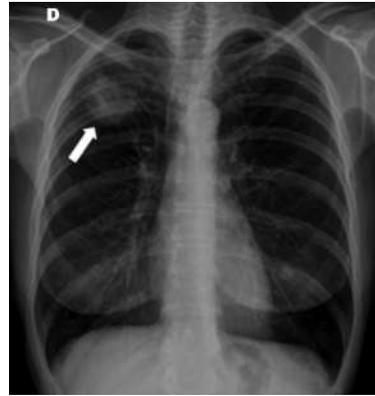


Imagen 2: Radiografía con opacidad de límites irregulares (flecha).

DISCUSIÓN: La osteoartropatía hipertrófica (OAH) es un síndrome caracterizado por hipocratismo digital, derrame sinovial y periostitis en los huesos largos distales. En el 3-5% de los pacientes, la causa es hereditaria o idiopática. En el resto de los casos, suele estar asociada con otras enfermedades de origen cardíaco, pulmonar, abdominal y oncológico, principalmente cáncer de pulmón. Por lo tanto, consideramos esencial la sospecha diagnóstica para realizar el *screening* adecuado en busca de las patologías que pueden producirla dado que, el pronóstico y el tratamiento de la OAH secundaria dependerán de la resolución de la etiología primaria.

COMENTARIOS FINALES: La OAH es una patología poco habitual, siendo la forma secundaria la más frecuente. Su importancia diagnóstica se debe a la alta asociación con neoplasias, particularmente las de origen pulmonar.

0142

CATCH ME IF YOU CAN: UN CASO DE FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN PACIENTE CON LES

ABDALA Brian Marcelo, RINGER Ariana, CARBONE Daniela, LUCCI Franco, CICHILLITTI Lucía, CREMA Juan Carlos, CUADRANTI Nadia, GALLO Carolina Solange, GATICA María Agustina, MARTÍNEZ María Florencia, NICOLA Marianela, RUFFINO Juan Pablo, SIRI Daniel, VIOLA Diego, LAGRUTTA Mariana, ABDALA Marcelo

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de 27 años con LES y colangitis autoinmune, en tratamiento con prednisona 10 mg/d, HCQ y UDCA. Comienza con fiebre diaria de un mes de evolución, eritema en tronco y miembros, poliartritis y dolor lumbar. Se aumenta dosis de prednisona 15 mg/d e inicia ciprofloxacina y AINE. Presenta mejoría en las manifestaciones previas, pero aparecen lesiones nodulares, eritematosas y dolorosas en miembros superiores e inferiores. Biopsia de piel: paniculitis lobular con vasculitis y granulomas. ZN negativo. Laboratorio: Hto 29 Hb 9.1 GB 4860 Pq 375000 Urea 29 CR 0.6 TGO 95 TGP 70 FAL 455 GGT 249 VES 33 PCR 66 PPD: Negativa; QFT-G: Positivo TCAR tórax: lesiones micronodulillares, aspecto árbol en brote, difusas, bilaterales, bronquiectasias y tractos fibrocicatriciales en LSD y LII. Aumento de ganglios axilares, mediastinales y pretraqueales. Por persistencia de fiebre y empeoramiento de lesiones cutáneas, se decide su internación. Se toman cultivos (negativos), se inicia antibioticoterapia iv e hidrocortisona 50 mg/12 h. Se realiza BAL negativo para TB, GC y hongos. Biopsia transbronquial: granulomas sin centro necrótico. ZN negativo. Por recurrencia de dolor lumbar se realiza RMN que muestra hiperintensidad en T2 y STIR en D11 y L4. Se efectúa biopsia ósea de cuerpo vertebral con resultado de GeneXpert positivo, por lo que inicia tratamiento antituberculoso al cual responde favorablemente.



Imagen 1: Lesiones eritematosas, nodulares en antebrazos.



Imagen 2: Lesión ulcerada en región glútea.

DISCUSIÓN: Las infecciones son una de las causas más comunes de morbilidad y mortalidad en pacientes con LES. Entre estas la TB (5-30%), siendo más frecuentes las formas extrapulmonares. La TB puede presentar fenómenos inmunológicos como fiebre, eritema nodoso y artritis. Por este motivo, la interpretación de estos signos en un paciente con LES puede convertirse en un verdadero desafío. Considerando que el tratamiento de una reactivación lúpica podría empeorar drásticamente la evolución de una infección por TB, y no tratarla, tener serias consecuencias también, resulta fundamental descartar la infección por TB siempre que se exista la sospecha, sobre todo si la fiebre persiste a pesar del tratamiento con corticoides. Asimismo, la TB puede ser causa de reactivación y/o resistencia al tratamiento inmunosupresor en un paciente con LES. Es sabido que los pacientes con enfermedades autoinmunes o con inmunosupresores pueden presentar PPD negativa debido a una respuesta de hipersensibilidad tardía dañada. Destacamos también la mayor sensibilidad del QFT-G y del GeneXpert para diagnóstico de LTBI y de TB respectivamente.

COMENTARIOS FINALES: A través del presente caso se resalta la importancia de plantear diagnósticos diferenciales en cada situación, teniendo un pensamiento crítico y evitando el sesgo que puede generarse frente a signos y síntomas característicos de una patología determinada, además del beneficio del empleo de nuevos métodos diagnósticos que surgen con el avance científico.

0156

DOLOR ÓSEO + DEBILIDAD MUSCULAR = FOSFATO

QUINTERO Juan Eduardo¹, AVILA Claudia¹, GALLO Ariana¹, GUZMÁN Yair¹, ZANCHETTA María Belén²

¹NÚCLEO CENTRO MÉDICO, ²INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO E INVESTIGACIONES METABÓLICAS, IDIM

PRESENTACIÓN DEL CASO: La osteomalacia es la alteración de la mineralización de la matriz ósea que disminuye la resistencia del hueso; las principales causas son la deficiencia de calcio y vitamina D, y raramente de fosfato. La hipofosfatemia puede estar mediada por aumento o no del FGF 23. Este se sintetiza en el osteoide y a nivel renal regula la reabsorción tubular del fosfato e inhibiendo la 1 α hidroxilasa, generando fosfatúria y disminución del calcitriol. En niños la causa más frecuente de hipofosfatemia es la mutación del gen PHEX. La FGF 23 puede sintetizarse en la médula ósea estimulada por la eritropoyesis, por lo que anemias severas pueden generar agravamiento de estados hipofosfatémicos mediados por esta hormona. Cuando la causa es genética, raramente se manifiesta por primera vez en la etapa adulta. Las hipofosfatemias se traducen en osteomalacia por fracturas, dolor óseo y debilidad muscular. El objetivo es presentar el caso clínico de una paciente de 45 años con dolores óseos de 9 años de evolución, progresivos e incoercibles, en columna, rodillas y costillas, diagnosticada en 2021.

Al examen físico presentaba dolor incapacitante, intenso, poliartromiálgico y debilidad muscular generalizada. Talla: 137 cm. El diagnóstico y seguimiento se realizó en conjunto con IDIM-CABA. Se cumplieron los aspectos bioéticos de confidencialidad y se firmó el consentimiento informado. Se observó anemia severa ferropénica, descartándose pérdidas y malabsorción. Hipofosfatemia persistente de 1.2-1.5 mg/dl y FGF-23: 139 mg/dl (VR: 3,5 +/- 0,6 mg/dl) (Tabla) centellograma (Imagen): múltiples áreas de captación patológica compatible con alteración del metabolismo óseo. Tomografía (TC): trazos fracturarios en arcos costales bilaterales, esternón, omóplatos, vertebrae dorsales y pelvis. PET/TC (Ga68-DOTATATE): imagen no morfo metabólica sugestiva de tumor inductor de osteomalacia. Se indicó tratamiento con sellos de fósforo 2 g/día más calcitriol 0,50 mcg/día y transfusión hemoderivados con suplemento de hierro, logrando mejoría del dolor y progresiva capacidad funcional.

Analitos	Resultados (unidades)	VR
Hematocrito	22,6 %	36-46%
Hemoglobina	8,9 g/dl	11,8-14,8 g/dl
Volumen corpuscular medio	60,4 fl.	82,0-98,0 fl.
Hb corpuscular media	18,4 pg	27,3-32,6 pg
Calcemia	8,9 mg/dL	8,6 - 10 mg/dl
Fósforo	1,2 mg/dL	2,5 - 4,5 mg/dl
1-25 (OH) Vit D	3,0 pg/mL	15-80 pg/ml
PTH	54 pg/mL	10-65 pg/ml
B-CTX (pg/ml)	824 pg/ml	74-550 pg/ml
Reabsorción Tubular de P	79,4 %	(85-95%)
Fosfatasa alcalina (U/l)	708 U/l	30-120 U/l
FGF-23	139 mg/dL	3,5 +/- 0,6 mg/dl

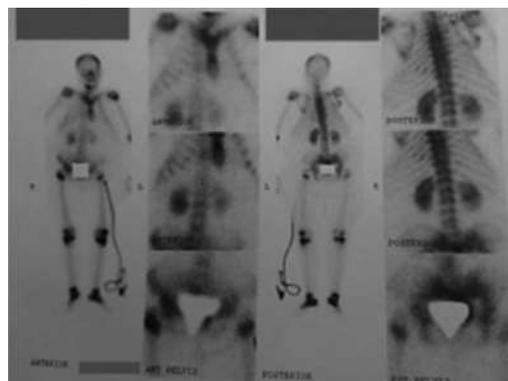


Imagen: Centellograma óseo corporal total de la paciente.

Tabla: Resultados de los analitos dosados en sangre periférica con sus valores de referencia.

DISCUSIÓN: La paciente no presentó una etiología cierta; la hipofosfatemia es un cuadro poco frecuente y quizás no se hubiera manifestado de no asociarse a anemia.

COMENTARIOS FINALES: El fósforo debe ser parte de la valoración basal fosfocálcica de todo paciente con alteraciones óseas y/o musculares para no retrasar diagnósticos y tratamientos.

0158

HIPERTENSIÓN PULMONAR ASOCIADA A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REPORTE DE CASO

ESCOBAR GARCÍA Adel Enrique, GAMEZ Henry, PACHECO Gonzalo

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente femenina de 27 años con antecedentes de LES en tratamiento con prednisona 2,5 mg/día, hidroxiquina 400 mg/día. Consultó por síncope a repetición asociado a disnea clase IV, tos seca y fiebre de un mes de evolución. Antecedentes: artritis, poli-neuritis y crioglobulinemia. Recibió tratamiento con ciclofosfamida, micofenolato y rituximab hasta la remisión clínica. Previa tuberculosis miliar multirresistente y mal de Pott con aplastamiento vertebral L4-L5 (completó tratamiento según esquema por un año). Por su cuadro clínico, se realizó ecocardiograma transtorácico: dilatación del ventrículo derecho en grado severo. PSP de 127 mmHg. Insuficiencia tricúspidea moderada. Insuficiencia pulmonar leve/moderada. Por signos de bajo gasto cardíaco y episodios sincopales, la paciente fue trasladada a Unidad Coronaria (UCO). Análisis de laboratorio: HTO: 32%, hemoglobina 10.1 g/dl, leucocitos: 12.500 mm³, plaquetas 190.000 mm³, Quick 10.2 seg, RIN: 0.95, KPTT 26 seg, glucemia 89 mg/dl, uremia 28 mg/dl, Cr: 0.60 mg/dl FAL: 58 u/L, TGO 13 u/l, TGP 12 U/L, proteínas totales 6.14, albúmina 3.97 g/dl. C4: 15 C3: 109 mg/dl, Anti-DNA: negativo. NT- pro BNP 121 pg/ml CPK y troponina normal. PCR 2,5 mg/dl. Proteinuria 24 horas y orina completa sin alteraciones. Se realizó cateterismo derecho y se encontró una PSP de 148 mmHg, confirmando diagnóstico de hipertensión pulmonar severa. Se descartaron otras causas subyacentes. Neumonología descartó la posibilidad de trasplante pulmonar, iniciando tratamiento con tadalafilo e infusión continua de eprosteste-

nol. Se interpretó el cuadro como una reactivación de LES, iniciando pulsos de metilprednisolona EV y ciclofosfamida en dosis inmunosupresoras. Evolucionó favorablemente sin interurrencias, asintomática para ángor y disnea, sin nuevos episodios sincopales. Se otorgó egreso hospitalario con bomba de infusión continua (BIC) de epoprostenol, inhibidor de la fosfodiesterasa 5 y glucocorticoides oral.

DISCUSIÓN: La hipertensión pulmonar (HTP) es una complicación grave, aunque infrecuente en lupus eritematoso sistémico (LES) (prevalencia 3%-4%). Su presentación clínica varía desde formas asintomáticas a enfermedad potencialmente mortal. Fatiga, debilidad generaliza, disnea progresiva y raramente síncope, suelen ser manifestaciones. Se proponen diversos mecanismos patogénicos en LES como: desregulación del sistema inmunitario con depósito de inmunocomplejos, infiltración por células inflamatorias en la pared vascular pulmonar, trombosis y desarrollo de lesiones plexiformes. Su tratamiento incluyó: agentes inmunosupresores, inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5, antagonista de los receptores de endotelina, agonistas de la prostaciclina y estimulantes de la guanilato ciclasa soluble.

COMENTARIOS FINALES: La HTP relacionada a LES podría diagnosticarse tardíamente, cuando ya ocurrieron daños irreversibles en la vasculatura pulmonar, difíciles de tratar. Presentamos este caso haciendo hincapié en su identificación rápida y temprana, facilitando así una terapéutica dirigida adecuada, disminuyendo su progresión y mejorando el pronóstico de vida en estos pacientes.

0164

ARTERITIS DE TAKAYASU: REPORTE DE CASO

GONZÁLEZ Jorge, LARA Cristian, TOLEDO Ana Laura, BAVIO Facundo, GARCÍA Agustina, VIVERO Alejandro, CADILE Ignacio, ONETTI Laura, MUSSANO Eduardo

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 28 años que consulta en 2022 por sensación de cuerpo extraño y visión borrosa izquierda de 1 mes de evolución, sin patología ocular ni neurológica demostrada, por lo cual concurre a nuestro Servicio. Por presentar pulso radial izquierdo disminuido, soplo carotídeo bilateral y ecografía doppler de vasos del cuello previa patológica, se repite dicho estudio que informa espesor íntima medial globalmente aumentado en origen de arteria subclavia derecha y en ambos ejes carotídeos, oclusión de carótida común derecha en su origen y en todo su trayecto, estenosis del 65% en 1/3 proximal de arteria carótida externa derecha, con inversión de flujo que recanaliza a carótida interna. Se decide internación ante el diagnóstico de TAK para tratamiento con pulsos de metilprednisolona. Laboratorio con VSG 35, PCR (+), LATEX (-), ANA (-), anti-DNA (-), antiCCP (-), ANCA (-), perfil SAF (-), serología viral (-), complemento normal. Evolucionó con mejoría de síntomas visuales, sin eventos isquémicos. Ecocardiograma y angioTAC sin alteraciones. Ecografía control a los 2 meses que no evidencia turbulencia en origen de carótida externa derecha, lo que podría estar en relación a respuesta favorable a tratamiento inmunosupresor.



Imagen 1: Arteria carótida común derecha ocluida.

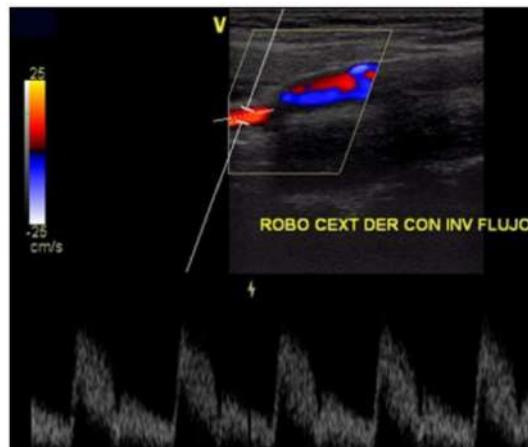


Imagen 2: Inversión de flujo de arteria carótida externa derecha que direcciona flujo a carótida interna derecha, la que presenta flujo anterógrado de baja resistencia.

DISCUSIÓN: Los síntomas visuales se han documentado en el 44,9% de los pacientes con TAK, y son secundarios a fenómenos isquémicos por oclusión de las arterias carótidas o por retinopatía hipertensiva. El diagnóstico se realiza a través de los hallazgos clínicos sugestivos e imágenes que muestran la afectación del árbol arterial debido a la falta de hallazgos bioquímicos y hematológicos específicos, y el acceso no práctico a la biopsia del arco aórtico y sus ramas principales. El hallazgo incidental de lesiones compatibles con vasculitis que se evidencian en los estudios de imagen debe orientar al diagnóstico de las mismas.

COMENTARIOS FINALES: Se presenta este caso de particular interés clínico por la poca frecuencia de presentación de la TAK, con afectación visual como manifestación inicial, con énfasis en su reconocimiento temprano y tratamiento oportuno para mejorar y evitar la aparición de complicaciones vasculares seculares debido al curso crónico y progresivo de esta enfermedad.

SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN: VASCULITIS ANCA Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

TOLEDO Ana Laura¹, **GONZÁLEZ Jorge**¹, **LARA Cristian**¹, **ONETTI Laura**¹, **CADILE Ignacio Isaac**¹, **GARCÍA ORO Agustina**¹, **SUBILS Gisela**², **CASTILLO Tomás**², **ZAYA Alejandro**², **PY Guillermo**¹, **PALOMBO Matías**¹, **AUDISIO Marcelo**¹, **MUSSANO Eduardo**¹

¹HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS, ²HOSPITAL RAWSON

PRESENTACIÓN DEL CASO: Varón de 56 años, extabaquista, con anemia, desnutrición, ingresó en abril de 2023 con lesiones pustulosas en cara y manos, pérdida de 20 kg, astenia, disfagia a sólidos y dolor articular en IFP. Debido al resultado de estudios complementarios (Tabla 1) se inició vancomicina+clindamicina, requiriendo luego UTI por hemorragia alveolar y hemodiálisis (Tabla 2). Ante sospecha de vasculitis ANCA (VAA), se iniciaron pulsos de metilprednisolona+ciclofosfamida y antifúngicos, con mejoría clínica. Biopsia de piel: MO: lesión ampollar por despegamiento subcórneo con formación de pústulas y ligera acantosis. Biopsia renal: MO: glomerulonefritis (GN) proliferativa focal con formación de semilunas fibrosas en 3/10 glomérulos, resto: incremento de la celularidad mesangial, túbulos cilindros hialinos y hemáticos, con focos de atrofia tubular, intersticio con parches de fibrosis e infiltrado de linfocitos focal. IFI: tinción positiva en mesangio, membrana basal glomerular focal y segmentaria para depósitos de IgA, IgM, C3.ME: membranas basales glomerulares engrosadas con depósitos electrodensos de tipo complejo inmune en vertiente subendotelial, algunos intramembranosos. Tumefacción endotelial y similares depósitos en regiones mesangiales, con fusión pedicular.

HB	9,7	SEROLOGÍAS VIRALES	VH4 VHBVHC/SF/ES: No reactivos.
HTO	28	UROCULTIVO	Sin desarrollo. 40-50 hematias/campo. 0-1 cel. epiteliales/campo. 8-10 GB/campo.
GB	14700 (914/396)	HEMOCULTIVO X2	Negativo.
PLAQUETAS	37000	TEST RÁPIDO COVID 19	Negativo.
VSG	>120	BACTERIOLOGÍA DE AMPOLLAS FACIALES	Examen directo: 10 PM/campo. Cultivo: negativo.
PCR	117,8	ESFUJO	Negativo.
UREA	237,4	ORINA	D 1825, pH6, turbia, proteínas ++, HB +++, hemates 30/campo, GB 2/campo.
CREATININA	7,15	IONOGRAMA	Na+ 136, K 3,6, CL 98,5
CPK	18	GASES VENOSOS	pH 7,36, BICA 16
HEPATOGRAMA	GGT 147 GPT 17 FAL 130 GGT 20 BT 0,30 BD 0,11	COAGULOGRAMA	APF 81 % (18) KPTT 88 "

Tabla 1: Laboratorio 08/04 (ingreso).

HB	6,1	ANA positivo + 1/1280 granular fino (AC4), anticiclopentímico negativo.
HTO	24	Anti RO: positivo.
GB	31900 (914/396)	Anti MPO: positivo 80 (VH +800mL)
PLAQUETAS	17000	Anti RNP: negativo.
OSIA	pH 7,36, pCO2 152,5, pCO2 31, BICA 17, TB -7,4, SaO2 98%, FIO2 0,21, AG 23,16	Anti MBG: negativo.
IONOGRAMA	Na+ 136, K 3,6, CL- 101, Catechol total 7,8	Anti LA: negativo.
BIOPSIAS DE AMPOLLAS FACIALES	3/11 VHS 0,28	Anti DNA: negativo.
HEPATOGRAMA	GGT 147 GPT 17 FAL 130 GGT 20 BT 0,30 BD 0,11	Anti SM: negativo.
AMILASA	879	Anti RNP: negativo.
COAGULOGRAMA	APF 81 % (18) KPTT 44 " RVN 1,09	Anticardiolipinas: negativo.
		Anti Jo 1: negativo.
		Anti nucleolo: negativo.
		Antinuclear: negativo.
		COCA en tinte inferior normal.

Tabla 2: Laboratorio y microbiología, 11/4.

DISCUSIÓN: El paciente presentaba rasgos clínicos-analíticos de VAA debido a la presencia de anticuerpos MPO-AC con hemorragia alveolar, y como LES por ANA y RO positivos, nefritis lúpica y artralgias. Al respecto, Hervier informó la existencia del síndrome de superposición de LES/VAA como parte de un estado de poliautoinmunidad. Jarrot describió casos de síndrome de superposición LES/VAA a partir de glomerulonefritis. Los pacientes eran en su mayoría mujeres, tenían una presentación clínica grave (GN rápidamente progresiva y compromiso pulmonar frecuente), ANA y MPO-AC, histología compatible con este caso.

COMENTARIOS FINALES: La superposición entre la VAA y LES es rara, y es difícil comprender en qué se diferencia el síndrome de superposición LES/AAV de la situación de presencia de autoanticuerpos superpuestos. Si se sospecha vasculitis en pacientes con LES, se recomienda la medición de ANCA y las biopsias de tejido adecuadas.

HIPERTENSIÓN PULMONAR EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO

CASTORINO Lucía María¹, **MARTÍN María Luz**¹, **MERCÉ Aixa Lucía**¹, **MORBIDUCCI Julieta Silvana**¹, **SORASIO Guillermina**², **SECCO Anastasia**¹

¹SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA, ²SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente femenina de 20 años, con antecedentes de bronquiectasias pulmonares, con múltiples exacerbaciones infecciosas, tiroiditis de Hashimoto y esofagitis crónica. Comienza cuadro en 2018, inicia seguimiento en Hospital Pediátrico con diagnóstico de enfermedad mixta del tejido conectivo. La paciente pierde seguimiento e ingresa a guardia en julio de 2022 con registros febriles, disnea clase funcional II-III, tos, aumento del perímetro abdominal y dolor en hemiabdomen superior con intensidad 8/10. Al examen físico presenta R1 y R2 en cuatro focos hipofonéticos, silencios impresionan libres, ingurgitación yugular 3/3 con colapso parcial, reflujo hepato-yugular positivo, abdomen distendido, doloroso a la palpación superficial y profunda, RHA +, hepatomegalia dolorosa y esplenomegalia. Dentro del perfil inmunológico, presenta FAN 1/1280 patrón nuclear moteado grueso, Anti-DNA + 1/160, Anti-RO, RNP y SM positivos, inhibidor lúpico +, anticardiolipinas IGM 42+. Se descarta inicialmente tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo, presenta ECG con signos de sobrecarga de cavidades cardíacas derechas y ecocardiograma inicial que informa PSAP 105 mm Hg, VTR 4.5 m/s y cavidades cardíacas derechas dilatadas. Por alta sospecha diagnóstica de hipertensión pulmonar (HTP), se realiza cateterismo cardíaco derecho que informa mPAP (presión arterial pulmonar media) de 63 mmHg, presión capilar pulmonar de 10 mmHg y resistencia vascular periférica de 17 uW. Evoluciona desfavorablemente con shock cardiogénico y por falta de respuesta a sucesivos tratamientos

farmacológicos, se decide realizar septostomía atrial de rescate, sin complicaciones. Posteriormente inicia tratamiento vasodilatador con triple terapia (sildenafil, ambrisentan y epoprostenol) con buena tolerancia, meprednisona 20 mg/día y azatioprina 50 mg/d, y entra en lista electiva de trasplante bipulmonar.

Hto/Hb	33/10.4
Leucocitos	7800
Plaquetas	18400
Urea/Cr	14/0.5
TGO/TGP	37/12
TP/KPTT	65/40
Na+/K+	133/4
FAN	+1/1280
Anti DNA	+1/160
RO. RNP. SM	+

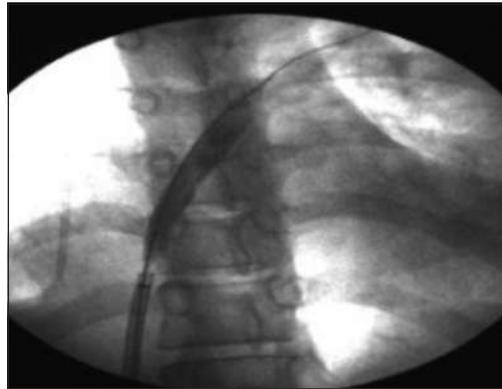


Imagen: Septostomía atrial.

Tabla: Examen de laboratorio.

DISCUSIÓN: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, sistémica y crónica, de gravedad y curso variable. La HTP es una manifestación poco frecuente en LES, se define como una mPAP superior a 20 mmHg, medida por cateterismo cardíaco derecho.

COMENTARIOS FINALES: Se presenta este caso dado que es una manifestación clínica poco frecuente en LES, con mal pronóstico y alta mortalidad. Resulta importante descartar posibles diagnósticos diferenciales (otros compromisos cardíacos, TEP), efectuar el trabajo interdisciplinario y un rápido inicio del tratamiento.

0180

SIMULADORES DE VASCULITIS SISTÉMICAS, UN DESAFÍO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

JIMÉNEZ GARNAUT Mauricio Alberto, GÓMEZ Andrea, ROLLANO Alejandra, VIRASORO Belén

HOSPITAL BRITÁNICO

PRESENTACIÓN DEL CASO: Se presentan 4 casos clínicos con sospecha diagnóstica principal de vasculitis sistémica y que se definieron como patologías simuladoras, lo cual fue un reto en la práctica clínica.

CASO 1: Femenina 59 años que 3 semanas posterior a cirugía de neuroma de Morton presentó isquemia subaguda de pie homolateral, sin respuesta a antiagregantes. Diagnósticos diferenciales propuestos: Takayasu y tromboangeítis obliterante. Laboratorio autoinmune negativo, angiografía de miembros inferiores: imagen en cuentas de rosario, sugestiva de proceso inflamatorio crónico compatible con fibrodisplasia multifocal.

CASO 2: Femenina de 35 años que presentó temblor autolimitado, paraparesia espástica, visión borrosa, cefalea, tenesmo e incontinencia vesical y rectal. Antecedente de Ca papilar de tiroides libre de enfermedad. FAN positivo, Anti-DNA negativo, linfopenia, sin clínica de LES. LCR: hiperproteinorraquia sin atipia, bandas oligoclonales de IgG. RMI de encéfalo con cte: realce meníngeo difuso, áreas puntiformes en sustancia blanca subcortical y profunda en protuberancia, bulbo, y médula espinal. Se descartó causa paraneoplásica por sospecha de S. de Clippers, recibió metilprednisolona con respuesta parcial.

CASO 3: Femenina de 29 años que en puerperio inmediato presentó ACV hemorrágico frontotemporal derecho e hipertensión endocraneana que requirió craniectomía descompresiva. Se descartó causa hematológica e inmunomediada. AngioRM: irregularidades del flujo de arteria cerebral media bilateral en segmento M1, reducción de su calibre y el de la basilar, sugestivo de fenómenos vasomotor/vasoespasmio. Angiografía digital: espasmo segmentario de basilar, cerebrales posteriores, cerebelosa superior y carótidas internas. Dx síndrome de vasoconstricción cerebral posparto.

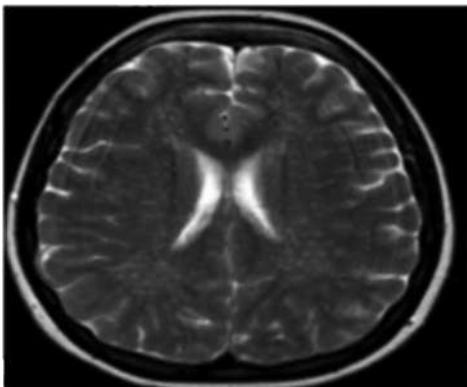


Imagen: Caso 2. Clippers.

CASO 4: Masculino de 40 años con Fabry desde 2011, trasplantado renal en tratamiento inmunosupresor y terapia de reemplazo enzimático. Cursó internación por 1 mes de fiebre, vómitos, diarrea y cefalea. LCR: meningitis aséptica, laboratorio autoinmune negativo, semanas posteriores agregó claudicación mandibular por lo cual se descartó ACG. Episodio de confusión, letargia y excitación psicomotriz 1 mes posterior, con estudios sin cambios. TC de encéfalo: hipodensidad en sustancia blanca periventricular bilateral compatible con microangiopatía. EEG: lentificación intermitente y ondas agudas frontotemporales. AngioRM encéfalo secuencia TOF/Black Blood sin cte: tortuosidad y elongamiento de vasos sugestivos de Fabry cerebral (Dólico basilar/carótidas bilateral). Se reinterpreto como reagudización de enfermedad de base.

COMPROMISO ESOFÁGICO ASINTOMÁTICO DETECTADO POR MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA: SERIE DE CASOS

SARDI Bettina Soledad¹, GARCÍA Lucila¹, COSENTINO Máximo¹, DULBECCO Mariela¹, MERCÉ Aixa Lucía², LIZARRAGA Camila³, GARCÍA Mercedes¹

¹HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA, ²HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA, ³HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

PRESENTACIÓN DEL CASO: Se presenta una serie de casos de 10 pacientes ≥18 años con diagnóstico de ES según criterios ACR-EULAR 2013, a los cuales independientemente de los síntomas digestivos se les realizó manometría de alta resolución de esófago (MARE) que se informó según la clasificación Chicago versión 4.0. Se recolectaron datos sociodemográficos, clínicos y hallazgos en la MARE.

Características	Pacientes n=10 (%)
Mujeres, n (%)	9 (90 %)
Edad actual, mediana	48 (RIC 45-59)
Edad al diagnóstico, mediana	44 (RIC 35-54)
Tiempo de evolución meses, mediana	48 (RIC 12-132)
ES difusa, n (%)	4 (40 %)
ES limitada, n (%)	5 (50 %)
ES sine esclerodermia, n (%)	1 (10 %)
Anticuerpos anti-Scl70	4 (40 %)
Anticuerpos anti-centrómero	4 (40 %)
Anticuerpo anti-RNP	1 (10 %)
Síntomas GE ⁽¹⁾	6 (60 %)
Disfagia	2 (33 %)
Reflujo	4 (66 %)
Dolor quemante retroesternal	2 (33 %)
Pirosis	3 (50 %)
Raynaud	8 (80 %)
Patrón SD ⁽²⁾	9 (90 %)
Compromiso pulmonar	4 (40 %)
NINE ⁽³⁾	4 (40 %)
Tratamiento farmacológico	
IPP ⁽⁴⁾	9 (90 %)
Bloqueantes de canales de calcio	4 (40 %)

[1] Síntomas gastro-esofágicos de interés. [2] Patrón esclerodermiforme en videocapilaroscopia. [3] Neumopatía intersticial no específica. [4] Inhibidores de la bomba de protones.

Tabla 1.

MARE ⁽¹⁾	Asintomáticos ⁽²⁾ n=4 (%)	Sintomáticos ⁽³⁾ n=6 (%)
Sin alteraciones de la peristalsis	1 (25 %)	1 (16 %)
Alteraciones de la peristalsis	3 (75%)	5 (83 %)
Contractilidad ausente (CA)	1 (25%)	2 (33 %)
Espasmo esofágico distal (EED)	0	0
Esófago hipercontráctil (EH)	0	0
Motilidad esofágica inefectiva (MEI)	2 (50%)	3 (50%)

[1] Manometría de alta resolución de esófago. [2] Sin presencia de síntomas gastro-esofágicos de interés [Disfagia, Reflujo, Dolor quemante retroesternal, Pirosis]. [3] Con presencia de síntomas gastro-esofágicos de interés.

Tabla 2.

DISCUSIÓN: En el período inicial de recolección se incluyeron 10 pacientes de los cuales el 90% fueron mujeres, con una mediana de edad al momento del ingreso al estudio de 48 años (RIC 45-59) y una mediana de tiempo de evolución de 48 meses (RIC 12-132). El 50 % presentaba ES difusa, en igual cantidad (40%) presentaban anticuerpos anti-Scl70 y anticentrómero, y solo 1 paciente anticuerpos anti-RNP. En cuanto al compromiso extraintestinal, el 80% presentaba fenómeno de Raynaud, con patrón SD en la capilaroscopia en el 90% y 40% enfermedad pulmonar intersticial. Un 60% de los pacientes presentaban síntomas de compromiso esofágico, siendo el más frecuente el reflujo (66%), seguido por pirosis (50%), disfagia (33%) y dolor quemante retroesternal (33%). El 90 % de los casos se encontraba en tratamiento con Inhibidores de la bomba de protones (Tabla 1). En la MARE se detectaron en el 80% de los casos alteraciones de la peristalsis. En el grupo de pacientes asintomáticos (n=4), el compromiso motor más frecuente fue la motilidad esofágica inefectiva (50%) y la contractilidad ausente (25%). En el grupo de pacientes con síntomas (n=6) los hallazgos manométricos fueron similares (Tabla 2).

COMENTARIOS FINALES: Tanto en el grupo con ausencia y presencia de síntomas sugerentes de compromiso esofágico se encontraron alteraciones motoras en similar prevalencia (75% vs. 83%), lo que pone de manifiesto la importancia de estudiar el compromiso esofágico, incluso cuando no haya síntomas. Los patrones de compromiso motor evidenciados por MARE son la MEI y la CA. La muestra es muy pequeña, lo cual puede justificar la ausencia del resto de los patrones manométricos. Se espera que al aumentar el tamaño muestral, se pueda estimar la frecuencia de alteraciones en manometría en pacientes sintomáticos y asintomáticos, y si existe relación con manifestaciones extradietivas.

HIPERTENSIÓN PULMONAR DE CAUSA MULTIFACTORIAL

MOLINA María Josefina¹, **CARRIZO ABARZA Virginia**¹, **VILLALOBOS Fernando Manuel**¹, **VANEGAS RODRÍGUEZ Tomás Leonardo**², **COSTAS MARTIGNAGO Pablo Alcantara**², **LESCANO Adrián José**², **NITSCHKE Alejandro**³

¹CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, ²CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES, SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, ³HOSPITAL ALEMÁN, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 44 años de edad con antecedentes de VIH en triple terapia antirretroviral desde 2008. En 2012 diagnóstico de esclerosis sistémica (ES) limitada: fenómeno de Raynaud, esclerodactilia, induración cutánea distal a codos y rodillas y cara, artritis y microstomía. En marzo de 2014 agrega debilidad muscular proximal con elevación de enzimas musculares. EMG: miopatía inflamatoria. Tratamiento: meprednisona 50 mg/día, ciclofosfamida 6 pulsos IV/mes, azatioprina, hidroxycloquina, sildenafil con buena evolución. En septiembre de 2021 consulta por disnea clase funcional III, telangiectasias y *pitting scars*. Score de Rodnan modificado: 8 puntos. Ecocardiograma: VI normal, movimiento anómalo del *septum*, cavidades derechas dilatadas, deterioro moderado de función ventricular, TAPSE 12 mm, VRT 3.4 mts/seg, PsAP 51 mmHg, derrame pericárdico leve: alta probabilidad de hipertensión pulmonar (HP). Centellograma V/Q: tromboembolismo pulmonar. FAN, anti-Ro y anti-PL7 positivos. NTproBNP 618 pg/ml. TCTAR: arteria pulmonar dilatada y neumonía intersticial no específica fibrótica. Videocapilaroscopia: SD *pattern* tardío. Cateterismo cardíaco derecho (CCD): presión de aurícula derecha: 11 mmHg, PmAP: 29 mmHg, presión Wedge (PW): 12 mmHg, resistencia vascular pulmonar (RVP): 3 U Wood e índice cardíaco (IC): 4 l/min/mt². Se interpreta como una hipertensión pulmonar (HP) precapilar de origen multifactorial: Hipertensión arterial pulmonar (HAP) asociada a VIH y ES; HP asociada a enfermedad pulmonar intersticial e HP tromboembólica crónica. Tratamiento: pirfenidona por NINE fibrótica, furosemida y espironolactona, tadalafilo 20 mg/día y rivaroxabán 20 mg/día. En mayo de 2022 se interna por debilidad muscular proximal, mayor disnea de esfuerzo, Raynaud no controlado, calcinosis y úlceras digitales. CPK 10000 UI/l, aldolasa 51 UI/l, NTproBNP 344 pg/ml. TC6M: recorre 400 mts, desaturación 87%, Borg 3. CVF 42%, DLCO 37%. RMN de masas musculares: sin edema miofibrillar ni infiltración adiposa. RMN cardíaca: VI dilatado con deterioro de la función sistólica global, FEy 33%, hipoquinesia global y movimiento asincrónico del septo interventricular. Ausencia de fibronectina, realce tardío con gadolinio negativo, leve derrame pericárdico. CCD: PmAP 39 mmHg, PW 17 mmHg, RVP 3.9 UW, IC 3.28 l/min/mt². La interpretación del nuevo CCD cambia el diagnóstico a HP mixta (pre y poscapilar). Debido a la severa miopatía inicia metilprednisolona 1g IV/día, 3 días, luego meprednisona 40 mg/día y rituximab 1000 mg día 0 y día 15. Por HP se indica tadalafilo y bosentán manteniendo tratamiento antirretroviral y anticoagulación. Actualmente se encuentra en clase funcional I, sin miopatía y resolución de úlceras digitales.

DISCUSIÓN: La HAP en ES constituye la segunda causa de muerte, mayor al 50% dentro de los 3 primeros años del diagnóstico. En pacientes con esclerodermia, la HP puede clasificarse dentro de: grupo 1: HAP, grupo 2: asociada a fallo cardíaco izquierdo, grupo 3: asociada a enfermedad pulmonar intersticial y grupo 4: HP tromboembólica crónica existiendo, además, fenotipos superpuestos. El CCD certifica el diagnóstico de HP y define las variables hemodinámicas. Ante el empeoramiento del cuadro clínico del paciente o la falla terapéutica se deberá considerar la repetición del CCD para redefinir el tratamiento específico.

COMENTARIOS FINALES: El presente caso remarca la importancia de considerar siempre, en hipertensión pulmonar, la posibilidad de multicausalidad o fenotipos superpuestos (grupo 1 al 4) con un comportamiento hemodinámico mixto (pre y poscapilar) en pacientes con esclerosis sistémica, debido a que esto conlleva diferentes y divergentes decisiones terapéuticas.

INFUNDÍBULO-NEUROHIPOFISITIS COMO MANIFESTACIÓN INUSUAL EN ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4

DALPIAZ Marina Soledad¹, **MORBIDUCCI Julieta**², **LLOVES SCHENONE Nicolás Martín**¹, **PÉREZ CEPAS Bárbara**¹, **MORÓN María Inés**¹, **DELLA MAGGIORA Maricel**¹

¹COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA VISCA, ²SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL RIVADAVIA

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de 38 años con antecedentes de atopía consulta a ORL por faringoamigdalitis asociada a fiebre, astenia y adenomegalias cervicales tratada con AINES y esteroides. Por persistencia de adenopatías, se realiza PAAF con cultivo negativo para gérmenes comunes, micobacterias y hongos, y anatomía patológica compatible con adenitis necrotizante y esclerosante. Presenta serologías negativas para VIH, VHC, VHB, VEB, CMV, sífilis, toxoplasmosis y *Bartonella sp.*, IgE elevada, FR + bajos títulos, FAN 1/80 patrón nuclear nucleolar, ERS y PCR normales, C3 y C4 normales, anti-ENA, anti-CCP, ANCA y crioglobulinas negativos, hemograma, perfil tiroideo, ECA y proteinograma electroforético normales. Discontinúa seguimiento en contexto de pandemia COVID-19. Al año consulta por cefalea, xerostomía, poliuria y polidipsia. Al interrogatorio, persistencia de odinofagia con curso fluctuante, artralgias y xeroftalmia de larga data. Al examen físico, persistencia de adenomegalias cervicales, sin parotidomegalia. Ecografía cervical con adenomegalias laterocervicales bilaterales y submaxilar izquierda, y centellografía de glándulas salivales normal. Endocrinología realiza dosaje de ADH <1.8 pmol/l (VN 1-13.3), FSH, LH, IGF-1, cortisol y ACTH normales, y RMN de hipófisis con disminución de señal en T1, aumento de tamaño difuso de la glándula sumado a engrosamiento del tallo hipofisario con realce homogéneo (Imagen 1 y 2). Se diagnostica DBT insípida secundaria a infundíbulo-neurohipofisitis e inicia tratamiento con desmopresina. Se deriva taco de ganglio linfático en un segundo tiempo, informando: fibrosis estoriforme, infiltrado inflamatorio linfocitario, plasmocitos, eosinófilos y flebitis obliterativa. Inmunomarcación con relación IgG4/IgG 46%. Se realiza dosaje de IgG4 siendo 44.8 mg/dl e IgE que persiste elevada. Se interpreta el cuadro como enfermedad relacionada a IgG4 (ER-IgG4) con compromiso ganglionar e hipofisario correspondiente a fenotipo clínico 3 (limitado a cabeza y cuello). Se agrega al tratamiento meprednisona 0.5 mg/kg/día con mejoría sintomática y se realiza *tapering* alcanzando a los 6 meses una dosis de 4 mg/día. Al mes consulta a Guardia Externa por cefalea, siendo internada para su estudio. RMN muestra mismos hallazgos que la previa, interpretándose como recaída de su enfermedad. Se aumenta la dosis de meprednisona a 40 mg/día y se inicia inducción con rituximab (RTX) EV 1g día 0 y 14. Actualmente continúa estable recibiendo terapia hormonal y terapia inmunosupresora con meprednisona 4 mg/día y RTX 1g semestral.

DISCUSIÓN: Se presenta este caso debido a la inusual asociación en esta paciente. ER-IgG4 es una rara condición fibroinflamatoria sistémica, recurrente y remitente, caracterizada por la infiltración de células plasmáticas IgG4+. La patogenia sigue siendo desconocida. La afectación hipofisaria es infrecuente. RTX parece ser muy eficaz para lograr el mantenimiento de la remisión.

COMENTARIOS FINALES: El diagnóstico es a menudo un desafío. Un enfoque multidisciplinario es de buena práctica para abordar tan compleja patología.

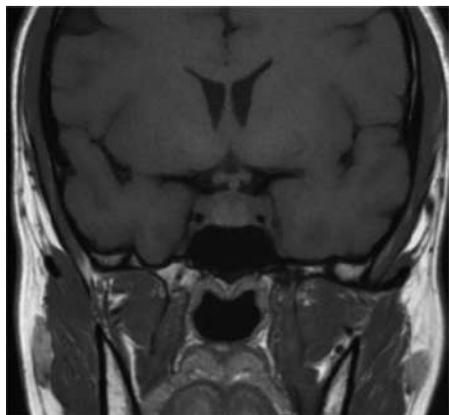


Imagen 1: RNM (precontraste EV): ausencia de hiperintensidad de señal habitual en T1 de la neurohipofisis.

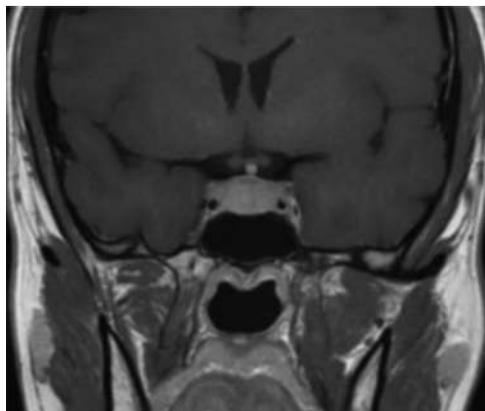


Imagen 2: RNM (poscontraste EV): aumento difuso del tamaño de la glándula hipofisaria y engrosamiento del tallo hipofisario con realce homogéneo.

0197

CRIOPRESERVACIÓN DE TEJIDO OVÁRICO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: SUMANDO CONCEPTOS

VIRASORO Belén María, VERDURA Romina, GÓMEZ Andrea, DUARTES NOÉ Damián

HOSPITAL BRITÁNICO

PRESENTACIÓN DEL CASO: En 2019 se internó en nuestro centro una mujer de 17 años con glomerulonefritis lúpica clase IV OMS, IA 14/24 y IC 1/12. Se encontraba en tratamiento con metilprednisona 40 mg/día y antipalúdicos. Inició sintomatología un año antes con artritis, aftas orales, rash malar, leucopenia y plaquetopenia. En el laboratorio presentaba: ANA 1/1280 moteado, anti-DNA positivo, anti-Ro/anti-La y anti-Sm positivos e hipocomplementemia. Recibió inicialmente inducción con micofenolato mofetilo, que suspendió por intolerancia digestiva. Se indicó entonces, ciclofosfamida EV con pauta NIH. Se planteó preservación de la fertilidad dada la edad de la paciente y la nuliparidad. Se realizó interconsulta con Tocoginecología. Luego de entrevistar a la paciente y a su familia, se decidió realizar extracción de tejido ovárico mediante ooforectomía laparoscópica. Se vitrificaron 9 porciones de tejido ovárico utilizando el kit de cryotissue de Cryotech®.

DISCUSIÓN: Muchas mujeres postergan su planificación familiar por causas sociales, económicas y laborales. Tanto la cantidad como la calidad de los ovocitos disponibles se ven afectados con la edad. En las mujeres con LES a esto se suma el uso de drogas gonadotóxicas y teratógenicas. Las guías de tratamiento de LES abordan la preservación de la fertilidad en quienes vayan a recibir alquilantes, siendo los análogos de GnRH el método de preferencia. Las técnicas de reproducción asistida se recomiendan en pacientes inactivas. Además, las mujeres con enfermedades autoinmunes atraviesan otras dificultades a la hora de lograr la maternidad, por ejemplo, efectos psicosociales de la vida de pareja, preocupación por la capacidad para matemar y la heredabilidad de la enfermedad. De aquí la importancia de asesorar a las pacientes sobre opciones para preservar fertilidad. Entre ellas se encuentran la criopreservación de ovocitos, de tejido ovárico o de embriones, y el uso de análogos de GnRH. La elección de qué método usar se basa en la edad de la paciente, su estado puberal, la reserva ovárica y la urgencia para el inicio del tratamiento. La criopreservación de tejido ovárico implica extracción y preservación de tejido ovárico mediante técnicas de congelación (*slow freezing* o vitrificación), con posterior implante ortotópico o heterotópico. El objetivo es mantener la estructura y fisiología del ovario preservando las funciones endocrina y reproductiva. Es una alternativa en pacientes prepuberales en las cuales la estimulación ovárica no es posible y en aquellas mujeres que tienen contraindicada la estimulación ovárica para recolección de ovocitos.

COMENTARIOS FINALES: Los reumatólogos debemos tener la información para brindar consejo médico y derivación oportuna con Tocoginecología. La criopreservación ovárica es una opción prometedora en casos que requieren inicio urgente de drogas gonadotóxicas.

0199

PARÁLISIS DE SLIMMER EN PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN, PÚRPURA Y FALLA RENAL. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON VASCULITIS

ORTUÑO LOBO Rossio Gardenia, ARIAS Tamara Graciela, QUARROZ BRAGHINI Juan, DÍAZ DE LA FUENTE Florencia, GONZÁLEZ Gabriela, MARINO Diego Andrés, MEDINA Gustavo

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

PRESENTACIÓN DEL CASO: Se presenta una paciente de 65 años con diagnóstico de síndrome de Sjögren primario, lesiones purpúricas en miembros inferiores, insuficiencia renal rápidamente progresiva y neuropatía periférica. En octubre de 2022 consultó por malestar general, púrpura y se constató insuficiencia renal rápidamente progresiva (creatinina 4.98 mg/dL, proteinuria 24 h: 0.94 g). Recibió pulsos de metilprednisolona y comenzó hemodiálisis. Biopsia renal: glomeruloesclerosis focal y segmentaria con esclerosis intersticial y atrofia tubular del 25%. IFD: vestigios C3 e Ig M. Imagen positiva inespecífica con Ig A++/4. En febrero de 2023 consultó a Nefrología para inicio de diálisis peritoneal. Al examen se constató tumefacción parotídea, lesiones purpúricas en ambas piernas, pie derecho caído con marcha en *steppage* y parestesias, estos últimos de un mes de evolución. Antecedentes: hipotiroidismo, IAM, tabaquismo, presentó episodios de púrpura recurrentes hace más de 15 años. Negó síntomas sicca. Tuvo pérdida de peso de más de 10 kilos en los últimos 3 meses. Laboratorio: FAN 1/320 moteado fino, Anti-Ro/SSA (34) positivo, factor reumatoideo (látex) 77, C3:102 (VN: 90-180 mg/dl), C4:<2 (VN: 10-40 mg/dl), ANCA: negativo, PR3 Y MPO: negativos, crioglobulinas: positivas vestigios. Proteinograma elec-

troforético ligera hipogammaglobulinemia 0.52 (VN:0.60-1.30). Sedimento urinario hematíes: 30-35/ cpo, (50% dismórficos con acantocitos), proteinuria 24 h: 1.24 g/24 h. Test de ojo seco: Schirmer OD: 2 mm, OI: 3 mm. Se interpretó como probable vasculitis crioglobulinémica en paciente con Sjögren primario. Se inició tratamiento con 3 pulsos intravenosos de metilprednisolona 500 mg y ciclofosfamida 750 mg. Nueva biopsia de piel, músculo y nervio periférico: negativos para vasculitis. Nueva biopsia renal compatible con nefritis esclerosante avanzada (glomérulos con depósitos granulares groseros de IgG +/4+ y C1q (+/4+) a nivel de las membranas basales y del mesangio glomerular; arteriolas con reactividad focal para C3). Evolucionó sin mejoría de mononeuropatía a pesar de pulsos de metilprednisolona y CFM. En el EMG se evidenció: 1) compromiso axonal subagudo del nervio CPE derecho, compresión a nivel de la cabeza del peroné; 2) neuropatía axonal sensitiva de miembros inferiores. Se planteó como diagnóstico diferencial neuropatía compresiva de CPE (parálisis de Slimmer) en paciente con pérdida de peso significativa. RMN de pierna derecha con edema del grupo muscular anterior y edema difuso que compromete las fibras musculares interóseas y plantares. Se replantean diagnósticos diferenciales, se descartó compromiso vasculítico del SNP atribuyendo a neuropatía compresiva. Evolucionó con mejoría parcial de pie caído luego de terapia de rehabilitación.



Imagen 1: Lesiones purpúricas en miembros inferiores.

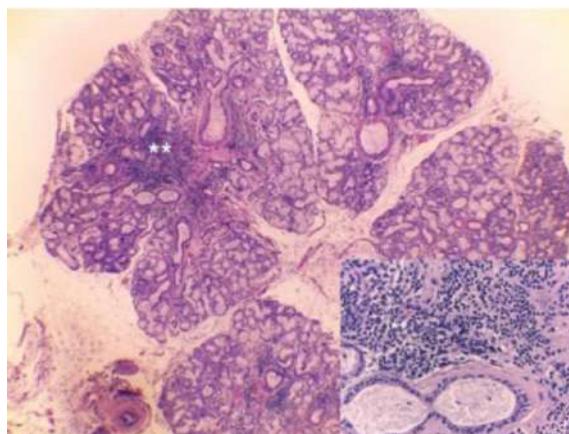


Imagen 2: Biopsia de glándula salival.

DISCUSIÓN: Las vasculitis secundarias son una complicación rara de las enfermedades autoinmunes; la prevalencia estimada según distintos reportes de casos varía entre el 0.5-1.5%. La parálisis de Slimmer es una neuropatía del nervio peroneo común (NPC) causada por una pérdida de peso significativa y rápida. La pérdida de la almohadilla grasa aumenta el riesgo de compresión. La fisiopatología implica desmielinización focal con afectación axonal en la cabeza del peroné o degeneración axonal sin afectación de la mielina. Los síntomas incluyen deficiencias motoras “pie caído”. El tratamiento suele ser conservador mediante terapia de rehabilitación y en algunos casos quirúrgico.

COMENTARIOS FINALES: El interés de este caso clínico radica en la importancia del diagnóstico diferencial ante la aparición de patología del SNP, ya que atribuir mononeuropatía a compromiso vasculítico podría llevar a un tratamiento inmunosupresor innecesario.

0202

APORTE EN EL TRATAMIENTO DE LA POLIMIOSITIS. ABORDAJE TRANSDISCIPLINARIO: TERAPIA OCUPACIONAL, KINESIOLOGÍA, NEUROKINESIOLOGÍA. PROSAR

DE MARCO Luciana Flavia, AMOR Verónica Inés, GUZMÁN Rodolfo Lisandro

HOSPITAL ITALIANO DE CÓRDOBA

PRESENTACIÓN DEL CASO: Se reporta el caso de N. paciente femenina de 42 años de edad, con diagnóstico de polimiositis, de 10 años de evolución. En 2021 sufre TEC, con pérdida del olfato y audición del lado izquierdo. Es derivada, en julio de 2022, al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación por el médico tratante, presentando “secuelas severas de hipotrofia muscular global”, sin tratamiento farmacológico. Se realiza entrevista-evaluación inicial, utilizando para la misma escala de Daniels, Patrones de movimiento, *Health Assessment Questionnaire* (HAQ, versión española), medida de independencia funcional (FIM), entrevista histórica del desempeño ocupacional II (OPHI-II- 2.1- MOHO). Se acuerda realizar tratamiento acorde a la capacidad funcional de la paciente. El mismo se desarrolla a cargo de un profesional referente del equipo, basado en un abordaje con enfoque transdisciplinario centrado en la persona.

DISCUSIÓN: Según la OMS, la rehabilitación es un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en interacción con su entorno. La intervención, dirigida al paciente y su red social de apoyo, incluye la evaluación, la definición y la revisión de objetivos de tratamiento, el abordaje y demás acciones, teniendo en cuenta los determinantes del contexto en el que el tratamiento se desarrolla. La transdisciplina, como enfoque de elección, rebasa los límites de lo interdisciplinario. Tiene como intención superar la fragmentación del conocimiento, más allá del enriquecimiento de las disciplinas con diferentes saberes (multidisciplina) y del intercambio epistemológico y de métodos científicos de los saberes (interdisciplina), permitiendo que el abordaje se realice centrado en la persona, otorgándole validación e importancia a sus demandas e intereses ocupacionales.

COMENTARIOS FINALES: Al momento de la reevaluación se observan significativos logros en el desempeño ocupacional, sin modificaciones relevantes en los scores relacionados a la capacidad funcional. La utilización del enfoque transdisciplinario, basado en la ocupación y centrado en la persona, favoreció la adhesión al tratamiento por parte de la paciente. Al equipo de trabajo, permitió revalidar la importancia de plantear procesos de intervención que prioricen la motivación del paciente por sobre el desarrollo de capacidades aisladas.

PRESENCIA DE CÉLULAS IgG4 POSITIVAS EN LA ENFERMEDAD DE ERDHEIM-CHESTER. ¿EPIFENÓMENO O SUPERPOSICIÓN?

ALVARELLOS Alejandro, ÁLVAREZ Cecilia, BAENAS Diego, **BORDÓN Florencia Juliana**, CAEIRO Francisco, DEGIOANNI Lucía, GUZZANTI Fernanda, LIZÁRRAGA Camila, NOVATTI Elisa, SAURIT Verónica, BASQUIERA Ana Lisa, MONTIVERO Ana Romina, SAAD Emanuel, CALAFAT Patricia, LABORIE María Victoria, DAMILANO Roxana Analía

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

PRESENTACIÓN DEL CASO: Masculino de 61 años con diabetes tipo 2, hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca que comenzó con cefalea, astenia y pérdida de 14 kg de peso. Agregó fiebre de 40°C y mal estado general. Examen físico normal. Laboratorio con leucocitos 15300 k/ul, hemoglobina 11,1 g/dl, VSG 77 mm/hora, PCR 7,56 mg/dl, procalcitonina 6,35 ng/ml. TAC de abdomen con compromiso infiltrativo de ambos riñones con aspecto de "hairy kidney", hilio renal, aorta abdominal infrarrenal con extensión a las arterias ilíacas primitivas. Se analizó el líquido peritoneal desestimando malignidad o infección. Centellograma óseo con anomalías de captación en tercio medio y distal del fémur izquierdo. PET/TC evidenció riñones globulosos de aspecto infiltrativo, con infiltración perirrenal e hipermetabolismo. Peritoneo hipermetabólico, sugestivo de fibrosis. Hipermetabolismo en la aorta abdominal infrarrenal y arterias ilíacas primitivas bilaterales. Captación heterogénea a nivel endomedular en fémur izquierdo. IgG4 sérica elevada (221 mg/dl). La histopatología de tejido perirrenal evidenció tejido adiposo con fibrosis que adoptó en sectores patrón estoriforme. Infiltrado inflamatorio linfoplasmocítico y eosinófilos sin histiocitos espumosos. Inmunohistoquímica con células plasmáticas (CD 138+), más de 50 IgG4+ por CAP y relación IgG4/IgG del 80%. Epiplón con numerosas células inflamatorias, algunos histiocitos de citoplasma espumoso, siendo ocasionales DC68 positivos y S100. Inició tratamiento con pulsos de 500 mg de metilprednisolona por 3 días, continuando con metotrexato 25 mg/semanal y prednisona 30 mg/día. La biopsia fue enviada al Hospital de la Pitié-Salpêtrière donde los estudios de biología molecular fueron negativos para V600E del gen BRAF, pero positivos para la mutación de tipo c.159T>A (Phe53Leu) del gen MAP2K1. Además, en los estudios de inmunohistoquímica de muestra de epiplón, se observaron histiocitos CD163+, pERK+ y baja infiltración IgG4. A los 60 días del tratamiento, presentó mejoría notable del estado general, la TAC de abdomen mostró franca reducción de la extensión de los procesos infiltrativos en los diferentes compartimientos del retroperitoneo y mesenterio. Persistió la infiltración de los grandes vasos aórticos y cava inferior, pero sin lesiones estenosantes y el centellograma óseo franca disminución de las anomalías de captación en tercio medio y distal del fémur izquierdo. Continuó con metotrexato 25 mg/semanal asociado a prednisona 20 mg/día y tratamiento dirigido con los inhibidores del MEK, trametinib 2 mg/día.

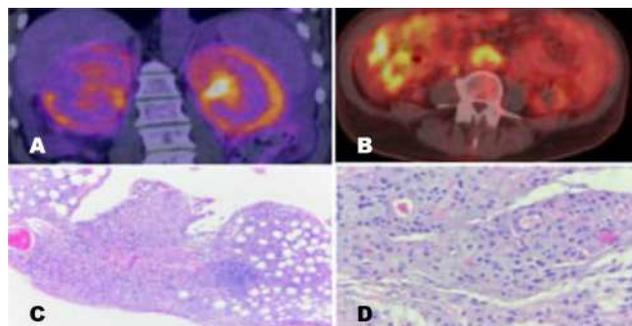


Imagen: **A)** PET/CT: compromiso perirrenal con aspecto "hairy kidney". **B)** PET/CT compromiso periaórtico. **C y D)** Biopsia de epiplón con infiltrado linfoplasmocítico eosinófilo y algunos histiocitos de citoplasma espumoso.

DISCUSIÓN: La enfermedad de Erdheim-Chester (ECD) es una histiocitosis con potencial compromiso multiorgánico, recientemente reconocida como un trastorno neoplásico debido al descubrimiento de mutaciones recurrentes en la vía MAPK (RAS-RAF-MEK-ERK). La enfermedad relacionada con la inmunoglobulina G4 (ER-IgG4) es una enfermedad fibroinflamatoria sistémica que puede presentar manifestaciones similares a ECD. La distinción entre estas dos patologías a menudo plantea un desafío diagnóstico por la similitud de algunas manifestaciones clínicas e imagenológicas. A su vez, se han reportado casos de ECD y Rosai-Dorfman en las que se hallaron células IgG4 positivas en las muestras histológicas, pero hasta el momento se cree que esto constituye un epifenómeno.

COMENTARIOS FINALES: El paciente presenta diagnóstico definitivo de ECD. Sin embargo, los hallazgos histopatológicos definitivos para ER-IgG4, la IgG4 sérica elevada y la respuesta significativa al tratamiento inmunomodulador inicial, plantean la posibilidad de que presente una superposición entre las dos entidades, más que un mero epifenómeno.

ADENOMEGALIAS COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE ARTERITIS DE TAKAYASU

ALVARELLOS Alejandro, ÁLVAREZ Cecilia, BAENAS Diego, **BORDÓN Florencia Juliana**, CAEIRO Francisco, COLAZO Marcela, CÓRDOBA Cecilia, DEGIOANNI Lucía, GUZZANTI Fernanda, LIZÁRRAGA Camila, NOVATTI Elisa, SAURIT Verónica

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

PRESENTACIÓN DEL CASO: Femenina de 26 años que comenzó con astenia, cefalea frontal y dolor en región cervical izquierda asociado a fiebre de 38°C a 39°C y sudoración nocturna. Examen físico: normotensa, T° 38°C. Adenomegalias cervicales a predominio izquierdo. Soplo infraclavicular 2/6. Ausencia de pulsos radiales. Claudicación del miembro superior izquierdo e imposibilidad de medir TA en miembros superiores. En el laboratorio leucocitos 2,6 k/ul, hemoglobina 11.7 g/dl, VSG 48 mm/h, GOT 84 U/l, GPT 100 U/l, LDH 518 U/L, PCR 2.65 mg/dl, ferritina 319 ng/ml, serología viral, Chagas y Mantoux negativos. Perfil autoinmune: FR <10, C3 142 - C4 24, ANA, ENA, ANCA negativos, IgG4 10. Ecografía de cuello con múltiples adenopatías en toda la cadena yugulocarotídea izquierda, hipocogénicas y de morfología redondeada. TAC de cuello con ganglios cervicales bilaterales reactivos. Vasos del cuello ectásicos, engrosamiento parietal del cayado aórtico y arterias subclavias, con franca disminución de la luz de la subclavia izquierda. Angio-RMN de cuello con engrosamiento parietal difuso moderado de entre 3 y 4 mm de la pared aórtica a nivel del cayado, sin estenosis ni dilatación aórtica significativa, estenosis parcial de la VCS en sus 18 mm previo a la desembocadura auricular, asimetría de ambas arterias carótidas internas por menor calibre de la izquierda, severa estenosis concéntrica difusa que coincide con aspecto filiforme de la arteria carótida primitiva izquierda, ausencia de anomalías de la arteria carótida primitiva derecha, ausencia de estenosis significa-

tivas en el origen de ambas arterias carótidas internas, estenosis severa suboclusiva de la arteria subclavia izquierda con ausencia de visualización de la arteria vertebral correspondiente, estenosis severa de la arteria subclavia derecha inmediatamente distal al origen de la arteria vertebral correspondiente. En el ecocardiograma doppler, insuficiencia mitral trivial. Se realiza diagnóstico de arteritis de Takayasu con compromiso ganglionar: a favor epidemiología, distribución del compromiso vascular, aumento de VSG y PCR, leucopenia, anemia, LDH elevada. Tratamiento con pulsos de 500 mg de metilprednisolona por 3 días continuando con prednisona 40 mg/día e infliximab 5 mg/kg/peso. Un mes después se realizó PET/CT que no demostró captación significativa de las lesiones vasculares y ganglionares. Posterior al tratamiento inmunosupresor, la inflamación de los ganglios linfáticos y la hipertransaminemia remitieron gradualmente. A destacar: mejoría del estado general, disminución de la velocidad de eritrosedimentación, normalización de la hemoglobina y hepatograma.



Imagen 1: Angio-RNM de cerebro con asimetría de ambas arterias carótidas internas.



Imagen 2: Angio-RNM de tórax y cuello con asimetría de ambas arterias carótidas internas. Ausencia de visualización de la arteria vertebral izquierda. Estenosis severa de la arteria subclavia derecha. Estenosis severa suboclusiva de la arteria subclavia izquierda.

DISCUSIÓN: La arteritis de Takayasu con compromiso ganglionar y elevación de las transaminasas como forma de presentación es poco frecuente, pese a esto se destaca el severo compromiso de los vasos del cuello. Se presentaron los aspectos más importantes del diagnóstico, su abordaje y tratamiento. La paciente cumple con cuatro de los seis criterios del ACR: 1) edad de comienzo menor de 40 años; 2) claudicación de la extremidad superior izquierda; 3) soplo a la auscultación en una arteria subclavia; 4) anomalías arteriográficas.

COMENTARIOS FINALES: No hay estudios que indiquen que la linfadenopatía e hipertransaminemia son específicas o no de la etapa vascular de la arteritis de Takayasu. Se desestimaron diagnósticos alternativos mediante estudios serológicos, además la inflamación de los ganglios linfáticos y la alteración del hepatograma no son específicas de esta enfermedad, lo que sugiere un mecanismo desconocido que puede estar relacionado con la inflamación sistémica de la enfermedad.

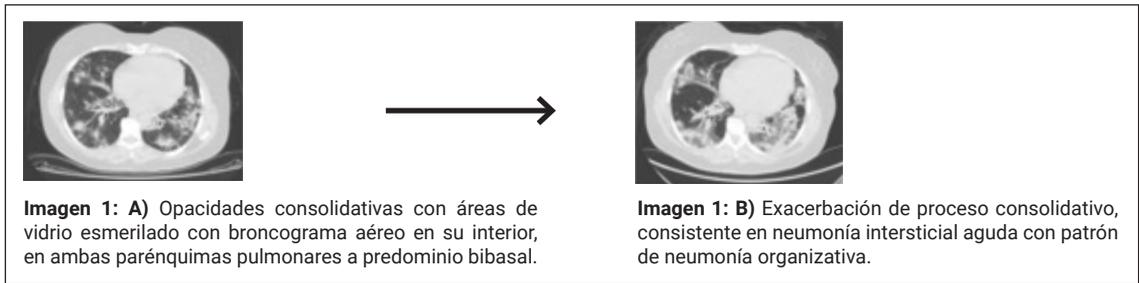
0229

ENFERMEDAD PULMONAR RÁPIDAMENTE PROGRESIVA RELACIONADA A SÍNDROME ANTISINTETASA POR ANTI-JO1 (EPIRP-SAS)

SALINAS MEJÍA Laura Margarita, COSATI Micaela

CEMIC

PRESENTACIÓN DEL CASO: El compromiso pulmonar puede determinar el pronóstico de los pacientes con síndrome antisintetasa (SAS) y su inicio puede ser sincrónico, preceder o anteceder con el resto de los síntomas. Mujer de 55 años de edad, sin antecedentes de importancia, consulta al Servicio de Emergencias por cuadro de 20 días de evolución de disnea progresiva clase funcional III/IV asociada a tos no productiva y fiebre vespertina hacía 72 horas. A su ingreso se encontraba lúcida, normoperfundida, taquipneica FR 33 x min, desaturando al aire ambiente (88% 0.21) con requerimiento de cánula a alto flujo, a la auscultación torácica rales bilaterales de predominio bibasal, es derivada a Unidad de Terapia Intensiva. La tomografía computarizada de tórax de alta resolución (TACAR) presenta múltiples opacidades consolidativas con áreas de vidrio esmerilado con broncograma aéreo en su interior (Imagen 1 A). Lavado broncoalveolar (BAL) sin aislamientos microbiológicos. En el laboratorio de ingreso como hallazgos relevantes tenía: hipertransaminasemia x3, ESD: 110mm/h, PCR: 4.6 mg/dL, CPK: 444 UI/L, serologías virales negativas, hemocultivos x2 sin rescates, *Mycoplasma pneumoniae* IgM: 1/20. En contexto de distrés respiratorio del adulto secundario a neumonía bilateral, inicia esquema antibiótico con ampicilina, sulbactam, claritromicina, oseltamivir y corticoides orales a altas dosis. Por respuesta parcial se solicitan: ANA: 1/320 citoplasmático granular fino, anti-Jo1 por ELISA >2000 U/ml, aldolasa: 7.8 U/L. Ante la presencia de intersticiopatía, hiperCKemia y anti-Jo1, se interpreta como SAS "incompleto". Ante la progresión del cuadro respiratorio clínico e imagenológico (Imagen 1 B), se decide iniciar pulsos de metilprednisolona 1g/d endovenoso (total 5), y ciclofosfamida 1g/m² cada tres semanas (total 2), con mejoría clínica: saturación en reposo de 93% al aire, y anti-Jo 1 de 120 U/ml y CPK última de 283 UI/L. Cuatro semanas luego del ingreso aparecen áreas hiperqueratósicas en cara radial de dedo índice izquierdo, compatibles con manos de mecánico (Imagen 2). Luego de 30 días de internación la paciente se va de alta.



DISCUSIÓN: En los pacientes con anti-Jo1 el componente intersticial no suele ser de presentación aguda ni con IRA. Encontramos pocos casos en la literatura de IRA como presentación de EPIRps-SAS.

COMENTARIOS FINALES: Este caso demuestra la importancia de la sospecha diagnóstica de SAS ante un paciente con neumonía bilateral y sin aislamientos microbiológicos, sin diagnóstico alternativo.

0232

NÓDULO PULMONAR EN REUMATOLOGÍA: REPORTE DE CASO

SÁNCHEZ Roberto, CALVO Romina, ORTIZ, Alberto

HOSPITAL DR. JOSÉ MARÍA CULLEN

PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 47 años con antecedente de periartrosis de tobillos, constatándose *rash* malar y caída de pelo, y tomografía de tórax con nódulos pulmonares. Presenta varios episodios de hemoptisis sin caída de la hemoglobina, BAL con 20% de hemosiderófagos, cultivos, PCR pan fúngica y galactomanano negativo. Laboratorio anemia ferropénica Hb 9,5 Hto 32,3, PCR 34, VSG 64, IgG4 no dato, metabolismo fosfocálcico, calciuria de 24 h, PTH, sedimento urinario y proteinuria de 24 h normal. Proteinograma por electroforesis aumento de gammaglobulina policlonal, FAN 1/320 anti huso mitótico, ANCA C negativo, ANCA P 1/40, PR3 NEG, MPO 93,7, complemento normal. ECA negativa. Biopsia de glándula salival menor normal. Tomografía de tórax que evidencia aumento de imágenes nodulares, cráneo compromiso de senos maxilares. Biopsia: fibrosis en sectores estoriforme donde se distinguen granulomas histiocitarios no necróticos, pobremente formados y con algunas células gigantes multinucleadas. Densso infiltrado linfoplasmocitario intersticial y agregados linfoides peribronquiolares. Las alteraciones inflamatorias engloban las arterias pulmonares y las venas que muestran su pared infiltrada y la luz subocluida por el mismo infiltrado. Inmunomarcación: IgG4/CGA 90, rango IgG4/IgG 40%, CD68 + en histiocitos, Cd1A negativo, S100 + en aisladas células. Se realiza diagnóstico de enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) iniciando tratamiento con pulsos de metilprednisolona y rituximab con buena respuesta.

DISCUSIÓN: El compromiso torácico por ER-IgG4 se presenta en 15-35%. La afectación pulmonar aislada se estimó en un 8%. Puede presentarse con tos, hemoptisis, disnea, fiebre, dolor torácico o asintomáticos (53%). La mayoría de los casos se encuentran incidentalmente durante el estudio de lesiones extratorácicas, siendo diagnóstico diferencial de infecciones, tumores, vasculitis, Erdheim-Chester, sarcoidosis, artritis reumatoidea, entre otras. Se han descrito cuatro patrones de afectación pulmonar: nódulos sólidos, peribroncovascular (con engrosamiento de haces broncovasculares y tabiques interlobulillares), alveolo intersticial (con panal de abeja, bronquiectasias y opacidades difusas en vidrio deslustrado) y opacidades en vidrio esmerilado de forma redonda.

COMENTARIOS FINALES: Considerar la ER-IgG4 como caso de nódulo pulmonar en colagenopatías, siendo la histología muy importante para el diagnóstico, presentando de forma característica flebitis obliterante, arteritis obliterante y fibrosis estoriforme; esta última solo se presenta en tumor fibrohistiocitario y en algunos casos de Rosaid Dorfman.

HEMORRAGIA NO ANEURISMÁTICA EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

SÁNCHEZ Roberto, CALVO Romina, ORTIZ Alberto

HOSPITAL DR. JOSÉ MARÍA CULLEN

PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 31 años con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) según criterios ACR/EULAR 2019. Presenta expectoración con estrías sanguinolentas asociado a hematomas, al examen físico se constata hemorragia gingival, equimosis y laboratorio con plaquetopenia severa (plaquetas 1000), complemento normal, SLEIDAI 1. Se realiza frotis de sangre periférica con diagnóstico de púrpura trombocitopénica autoinmune, iniciando tratamiento con pulsos de metilprednisolona 1 g/día por tres y luego prednisona 60 mg/día, sin mejoría del valor de plaqueta. Evolucionando presentando cefalea y náuseas con tomografía (TC) de encéfalo que evidencia hemorragia subaracnoidea (HSA); se inicia gammaglobulina y transfusión de plaquetas con mejoría del recuento plaquetario (252000) otorgando alta hospitalaria. 72 h posteriores presenta cefalea asociada a afasia, sin traumatismo; se realiza TC y RMN de cráneo que evidencia hemorragia subdural, intraparenquimatosa y surcos corticales cerebrales. Se realiza angiografía arterial y venosa la cual es normal, y angiografía digital cerebral y de vasos de cuello normales. Plaquetas 243000. Se interpreta como hemorragia cerebral no aneurismática en paciente lúpica por lo que se inicia pulsos de metilprednisolona 1 g/día por tres y rituximab 1 g repitiendo dosis a los 15 días con buena evolución.

DISCUSIÓN: En el LES el compromiso del sistema nervioso se presenta en el 37 al 97%, la enfermedad cerebrovascular representa un 15%, con un riesgo entre 1,5 y 3 veces mayor que la población general, de los cuales los ictus isquémicos son los más frecuentes, la HSA representa el 3,9% la cual puede ser aneurismática o con angiografía negativa. La HSA tiene una incidencia mayor en LES que la población general (49,4 vs 10,2/100000 persona/año) con un peor pronóstico, siendo la causa aneurismática la más común. Ji Young Lee et al., en 2016 en su revisión, solo reportaron 15 casos de HSA no aneurismática, recibiendo distintos tratamientos, como esteroides, ciclofosfamida, quirúrgico y conservador, de estos 4 fallecieron de los cuales 3 tenían alta actividad lúpica. El hematoma subdural (HSD) es una forma rara de sangrado, si bien hay reportes de casos e incluso con independencia de su asociación con trombocitopenia inmune, no hay una explicación definitiva de su fisiopatología. Se ha propuesto la formación de aneurismas con rotura secundaria, y hay casos publicados secundarios a trombosis del seno venoso.

COMENTARIOS FINALES: El presente caso es uno más de hemorragia cerebral no aneurismática en paciente lúpica, constituyendo el caso número 16 de similar presentación, siendo la causa posible de la misma la plaquetopenia, los anticoagulantes, los corticoides y la vasculitis.

DERMATOMIOSITIS POSINFECCIÓN POR SARS-COV-2

LUCCI Franco, CARBONE Daniela, RINGER Ariana, GATICA María Agustina, ABDALA Brian, CICHILLITTI Lucía, NICOLA Marianela, GALLO Carolina, RUFFINO Juan Pablo, MARTÍNEZ María Florencia, CUADRANTI Nadia, CORTESE María Noel, ABDALA Marcelo

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

PRESENTACIÓN DEL CASO: Existen factores que favorecen la aparición de enfermedades autoinmunes en personas genéticamente predispuestas. Se destacan los ambientales (infecciones bacterianas, fúngicas, víricas, parasitarias), agentes físicos, hormonales, entre otros. Tras la infección por SARS-CoV-2 se han registrado nuevos eventos autoinmunes, siendo las miopatías inflamatorias inmunomediadas las más frecuentes. Paciente de 42 años, sin antecedentes personales, hermana con diagnóstico de artritis reumatoidea. Inmunización para COVID-19 (2 dosis, última 9/21). En enero de 2022 presenta infección leve por SARS-CoV-2 (RT-PCR detectable). En febrero de 2022 comienza con *rash* maculopapular generalizado no pruriginoso, mialgias y artralgias. Realiza múltiples consultas, con biopsia de piel inespecífica, y se indican antihistamínicos. Agrega eritema facial, fatiga y debilidad en cintura escapular y pelviana, por lo que consulta con nuestro Servicio. Examen físico: sinovitis de manos, pápulas de Gottron, eritema en heliotropo y *rash* eritemato-descamativo generalizado. Estudios complementarios: laboratorio: VSG 59 mm, PCR 1.20 mg/l, aldolasa 14 UI/l (v.n. 7UI/l) Biopsia de piel: dermatosis de patrón citotóxico, incremento de mucinas intersticiales y escasa respuesta inflamatoria asociada, compatible con dermatomiositis. Laboratorio inmunológico: ANA, anti-ENA, anti-Jo1, anti-MI2, anti-PM/Scl, anti-U1snRNP, anti-Ku, anti-PL7, anti-PL12, negativos. HIV, HbsAg, VHC, VDRL, no reactivas. Videocapilaroscopia: patrón SD activo en transición a cronicidad. TAC de tórax, abdomen y pelvis, ecografía ginecológica, videoendoscopia alta y baja, senografía digital, citología cervical, ecocardiograma doppler y espirometría sin alteraciones. RMI de raíz de cuatro miembros: edema en entesis de glúteo medio bilateral, líquido en vaina de músculos vasto intermedio y lateral. Inicia metotrexato y prednisona sin mejoría, por lo que se encuentra actualmente con azatioprina con buena respuesta clínica.

DISCUSIÓN: Se describen enfermedades autoinmunes como lupus, artritis reumatoidea, vasculitis, desencadenadas por virus (VEB, CMV, HTLV-1, rubéola, parvovirus B19, VH6, VHB, VHC, etc.) Desde la aparición de COVID-19 se observó un aumento de nuevas enfermedades autoinmunes. Entre las teorías se encuentran el mimetismo molecular, la activación persistente del sistema inmune y la NETosis en individuos genéticamente predispuestos, donde el SARS CoV-2 actúa como gatillo.

COMENTARIOS FINALES: Son numerosas las patologías mediadas por autoinmunidad que pueden desencadenarse luego de procesos infecciosos. Con el advenimiento de la COVID-19 esto quedó de manifiesto, como en el caso clínico expuesto.

SÍNDROME DE TOLOSA HUNT: SERIE DE CASOS

SÁNCHEZ Roberto, CALVO Romina, ORTIZ Alberto

HOSPITAL DR. JOSÉ MARÍA CULLEN

PRESENTACIÓN DEL CASO: Serie de casos de síndrome de Tolosa Hunt diagnosticados según criterios ICHD-2 (2004).

DISCUSIÓN: El síndrome de Tolosa-Hunt tiene una incidencia anual de un caso por millón. Se caracteriza por oftalmoplejía dolorosa (compromiso de III, IV, VI y V par craneal), causada por una inflamación granulomatosa idiopática del seno cavernoso, la fisura orbitaria superior o el vértice orbitario y

con rápida respuesta a los corticoides, presentando como diagnósticos diferenciales los traumatismos, causas vasculares, neoplasias, infecciones e inflamatorias (ER-IgG4, sarcoidosis, vasculitis). Si bien se considera una condición benigna, pueden ocurrir déficits neurológicos permanentes y las recaídas son comunes, lo que a menudo requiere terapia inmunosupresora prolongada.

COMENTARIOS FINALES: Se destaca la rareza de presentación de este síndrome donde la biopsia es muy dificultosa y su diagnóstico es por exclusión de algunas enfermedades reumáticas, sobre todo la ER-IgG4.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Sexo/edad	F/25 años	F/34 años	F/28 años
Clinica	Cefalea frontal tipo opresiva agregando diplopía, con posterior dolor retroocular y ptosis palpebral izquierda	Dolor y diplopía de ojo derecho	Dolor y diplopía de ojo izquierdo
Ex físico	Parálisis III par	Parálisis VI par	Parálisis VI par
IgG4	Normal	Normal	Normal
FAN	1/320 moleado	Negativo	Negativo
ANCA C y P	Negativo	Negativo	Negativo
ECA	Normal	Normal	Normal
RMN	Engrosamiento seno cavernoso izquierdo	Engrosamiento de seno cavernoso derecho	Engrosamiento seno cavernoso izquierdo
Angiografía	Normal	Normal	Normal
Cultivos	Negativo	Negativo	Negativo
PAN TC	Normal	Normal	Normal
PET TC	Normal	-	-
Tratamiento	Prednisona 60 mg/día	Prednisona 60 mg/día	Prednisona 60 mg/día
Repuesta 72hs	Disminución del dolor y resolución de ptosis	Disminución del dolor	Disminución del dolor

Tabla: Serie de casos de síndrome de Tolosa Hunt.

SERIE DE CASOS: MASTITIS GRANULOMATOSA ¿"IDIOPÁTICA"? LA ER-IgG4 COMO DIAGNÓSTICO EMERGENTE

ALVARELLOS Alejandro, ÁLVAREZ Cecilia, BAENAS Diego, **BORDÓN Florencia Juliana**, COLAZO Marcela, CÓRDOBA Cecilia, DEGIOANNI Lucía, CAEIRO Francisco, GUZZANTI Fernanda, LIZÁRRAGA Camila, NOVATTI Elisa, SAURIT Verónica

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

PRESENTACIÓN DEL CASO: Se analizaron 10 pacientes, todas de sexo femenino. Edad media: 39,5+/-8,9 años. Clínica de presentación: nódulo mamario: 9 pacientes, mastalgia: 8, fístula: 5, absceso: 1, secreción por pezón: 1, flogosis: 2, fiebre: 0, adenopatías: 0, artralgias: 1, artritis: 0, eritema nodoso: 2. El compromiso mamario fue unilateral en 8 de las pacientes. Relación con lactancia materna en 3 pacientes. Al inicio 5 pacientes recibieron antibióticos, todos los cultivos resultaron negativos. Inmunológico: ANA positivo en 4 pacientes, FR y ENA negativos, ANCA negativo en 8 pacientes, positivo (PR3) en 1 paciente, se repite y resulta negativo. PPD: negativa en 7 pacientes, no relevada en 3. Aumento de VSG y PCR en 3 pacientes. Anemia en 1. Leucocitosis en 2. Todas las pacientes tuvieron biopsia mamaria: 8 por core biopsia y 2 por biopsia incisional. Anatomía patológica: 6 mastitis granulomatosas idiopáticas, 4 mastitis por enfermedad relacionada con IgG4 (Imagen 1). Tratamiento inicial: solo una paciente no recibió tratamiento debido a que no regresó a la consulta, de las 9 restantes todas recibieron prednisona, 7 metotrexato y 2 azatioprina. Recurrencia de la mastitis en 3 pacientes (2 en la misma mama y 1 en mama contralateral), 1 recibió pulsos de metilprednisolona y 6 dosis de ciclofosfamida. En 2 pacientes se rotó metotrexato a azatioprina. Todas con buena evolución posterior.

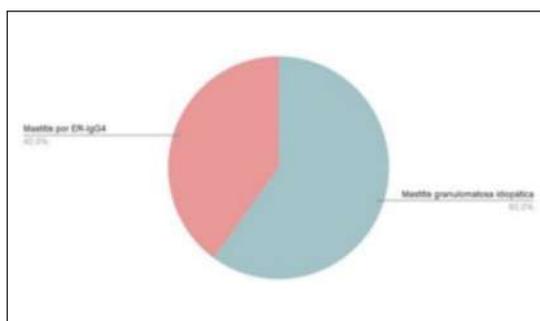


Imagen 1: Mastitis granulomatosa.

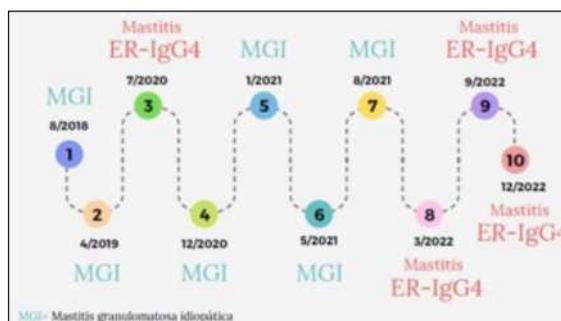


Imagen 2: Línea de tiempo.

DISCUSIÓN: Nuestra serie de casos destaca el diagnóstico de aumento de mastitis por enfermedad relacionada a IgG4 (ER-IgG4) en los últimos años. Esto podría considerarse un sesgo si se tiene en cuenta que nuestro Servicio es un centro de referencia para esta patología, pero creemos que el alto nivel de sospecha, el entrenamiento clínico y de nuestros anatomopatólogos es trascendental para completar el estudio de las pacientes con cuadros de mastitis granulomatosas. No ha sido posible revisar los tacos de biopsia de los diagnósticos anteriores, pero los resultados que presentamos en esta serie nos permiten sospechar que tal vez podríamos reclasificar los diagnósticos anteriores y que el término mastitis granulomatosa "idiopática" sea cada vez menos frecuente (Imagen 2).

COMENTARIOS FINALES: La mastitis granulomatosa constituye un desafío en la práctica clínica habitual debido a que exige un estudio minucioso, valorando etiologías neoplásicas, infecciosas y autoinmunes. El reumatólogo tiene un rol esencial en esta patología, debiendo estudiar diagnósticos diferenciales, principalmente sarcoidosis, vasculitis, síndrome de Sjögren y ER-IgG4.

HIPERTENSIÓN PULMONAR COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

MOLINA María Josefina¹, LESCANO Adrián José², NITSCHKE Alejandro³

¹CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, ²CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES, SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, ³HOSPITAL ALEMÁN, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 31 años de edad ingresa a Unidad Coronaria en marzo de 2022 por disnea progresiva hasta clase funcional IV de 2 semanas de evolución, dolor precordial, opresivo, irradiado a dorso y fiebre 38.7°C. Al examen físico se evidenció: *rash* malar, fotosensibilidad, poliartritis, alopecia difusa y fenómeno de Raynaud bifásico en manos. Laboratorio: VSG 51 mm/1^oH, PCR 89.8 mg/dl, anemia, leucopenia (GB 2830/mm³), elevación de transaminasas y CPK 1469 UI/L, NTproBNP 2250 pg/ml, troponina-T ultrasensible 81 pg/ml, hipocomplementemia: C4 10 mg/dl, FAN 1/640 homogéneo, anti-Sm 66.7 U, anti-RNP U1 93.3 U, anti-Ro 120.1 U, anti-La 92.7 U, anti-DNA y antifosfolípidos negativos. Orina: leucocituria y cilindruria. Espirometría: FVC 77%, DLCO 53%. Ecocardiograma *bedside*: VI normal, FEy 66%, VD dilatado 43 mm, movimiento paradójico del septum interventricular, PsAP 60 mmHg, derrame pericárdico leve. TCTAR: se descarta TEP. Opacidades en vidrio esmerilado con tendencia a la consolidación en ambos lóbulos inferiores y lóbulo medio. Videocapilaroscopia: SD *pattern* activo. La paciente cumple criterios de clasificación ACR/EULAR 2019 para lupus eritematoso sistémico (LES). SLEDAI: 24 puntos. Se sospecha de hipertensión arterial pulmonar (HAP, grupo 1) asociada a LES. Cateterismo cardíaco derecho: presión media de arteria pulmonar 39 mmHg, presión de aurícula derecha 6 mmHg, presión Wedge 4 mmHg y resistencia vascular pulmonar 8.7 UWood confirma el diagnóstico de HAP. Alto riesgo de mortalidad al año mediante *score* de riesgo REVEAL 2.0: 17 puntos. Recibe tratamiento con meprednisona 40 mg/día, hidroxycloquina 200 mg/día, belimumab 200 mg/semana SC más drogas específicas para HAP: tadalafilo 40 mg/día y macitentan 10 mg/día con buena respuesta. Actualmente en clase funcional I, camina 700 mts sin fatiga y remisión de manifestaciones clínicas de LES.

DISCUSIÓN: La HAP no constituye una forma de presentación frecuente en pacientes lúpicos e incluso su prevalencia varía ampliamente debido a diversos factores: heterogeneidad del diseño de estudios clínicos, de la población estudiada y de la definición de HAP. El rastreo de esta en estos pacientes no es sistemático, solo ante la sospecha. Existen factores de riesgo para el desarrollo de HAP asociada a LES: fenómeno de Raynaud, nefritis lúpica, vasculitis cutánea, serositis y la presencia de anti-RNP U1. La HAP debe tenerse presente porque constituye la tercera causa de muerte, luego de la actividad propia del LES y las infecciones. Los pacientes lúpicos con HAP se benefician con el tratamiento combinado de corticosteroides, inmunosupresores y/o biológicos, más el tratamiento con drogas específicas para HAP.

COMENTARIOS FINALES: El presente caso pone en evidencia que la HAP en pacientes lúpicos supone un desafío diagnóstico y debe sospecharse ante la presencia de disnea progresiva inexplicable y síntomas de falla ventricular derecha. Es requerimiento obligado el CCD para confirmar la HAP. Al igual que nuestra paciente, en HAP asociada a LES es beneficioso el tratamiento combinado con inmunosupresores/biológicos, más drogas vasodilatadoras específicas.

SÍNDROME DE ROWELL: UNA RARA ASOCIACIÓN CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

COSTA Cecilia Alejandra¹, CAVALLASCA Javier Alberto¹, MUSURUANA Jorge Luis¹, ANDREOLI María Lucila²

¹CEMAFE, ²CLÍNICA DE DERMATOLOGÍA Y ESTÉTICA

PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 35 años, tabaquista social, con LES de 9 años de evolución. Al momento del diagnóstico tenía antecedente de PTT (año 2011), por lo cual recibió tratamiento con dosis altas de esteroides, plasmaféresis y rituximab, sin recaídas. Presentó en su primera consulta a Reumatología (año 2014) síndrome febril prolongado con oligoartritis, serositis, *rash* malar y fenómeno de Raynaud. Lab: FAN 1/5120 moteado, antiDNA 1/640, anti-Ro/SS-A y anti-La/SS-B y FR positivos, hipocomplementemia (C3: 81 C4: 6). Anemia, leucopenia y linfopenia. Proteinuria 24 h 1.05 g. Biopsia renal: glomerulonefritis lúpica tipo II de la OMS. Inició tratamiento con prednisona 10 mg/día, hidroxycloquina 400 mg/día y azatioprina 150 mg/día, con buena evolución. Presentó brotes frecuentes de la enfermedad, con artritis, fatiga, alopecia y erupciones cutáneas, en tratamiento con prednisona 10 a 20 mg/día, hidroxycloquina 400 mg/día y metotrexato 15 mg/sem vía oral. Dada la actividad articular y cutánea, sin recaída renal, acompañada de altos títulos de anti-DNA e hipocomplementemia, en 2017 inició tratamiento con belimumab IV con buena respuesta. A los seis meses de tratamiento con belimumab, ingresó al hospital por parálisis facial izquierda y vértigo, con afectación del séptimo par craneal y glosofaríngeo. Ante la sospecha de meningitis inició tratamiento con ampicilina, ceftriaxona y aciclovir. LCR: celularidad a predominio PMN. Cultivos negativos. RMN encéfalo normal. Evolucionó favorablemente. Diagnóstico: síndrome de Ramsay Hunt. Se suspendió belimumab. Dos años más tarde, por presentar nuevas lesiones cutáneas con antiDNA 1/640 e hipocomplementemia, sin respuesta a la suba de esteroides asociado a hidroxycloquina a dosis máxima, se reinició tratamiento con belimumab SC. Presentó buena respuesta, pero por cuestiones socioeconómicas pierde acceso al tratamiento a los 6 meses. En 2022 presentó lesiones eritematosas en la cara, brazos, escote, y tronco, sin compromiso de mucosas. Acompañado de fatiga y aumento de la proteinuria, la paciente se negó a realizar nueva PBR. No tenía datos sugestivos de infección ni antecedente de consumo de nuevos fármacos. Inició tratamiento con micofenolato mofetil 3 g/día en forma empírica para la nefritis lúpica. Después de realizar un pulso de metilprednisolona de 500 mg y aumentar prednisona a 20 mg/día sin respuesta, se realizó una biopsia de piel: dermatitis de interfase vacuolar. Diagnóstico: eritema multiforme asociado a LES. Se indicó metotrexato 20 mg/sem SC, con mejoría luego de cuatro semanas.

DISCUSIÓN: El síndrome de Rowell es una entidad en la que los pacientes con LES desarrollan lesiones similares al eritema multiforme, asociadas a la presencia de FAN patrón moteado, anti-Ro/SS-A, anti-La/SS-B y factor reumatoide.

COMENTARIOS FINALES: No hay consenso en los criterios de clasificación para SR. Nuestro caso destaca la necesidad de pensar en él cuando se asocian EM con LES. Es fundamental evitar el subdiagnóstico para un manejo y tratamiento adecuado.

CEGUERA TRANSITORIA EN PACIENTE CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA

COSTA Cecilia Alejandra¹, CAVALLASCA Javier Alberto¹, MUSURUANA Jorge Luis¹, MALDACENA Javier Orlando²

¹CEMAFE, ²CENTRO DE OJOS PARANÁ

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente masculino, de 61 años, con antecedente de artritis gotosa. En enero de 2021 padeció infección leve por SARS-CoV-2. Recibió primera dosis de vacuna para SARS-CoV-2 en mayo de 2021 y segunda dosis en agosto de 2021. Posvacunación comenzó con febrícula, astenia, decaimiento generalizado y poliartralgias. Laboratorio (23-11-21): VSG: 57 y PCR: 50 mg/l. GOT: 78 UI/L, GPT: 89 UI/L. Ferritinemia: 767 mg/ml (aumentada). Proteinograma por electroforesis normal; hemocultivos y urocultivo: negativos. Serologías para HIV, Chagas, toxoplasmosis, CMV y mononucleosis: negativas. Ecografía abdominal (04-11-21): normal. Endoscopia esófago-gastroduodenal: gastropatía eritematosa. TAC de tórax y abdomen (04-11-21): imágenes nodulillares ganglionares compatibles con paniculitis mesentérica. Biopsia mesentérica laparoscópica (26-11-21): sin evidencia de patología. Recibió tratamiento con prednisona 60 mg/día durante un mes y luego descenso progresivo. Persistió con disminución de peso, anorexia y mal estado general, por lo cual fue derivado por sospecha de enfermedad autoinmune sistémica. Lab (03-12-21): FAN, anti-DNA, anti-Ro, anti-La, anti-RNP, anti-Sm, ELISA-MPO y ELISA-PR3: negativos. Ac anti-SARS-CoV-2 mayor a 250, PxE: disminución de albúmina y aumento de la beta 2 globulina. Dosaje de inmunoglobulinas, incluyendo IgG4, normales. En enero de 2022 presentó lesiones eritematosas levemente descamativas en manos y pies. En febrero presentó disminución de la agudeza visual bilateral rápidamente progresiva a la ceguera total, acompañada de cefalea frontotemporal. Se sospechó neuritis óptica por vacuna anti SARS-CoV-2. Se realizó RMN de encéfalo y órbita: sin lesiones. Eco-doppler de arteria temporal y vasos del cuello: signo del halo negativo. Ante la sospecha de neuritis óptica se le indicaron pulsos de corticoides por 3 días consecutivos, y luego continuó por vía oral, sin respuesta. En marzo de 2022 visitó un neuro-oftalmólogo quien encontró isquemias e infartos en retina. Atribuyó la afectación ocular al SARS-CoV-2 y le indicó tocilizumab. Sin respuesta, con ceguera total. En abril realizó interconsulta con un tercer oftalmólogo. Lab: VDRL: reactivo 32 dils, FTA-Abs positivo por 20 veces. Ac anti-treponema pallidum: 21,38 (reactivo: mayor a 1,10). Dímero D: 1092 ng/ml. Diagnóstico: neuritis óptica por sífilis ocular. Inició tratamiento con penicilina, con muy buena respuesta. Recuperó la visión en ambos ojos y mejoró notablemente su estado general.

DISCUSIÓN: Las enfermedades infecciosas pueden simular enfermedades autoinmunes, de las cuales la sífilis debe tenerse en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales.

COMENTARIOS FINALES: Este caso resalta la importancia de tener en cuenta múltiples posibilidades diagnósticas y realizar pruebas adicionales para descartar otras condiciones que puedan estar presentes. La sífilis ocular es poco común, pero su detección temprana y tratamiento adecuado pueden evitar complicaciones graves, como la pérdida permanente de la visión.

FÉRULAS DE MATERIAL BLANDO PARA PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA: INFORME DE UN CASO CLÍNICO DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

PISERA FUSTER Ornella, DE CILLIS María Verónica

HOSPITAL DE REHABILITACIÓN MANUEL ROCCA

PRESENTACIÓN DEL CASO: CL es una mujer de 60 años, con diagnóstico de artritis reumatoidea (AR) de 16 años de evolución. Jubilada como operaria metalúrgica, actualmente trabaja como personal de limpieza. Fue derivada a Terapia Ocupacional por Reumatología para instrucción en protección articular y equipamiento. Refiere dolor VAS 4/10 que se acentúa posactividad en zonas de carpos y pulgares. Presenta desalineaciones tipo *boutonniere*, tumefacción en zona de primer metacarpiano bilateral. Medida funcional HAQ UP: 1,2/3. Se determina realizar equipamiento para descanso nocturno, férula tipo Judy Colditz para ambos pulgares y anillos para IFP.

DISCUSIÓN: Las guías de práctica recomiendan el uso de ortesis, afirmando que los pacientes con AR deberían ser provistos con férulas para prevenir y corregir subluxación. Existe evidencia basada en la experiencia sobre la utilidad de las férulas de reposo y funcionales para carpos y dedos contribuyendo a reducir el dolor y mejorar la función (nivel de evidencia II, grado de recomendación A). En relación al material utilizado para la confección, en la práctica general se utiliza un termomoldeable de baja temperatura. El acceso a este material es dificultoso y limitado, siendo insuficiente en relación a las cantidades necesarias para la población asistida. Gracias al aporte de diferentes colegas de la disciplina, comenzamos a utilizar un material denominado etilvinilacetato (densidad 3 mm semirrígido) también conocido como folia. El objetivo de esta presentación es dar a conocer los beneficios y resultados de la utilización de este material con una paciente con AR. Luego de un mes de uso del equipamiento, la paciente refirió alivio de dolor e inflamación con el uso de las valvas de reposo y las férulas en pulgares durante las actividades. Además, comentó mayor estabilidad en las articulaciones digitales con el uso de las férulas tipo anillos. Medida funcional HAQ UP: 0.2.

COMENTARIOS FINALES: Consideramos necesaria la futura comparación de ambos materiales mediante un estudio de investigación controlado. No obstante, la presentación de este caso nos permite la divulgación de las características y beneficios del equipamiento confeccionado en este material, que facilita el acceso a una intervención fundamental en el tratamiento no farmacológico de la AR.

DERMATOMIOSITIS EDEMATOSA, A PROPÓSITO DE UN CASO

VALLEJO CARRASCO Walter Jacinto, GÓMEZ Andrea, VIRASORO Belén María, DUARTES NOE Damián

HOSPITAL BRITÁNICO

PRESENTACIÓN DEL CASO: Femenina de 25 años presentó *rash* eritematoso descamativo facial con compromiso de surco nasogeniano, región extensora de MMSS, placas en MCF y PIF (pápulas de Gottron), eritema con descamación periungueal y lesiones eritematosas anulares en tórax de 2 meses de evolución, fuerza muscular conservada. Laboratorio con reactantes de fase aguda y enzimas musculares normales, FAN negativo. Biopsia piel rostro: dermatitis de interfase focal con mucinosis dérmica. Biopsia piel dorso: dermatitis de interfase leve infiltración linfocitaria perivasular

y perianexial. Inmunomarcación CD123 (-). Inició tratamiento tópico por sospecha de dermatomiositis. Evolucionó al mes con astenia y mialgias, consultó a Reumatología, se evidenció debilidad muscular proximal (MMT 8 146/150), capilaroscopia con patrón SD ACTIVO. Inició hidroxicloroquina 400 mg y meprednisona 40 mg/día. Por falta de respuesta cutánea y debilidad proximal progresiva se internó, laboratorio FAN 1/80 nucleolar, GOT/GPT: 61/60, anti Jo-1, Mi2, SRP, PM/Scl100, PL7, PL12, RNP, Ku (P70/80): negativos. RM cintura escapular y pelviana: aumento de señal en T2/ STIR compatible con cambios inflamatorios musculares (trapecios, subescapulares, supraespinosos e infraespinosos, glúteos menores, psoas con mayor compromiso distal, aductores de muslos y cuádriceps). Impresiona imágenes hiperintensas en T2/STIR en planos cutáneo/subcutáneo compatible con edema atribuibles a cambios inflamatorios. Paciente con diagnóstico de dermatomiositis (EULAR/ACR 2017) puntaje 8.2: MII definida, posible según criterios 2/5 (Bohan y Peter). Inició pulsos con metilprednisolona 3 g acumulado y luego esteroides orales se agregó metotrexato 20 mg semanal.

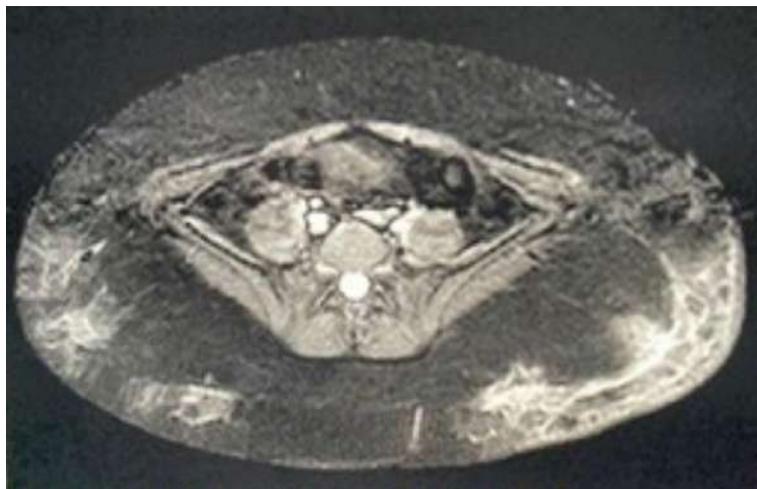


Imagen 1: RM T2/STIR cintura escapular.



Imagen 2: RM T2/STIR cintura pelviana.

DISCUSIÓN: La dermatomiositis edematosa (DME) presenta muy pocos casos reportados en su mayoría asociados a DM severa y refractaria; exhibe edema Godet negativo generalizado o localizado en miembros. Esta presentación descrita también en polimiositis, siendo en esta entidad su primera descripción en 1883. Existen hasta 2014 solo 19 casos descritos de DME, reconociéndose como signo de enfermedad severa, solo 5 asociados a neoplasias. Se describió un estudio observacional en 2020 en Francia: 174 pacientes con MII, el 9.7% presentó miositis edematosa asociada a debilidad muscular severa, 82,4% con erupción cutánea típica de DM, 71% disfagia y 40% patrón restrictivo ventilatorio. Es una variante rara de la DM; el edema se relaciona por permeabilidad vascular en relación con depósitos de inmunocomplejos, la activación del complemento y el daño endotelial vascular que lleva a microinfartos musculares que contribuyen a la presencia de edema, evidenciable en estudios por imágenes como hiperintensidad RM T2/STIR de manera evidente.

COMENTARIOS FINALES: Se presenta este caso dada la infrecuencia de DME. En nuestra paciente el compromiso clínico muscular fue leve, con discreta elevación de enzimas musculares, coincidente con algunos reportes de la literatura. Las imágenes de RM permitieron reconocer un importante edema subcutáneo, variedad relacionada con casos severos.

0260

ASIA: REPORTE DE TRES CASOS

GATICA María Agustina, CARBONE Daniela, MARTÍNEZ María Florencia, RINGER Ariana, LUCCI Franco, GALLO Carolina Solange, ABDALA Brian Marcelo, CICHILLITTI Lucía, CHEMEZ Jorge Antonio, NICOLA Marianela, RUFINO Juan Pablo, CUADRANTI Nadia, ROMBO Graciela, ABDALA Marcelo
HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

PRESENTACIÓN DEL CASO: El síndrome autoinflamatorio autoinmune inducido por adyuvantes (ASIA) fue descrito en 2011 por Schoenfeld para agrupar ciertas patologías que presentan síntomas sistémicos luego de la exposición a un agente extraño, como vacunas, adyuvantes y siliconas. Se reportan 3 casos de ASIA asociado a implantes mamarios.

CASO 1: Mujer de 35 años, prótesis mamarias hace 13 años. Comienza hace 1 año con astenia, artralgias, esclerodactilia, esclerosis cutánea generalizada, fenómeno de Raynaud, agregando rápidamente disnea, microstomía y poliadenopatías. Laboratorio: FAN 1/2560 nucleolar, anti-Scl-70+. Se interpreta como esclerosis sistémica y enfermedad pulmonar intersticial, iniciando tratamiento con micofenolato y nifedipina. Presenta empeoramiento progresivo de la astenia, artralgias y disnea, asociado a mastalgia, diagnosticándose rotura de prótesis mamarias, por lo que se le retiran. Tras la cirugía, la paciente presenta mejoría sintomática.

CASO 2: Mujer de 42 años, prótesis mamarias hace 15 años, comienza hace 1 año con fenómeno de Raynaud, telangiectasias y "puffy fingers". Laboratorio: FAN 1/320 patrón centromérico, anticentrómero positivo. Capilaroscopia: patrón SD activo. Ecocardiograma, pruebas de función respiratoria y tomografía de tórax sin alteraciones. Se interpreta como esclerosis sistémica, se indica nifedipina e hidroxicloroquina y se solicita evaluación quirúrgica para retiro de prótesis mamarias.

CASO 3: Mujer de 58 años, síndrome de Sjögren hace 17 años, con seguimiento regular. Colocación de prótesis mamarias en 2017 y ruptura de las mismas en 2020, con extravasación de silicona. Comienza posteriormente con disnea y tos. TAC de tórax: vidrio esmerilado con engrosamiento de trama intersticial. Ecocardiograma: PSAP 62 mmHg. Laboratorio: FR 75, anti-ENA + (Ro, La). Se inicia tratamiento con micofenolato y prednisona, quedando pendiente el retiro de material protésico.

DISCUSIÓN: Las manifestaciones autoinmunes asociadas a la exposición a silicona comprenden desde síntomas similar fibromialgia, enfermedades

del tejido conectivo indefinidas hasta patologías como artritis reumatoidea, miopatías, esclerosis sistémica, entre otras. Una hipótesis es la ruptura del material con reacción inflamatoria secundaria a la migración de la silicona, aunque no se ha podido demostrar en todos los casos. El retiro del material protésico mejora los síntomas en un 75% de los casos, aunque en manifestaciones graves es necesario el tratamiento inmunosupresor.

0268

ENFERMEDAD AUTOINMUNE DESPUÉS DE LA VACUNA CONTRA COVID-19 ¿MITO O REALIDAD?

GONZÁLEZ GÓMEZ Carlos Alfonso, PISONI Cecilia, ÁLVAREZ Analía, COSATI Micaela

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA E INMUNOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO CEMIC

PRESENTACIÓN DEL CASO: Reportamos 9 casos de enfermedad autoinmune posvacuna COVID, 6 (66%) fueron mujeres. La edad media fue 47±17 años. Solo 1 (11%) tuvo COVID-19 previo. La mediana entre la vacuna y el inicio de síntomas fue 13 días (RIC 5, 52). Se reportaron 4 (44%) casos posteriores a ChAdOx1, 3 (33%) posterior a BNT-162b2, 1 (11%) posterior a mRNA-1273 y 1 posterior a BBIBP-CorV. Se administró terapia sistémica en 7 (77%), 1 (11%) terapia tópica y 1 (11%) no requirió tratamiento. Las enfermedades autoinmunes reportadas fueron: 3 dermatomiositis (1 MDA-5, 1 Mi-2, 1 sin anticuerpo), 1 polimiositis (anti-RO52), 1 neuritis óptica, 1 vasculitis leucocitoclástica, 1 vasculitis por crioglobulina en piel y riñón, 1 fascitis eosinofílica, 1 coroiditis autoinmune; 4 casos fueron posterior a la segunda y tercera dosis. El tratamiento sistémico más usado fue prednisona en 7 (77%) pacientes, seguido de metotrexato en 6 (66%) y metilprednisolona endovenosa en 4 (44%).

Ítem	Valor
Sexo femenino, n (%)	6 (66)
Edad, (años, media, DE)	47 ± 18
COVID Previo, n (%)	1 (11)
Vacuna administrada	
BNT-162b2, n (%)	3 (33)
mRNA-1273, n (%)	1 (11)
ChAdOx1, n (%)	4 (44)
BBIBP-CorV, n (%)	1 (11)
Dosis relaciona al inicio de síntomas	
Primera	1 (11)
Segunda	4 (44)
Tercera	4 (44)
Tiempo vacuna-inicio síntomas, días (mediana, RIC)	13 (5, 52)
Terapia sistémica, n (%)	7 (77)
Prednisona, n (%)	7 (77)
Metotrexate, n (%)	6 (66)
Metilprednisolona, n (%)	4 (44)
Hidroxicloroquina, n (%)	1 (11)
Azatioprina, n (%)	1 (11)
Rituximab, n (%)	1 (11)
Ciclofosfamida, n (%)	1 (11)
Gammaglobulina, n (%)	1 (11)

Tabla.

DISCUSIÓN: Los eventos adversos graves asociados a las vacunas para SARS-Cov-2 son infrecuentes e incluyen: hipersensibilidad, parálisis facial, urticaria y shock anafiláctico. En el registro argentino SAR-COVAC no se reportaron eventos adversos graves. La mayor incidencia de eventos adversos se asoció a mRNA-1273 y ChAdOx1 nCov-19. En nuestra serie, la mayoría se asoció a ChAdOx1 nCov-19. Existe un reporte de 15 miositis autoinmunes temporalmente relacionadas a vacunación contra SARS-CoV-2 en Yorkshire (Reino Unido), en una mediana de tiempo de 5 semanas. La mayoría habían sido posterior a la segunda dosis, y con ChAdOx1 nCov-19, hallazgos similares a nuestra serie. La neuritis óptica se presenta más frecuentemente con vacuna ChAdOx1 nCov-19, y 93% requiere tratamiento con corticoides. Existe un solo caso reportado de vasculitis crioglobulinémica 4 semanas posterior a recibir vacuna ChAdOx1.

COMENTARIOS FINALES: Aunque la cantidad de casos es pequeña, demuestra la variedad de enfermedades que pueden desencadenarse posterior a la vacunación por COVID-19. En nuestra muestra, la frecuencia entre sexos fue similar y el tiempo de inicio de los síntomas fue inferior al mes. La mayoría de los casos requirió tratamiento sistémico con corticoide y el metotrexato fue el ahorrador más utilizado.

0269

ENCEFALITIS AUTOINMUNE SERONEGATIVA ASOCIADA A SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

GONZÁLEZ GÓMEZ Carlos Alfonso, DE LA TORRES María Laura, PISONI Cecilia, COSATI Micaela

DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA E INMUNOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO CEMIC

PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 55 años con síndrome de Sjögren (SS) manifestado con sicca y oligoartritis no erosiva desde 2016, ANA patrón nuclear moteado título 1/320, anti-Ro y anti-La positivos. Consultó a emergencias por cefalea difusa, confusión, molestias en cuero cabelludo y fotofobia de 4 días de evolución. Al interrogatorio, refirió cacosmia, zoopsias y fallas mnésicas. Al ingreso estaba febril e hipotensa, con somnolencia y bradilalia, que mejoraron con cristaloides. Durante la internación presentó alucinaciones visuales y olvidos frecuentes. El líquido cefalorraquídeo (LCR) presentaba pleocitosis, proteinorraquia e hipoglucorraquia. En la RMN cerebral sin contraste se encontraron imágenes restrictivas, hiperintensas en T2 y FLAIR, córtico-subcortical a nivel occipital bilateral, cerebeloso y parietal derecho. La angiorrsonancia cerebral fue normal. Se descartaron cau-

sas tóxicas, farmacológicas e infecciones sistémicas. Por sospecha encefalitis autoinmune, se realizó panel de anticuerpos en sangre y LCR que fueron negativos. También fueron negativos Anti-DPPX, aquaporina-4 y anti-MOG en LCR. Se administraron 5 pulsos de 1 g de metilprednisolona (MP). Egresó con meprednisona 1 mg/kg/d que disminuyó hasta 4 mg/día en 12 meses. A los 6 meses se realizó RMN cerebral que informó gliosis secular occipital. Presentó mejoría significativa, persiste con cefaleas leves y anomia ocasional.

Laboratorio	Valor
Hematocrito (%)	36,2
Hemoglobina (gr/dl)	12,1
Leucocitos/mm3	5950
Neutrófilos/mm3	5629
Linfocitos/mm3	202
Eosinófilos/mm3	12
Plaquetas/mm3	219,000
AST (U/L)	22
ALT (U/L)	10
FAL (U/L)	78
Bilirrubina total (mg/dl)	0,2
Urea (mg/dl)	44
Creatinina (mg/dl)	1
Glucosa (mg/dl)	106
PCR (mg/dl)	11,4
ESD (mm/hr)	29
C3 (mg/dl)	58
C4 (mg/dl)	8
CH 50	24
Proteinuria espontánea (ug/mg)	69,24
Anti DNA	Negativo
ANA (patrón, título)	Nuclear moteado, 1/320
AntiRo (U/ml)	Positivo
AntiLa (U/ml)	Negativo
AntiSm (U/ml)	Negativo
AntiRNP (U/ml)	Negativo
Crioglobulinas	Negativo
Anticardiolipina IgG (U/ml)	2,3
Anticardiolipina IgM (U/ml)	0,5
Anti beta 2 glicoproteína IgG (U/ml)	2
Anti beta 2 glicoproteína IgM (U/ml)	0,4
Glucorraquia (mg/dl)	64
Proteinorraquia (g/l)	0,3
Leucocitos en LCR (mm3)	10
Hemáties en LCR (mm3)	15
Cloro en LCR (mg/dl)	125
IgG en LCR (mg/dl)	0,7

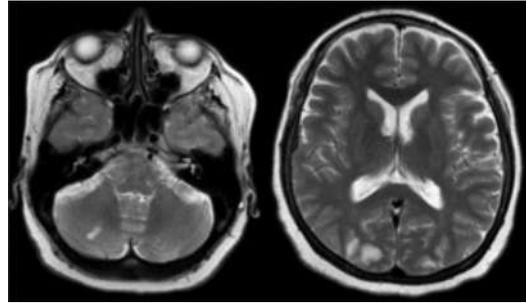


Imagen: RMN cerebral sin contraste. Se observan múltiples imágenes de comportamiento restrictivo, de señal hiperintensa en T2 y FLAIR, a predominio córtico-subcortical a nivel occipital bilateral, hemisferio cerebeloso derecho y parietal derecho.

Tabla: Valores de laboratorio sérico y líquido cefalorraquídeo.

DISCUSIÓN: La encefalitis autoinmune asociada a SS es infrecuente, 40% tienen anticuerpos negativos. El diagnóstico se basa en síntomas psiquiátricos o mnésicos de inicio menor o igual a 3 meses, cambios en la RMN cerebral y alteraciones en LCR o descargas epileptiformes. Los síntomas más frecuentes son: alteraciones mnésicas (93%), convulsiones (81%) y alteraciones de la consciencia (80%). El LCR es anormal en 90%, el hallazgo principal es pleocitosis (57%). Nuestra paciente presentó síntomas psiquiátricos, mnésicos, alteraciones en LCR e imágenes compatibles. El tratamiento con MP 1 g/día por 3-7 días es de elección. Se pueden usar otros inmunosupresores si no hay mejoría. La negatividad de anticuerpos y compromiso infratentorial de nuestra paciente son factores de mal pronóstico.

COMENTARIOS FINALES: En nuestro caso la respuesta fue favorable por la rápida instauración de tratamiento. La duración óptima del tratamiento es desconocida, aunque se ha descrito que 50% de los enfermos puede persistir con síntomas a los 2 años, sin beneficio de continuar la terapia después de 1 año.

0273

UVEÍTIS POR VKH, SERIE DE CASOS

GALLO Carolina Solange, ABDALA Brian Marcelo, RINGER Ariana, RUFFINO Juan Pablo, LUCCI Franco, GATICA María Agustina, CICHILLITTI Lucía, NICOLA Marianela, CHULIBERT Serenela, CREMA Juan Carlos, MARTÍNEZ María Florencia, CUADRANTI Nadia, CARBONE Daniela, ABDALA Marcelo

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

PRESENTACIÓN DEL CASO: La enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada es una panuveítis granulomatosa bilateral y difusa, que cursa con desprendimiento seroso de la retina en su fase aguda, y puede acompañarse de afectación del sistema nervioso central, alteraciones auditivas y dermatológicas. A continuación, haremos una evaluación observacional retrospectiva de una serie de casos con diagnóstico de VKH, en contexto de consultorio reumatológico dirigido a patología ocular en un hospital del tercer nivel. Se incluyeron siete pacientes (cinco mujeres y dos varones, edad media 31,5 DS +/-9,9). El cuadro clínico presentó evolución de unas 8-12 semanas, solo 2 tuvieron curso agudo (<8 semanas). El tiempo desde el inicio de los síntomas y la atención oftalmológica tuvo una media de 53 días; en cuanto a la consulta con Reumatología, se produjo en promedio de 30 meses después del inicio de los síntomas. Solo uno presentó manifestaciones extraoculares (afectación cutánea). Todos recibieron corticoides vía oral, ninguno endovenoso, y variadas formas de continuación con ahorradores de corticoides en diferentes combinaciones. Cuatro adicionalmente recibieron infiltración ocular y dos adalimumab.

Edad	Inicio clínica	1° consul	1° consul reumato	Clinica	CTC	DMARs	Biologico	Secuela
16	Ene 2008	Mar 2011	Mar 2011	Limitado	Si	MTX	-	Opacidad, glaucoma, catarata, sinequia
31	Ene 2015	Ene 2015	Jul 2017	Limitado	Si	AZA + MMF	-	Sinequia, opacidad
25	Feb 2018	Mar 2016	Jul 2018	Limitado	Si	-	-	-
39	Ene 2001	Abr 2001	Ene 2007	Limitado	Si	MTX + AZA + MMF	-	Catarata, glaucoma, opacidad, sinequias, cicatriz
26	Ago 2020	Sep 2020	Ene 2021	Limitado	Si	MMF	ADALIMUMAB	Glaucoma
44	Ene 2003	Abr 2003	Jun 2019	Limitado	Si	MTX + MMF	ADALIMUMAB	Catarata, sinequias, opacidad
40	Oct 2018	Oct 2018	Sep 2019	Cutáneo	si	MTX	-	Catarata, glaucoma, opacidad, sinequias

Tabla.

DISCUSIÓN: Del análisis de datos se verificó que los pacientes tuvieron retardo en el acceso a la consulta tanto oftalmológica, pero sobre todo reumatológica, que se corresponde con la baja prevalencia del trastorno y la amplia posibilidad de diagnósticos diferenciales que ofrece, hecho que se corrobora en la mayor incidencia de secuelas que presentaron estos pacientes con respecto a otras patologías oculares.

COMENTARIOS FINALES: Este síndrome, aunque poco frecuente, presenta buena evolución si el diagnóstico es rápido y el tratamiento oportuno. El seguimiento especializado y temprano conforma la piedra angular para evitar progresión a la cronicidad, con ello a las complicaciones y la discapacidad visual. Una terapia agresiva y precoz evitará el desarrollo de las formas completas de la enfermedad.

0275

PIODERMA GANGRENOSO COMO PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD

NICOLA Marianela, GATICA María Agostina, ABDALA Brian Marcelo, LUCCI Franco, CICHILLITTI Lucía, GALLO Carolina Solange, MARTÍNEZ María Florencia, CREMA Juan Carlos, PALATNIK Mariano, CUADRANTI Nadia, RINGER Ariana, LAGRUTTA Mariana, RUFFINO Juan Pablo, CARBONE Daniela, ABDALA Marcelo

HOSPITAL DEL CENTENARIO

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de 58 años con antecedente de artritis reumatoidea (AR) seropositiva erosiva, en fase secular, en tratamiento con metotrexato, leflunomida y dosis altas de prednisona, glaucoma y pioderma gangrenoso (PG) de reciente diagnóstico, consultó por malestar general, dificultad para alimentarse y descenso de peso de 10 kilos. A su ingreso presentó neutropenia febril secundaria a metotrexato con rápida respuesta tras la suspensión y la administración de estimulante de colonias y sobreinfección de lesiones en piel (PG) e infección urinaria con rescate de *Klebsiella Pneumoniae* en urocultivo, realizando tratamiento antibiótico dirigido. Complicó con hemorragia digestiva baja, con videocolonoscopia (VCC) que evidenció colitis activa ulcerada parcheada, compatible con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), con características de enfermedad de Crohn (EC). Se realizó comité interdisciplinario entre Reumatología, Clínica Médica, Dermatología y Gastroenterología, y se decidió iniciar tratamiento con infliximab.

	Ingreso	Control
Hemoglobina / Hematocrito	8,1 / 25 (NN)	8,3 / 24
Glóbulos blancos	1120 (524N)	10.510
Plaquetas	102.000	251.000
VES / PCR	47 / 116	11 / 27,8
Urea / Creatinina	25 / 0,43	14 / 0,41
TGO / TGP / FAL / Bilirubina	39 / 81 / 117 / 0,33	35 / 47 / 0,38
Factor reumatoide / Anti CCP	Positivos	
VIH / V.D.R.L / VHB / VHC	No reactivos	

Tabla: Laboratorio.



Imagen: Pioderma gangrenoso sobreinfectado.

DISCUSIÓN: Dentro de las manifestaciones extraintestinales de la EC se encuentran artritis, compromiso ocular (uveítis) y cutáneo (eritema nodoso y PG). La asociación entre AR y EII no es frecuente, siendo la oligoartritis seronegativa no erosiva la presentación más común. El PG es una dermatosis neutrofílica rara que se presenta como un trastorno inflamatorio y ulcerativo de la piel. En el 50% de los casos se asocia a una enfermedad sistémica subyacente, siendo la EII una de las más frecuentes. El tratamiento del PG es de la enfermedad de base, corticoides e inmunosupresores. En casos severos donde fracasa la terapia standard, el uso de anti-TNF alfa ha demostrado buenos resultados.

COMENTARIOS FINALES: Destacamos la importancia de una vez diagnosticado el PG, evaluar la presencia de una enfermedad subyacente dada la prevalencia de su coexistencia. La utilización de infliximab en las manifestaciones mucocutáneas de la EII ha sido descrita en algunas publicaciones y demostró ser capaz de lograr la remisión del PG asociado a la EC.

TUBERCULOSIS EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA

VARGAS Verónica, SÁNCHEZ ANDÍA Carolina, CROCE Mercedes, ÁLVAREZ Analía, OLIVIERI Lucas, MONTOTO Mariana, COSTA Mirta

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JOSÉ MARÍA PENNA

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente masculino de 34 años con antecedente de colitis ulcerosa (CU) de 10 años de evolución, en tratamiento inmunosupresor con infliximab y mercaptopurina con buena respuesta intestinal. Consulta por síndrome febril asociado a tumefacción de mano y carpo derechos. Por sospecha de artritis séptica se interna en otra institución donde recibe tratamiento antibiótico endovenoso sin rescate en cultivos para gérmenes comunes de líquido sinovial y sangre. Es evaluado por Reumatología donde se evidencia importante compromiso tendinoso, sin otras articulaciones inflamadas ni otros hallazgos positivos al examen físico. Se plantea posible etiología infecciosa versus compromiso extraintestinal en paciente con CU versus otra enfermedad reumática con afectación predominantemente musculoesquelética. Se solicita resonancia magnética que sugiere sinovitis, sin compromiso óseo. Centellografía con compromiso inflamatorio agudo. Se realiza punción, aspiración y cultivo para gérmenes comunes sin obtener desarrollo. Se solicita laboratorio con reactantes de fase aguda elevados, factor reumatoideo, anticuerpo antipéptido citrulinado y factor antinuclear negativos, radiografía de tórax sin imágenes patológicas, prueba de mantoux negativa. Evoluciona con secreción espontánea de material grumoso blanquecino. Se solicita tomografía de tórax que evidencia patrón retículo nodulillar. Se realiza lavado bronquioalveolar con exámenes directos negativos y punción aspiración de la secreción de la mano con resultado de baciloscopia positiva. Inicia tratamiento con antifímicos de primera línea con resolución del cuadro.

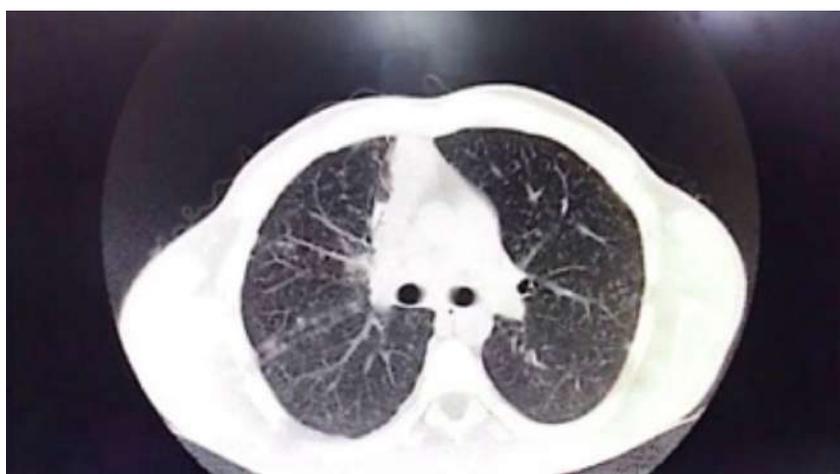


Imagen 1.



Imagen 2.

DISCUSIÓN: El riesgo de padecer tuberculosis aumenta 1.6 a 25 veces luego del inicio de los inhibidores del factor de necrosis tumoral siendo aún mayor con el uso de infliximab. La presentación clínica puede ser variable, muchas veces inespecífica, con mayor incidencia de afectación extrapulmonar o la forma diseminada, mientras que el compromiso musculoesquelético es solo del 1-2%.

COMENTARIOS FINALES: Si bien inicialmente se plantean varios diagnósticos diferenciales por antecedentes del paciente y la forma de presentación, las características clínicas de la evolución, el curso lento, progresivo y tórpido, con compromiso del estado general, la ausencia de otras características para enfermedad reumática y teniendo en cuenta la alta prevalencia de tuberculosis en la región, nos obliga a ser exhaustivos en el estudio y exclusión de esta enfermedad.

COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. NO SIEMPRE ES LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

MIRANDA BAZÁN Juan Manuel, ALBIERO Juan Alejandro, ALONSO Carla Gimena, ÁVILA Juan Pablo, GOBBI Carla Andrea, MALDINI Carla, SAVIO Verónica, ALBA Paula

HOSPITAL CÓRDOBA, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

PRESENTACIÓN DEL CASO: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune caracterizada por un gran espectro de manifestaciones clínicas. El compromiso del sistema nervioso central (LESNP) puede incluir: alteraciones cognitivas, cefalea, enfermedad cerebrovascular, convulsiones, polineuropatía, psicosis y estado confusional agudo. Además, estos pacientes tienen mayor probabilidad de desarrollar una enfermedad linfoproliferativa como linfomas y gammapatías. Sin embargo, un paciente lúpico con síntomas neurológicos puede estar ante la presencia de una patología prevalente en la población general como tumores y neuroinfecciones. Las infecciones continúan siendo una causa importante de morbimortalidad. Los factores predisponentes son múltiples, y son los más destacados la alteración de la inmunidad y el tratamiento con inmunosupresores. La meningitis es la infección más frecuente del SNC siendo el *Cryptococcus neoformans* y el *Mycobacterium tuberculosis* los gérmenes más frecuentemente aislados. En esta serie de casos presentamos pacientes con LES y afectación del SNC que no fueron atribuidos a LESNP.

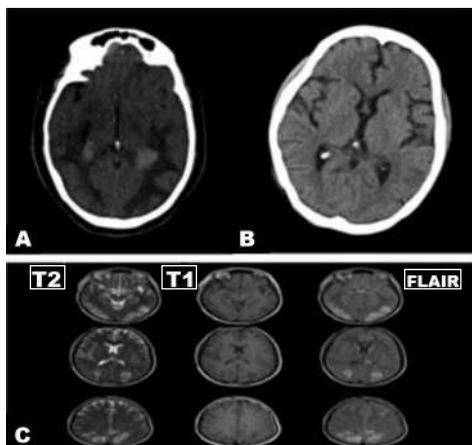


Imagen: A) TAC cerebral sin contraste. B) TAC cerebral sin contraste. C) RMN cerebral.

DISCUSIÓN: Dado el amplio abanico de manifestaciones neurológicas y de posibilidades diagnósticas en un paciente con LES, es mandatorio realizar una buena evaluación clínica y una adecuada utilización de los métodos complementarios para realizar un diagnóstico y tratamiento apropiado.

0280

ENFERMEDAD POR IgG4 EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. REPORTE DE UN CASO

NICOLA Marianela, CARBONE Daniela, CICHILLITTI Lucía, RINGER Ariana, RUFFINO Juan Pablo, ABDALA Brian Marcelo, GATICA María Agustina, LUCCI Franco, MARTÍNEZ María Florencia, CUADRANTI Nadia, GALLO Carolina Solange, CORTESE María Noel, ROMBO Graciela, ABDALA Marcelo

HOSPITAL DEL CENTENARIO

Hemoglobina / Hematocrito	13 / 40
Glóbulos blancos	5600
Plaquetas	172.000
Velocidad de eritrosedimentación (VES)	140
Glicemia	86
Urea / Creatinina	213 / 7,13
FAN	Negativo
VIH, V.D.R.L, VHB, VHC	Negativos
AC antimembrana basal glomerular	Negativo
Complemento C3 / C4	43 / 4
Dosaje IgG4 sérica	2600

Tabla: Laboratorio.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de 49 años, con antecedente de insuficiencia renal crónica (IRC) no filiada, tuberculosis multirresistente con tratamiento finalizado, hipergammaglobulinemia en estudio, tabaquista, cursó internación por reagudización de IRC. Durante la internación se tomó biopsia renal que arrojó un patrón histomorfológico con rasgos vinculables a nefritis tubulointersticial (TIN) relacionados con enfermedad por IgG4 y biopsia de glándula salival menor que evidenció sialoadenitis crónica con rasgos sugestivos de enfermedad por IgG4. Además, se evidenció aumento del tamaño de ambos riñones por ecografía. Se realizó pulso de glucocorticoides (GCT) con mejoría analítica continuando luego GCT vía oral. Durante la pauta descendente se produjo empeoramiento de IRC y aumento de proteinuria, por lo que se decidió iniciar rituximab.

DISCUSIÓN: La enfermedad relacionada con la inmunoglobulina G4 (IgG4-RD) es una afección fibroinflamatoria inmunomediada que afecta múltiples órganos. Se desconoce la prevalencia exacta, aunque hay predominio en hombres de mediana edad y fumar se asoció con mayor riesgo. Pueden presentar niveles elevados de IgG4 sérica, hipergammaglobulinemia policlonal y aumento de eritrosedimentación. La afectación aislada de la glándula submandibular sugiere fuertemente IgG4-RD y la manifestación más común de la enfermedad renal relacionada con IgG4 es la TIN. El tratamiento inicial es prednisona a dosis elevadas, con pauta descendente. En la mayoría de los casos se produce mejoría sintomática, reducción en el agrandamiento de los órganos y disminución en los niveles de IgG4. En pacientes que no responden a prednisona o no puede realizarse el descenso de la misma, se sugiere rituximab.

COMENTARIOS FINALES: Destacamos la importancia de la sospecha clínica ante la afección de múltiples órganos como en el presente caso. Tener en cuenta que la mayoría de los pacientes responde inicialmente a la terapia con GCT, pero las recaídas son comunes después de la interrupción de la misma siendo necesario un tratamiento más agresivo.

0282

ECTASIA VASCULAR ANTRAL GÁSTRICA EN UNA PACIENTE CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

CARROZZA María Florencia, ARIAS Tamara Graciela, ANDRUETTO Jessica, RODRÍGUEZ Pablo, BORTOT GASTON Lorena, MEDINA Gustavo, LÓPEZ MEILLER María José

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

PRESENTACIÓN DEL CASO: La ectasia vascular antral gástrica (GAVE o "Watermelon stomach") es una entidad poco frecuente que se presenta con sangrado gastrointestinal crónico y anemia. En la endoscopia alta (VEDA) se ven manchas rojas organizadas en líneas, distribuidas en forma radial

partiendo del píloro o distribuidas en forma difusa. La prevalencia en esclerosis sistémica (ES) es 5,7%, y en asintomáticos con VEDA 22,3%. La presencia de anticuerpo anti-RNA polimerasa III es un factor de riesgo.

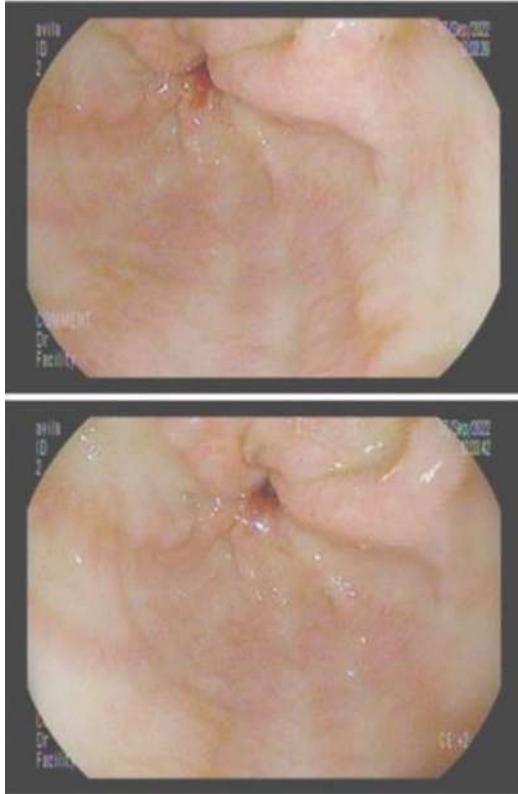


Imagen.

Mujer 78 años con ac de HTA y cáncer mama izquierda. Inicia en 2021 con fenómeno de Raynaud, capilaroscopia patrón SD tardío. En 9/2022 anemia, astenia, adinamia, disnea y melena. VEDA ectasia vascular antral gástrica. Argón plasma, transfusiones. Persiste sintomática y se interna. TA 180/110 mmHg. FC 100 lpm, crepitanes hipoventilación bibasal. Induración cutánea brazos, MI, tórax, microstomía, frote tendinoso. Rodnan 16-51. HTO 25.5%, Hb 8.4 g/dl, GB 11310, ferritina 186.7 ng/ml, urea 224 y creat 5.99 mg/dl. BT 0.5 mg/dL, GOT 17 y TGP <10 UI/L.FAN 1/640 moteado fino. Ac anti ARN Pol III: 82 UI/ml. Se realiza diálisis de urgencia, evoluciona con requerimiento de oxígeno. Nueva VEDA estómago antro múltiples angiodisplasias babeo hemático. TACAR Tórax 1/23 NSIP. AngioTAC abdomen/pelvis no sangrado activo. Se interpreta ES difusa con GAVE, crisis renal y compromiso intersticial pulmonar. Se realiza tratamiento secuencial con argón plasma, *banding* en antro, transfusiones, octreótide y ciclofosfamida 500 mg EV. Evoluciona desfavorablemente con falla multiorgánica y óbito.

DISCUSIÓN: GAVE en ES se debe sospechar frente a anemia refractaria, mayor edad al diagnóstico, variante difusa, polimerasa III positivo y sclero 70 negativo, telangiectasias, úlceras digitales y crisis renal. Tratamiento inicial hierro, inhibidores bomba protones, transfusiones. Tratamiento endoscópico coagulación argón plasma, fotocoagulación láser, colocación bandas, ablación fórceps y electrocoagulación monopolar. Quirúrgico gastrectomía, antrectomía. Variante limitada buen pronóstico, variante difusa más intervenciones endoscópicas, transfusiones y mayor riesgo crisis renal.

COMENTARIOS FINALES: GAVE en ES se debe sospechar frente a anemia refractaria. Identificar factores de riesgo como variante difusa, mayor edad al diagnóstico, ac anti polimerasa III positivo y sclero 70 negativo, compromiso vascular por presencia de telangiectasias, úlceras digitales y crisis renal, es útil para un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado. La valoración de parámetros de hierro podría ser una herramienta de detección temprana.

0284

REPORTE DE CASO: NECROSIS RETINAL AGUDA BILATERAL POR CITOMEGALOVIRUS EN UNA PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN TRATAMIENTO CON TOFACITINIB Y ESTEROIDES

CARROZZA María Florencia, MEDINA Gustavo, SCHLAEN Ariel

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

PRESENTACIÓN DEL CASO: La retinitis por citomegalovirus (CMV) está caracterizada por una necrosis retinal como consecuencia de efectos citopáticos virales que ocurre en pacientes con función comprometida de las células T. Esto puede deberse a diversas causas, entre ellas se mencionan los tratamientos inmunosupresores. Se observó un mayor riesgo de infección por CMV con inhibidores de JAK, pero no específicamente de retinitis. Se presenta este caso clínico de retinitis por CMV en una paciente con AR que recibió tratamiento con tofacitinib.

Paciente de 68 años, con antecedentes de artritis reumatoidea (AR) de 24 años de evolución (con FR y ACCP positivos) y neumonía intersticial usual. Tratamientos recibidos: metotrexato, hidroxiquina, leflunomida, nintedanib, los cuales suspendió por intolerancia, toxicidad ocular y hepatotoxicidad respectivamente. Recibió tofacitinib 11 mg/día por 6 años, suspendiéndose por neumonía de la comunidad 2 meses antes del inicio de las manifestaciones visuales, continuando con meprednisona 10 mg/día. Actualmente DAS28 (VSG): 4.24, CDAI: 6, SDAI: 6.47. Consulta por disminución de la agudeza visual y miodesopsias. Fondo de ojos: OD: atrofia completa de disco óptico con retinitis extensa, OI: retinitis extensa con oclusión de vena central de la retina, retina aplicada en AO. Se realizó vitrectomía y se inició tratamiento con ganciclovir EV empírico. PCR para CMV positiva. Se diagnosticó necrosis retinal aguda bilateral secundaria a infección por citomegalovirus (CMV). Evolucionó estable con persistencia de vitritis en ojo derecho y retinitis en regresión en ojo izquierdo, con mejoría de la hemorragia en cuatro cuadrantes, por lo que se decidió rotar tratamiento a vía oral y posterior externación.



Imagen 1.



Imagen 2.

DISCUSIÓN: La inhibición de JAK afecta la señalización de citocinas alterando la inmunidad del huésped, y de esta forma permite la reactivación de virus. Los inhibidores de JAK pueden reactivar al virus de herpes zóster y la tuberculosis, puede predisponer a infecciones por CMV pero no específicamente retinitis. La retinitis por CMV es una infección ocular oportunista observada en mayor frecuencia en pacientes con HIV. En pacientes no HIV se asocia a disfunción inmunológica sistémica, esto incluye enfermedades autoinmunes, enfermedades oncohematológicas y otras comorbilidades. En el caso de nuestra paciente, el tofacitinib se suspendió por infección respiratoria y continuó con corticoides vía oral. El riesgo de infecciones por virus herpes aumenta con tratamientos inmunosupresores asociados como corticoterapia sistémica. El tratamiento de la retinitis por CMV es con antivirales sistémicos, pero no hay consenso sobre la duración del tratamiento en pacientes no HIV. En el caso de nuestra paciente fue tratada con ganciclovir EV con posterior tratamiento vía oral.

COMENTARIOS FINALES: La retinitis por CMV puede observarse en pacientes no HIV, en especial si tienen enfermedades autoinmunes (como en nuestro caso AR) y están bajo tratamiento inmunosupresor. No es frecuente la retinitis por CMV. De nuestro conocimiento, hay dos casos reportados.

0285

VASCULITIS LEUCOCITOCLASTICA CON MONONEURITIS MÚLTIPLE REFRACTARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO CON SARNA NORUEGA

DETORRE Carolina, SANTIBAÑEZ Keila, MOSCATELLI Melina, RODRÍGUEZ LIA Juan Ignacio, SERRA Andrés, LAGRUTTA Mariana, MOLTENI Ana, PARODI Roberto Leandro, LUPO Sergio

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 66 años, antecedentes de diabetes mellitus mal controlada, HTA y EPOC. Presenta lesiones de púrpura palpable pruriginosas de 7 meses de evolución compatibles con vasculitis leucocitoclástica confirmada por biopsia cutánea. Realizó tratamiento con dosis altas de corticoides y posteriormente azatioprina, con progresión de lesiones con tendencia a confluir en cara, tronco y miembros, agregando flictenas hemáticas. Presentó laboratorio inmunológico y serologías virales negativas, tomografía de tórax, abdomen y pelvis, controles ginecológicos y videoendoscopia alta y baja normales descartando paraneoplásico. Agregó, de 3 semanas, lesiones pruriginosas, costro descamativas y nódulos dolorosos en región palmoplantar y axilar bilateral. Se realizó nueva biopsia con vasculitis leucocitoclástica y presencia de *Sarcoptes Scabiei*, diagnosticando Sarna Noruega. Inició tratamiento con ivermectina suspendiendo azatioprina. Siete días posteriores, agregó dolor, debilidad, hipoestesia e hiporreflexia en miembros inferiores y miembro superior derecho confirmando mononeuritis múltiple por electromiografía. Se sospechó reagudización de enfermedad de base, completó tratamiento con ivermectina, corticoterapia en dosis decreciente, y reestableció azatioprina luego de resuelta la intercurencia infecciosa, presentando buena respuesta al tratamiento, con mejoría de la sintomatología neuropática y cutánea.

DISCUSIÓN: La vasculitis leucocitoclástica es una vasculitis aislada, difusa, de pequeño vaso, con compromiso frecuente del territorio cutáneo pudiendo afectar el sistema nervioso periférico, siendo la mononeuritis múltiple una manifestación. De etiología variada, el diagnóstico es clínico y anatomopatológico. El tratamiento, según la severidad, puede requerir corticoterapia o inmunosupresores. La Sarna Noruega, forma especial y agresiva de escabiosis, se manifiesta en pacientes inmunosuprimidos, en este caso, por diabetes mal controlada, corticoterapia y azatioprina. Interpretamos que la infestación por *Sarcoptes Scabiei* se comportó como desencadenante infeccioso, generando refractariedad de la vasculitis y reagudización con afectación del sistema nervioso periférico. Presentó buena respuesta al tratamiento inmunosupresor una vez resuelto el componente infeccioso.

COMENTARIOS FINALES: Destacar el rol de los agentes infecciosos como precipitantes en la exacerbación clínica cutánea o sistémica de algunas formas de vasculitis y de la refractariedad al tratamiento.

0286

DERRAME PERICÁRDICO RECURRENTE EN PACIENTE LÚPICA

CICHILLITTI Lucía, CHULIBERT Serenela, LUCCI Franco, GATICA María Agustina, ABDALA Brian Marcelo, GALLO Carolina Solange, NICOLA Mariana, MARTÍNEZ María Florencia, CUADRANTI Nadia, RINGER Ariana, RUFFINO Juan Pablo, CREMA Juan Carlos, CARBONE Daniela, ABDALA Marcelo

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

LABORATORIO	
Hemoglobina / hematocrito	8.6 g/dl - 25%
Plaquetas	428 000/ mm3
Globulos Blancos	10960/ mm3
Urea/ Creatinina	34 mg/dl - 0.6 mg/dl
VES /PCR	22 mm 1° hs - 2.5 mg/l
FAN/ ENA	1/1280 moteado homogéneo/ Ro - La positivos RnF - Sm negativos
C3 - C4	61 mg/dl - 4 mg/dl
Anti ADN	Negativo
Ac. anticardiolipinas/ Ac anticoagulante lúpico/ Ac anti beta2 glicoproteína1	Negativos
Índice proteinuria/ Creatinuria al azar	169.9 mg/ mg cr

Tabla: Laboratorio de la paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de 28 años con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) y nefritis lúpica (NL) clase III de 3 años de evolución, en tratamiento con hidroxicloroquina (HCQ) 400 mg/día, prednisona (PDN) 20 mg/día y micofenolato (MMF) 2 g/día. Cursó internación por derrame pericárdico y pleural moderado asociado a artritis, interpretándose como reactivación lúpica (SLEDAI 9). Realizó pulso de metilprednisolona con mejoría clínica y se indicó continuar con dosis usuales de MMF e HCQ y PDN 40 mg con pauta descendente. Dos meses posteriores a la internación, en contexto de descenso de PDN a 20 mg/día, consultó nuevamente por fiebre, artralgias de manos y dolor retroesternal, presentando en ecocardiograma derrame pericárdico severo (39 mm), FEVI 65% sin compromiso hemodinámico. ECG ritmo sinusal sin alteraciones. Se observó sinovitis de carpos y articulaciones metacarpofalangicas bilateral, alopecia sin rash cutáneo ni úlceras, ruidos cardíacos hipofonéticos (SLEDAI 13). Realizó pulso de metilprednisolona por 3 días sin mejoría, por lo que se procedió a pericardiotomía con drenaje de 600 ml, cultivo y tinción Zhiel Nielsen negativos, biopsia de pericardio normal y citológico con abundante leucocitos sin células neoplásicas. Se aumentó dosis de PDN a 40 mg/día y se rotó de MMF a azatioprina (AZA) 100 mg/día. Al alta, comenzó tratamiento con belimumab, sin presentar nuevo flare lúpico.

DISCUSIÓN: El derrame pericárdico lúpico puede complicarse con taponamiento cardíaco y suele ser reflejo de alta actividad de la enfermedad. Hasta el 20% de los pacientes con dicha presentación clínica pueden no responder adecuadamente al tratamiento con esteroide. Debido al riesgo de taponamiento cardíaco, es necesario establecer terapéutica inmediata en los casos más severos, con agentes inmunosupresores como MMF, ciclofosfamida, AZA y biológicos como rituximab, belimumab y anti IL-1.

COMENTARIOS FINALES: Se presenta el caso clínico por la refractariedad que presenta a la corticoterapia y tratamiento con MMF.

DE APOYO EN ARTRITIS REUMATOIDEA. REPORTE MULTICÉNTRICO DE UNA SERIE DE CASOS DESDE TERAPIA OCUPACIONAL. PROSAR

TULJAK Alejandra¹, FRUTOS Laura², DE MARCO Luciana Flavia³, PISERA FUSTER Ornella⁴, DE CILLIS Verónica⁴

¹CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA, ²UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA, ³HOSPITAL ITALIANO DE CÓRDOBA, ⁴HOSPITAL DE REHABILITACIÓN MANUEL ROCCA

PRESENTACIÓN DEL CASO: Se reporta una serie de 5 casos clínicos de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea (AR), abordados desde terapia ocupacional (TO) en diversos centros especializados de diferentes ciudades del país.

DISCUSIÓN: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), dentro de la tecnología de apoyo se encuentran los productos de apoyo (PA) definidos como: cualquier dispositivo fabricado o disponible en el mercado, utilizado por las personas y destinado a facilitar su participación. Las normas de ortoprotésica de la OMS refieren que “el rehabilitador/a es el/la profesional que a partir de la evaluación de la persona y su ambiente de desempeño puede identificar una disfunción ocupacional, seleccionar los productos de apoyo u ortesis, para promover el desempeño independiente, entrenar en uso, mantenimiento y asesorar respecto de los mismos”. En el siguiente reporte de casos, desde TO se utilizó un enfoque de intervención basado en la compensación, en el cual se utilizan PA para suplir aquellas limitaciones que no podrán restituirse, y así mejorar el desempeño ocupacional. Existen 5 etapas del proceso de implementación de PA: evaluación, asesoramiento, diseño y confección, entrenamiento y seguimiento. A pesar de las diferencias encontradas en los casos (evaluaciones funcionales e intervenciones), se pudo observar que la evaluación, siempre y sin excepción, precedió a la indicación y/o confección de los PA. Asimismo, en todos los casos se realizó el entrenamiento en el uso de los mismos y se utilizó la educación como parte de la intervención. Finalmente, el seguimiento fue fundamental dada la cronicidad de la enfermedad.

COMENTARIOS FINALES: Los puntos en común detectados en este reporte de casos multicéntrico indican que la utilización de los PA mejora el desempeño ocupacional, la adherencia a los tratamientos y ponen en evidencia la normativa de la OMS. Consideramos fundamental incluir la temática de los PA en investigaciones futuras, priorizando arribar a un consenso en relación a las evaluaciones estandarizadas que permitirían reflejar la eficacia de esta tecnología de apoyo desde terapia ocupacional.

SÍNDROME ANTISINTETASA: ROL DEL LABORATORIO DE INMUNOLOGÍA. REPORTE DE 5 CASOS CLÍNICOS

ALCORTA María Elena, AZNAR Patricia Marcela

LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

PRESENTACIÓN DEL CASO: El síndrome antisintetasa (SAS) es una entidad poco frecuente de etiología autoinmune que comparte características clínicas con las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII), caracterizado por la presencia de anticuerpos antisintetasa (ACAS) y sintomatología de miositis, poliartritis, enfermedad pulmonar intersticial, fiebre, fenómeno de Raynaud, manos de mecánico, entre otras. Su diagnóstico se sustenta en la evaluación clínica, pruebas de imágenes, funcionalidad pulmonar y pruebas serológicas. El objetivo del presente trabajo es demostrar la importancia del laboratorio en el diagnóstico de pacientes con SAS, puesto que los criterios vigentes de Connors et al. (2010) y Solomon et al. (2011) incluyen como condición necesaria la presencia de los anticuerpos dirigidos contra RNA sintetasa, que se pueden evidenciar por métodos de inmunofluorescencia, ELISA e *immunoblotting*. Se describen los casos de 5 pacientes, 4 de sexo femenino y uno de sexo masculino que asistieron a hospitales públicos de la provincia de Tucumán y ante la necesidad de definir el diagnóstico, sus muestras se recibieron en el área de Inmunología del Laboratorio de Salud Pública de Tucumán en el transcurso de 1 año (abril de 2022 a abril de 2023), todos presentaron clínica de miositis, enfermedad pulmonar intersticial de diferente grado, laboratorio clínico y otros exámenes complementarios. 4 de los casos se presentaron con CPK elevada, todos evidenciaron patrones compatibles con SAS por inmunofluorescencia indirecta en improntas de HEP 2. En la investigación de la especificidad de los anticuerpos por técnica de *immunoblotting* dieron reactivos para anticuerpos antisintetasa de distintas especificidades y tres de los casos presentaron además anti Ro-52 cuyo hallazgo se considera factor pronóstico de enfermedad pulmonar más grave en esta patología.

DISCUSIÓN: La oportuna correlación clínica y detección de los anticuerpos y su especificidad es fundamental no solo para definir al SAS ya que es uno de sus criterios diagnóstico, sino que también es de importancia en el pronóstico de los pacientes y para la instauración de un oportuno y adecuado tratamiento que posibilite una mejor sobrevida.

COMENTARIOS FINALES: Contar en los sistemas públicos de salud con laboratorios de alta complejidad que permitan el cribado y definición de pacientes con enfermedades autoinmunes constituye un valioso instrumento al alcance de la población.

EOSINOFILIA REFRACTARIA EN GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEITIS

JOFRE Lourdes, MACELLO Giovanna, ZUTARA Tania, LEDDA Anabel, CASTEL DEL CID Cecilia, PEDROSA Pablo, VERGARA Facundo, RIVERO, María Gloria

HOSPITAL CENTRAL

PRESENTACIÓN DEL CASO: La granulomatosis eosinofílica con poliangeitis (GEPA) es una vasculitis sistémica, caracterizada por asma, sinusitis, infiltrados pulmonares, neuropatía y vasculitis eosinofílica de órganos. El 30-35% son ANCA positivos. El síndrome hipereosinofílico (SHE) se define por daño orgánico por infiltración eosinofílica, con eosinofilia periférica inexplicable $>1500/\mu\text{l}$. El SHE es difícil de diferenciar de la GEPA, el componente alérgico es común a ambos y la neuropatía periférica es ocasional en SHE. En GEPA ANCA negativo hay preponderancia del fenotipo de mononeuritis múltiple. Los glucocorticoides son la piedra angular del tratamiento, pero las recaídas son comunes, usándose inmunosupresores para mantener la remisión. Varón de 22 años sin antecedentes. Consulta por fiebre, pérdida de peso, dolor abdominal, púrpura de miembros inferiores (MMII) y parestesias de miembro inferior derecho. Examen físico: púrpura palpable en MMII, superiores y abdomen, urticaria en tronco, artritis de muñeca izquierda.

Abdomen doloroso. Laboratorio: Hto 34%, Hb 11, leucocitos 20650 Eo 57%, (11770), plaquetas 240000, C4, C3 y CH50 bajos, PR3 y MPO negativos, ANA negativo, IgE 2500. Función renal y orina normal. Coproparasitológico seriado y aspirado duodenal en busca de parásitos negativo. EMG: mononeuritis múltiple. Biopsia de piel: vasculitis leucocitoclástica con infiltrado de eosinófilos. TAC de senos paranasales: pansinusitis y pólipos. TAC de tórax: derrame pleural derecho con infiltrados pulmonares y derrame pericárdico. Evolución: se realiza diagnóstico de GEPA. Recibió metilprednisona 500 mg EV por 3 días y luego meprednisona 40 mg VO por día, con respuesta inicial y posterior recaída de piel, fiebre y eosinofilia. Se indicó ciclofosfamida, sin respuesta y progresión de polineuropatía sensitiva a motora. Se realizó mepolizumab 300 mg con desaparición de lesiones en piel, mejoría parcial de la neuropatía y normalización de la eosinofilia.

DISCUSIÓN: Presentamos este paciente por el SHE que luego de descartarse causas secundarias, fue atribuida a GEPA. El tratamiento con mepolizumab (anti IL-5) reduce la eosinofilia, con mejora clínica concomitante. El paciente presentó eosinofilia severa, sin criterios de gravedad. Tuvo recaída con altas dosis de esteroides y ciclofosfamida, lográndose mejoría con mepolizumab.

0304

ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS ASOCIADAS A CRIOGLOBULINEMIA Y SU PRESENTACIÓN CLÍNICA

MACELLO Giovanna, ZUTARA Tania, JOFRE Lourdes, VERGARA Facundo, CASTEL DEL CID Cecilia, RIVERO María Gloria, LEDDA Anabel, PEDROSA Pablo

HOSPITAL CENTRAL

PRESENTACIÓN DEL CASO: Las crioglobulinas están compuestas por inmunoglobulinas (Igs) que precipitan a menos de 37°. Las crioglobulinemias se clasifican en 3 tipos (I, II y III) en base a la composición de Igs. Las crioglobulinemias mixtas incluyen IgG e IgM, en el tipo II existe componente policlonal y monoclonal, en la tipo III ambos policlonales. El diagnóstico debe sospecharse en pacientes con artralgia, púrpura, úlceras cutáneas, glomerulonefritis y neuropatía periférica, más aún si se presentan en el contexto de una hepatitis vírica, una gammapatía monoclonal o enfermedad autoinmune sistémica (EAIS).

OBJETIVO: Conocer las causas de crioglobulinemias mixtas en un hospital de alta complejidad de Mendoza, y determinar la frecuencia que ocupan las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAIS) como causa etiológica y su clínica de presentación.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se revisaron retrospectivamente los resultados de determinaciones de crioglobulinas realizados durante 5 años desde el 30/06/2017 hasta el 1/07/2023. Se incluyeron las muestras que mostraban precipitado proteico a 4°C, incubados por 7 días y se resolubilizaban a 37°. Se excluyeron los pacientes con crioglobulinemia tipo I y a los que no se podía acceder a datos clínicos o no tuvieron diagnóstico definido. Se completó un protocolo con datos demográficos, clínicos y de laboratorio.

RESULTADOS: Se analizaron 497 muestras de crioglobulinemia, 24 tenían resultado positivo, de los cuales 21 cumplieron criterios de inclusión. La población estaba constituida por 17 mujeres (81%), edad mediana de 56 años (entre 46-59), el tipo de crioglobulinemia más frecuente fue tipo III en 20 pacientes (95%) Las causas etiológicas y manifestaciones clínicas se representan en Tabla 1 y 2 En cuanto al tratamiento, de los 11 pacientes sintomáticos, todos recibieron esteroides a altas dosis, 2 ciclofosfamida, 2 rituximab, 1 plasmaféresis y 4 azatioprina.

Etiología	Frecuencia n (%)
EAIS:	18/21 (86%)
- Sjögren	12/21 (57%)
- LES	3/21 (14%)
- AR	1/21 (5%)
- Vasculitis	2/21 (9.5%)
HCV	3/18 (17%)
CBP	1/21 (5%)

Tabla 1: Etiologías asociadas a crioglobulinemia.

Clínica	Frecuencia n (%)
Asintomáticos	10/21 (48%)
Piel:	10/21 (48%)
- Púrpura	10/21 (48%)
- Úlceras	2/21 (9.5%)
- Raynaud/Isquemia	1/21 (5%)
SNP:	4/21 (19%)
- Polineuropatía Sensitiva	3/21 (14%)
- Polineuropatía Motora	1/21 (5%)
Fallecimiento	4/21 (19%)
Hallazgos de Laboratorio	
C4 Bajo	17/18 (94%)
C3 Bajo	8/17 (47%)
CH 50 bajo	7/10(70%)
Hiper gammaglobulinemia	5/19 (26%)
FR	14/19 (74%)
FAN	16/20 (80%)
Anti Ro	11/17 (65%)
Anti La	4/17 (24%)
Sm	1/16 (6%)
RNP	2/17 (12%)
Anti DNA	1/15 (7%)
ANCA positivos	2/8 (25%)
Anti MPO	1/9 (11%)
Anti PR3	1/9 (11%)

Tabla 2: Clínica y laboratorio.

DISCUSIÓN: En nuestra población la etiología más frecuente asociada a crioglobulinemia mixta fueron las EAIS (Sjögren y LES), seguida de infección por VHC, en contraste con la literatura en donde el VHC sigue siendo la principal causa; esto se podría atribuir a la introducción del tratamiento desde 2014 de antivirales de acción directa. En cuanto a la clínica, las manifestaciones de piel (púrpura) y SNP (polineuropatía sensitiva) fueron las más prevalentes.

COMENTARIOS FINALES: Es importante tener en cuenta el diagnóstico de crioglobulinemia frente a pacientes con la sintomatología mencionada.

ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: SERIE DE CASOS

ÁVILA Juan Pablo¹, MIRANDA BAZÁN Juan Manuel¹, ALONSO Carla Gimena¹, SAVIO Verónica¹, ALBIERO Juan Alejandro¹, GOBBI Carla Andrea², ALBA Paula³

¹HOSPITAL CÓRDOBA, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, ²UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC, ³UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, CÁTEDRA DE SEMIOLOGÍA, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC

PRESENTACIÓN DEL CASO: El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es una entidad caracterizada por alteraciones del estado mental, cefalea, convulsiones con o sin trastornos visuales, con imágenes del SNC que indican edema vasogénico afectando principalmente a la circulación cerebral posterior. Aproximadamente un 50% de los casos de PRES tienen historia de enfermedad autoinmune, siendo el LES el más frecuente, con una prevalencia de 0,7%-1,4% de los casos y una recurrencia del 13%. Los factores relacionados con el desarrollo de PRES en LES incluyen el tratamiento citotóxico recibido, el compromiso e insuficiencia renal y la crisis hipertensiva aguda. El diagnóstico diferencial de PRES debe incluir condiciones como la encefalopatía hipertensiva y urémica, el accidente cerebrovascular isquémico y la actividad del LES.

OBJETIVO: Describir características demográficas, clínicas y terapéuticas de pacientes con PRES en LES.

COMENTARIOS FINALES: La asociación, la sospecha diagnóstica de PRES en LES, así como el reconocimiento del mismo como causa de síntomas neurológicos, es de vital importancia dado que una detección clínica precoz resulta en un tratamiento adecuado.

DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO TRAS LA ENFERMEDAD DE KIKUCHI-FUJIMOTO: UNA ASOCIACIÓN INFRECUENTE

DORNELL Mariela Vanesa, CASTILLO Tomás Augusto, PIQUERAS Constanza, RAMALLO Gabriela Soledad, CEBRERO Florencia Magali, MONTALVO Mariana Marcela, VIÑALS Joaquín, ORMAZABAL Luisina, CAZAUX Alexis, SUBILS Gisela

HOSPITAL RAWSON

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente femenina de 31 años sin antecedentes que consulta por pérdida de peso y adenomegalias submaxilares de 6 meses de evolución, agregándose astenia, hiporexia, fiebre y vómitos alimenticios en las últimas 2 semanas. Al examen físico se observaron adenomegalias submaxilares bilaterales y axilar izquierda, no dolorosas ni adheridas a planos profundos y muguet oral. En el laboratorio se evidenció leucopenia con neutropenia y trombocitopenia, con PCR, VSG, transaminasas y LDH elevadas. Se hospitalizó con diagnóstico de neutropenia febril. Los estudios microbiológicos, las serologías virales y el perfil autoinmune fueron negativos. Se procedió a realizar biopsia ganglionar donde se demostraron cambios sugestivos de linfadenitis necrotizante compatible con enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EKF) (Imagen). Se repitió nueva biopsia ganglionar que confirmó los mismos hallazgos histopatológicos. La paciente recibió tratamiento con meprednisona 20 mg/día con dosis decreciente evolucionando con mejoría clínica y sintomática, resolviendo las alteraciones séricas. Al tercer mes del alta, la paciente acudió a control refiriendo inicio de astenia, hiporexia, artralgias en ambas manos, alopecia y boca seca de 1 semana de evolución, al examen físico presentaba eritema malar sin sinovitis. Ante la sospecha de lupus eritematoso sistémico (LES), se realizaron nuevas serologías autoinmunes donde se evidenció ANA 1/1280, Anti-DNA 1/40, Anti-RO 52 y 60 (+), con hipocomplementemia (C3: 54, C4: 9). Tras confirmarse el diagnóstico de LES, se inició tratamiento con hidroxiquina 400 mg/día y meprednisona 4 mg/día, evolucionando con buena respuesta sintomática y mejoría de lesiones sin nuevas recaídas en los controles posteriores.

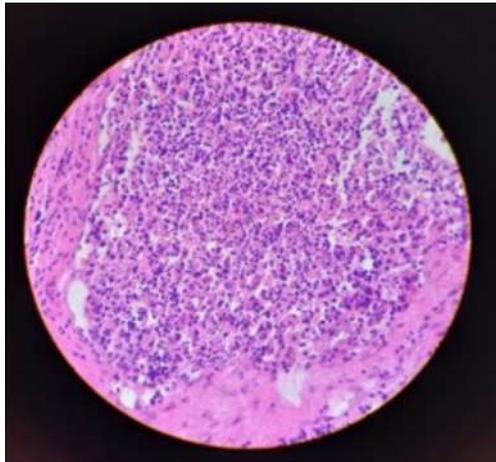


Imagen: Ganglio linfático que demuestra población de linfocitos maduros entremezclada con histiocitos y células apoptóticas con pequeños focos de necrosis y fragmentos nucleares con kariorrhexis.

DISCUSIÓN: La asociación entre EKF y LES se ha descrito en aislados estudios. En el caso de EKF, se trata de una condición clínica poco frecuente de etiología aún desconocida en la que no existen hallazgos clínicos o marcadores serológicos específicos, planteando diagnósticos diferenciales con neoplasias linfoproliferativas y el mismo LES. Estudios han postulado que EKF podría ser una característica clínica o una fase incompleta de la linfadenitis lúpica, mientras que reportes de casos demuestran que LES y EKF pueden tanto coexistir como también cursar como entidades independientes.

COMENTARIOS FINALES: Este trabajo plantea la importancia del seguimiento clínico de la EKF, tanto en la búsqueda activa como en la detección precoz de LES.

TOXICIDAD PULMONAR POR METROTEXATO EN PACIENTE CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

CHULIBERT Serenela¹, CHAVERO Ignacio², PERANDONES Carlos³, RINGER Ariana¹, NICOLA Marianela¹

¹HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ²POLICLÍNICO PAMI I, ³FLENI

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente femenina de 65 años con esclerosis sistémica desde hace 1 año en tratamiento con metotrexato 20 mg, leflunomida 20 mg, sildenafil 50 mg y prednisona 2,5mg. Ingresó por cuadro de 7 días de fiebre, artralgias, malestar general y rales. Radiografía de tórax: opacidad en base derecha. Se diagnosticó neumonía e inicia antibiótico. A los 6 días agrega disnea, se interna. Se trata con cefepime y anticoagulación por sospecha de tromboembolismo. Laboratorio: HTO 37%, HB 12,6 g/dl, GB 12000 plaquetas 304000/mm³, urea 20 mg/dl, creatinina 0,56 mg/dl, TGO

UI/L, TGP 37 UI/L, serologías HIV, hepatitis B y C negativas, dímero D 1260, EAB: pH 7.46/CO₂ 40.3/O₂ 49.8/BI 28.3/SAT O₂ 87%, PCR para SAR COV 2 y P. Jiroveci negativas. Cultivos negativos. Ecodoppler venoso de miembros inferiores sin particularidad. TC de tórax: engrosamiento intersticial reticular bilateral y periféricos de aspecto fibrótico, con opacidades subsólidas en vidrio esmerilado en ambos lóbulos inferiores y consolidación en lóbulo inferior derecho. Derrame pleural bilateral leve. AngioTC de tórax descarta tromboembolismo. Evoluciona con desaturación, requiere oxigenoterapia. Ante la sospecha de neumonitis por hipersensibilidad al metrotexato, se suspende y se indican pulsos de corticoides. La paciente evoluciona favorablemente, se da alta con oxigenoterapia por un breve período de tiempo.

DISCUSIÓN: El metrotexato es un antimetabolito con actividad antiproliferativa e inmunosupresora que bloquea la síntesis de purinas a través de la inhibición de la enzima dihidrofolato reductasa. Dentro de sus efectos adversos, se destaca la neumonitis por hipersensibilidad. Su frecuencia varía de 0.3 a 11%. Se caracteriza por fiebre, tos seca y disnea de inicio agudo o subagudo, generalmente dentro del primer año de tratamiento. No depende de la dosis acumulada. El tratamiento se basa en la suspensión del fármaco y el uso de corticoides.

COMENTARIOS FINALES: Existen distintas causas que pueden ocasionar síntomas respiratorios en un paciente con esclerosis sistémica. Dentro de ellas se mencionan las de origen infeccioso, el tromboembolismo pulmonar, el daño pulmonar secundario a fármacos y la enfermedad de base. En el caso presentado, el inicio agudo de los síntomas, la falta de respuesta a los antibióticos y el antecedente del uso de metrotexato sugirió el diagnóstico. Finalmente, la excelente respuesta al discontinuar dicho fármaco y la administración de corticoides confirmó la causa de los síntomas.

Pediatría

Orales

0271

EVALUACIÓN DE HALLAZGOS ECOGRÁFICOS DE GLÁNDULAS SALIVARES MAYORES COMPATIBLES CON SÍNDROME DE SJÖGREN EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EDAD PEDIÁTRICA. ESTUDIO PRELIMINAR

GONZÁLEZ OSLER Valeria, CERVETTO Vanesa, BRUSCO Isabel, GALLO Daniela, LAJE Melisa, MARCANTONI María, NECUL Gabriela, LACAPRA Emilia, HERNÁNDEZ Rocío

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

INTRODUCCIÓN: En pediatría la incidencia de síndrome Sjögren (SS) secundario en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) está subestimada por la limitación en los métodos de diagnóstico y la variación de las manifestaciones clínicas, como una menor frecuencia de los síntomas sicca tradicionales, requiriendo métodos objetivos para el diagnóstico. Un método no invasivo para evaluar las glándulas salivales (GS) es la ecografía. Hasta el momento no existen en nuestro país estudios que la incorporen como método para diagnosticar el compromiso de GS y que asocien los resultados con otros criterios de clasificación.

OBJETIVO: Identificar alteraciones ecográficas de GS mayores consistentes con SS en una cohorte de pacientes con LES juvenil (LESj). Identificar con los hallazgos ecográficos, clínicos, oftalmológicos y de laboratorio los pacientes que cumplen criterios para SS y evaluar la incidencia de SSj en pacientes con LESj.

MÉTODOS: Estudio transversal, ambispectivo de pacientes con diagnóstico de LESj atendidos en la Sección de Reumatología del Hospital Elizalde desde el 1/2017 hasta el 5/2023. Se realizó ecografía de glándulas parótidas y submaxilares siguiendo un sistema de evaluación y puntuación consensuado por un grupo OMERACT o se obtuvo el informe de la historia clínica y se puntuó con el mismo sistema, Test Schirmer y tinción con Rosa de Bengala y un cuestionario clínico basado en el ESSPRI adaptado a la edad pediátrica. Se tomaron datos de interés de la historia clínica. Se evaluó si los pacientes cumplían con los criterios de clasificación de SS propuestos para la edad pediátrica por Bartunkova J, utilizando la ecografía para determinar el compromiso de GS. Se realizó estadística descriptiva variables (V) continuas media con SD, V categóricas (C) porcentaje IC 95%. Se comparó VC Test exacto Fischer. Estadístico SPSS.

RESULTADOS: Hasta la fecha a 18/20 pacientes se les realizó ecografía (ECO). 94.4% de sexo femenino, edad media de 14 años (2.4), duración media de enfermedad de 34.3 meses (44.3). 6/18 ECO (33,3%) presentaron hallazgos compatibles con SS. 6/6 con ECO compatible son de sexo femenino, edad media de 15,83 años, duración media de enfermedad de 47,5 meses. De las 6 ECO, 50% obtuvo score ecográfico de 2 y 50% de 3. Aquellos con score de 3 en parótidas presentaron igual compromiso de glándulas submaxilares. De los 6 ECO compatible, 83.3% presentó anticuerpo Anti-Ro positivo y 66.7% hiperinmunoglobulinemia. Ninguno presentó pruebas oftalmológicas positivas. El 66.6% refirió síntomas clínicos. De los 6 pacientes, 66.7% cumplió los criterios para SS. Un paciente cumplió criterios SS sin ECO compatible a 1 mes desde el diagnóstico de LES. Todos los pacientes con criterios SS refirieron algún síntoma en el cuestionario clínico. La incidencia de SS en nuestra población fue de 27.8%. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre los pacientes con criterios para SS y la ECO compatible SS (0.0217; p<0.05).

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	N = 18 (%/DE)
Edad, media	14 (2,4)
Sexo	
Femenino	17 (94,4)
Masculino	1 (5,6)
CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD	
Duración de la enfermedad, media en meses	36,07 (44,3)
Anti-dsDNA	11 (61,1)
Anti-Sm	11 (61,1)
Anti-RNP	7 (38,9)
Anti-Ro	12 (66,7)
Anti-La	3 (16,7)
FR	6 (33,3)
Hiperinmunoglobulinemia	13 (72,2)
ECOGRAFIA	
Parótidas	
Score ≤ 1	12 (66,7)
Score ≥ 2	6 (33,3)
Submaxilares	
Score ≤ 1	12 (66,7)
Score ≥ 2	3 (17,7)
No posee	3 (17,7)
CUESTIONARIO CLÍNICO	
Sequedad de ojos	5 (27,8)
Sequedad de boca	4 (22,2)
Fatiga	5 (27,8)
Dolor musculoesquelético	2 (11,1)
Necesidad de agua para tragar	0 (0)
Parotiditis recurrente	2 (11,1)

Tabla 1: Características demográficas.

PACIENTE	1	2	3	4	5	6	7
<i>Síntomas clínicos</i>							
1. Orales	NO	NO	NO	SI ^a	SI	SI	SI
2. Oculares	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI
3. Sistémicos	NO	NO	NO	SI ^b	NO	SI ^c	SI ^d
<i>4. Anomalías inmunológicas</i>							
Anti-SSA	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI
Anti-SSB	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO
FR	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO
<i>Otras anomalías de laboratorio o investigaciones adicionales</i>							
5. Inmunológicas (Hiperinmunoglobulinemia policlonal)	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI
6. Documentación objetiva de sequedad ocular (tinción con Rosa de Bengala o test de Schirmer)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
7. Documentación objetiva de compromiso de glándula parótida (Ecografía de glándulas salivales)	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
≥ 4 criterios	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI

Referencias: 1

^a Boca seca, ^b Parotiditis - ^c Fatiga - ^d Fatiga

Tabla 2: Criterios de clasificación Sjögren.

CONCLUSIÓN: Este estudio preliminar es el primero realizado en nuestro país que identifica la presencia de hallazgos ecográficos en GS compatibles con SSj y utiliza dicho método dentro de los criterios de clasificación de SSj en una cohorte de pacientes con LESj. Si bien es una cohorte pequeña, 33% de los pacientes presentó hallazgos ecográficos compatibles, similar a lo descrito en la bibliografía, y 66.7% de estos presentó criterios de clasificación para SS. Además, con la significativa relación entre la ecografía y los pacientes con criterios para SS, podríamos inferir que esta herramienta podría ser un recurso valioso para el diagnóstico de SS. Se requiere aumentar el tamaño muestral que permita ratificar los resultados hasta ahora obtenidos.

0307

SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL

OJEDA SILVA Ayelén, ÁLVAREZ Marcela Beatriz, GUERINI Lorena, ESPADA Graciela

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ

INTRODUCCIÓN: El síndrome de activación macrofágica (SAM) es una complicación potencialmente fatal, a pesar de que la artritis idiopática juvenil sistémica (AIJs) y el lupus eritematoso sistémico juvenil (LESj) tienen fisiopatogenia diferente, ambas pueden desarrollar este cuadro de hiperinflamación.

OBJETIVO: Comparar las características clínicas, de laboratorio, evolutivas y terapéuticas del SAM en pacientes con AIJs y LESj.

MÉTODOS: Se incluyeron pacientes con AIJs (ILAR 2001) y con LESj (ACR 1997) que presentaron SAM (período 2000-2023). Se compararon variables demográficas, clínicas, laboratorio, infecciones asociadas y tratamiento específico. Análisis estadístico: descriptivo. Chi-cuadrado. T-Test. SPSS 2019.

RESULTADOS: De nuestra cohorte de 391 pacientes (pts) en seguimiento, se detectaron que 20 pts de 139 AIJs desarrollaron 25 eventos SAM (18%) y 12 pts de 252 con LESj desarrollaron 13 eventos (5%). En ambos grupos se encontraron similitudes en la presentación clínica del SAM, dentro de las más frecuentes: fiebre (92 vs 77% p.19), rash (44 vs 69% p.18) y afectación renal aguda (28 vs 38% p.30). En el laboratorio, se detectaron citopenias en al menos dos series, especialmente plaquetopenia en AIJs (mediana plaquetas 102000/mm³ RIC: 63000-183000) y leucopenia en LESj (mediana GB 2652/mm³ RIC: 1875-11197.5). En ambos grupos se detectaron infecciones a predominio virales (VEB y CMV) al diagnóstico del SAM (44 VS 46% p.23). En relación al tratamiento, tanto AIJs como LESj fueron tratados con pulsos de metilprednisolona (80 vs 85% p.20) y GGEV (20 vs 38% p.16). La mortalidad fue elevada en ambas enfermedades (46 vs 25% p.13). Si bien no hubo una diferencia significativa, se observó que los pts con LESj presentaron mayor tendencia de SAM al debut (61 vs 32% p.09), requirieron cuidados intensivos (62 vs 36% p.18) y menor recurrencia del SAM (1 vs 3 pts p.64) comparado con AIJs. Con respecto a las diferencias halladas, los pts con LESj presentaron mayor edad al Dx (mediana 13 vs 4.79 años p.0001), con predominio del sexo femenino (92 vs 45% p.011), valores de ferritina más bajos (mediana 17000 vs 1979 p.007) y menor uso de ciclosporina (8 vs 68% p.005).

CONCLUSIÓN: En nuestra cohorte, la tasa de SAM en AIJs fue de 18% y del 5% en LESj. Si bien el SAM se presentó con manifestaciones clínicas y terapéuticas similares, los pts con LESj se diferenciaron por tener características demográficas propias de la enfermedad (edad y sexo) y valores de ferritina más bajos. La mortalidad fue elevada en ambos grupos con una tasa del 34%.

0310

SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. RELEVANCIA CLÍNICA Y EVOLUTIVA DE LOS ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS

ÁLVAREZ Marcela Beatriz, GUERINI Laura Lorena, MEIORIN Silvia Mónica, ESPADA Graciela

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ

INTRODUCCIÓN: Los anticuerpos antifosfolípidos (aFL) están presentes en 30 al 40% de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), sin embargo, no todos desarrollarán un síndrome antifosfolípido (SAF). Es importante evaluar la relevancia clínica y evolutiva de los aFL en LES juvenil (LESj).

OBJETIVO: Determinar la prevalencia, características clínicas y perfil de aFL en pacientes con LESj y SAF. Evaluar el fenotipo clínico y evolutivo de los aFL positivos en LESj.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional. Se incluyeron pacientes <18 años con LES (ACR1997), período 1990-2023. Se analizaron variables demográficas, clínicas, laboratorio, inmunológicas, daño orgánico (SLICC 1996) y terapéuticas. Se consideró aFL+ cuando anticardiolipina (ACL) y/o B2GP1 y/o anticoagulante lúpico (AL) es positivo en al menos 2 determinaciones separadas por 12 semanas (Sidney 2006). Se analizaron manifestaciones tromboticas (arterial/venosa y pérdida fetal) y no tromboticas (*livedo reticularis*, enfermedad neurológica y citopenias autoinmunes) asociadas a SAF. Análisis estadístico: descriptivo. Chi-cuadrado. T test. SPSS 15.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 268 pacientes (pts) con LES, 223 (83%) mujeres, edad mediana al Dx de LES: 13.4 años (RIC 10.9-14.8), mediana de tiempo de seguimiento: 3.9 años (RIC 2-6.2). Presentaron aFL, 99 pts (37%). La prevalencia de SAF secundario 8% (22 pts). Desarrollaron trombosis arterial 11 pts (50%) (ACV y vascular periférico), trombosis venosa 8 pts (36%) y pérdida fetal 3 pts (14%). La recurrencia trombotica fue 27% (6 pts). El perfil de aFL fue: ACL 77% (IgG: 16 IgM: 5), B2GP1 54% (IgG: 11 IgM: 4) y AL 50% (11 pts). Todos recibieron aspirina, anticoagulación e inmunosupresión. Se compararon a los pacientes con y sin aFL. Los seropositivos presentaron manifestaciones no tromboticas: *livedo reticularis* (21 vs 3.6%; p. 0001) y neurológicas (28 vs. 15%; p.02) (más frecuente alteración cognitiva). En la evolución presentaron más recaídas (70 vs 52%; p.003), daño orgánico (43% vs 30%; p.02) y acumularon dosis mayores de corticoides (mediana 21±14.1 g. vs 15.3 ±11.2 g.; p.01). No hubo diferencias en la mortalidad entre ambos grupos.

CONCLUSIÓN: La prevalencia de SAF secundario en LESj fue del 8% caracterizado por trombosis arterial y venosa principalmente, con recurrencia del 27%. Los pacientes con LESj y aFL+ presentaron más *livedo reticularis* y compromiso de SNC, con un curso de enfermedad caracterizado por recaídas, daño orgánico y mayor dosis acumulada de corticoides a la última consulta.

DESARROLLO DE COMPLICACIONES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y COVID-19. REGISTRO ARGENTINO SAR-COVID PEDIÁTRICO

ÁLVAREZ Marcela Beatriz¹, FABI Mariana², FRANCO Lorena³, GUERINI Laura Lorena¹, HORTAS María², RAMA María Elena⁴, GALINDO Susana⁵, ESPADA Graciela¹, FARFAN Javier Maximiliano⁶, TORRE WALSH Carolina⁷

¹HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ, ²HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA DE LA PLATA, ³HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL DE CÓRDOBA, ⁴HOSPITAL DE NIÑOS LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA, ⁵HOSPITAL DE NIÑOS JESÚS DE TUCUMÁN, ⁶HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA, ⁷HOSPITAL ZONAL RAMÓN CARRILLO BARILOCHE

INTRODUCCIÓN: La infección por SARS CoV-2 en niños sanos es paucisintomática. Sin embargo, en los grupos de riesgo, como niños con enfermedad reumática (ER) y/o inmunomediada (IM), se puede observar el desarrollo de complicaciones. Su identificación permitirá crear estrategias de prevención en estos pacientes.

OBJETIVO: Describir las características de la infección por SARS-CoV-2 y sus complicaciones en niños y adolescentes con ER y/o IM.

MÉTODOS: Estudio multicéntrico, observacional, analítico, de cohorte ambispectivo (período 2020-2022). Se incluyeron pacientes <18 años con diagnóstico de ER y/o IM y COVID-19 confirmado por RT-PCR, test rápido antígeno-anticuerpo y/o IgM/IgG. Se determinaron datos demográficos, clínicos, laboratorio, complicaciones (recaída de la ER y/o IM y relacionadas a COVID-19), tratamiento y estado de vacunación. Análisis estadístico: descriptivo, chi-cuadrado. T-Test. SPSS19.0

RESULTADOS: Se incluyeron 116 pacientes (pts), 86 mujeres (74%), edad mediana: 11,8 años (RIC:7,7-14,8). Las ER prevalentes: 53 AIJ (46%), 17 lupus (15%), 12 dermatomiositis (10%) y 11 autoinflamatorias (9%). Presentaron síntomas 85 pts (73%): 63 fiebre (74%), 40 odinofagia (47%) y 28 tos (33%). Desarrollaron complicaciones 31 pts (27%) que fueron: recaída de la ER (12 pts, 39%), citopenias (6 pts, 19%), coagulopatía (4 pts,13%) y neumonía por COVID-19 (4 pts, 13%). Fueron hospitalizados 14 pts (45%). Evolucionaron gravemente 4 pts (13%): 2 síndrome de activación macrófagica, 1 síndrome inflamatorio multisistémico pos-COVID (ingreso a UTI) y 1 neumonía bilateral con miocarditis severa. Requirieron aumentar la dosis de esteroides 16 pts (51%). Todos se recuperaron, no hubo fallecidos. Tenían un esquema completo de vacunación 18 pts (58%). Al menos una complicación se asoció a la presencia al Dx de tos (39 vs 19% p.048) y comorbilidades previas (obesidad más frecuente) (32 vs 10%; p.009), tener AIJ sistémica (16 vs 2%; p.014) y enfermedad autoinflamatoria (29 vs 2%; p.0001), tratamiento por su ER con ciclofosfamida (13 vs 1%; p.02) y corticoides (48 vs 27%; p.04)

CONCLUSIÓN: El 27% de la cohorte desarrolló complicaciones relacionadas a la COVID-19 o reanudación de la ER y/o IM. Debemos optimizar la inmunización en todos los pacientes con mayor énfasis en las enfermedades sistémicas, como la AIJs y enfermedades autoinflamatorias, mediadas por inmunidad innata y en pacientes con comorbilidades previas, tratados con ciclofosfamida y dosis moderadas/altas de corticoides.

Posters

COMPROMISO GASTROINTESTINAL EN PACIENTES CON VASCULITIS IgA EN UN CENTRO PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD

HORTAS María, MONTECUCO Micaela, FABI Mariana, LARROULET Romina, MASTRI Viviana

HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS ESPECIALIZADO EN PEDIATRÍA, SOR MARÍA LUDOVICA, LA PLATA

INTRODUCCIÓN: La vasculitis por IgA (IgAV) es la vasculitis sistémica más frecuente de la infancia, que afecta a niños de entre 3 y 15 años. Es una vasculitis leucocitoclástica de pequeño vaso, autolimitada que compromete con mayor frecuencia piel, articulaciones, tracto gastrointestinal y riñones. Las manifestaciones gastrointestinales ocurren en 50-75% según las series publicadas. La mayoría son leves, sin embargo pueden ocurrir complicaciones severas.

OBJETIVO: Primario: describir frecuencia y características del compromiso gastrointestinal en pacientes con IgAV evaluados en Reumatología en los últimos 11 años. Secundarios: determinar existencia de factores asociados a compromiso gastrointestinal; describir características sociodemográficas y frecuencia de otros compromisos en esta cohorte.

MÉTODOS: Estudio observacional, analítico, retrospectivo, de corte transversal por revisión de historias clínicas de niños con IgAV atendidos en forma consecutiva en Reumatología desde 1/2012 hasta 1/2023, incluyendo pacientes >2 años que cumplieran criterios de clasificación EULAR/PRINTO/PRESS 2008. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos. El compromiso gastrointestinal se definió como dolor, vómitos, diarrea, hematemesis y hemorragia digestiva baja. Las complicaciones evaluadas fueron invaginación, perforación intestinal y apendicitis.

Compromiso Cutáneo	239 (100%)
Compromiso Gastrointestinal	82 (34%)
Compromiso Articular	109 (45%)
Compromiso Renal	62 (26%)
Hematuria	62 (26%)
Proteinuria	21(9%)
Hipertensión	3(1%)
Otros Compromisos	
Testicular	6 (5.3%)
SNC	1 (0.4%)
Pulmonar	1(0.4%)

Tabla 1: Manifestaciones clínicas en pacientes con IgAV n=239 (%).

Compromiso Gastrointestinal 82 (34%)	
Dolor Abdominal	79 (96%)
Vómitos	21 (26%)
Hemorragia digestiva alta	19 (23%)
Hematemesis	7 (8.5%)
Diarrea	7 (8.5%)
Complicaciones	35 (43%)
Invaginación	6 (7%)
Cirugía	5 (6%)
Perforación	3 (4%)
Apendicitis	2 (2.4%)

Tabla 2: Manifestaciones y complicaciones gastrointestinales n=82 (%).

RESULTADOS: Se incluyeron 239 pacientes, con edad media de 7 años, 54% mujeres. La mayoría en otoño. Todos presentaron compromiso cutáneo, 46% musculoesquelético y 26% renal (Tabla 1). El 34% (n=82) presentó compromiso gastrointestinal. Lo más frecuente fue dolor abdominal (96%) seguido de vómitos (26%), hemorragia digestiva baja, (23%), hematemesis (8.5%) y diarrea (8.5%). 9/82 presentaron complicaciones: apendicitis 4%, invaginación 7% y perforación 4% (Tabla 2). El 74% requirió internación, 71% recibió corticoides, 40% AINES y otras drogas 10%. 5/82 requirieron cirugía, 2 por apendicitis y 3 con perforación intestinal que requirieron ostomía. Para el compromiso gastrointestinal se observó asociación significativa entre la localización y la leucocitosis ($p<0.001$ y $p=0.001$, respectivamente). En el análisis de regresión logística multivariable, los que tuvieron leucocitosis duplicaron las chances de este compromiso y los que tuvieron localización generalizada las quintuplicaron.

CONCLUSIÓN: En nuestra cohorte el compromiso gastrointestinal fue 34%, menor a lo reportado en la literatura (60-75%). La perforación, complicación muy infrecuente en IgAV, se presentó en un 4%. Al investigar factores asociados a compromiso gastrointestinal, encontramos asociación significativa con leucocitosis, hematuria y compromiso cutáneo generalizado. En nuestro trabajo, tanto el compromiso gastrointestinal como el renal fue menos frecuente que en otras series publicadas.

0141

FIBRODISPLASIA OSIFICANTE PROGRESIVA EN HERMANAS GEMELAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

MONTECUCO Micaela, HORTAS María, LARROULET Romina, MASTRI Viviana, FABI Mariana

HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS ESPECIALIZADO EN PEDIATRÍA, SOR MARÍA LUDOVICA, LA PLATA

PRESENTACIÓN DEL CASO: La fibrodisplasia osificante progresiva (FOP) es un trastorno hereditario, autosómico dominante, raro del tejido conectivo con una incidencia de 0.6 a 1.3 por millón, caracterizada por osificación heterotópica progresiva (HO). Se puede diagnosticar desde el nacimiento por malformación congénita del *hallux* o durante la primera década de la vida por los brotes inflamatorios en tejido conectivo. El 97% de los casos (esporádicos y familiares) tienen una mutación en el receptor de activina IA (ACVR1), receptor tipo I de proteína morfogenética ósea. La HO es episódica, pero genera discapacidad progresiva por compromiso de grandes articulaciones y síndrome de insuficiencia torácica. Aún no existe tratamiento que evite la progresión de esta enfermedad. Existen pocos reportes publicados de agrupación familiar en FOP y son aún más escasos en gemelos, por lo que a continuación presentamos el caso clínico de dos hermanas gemelas de 11 años FOP. Este es el caso de 2 hermanas gemelas argentinas de 11 años (caso 1 y 2) sin antecedentes familiares de FOP, derivadas al Servicio de Reumatología en abril de 2021 por limitación de la apertura bucal y tumoraciones óseas de 2 años de evolución.

CASO 1: Inició a los 7 años con limitación de la apertura bucal y tumoraciones dolorosas sobre la columna. Al examen físico en la primera consulta en Reumatología presentaba bajo peso, compromiso cognitivo, limitación de la articulación temporomandibular con una apertura menor a 1 cm, tumoraciones dolorosas en topografía cervical, dorsal y lumbar, con severa limitación a la flexo-extensión cervical, expansión torácica de 1 cm y columna lumbar fija. *Hallux* corto bilateral. Durante el seguimiento se constató hipoacusia conductiva por fusión de huesos del oído interno. Espirometría con patrón restrictivo.

CASO 2: Se inició estudio por sospecha diagnóstica de su hermana y se constató al examen físico bajo peso y compromiso cognitivo, tumoración en región interna de brazo izquierdo y *hallux* corto bilateral. Audiometría con hipoacusia. Se realizó estudio genético de ambas y se comprobó heterocigosis para la variante ACVR1 c.617G>A, p. (Arg 206 His) confirmando diagnóstico de FOP. Recibieron profilaxis con AINES y corticoides ante eventos traumáticos y durante los brotes inflamatorios, pero teniendo en cuenta la progresión se iniciaron infusiones con pamidronato endovenoso.

DISCUSIÓN: El diagnóstico de FOP es esencialmente clínico y radiológico, y puede confirmarse por un estudio de secuenciación genética. Puede haber manifestaciones desde el período neonatal, pero es durante la primera década que la osificación heterotópica progresa con un patrón secuencial y de forma episódica, comprometiendo musculatura estriada, fascias, tendones y ligamentos generando daño acumulado que condiciona la limitación de grandes articulaciones. El manejo de estos pacientes es un desafío teniendo en cuenta que no existe un tratamiento que evite la progresión, por lo que es importante un seguimiento multidisciplinario para mejorar la calidad de vida y evitar un curso más severo de la enfermedad. En gemelos idénticos, a pesar de compartir la misma mutación, su fenotipo y progresión clínica es distinta. Podríamos inferir que la osificación heterotópica posnatal varía ampliamente dependiendo de la historia de vida y la exposición medioambiental, como en el caso de nuestras pacientes.

0159

EFFECTIVIDAD DE TOCILIZUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

MANRIQUE Janet, VASCONCELLOS Luciana, PUENTES María Emilia, PORTIGLIATTI Juan Pablo, BERTINOTTI María Cecilia, VILLARREAL María Giselle, KATSICAS María Martha

HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

INTRODUCCIÓN: La artritis idiopática juvenil sistémica (AIJs) es el subtipo más grave de esta enfermedad. La IL-6 desempeña un papel central en la patogenia y sus niveles se correlacionan con la gravedad de la afectación articular. Los ensayos controlados demostraron que el tratamiento con tocilizumab es efectivo para la AIJs.

OBJETIVO: Evaluar la efectividad del tratamiento con tocilizumab subcutáneo (SC) en niños con AIJs en la vida real; comparar la efectividad de tocilizumab endovenoso (EV) versus SC; evaluar la persistencia de efectividad ante el cambio de EV a SC.

MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo, con recolección de datos prospectivos. Se incluyeron pacientes con AIJs (criterios ILAR) de un hospital de tercer nivel, entre 2009 y 2023, que recibieron tratamiento ininterrumpido con tocilizumab. Se analizaron variables demográficas, clínicas, bioquímicas, escalas visuales análogas (paciente y médico), capacidad funcional (CHAQ), uso previo de otros biológicos, corticoides y/o metotrexato. La efectividad se evaluó mediante presencia de inactividad (criterios de Wallace), JADAS-10 y JADAS-s. Las variables se analizaron al inicio y dentro de los 6 meses de tratamiento. Se realizó estadística descriptiva, prueba T student, Wilcoxon y chi-cuadrado.

RESULTADOS: De una cohorte de 56 pacientes se incluyeron 26 (11 SC y 15 EV). La mediana de edad de inicio de síntomas para SC fue de 4.58 años (rango 2-14) vs EV 3.58 (2-10), edad al diagnóstico 5.08 años, (2-14) vs 4.25 (2-10). Los pacientes que realizaron tratamientos previos fueron 7, 2 SC recibieron anti-IL-1, y 5 con EV recibieron anti-TNF y anti-IL-1. En la Tabla se detallan las variables clínicas, bioquímicas y medidas de resultados de efectividad de tocilizumab SC. En la Figura se muestra la comparación de efectividad entre tocilizumab EV vs SC en 6 meses. En la cohorte de pacientes SC, 3 (27%) habían recibido EV manteniendo la efectividad a lo largo del estudio.

CONCLUSIÓN: Los datos evidencian efectividad en la terapéutica con tocilizumab en nuestra cohorte de pacientes con AIJs en la vida real. El tocilizumab SC mostró efectividad similar a los 6 meses comparado con el EV en nuestra serie. Los pacientes que rotaron la vía de administración (EV a SC) mantuvieron efectividad.

	Basal	A los 6 meses	p
Articulaciones activas (mediana, rango)	4, 0-52	0, 0-38	0,009
Articulaciones limitadas (mediana, rango)	5, 0-52	1, 0-14	0,291
VAS medico (mediana, rango)	2,5, 0-8	0,5, 0-7	0,0169
Vas dolor (mediana, rango)	0, 0-5	0, 0-4,5	0,083
VAS paciente (mediana, rango)	0,5, 0-7	0, 0-4,5	0,047
CHAQ >0.5 (N- %)	4 - (36%)	3 (27%)	0,340
VSG mm/h (mediana-rango)	18, 2-110	3, 1-18	<0,0001
PCR mg/L (mediana-rango)	8, 0,6-102	0,6, 0,6-1,4	<0,0001
JADAS 10 (mediana-rango)	14, 0-30,8	1, 0-20	0,0051
JADAS 5 (mediana-rango)	15, 0-31,8	1, 0-20	0,0109

Tabla 1: Efectividad de tocilizumab subcutáneo.

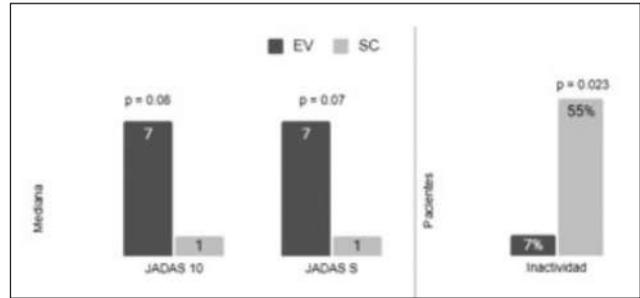


Figura 1: Efectividad de tocilizumab subcutáneo.

TRAYECTORIAS TERAPÉUTICAS SEGÚN SUBTIPO DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN UNA COHORTE DE PACIENTES BAJO MEDICACIÓN BIOLÓGICA

CARDOZO Luz, MEIORIN Silvia Mónica, BARZOLA Laura, ESPADA Graciela

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ

INTRODUCCIÓN: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática más frecuente en la infancia. Para inducir su remisión, el abordaje terapéutico incluye drogas modificadoras de enfermedad (DAM) convencionales y biológicas, especialmente introducidas durante la ventana de oportunidad. Si bien existen guías y recomendaciones de tratamiento, los patrones de prescripción pueden variar de acuerdo a aprobaciones y acceso a medicación en las diferentes áreas.

OBJETIVO: Evaluar las secuencias terapéuticas y causas de discontinuación en niños tratados con agentes biológicos de acuerdo a categoría de AIJ. **MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, revisión de historias clínicas de pacientes con AIJ (Ilar'01), seguidos durante el período 2000-2023. Se analizaron variables demográficas, categorías de AIJ, y prescripción de DAM convencionales, biológicas y combinaciones: tipo, indicación, tiempo de exposición, secuencias y causas de discontinuación, analizadas según subtipo de AIJ. Análisis estadístico: descriptivo. SPSS 20.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 126 pacientes (ptes), 85 mujeres (67.4%), edad mediana al Dx 7.6 años (RIC 3.3-11.5) y tiempo mediano de seguimiento 8.2 años (RIC 4.7-11.1). Distribución de categorías AIJ (n, %): sistémica 44 (34.9), poli: Fr+ 24 (19) y Fr- 26(20.6), oligo: persistente 14(11.1) y extendida 8 (6.3),y ERA 9 (7.1). En la cohorte, excepto 2 pacientes, todos iniciaron tratamiento con DAM convencionales, siendo la frecuencia (n, %): metotrexato 124 (98), ciclosporina 21 (16.7) y sulfasalazina 15 (12). Durante la evolución, 40 pacientes (31,7%) recibieron combinación de 2 DAM (combo prevalente metotrexato-sulfasalazina). Tiempo mediano exposición a DAMc 2.5 años (RIC 1,1-5.5). Ningún paciente alcanzó inactividad bajo DAMc, por ello iniciaron terapia biológica. Las principales indicaciones fueron: artritis, manifestaciones sistémicas y uveítis en 85 (67.4%), 18 (14.2%)y 3 pacientes (2.3%), respectivamente. Prevalencia drogas biológicas indicadas (n, %): inhibidores-TNF 106 (84.1); más frecuente etanercept 62.2%), IL-6 35 (27.7%), IL-1 3 (2.4) y abatacept 8 (6.3); 34.1% (43 ptes) de cohorte recibió ≥2 cursos. El tiempo mediano de exposición a biológicos fue 2.9 años (RIC 1.5-4). Se identificaron 47 secuencias de prescripciones (> metotrexato+etanercept). Prevalencia discontinuación terapias biológicas 74/126 ptes (59%), debido a ineficacia 23.8% (n=30), alcance remisión 21.4%(n=27), intolerancia y dificultad acceso: ambas 8.1% (n=6). Ver tablas prescripciones y causas discontinuación según categoría AIJ.

	OLIGO PERISTENTE N=14	OLIGO EXTENDIDA N=8 n (%)	POLI RF - N=26 n (%)	POLI RF + N=22 n (%)	ERA N=10 n (%)	AIJ SISTEMICA N=44 n (%)	Total N= 126
DAMc							
1	12 (86)	2 (14)	26 (100)	21 (95)	7 (55)	21 (17)	83 (66)
≥2	2 (14)	6 (42)	6 (46)	1 (2)	3 (24)	22 (17)	42 (33)
Tipos							
Metotrexato	14 (100)	8 (83)	26 (100)	24 (100)	10 (100)	42 (100)	124 (98)
Ciclosporina	1 (7)	1 (13)	1 (4)	1 (5)	0	12 (10)	21 (16)
Sulfasalazina	0	4 (50)	4 (15)	2 (9)	3 (24)	2 (1)	16 (12)
Otros	0	0	1 (4)	0	0	4	5 (3)
DAMb							
1	9 (71)	1 (13)	17 (100)	21 (96)	9 (71)	26 (29)	83 (66)
2	4 (29)	4 (50)	6 (46)	1 (5)	1 (10)	11 (12)	27 (21)
Tipos							
Anti TNF	13 (100)	8 (83)	24 (100)	22 (100)	10 (100)	31 (34)	118 (92)
Anti IL 6	1 (7)	2 (25)	6 (46)	3 (14)	0	28 (29)	37 (29)
Abatacept	1 (7)	1 (13)	3 (23)	2 (9)	0	1 (1)	8 (6)
Anti IL 1	0	0	0	0	0	3 (3)	3 (2)

Tabla 1: Resumen de prescripciones de DAM convencionales y biológicas (n, %).

	SISTEMICA N=44	POLIARTICULAR		OLIGO N=22	ERA N=10	Total N=74
		RF + N=22	RF - N=26			
Remisión	9 (21)	4 (18)	6 (23)	4 (18)	2 (20)	26 (35)
Ineficacia	11 (25)	6 (27)	5 (19)	7 (32)	2 (20)	31 (41)
Efectos adversos	3 (7)	1 (5)	1 (4)	1 (5)	0	6 (8)
Falta de acceso	3 (7)	0	3 (11)	0	0	6 (8)
Otros	1 (2)	4 (18)	0	0	1 (10)	6 (8)

Tabla 1: Frecuencia y causas de discontinuación de b-DAM según categoría de AIJ (n, %).

CONCLUSIÓN: De nuestra cohorte de pacientes con AIJ bajo biológicos, se identificaron 47 secuencias de prescripciones, variables de acuerdo a la categoría de AIJ. El 98% comenzó tratamiento con DAM convencionales, más frecuentemente metotrexato, y 1/3 recibió terapia combinada. Las drogas biológicas más utilizadas fueron anti-TNF, y 34% recibió ≥ 2 cursos. Ineficacia y alcance de remisión fueron las principales razones de discontinuación.

0179

ENFERMEDAD PULMONAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA

VILLARREAL María Giselle, VASCONCELLOS Luciana, PUENTES María Emilia, PORTIGLIATTI Juan Pablo, MANRIQUE Janet, BERTINOTTI María Cecilia, KATSICAS María Martha

HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

INTRODUCCIÓN: La artritis idiopática juvenil sistémica (AIJs) es considerada dentro de las enfermedades autoinflamatorias. En los últimos años se evidenció enfermedad pulmonar (EP) en un subgrupo de pacientes con AIJs. A la fecha, se desconoce la etiopatogenia y los factores predictivos.

OBJETIVO: Describir la frecuencia de EP en pacientes con AIJ, comparar pacientes con AIJs con y sin EP, y evaluar variables predictivas para el desarrollo de EP.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo con recolección de datos prospectiva. Se incluyeron pacientes con AIJs que cumplieron criterios ILAR, con al menos una tomografía computada de alta resolución (TCAR) de pulmón. Se analizaron variables demográficas, clínicas y bioquímicas, medidas de resultado (sJADAS y JADI), síndrome de activación macrofágica (SAM), tratamientos biológicos recibidos (anti IL-1/anti IL-6) y eventos adversos (EA). Los mismos se recolectaron en 2 tiempos (diagnóstico y al momento de la TCAR). EP se definió como sospecha basada en hallazgos del examen clínico (taquipnea, tos o hipocratismo digital) y/o anomalías en la imagen de tórax (Erkens et al. Rheum Dis Clin N Am 2021;47). El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva, test de asociación y modelos de regresión para las variables predictivas.

RESULTADOS: 18 pacientes (12 M) cumplieron criterios de inclusión, mediana de edad al diagnóstico 5.2 años (rango: 2.2 a 15.6), mediana de seguimiento 4.7 años. Las variables clínicas y medidas de actividad analizadas en los 2 tiempos se describen en la Tabla 1. El 72% recibieron agentes biológicos, 3 presentaron EA (anafilaxia, hepatitis, local en sitio de punción). Seis pacientes tuvieron SAM. La EP se presentó en 10 (55%) pacientes, ninguno tuvo síntomas pulmonares. Los hallazgos de la TCAR se describen en la Tabla 2. En el análisis comparativo entre pacientes con y sin EP: adenomegalias (5 vs 1; $p=0.04$), linfoproliferación (hepatoesplenomegalia y adenomegalias) (9 vs 1; $p=0.0037$) y valor de hemoglobina (9.2 vs 10.1 mg/dl; $p=0.045$) al inicio de la enfermedad mostraron diferencias significativas. La edad al diagnóstico mostró tendencia predictiva para desarrollo de EP (4.9 vs 7.03 años; $p=0.05$).

	Tiempo Diagnóstico	Tiempo TCAR
Artritis*	100	66
Fiebre*	89	22
Rash*	55	11
Linfoproliferación*	55	5
Adenomegalias*	33	5
Hepatomegalia*	11	0
Esplenomegalia*	17	0
Serositis*	5	5
sJADAS**	25 (16.5-37)	19 (0-37)
JADI**	-	0 (0-47)

*% **mediana (rango)

Tabla 1: Variables clínicas y medidas de la actividad.

Lesión	%
Nódulos/Nodulillos	60
Engrosamiento parenquimatoso	50
Engrosamiento septal	20
Engrosamiento de la pared bronquial	10
Opacidad en vidrio esmerilado	10
Opacidad en árbol en brote	10

Tabla 2: Hallazgos TCAR de pulmón.

CONCLUSIÓN: La EP en nuestra cohorte demostró una elevada prevalencia. Los pacientes con EP presentaron al debut variables relacionadas con inflamación (linfoproliferación y niveles de hemoglobina) y menor edad, lo que nos plantea si se trataría de un subgrupo diferente de pacientes con AIJs o una entidad autoinflamatoria nueva.

0185

SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA (VKH) EN UNA COHORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS: FORMAS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA, CURSO Y PRONÓSTICO OCULAR

SHARRUF Agustina, MEIORIN Silvia Mónica, TARTARA Alejandra, ESPADA Graciela
HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ

INTRODUCCIÓN: VKH es una enfermedad autoinmune que se manifiesta como panuveítis granulomatosa, asociada a compromiso de SNC, auditivo y/o tegumentario. El curso ocular es variable, desde actividad limitada hasta episodios recurrentes de inflamación severa con desarrollo de secuelas y deterioro visual. El abordaje terapéutico incluye esteroides sistémicos, y drogas inmunosupresoras en casos crónicos y refractarios. La prevalencia de VKH es baja en etapa pediátrica, pero la enfermedad ocular experimenta un curso más agresivo y con complicaciones.

OBJETIVO: Describir el fenotipo clínico prevalente y el compromiso ocular en una cohorte de VKH pediátrico; evaluar respuesta terapéutica.

MÉTODOS: Estudio observacional, revisión de historias clínicas de pacientes (ptes) con VKH <16 años, seguidos por Reumatología y Oftalmología (período 2000-2023). Diagnóstico Criterios Read '01, clasificación fenotipo completo, incompleto o probable (afectación ocular exclusiva). Se evaluaron variables demográficas, manifestaciones extraoculares, compromiso ocular mediante: biomicroscopía (grado de actividad por SUN- *Standardization of uveitis Nomenclature-Working Group*), fondo de ojo, presión ocular, agudeza visual y complicaciones (catarata, glaucoma), y variables terapéuticas; al diagnóstico, meses 3 y 12 pos-inicio tratamiento y a última consulta. Curso ocular: monocíclico, crónico o recurrente (número recaídas).

Refractariedad: ausencia de respuesta a corticoides luego de 3 semanas y que requiera DAM convencionales y/o biológicas. Análisis estadístico descriptivo. SPSS 20.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 15 ptes con VKH, 11 mujeres (73.33%), edad mediana Dx 10.3 años (RIC 7,4-13,2) y tiempo mediano de seguimiento 3,5 años (RIC 1,7-5). 53.3% de ptes presentaron fenotipo probable de enfermedad (n=8), y el resto forma incompleta (7 ptes, 46.6%), con cefaleas (n=4, 26,6%), tinnitus (n=3, 20%) y vitiligo (n=2, 13,33%) como manifestaciones sistémicas. Si bien la mayoría consultó por signos y síntomas oculares agudos como pérdida AV (n=13, 86,6%), ojo rojo (n=12, 80%) y dolor (n=9, 60%), el 60% (9/15) ya presentaban secuelas al Dx: sinequias (n=1, 11,1%), cataratas (n=7, 77,7%) y glaucoma (n=1, 11,1%). Evaluación ocular (Tabla). El curso de la enfermedad fue recurrente en 11 ptes (73,3%), con recaídas X 2.7 (±DS 1,7); crónico n=3 (20%) y monocíclico (n=1, 6,6%). Todos recibieron corticoides locales y 93.3% ptes (n=14) sistémicos. Por refractariedad al tratamiento inicial se introdujo como metotrexato en 14 ptes y en 1 niña ciclosporina. Ante la falta de eficacia, se incorporó azatioprina en 3 ptes y en 12 jóvenes (80%) terapia biológica anti TNF, adalimumab en 10 pts (83.3%) e infliximab en otros 2. Dos ptes requirieron switch biológico por falta de eficacia (otro anti-TNF o rituximab). A la última consulta, 11 ptes sostuvieron enfermedad ocular inactiva (bajo biológicos 66.6%). Cuatro ptes aún persistían activos (26,6%).

	Basal	3 meses	12 meses	Ultima consulta
Baja Visión(<0,3) (n,%)	8 (53,3)	5 (33,3)	4 (26,6)	5 (33,3)
Grado de Actividad (mediana,RIC)	2,0 (0,5-3,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,0(0,0-1,0)	0,0 (0,0-0,5)
Desprendimiento de retina seroso (n,%)	8 (53,33)	2(13,33)	1 (6,66%)	-
Coroiditis (n,%)	2 (13,33)	-	-	2 (13,33)
Vitritis (n,%)	2 (13,3)	8 (53,3)	5 (33,3)	5 (33,3)
PIO (mediana, RIC)	13,0 (10-13)	18,0 (12,5-24)	18,0 (16-20)	15,0 (12-18,5)

Tabla: Evaluación ocular.

CONCLUSIÓN: De nuestra cohorte de pacientes con VKH pediátrico, el compromiso ocular exclusivo fue el fenotipo prevalente. 2/3 ptes exhibieron un curso recurrente de enfermedad ocular. A la última consulta, 33,3% de ptes presentaban baja visión (principalmente secundaria a cataratas). Luego de 3.5 años seguimiento, 73% de ptes se encontraban inactivos, en su mayoría bajo terapia biológica.

0191

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS SECUENCIALES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

PORTIGLIATTI Juan Pablo, VASCONCELLOS Luciana, VILLARREAL María Giselle, BERTINOTTI María Cecilia, MANRIQUE Janet, PUENTES María Emilia, KATSICAS María Martha

HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

INTRODUCCIÓN: En los últimos años se han incorporado medicamentos conocidos como “biológicos” que han permitido mejorar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de artritis idiopática juvenil (AIJ) e incluso alcanzar la remisión. A la fecha no existen estrategias secuenciales de tratamiento publicadas que demuestren efectividad cuando la respuesta al primer agente biológico no es la esperada.

OBJETIVO: Evaluar estrategias de tratamientos biológicos secuenciales en una cohorte de pacientes con diagnóstico de AIJ en un hospital de tercer nivel.

Variables	Población (n= 44).
Género. *	Femenino. 68.18 (30)
	Masculino. 31.82 (14)
Cobertura. *	79.55 (35)
Edad al inicio de síntomas. **	6 (1-14)
Edad al diagnóstico. **	7 (2-16)
Clasificación. *	Poliarticular FR (-). 52.27 (23)
	ERA. 27.27 (12)
	Poliarticular FR (+). 9.09 (4)
	Oligoarticular extendida. 9.09 (4)
	Inclasificable. 2.27 (1)
Articulaciones activas. **	6 (0-56)
VSG. **	29 (2-120)
PCR. **	4.76 (0-80)
JADAS-10. **	17.6 (3-68)
JADAS-3. **	14.5 (1.5-26)
Primer tratamiento. *	MTX. 95.45 (42)
	CTC. 2.27 (1)
	Biológico. 2.27 (1)
Primer tratamiento biológico. *	Etanercept. 81.8 (36)
	Adalimumab. 18.18 (6)
Tiempo desde el diagnóstico al inicio del tratamiento biológico. **	9.1 (1-69.8)
Motivo de indicación de tratamiento biológico. *	Compromiso articular. 97.73 (43)
	Compromiso articular y oftalmológico. 2.27 (1)

*% (n) - **Mediana (Rango).
FR: Factor reumatoideo - ERA: Artritis relacionada con Entesitis -
VSG: Eritrosedimentación - PCR: Proteína C Reactiva -
JADAS: Juvenile Disease Activity Score - MTX: Metotrexate - CTC: Corticoide.

Tabla 1: Variables demográficas, bioquímicas, clínicas y de tratamiento al diagnóstico.

Variables	Biológico 1 (ETA) T2 (n= 6).	Biológico 2 (ADA) T2 (n= 6).	P
AA	7.5	2	0.05
VSG	18	10	0.47
PCR	0	0.66	0.01
JADAS 10	12.5	4	0.036
JADAS 3	11.75	2.75	0.026

ETA: Etanercept - ADA: Adalimumab - T2: Tiempo 2 -
AA: articulaciones activas - VSG: Eritrosedimentación -
PCR: Proteína C Reactiva - JADAS: Juvenile Disease Activity Score.

Tabla 2: Variables de actividad y efectividad en pacientes con indicación de estrategias secuenciales de tratamiento.

MÉTODOS: Trabajo observacional y retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AIJ no sistémica (criterios ILAR) que iniciaron tratamiento biológico entre 2011 y 2022. Se excluyeron pacientes con otras comorbilidades y aquellos que no completaron 6 meses de tratamiento biológico. Se evaluaron variables demográficas, bioquímicas, clínicas y de tratamiento. Se recolectaron las siguientes medidas de resultados: número de articulaciones activas (AA), JADAS (*Juvenile Arthritis Disease Activity Score*), proteína C reactiva (PCR), eritrosedimentación (VSG), remisión según criterios de Wallace, con y sin tratamiento, y recaída. Para el primer biológico, el análisis se realizó en tiempo 0 (diagnóstico), tiempo 1 (inicio del primer biológico) y tiempo 2 (6 meses de tratamiento). Para aquellos pacientes que recibieron tratamiento secuencial (biológico 2) en tiempo 1 (inicio del segundo tratamiento) y tiempo 2 (6 meses). Análisis estadístico: estadística descriptiva, prueba de Mann-Whitney, prueba T de Student.

RESULTADOS: De 75 pacientes, 44 (58.7%) cumplían con los criterios de inclusión. En la Tabla 1 se incluyen las variables demográficas, bioquímicas, clínicas y de tratamiento al diagnóstico. La secuenciación se realizó en 6 (13.6%). Los motivos fueron falta de respuesta (66.7%) y respuesta parcial (33.3%). Todos los pacientes que recibieron tratamiento secuencial lo hicieron de etanercept a adalimumab. En la Tabla 2 se describen las variables de actividad en el tiempo 2 con el 1° y el 2° biológico. También se describe la efectividad con JADAS 10 y JADAS 3.

CONCLUSIÓN: En nuestra cohorte, el 13.6% recibió una estrategia secuencial entre anti-TNF debido a que la respuesta no fue la esperada. Al evaluar la efectividad, se observó una diferencia estadísticamente significativa al segundo tratamiento con respecto al primero a los 6 meses de iniciado. Deberán realizarse estudios clínicos multicéntricos para establecer la efectividad de estrategias secuenciales en la vida real.

0228

¿ES FIEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR SI NO TIENE FIEBRE?

ETCHEVERRY Mayra, VELASCO HERNÁNDEZ Patricia Tatiana, ABALO Alejandra Inés, PAPAGNO María Julia, BETANCUR Graciela, ARGUELLO Sabrina Martha, LLARENS Agostina, MARTÍNEZ Soledad, PEIRANO Lucía, ESTÉVEZ Adrián

HOSPITAL EL CRUCE

PRESENTACIÓN DEL CASO: Femenina de 20 años concurre al consultorio de Reumatología transición, con antecedentes personales de esplenomegalia crónica, hepatopatía desde la infancia, hipertensión portal no cirrótica con várices esofágicas, insuficiencia suprarrenal en tratamiento con hidrocortisona, citopenias recurrentes (anemia, leucopenia y trombocitopenia leve) y crisis de dolor abdominal episódico acompañado de exantema purpúrico de miembros inferiores (intervalos intercrisis progresivamente más cortos). No refiere otra sintomatología. Punción aspiración de médula ósea (PAMO): celularidad conservada, leve hiperplasia eritroide y megacariocitos ligeramente aumentados. Antecedentes familiares: padre refiere sinovitis en rodillas y pies desde los 19 años, madre dolor abdominal recurrente, hermana mayor esplenomegalia, trombocitopenia e insuficiencia suprarrenal, derrame pleural recurrente, hermana menor con esplenomegalia. Se sospecha enfermedad autoinflamatoria, se realiza panel genético encontrándose variante homocigota patogénica en FMF p. Met694Val en la paciente y ambas hermanas sintomáticas. Sus padres son portadores heterocigotos. La paciente y su hermana menor inician tratamiento con colchicina. La hermana menor logra abortar episodios, desapareciendo visceromegalias. La paciente evoluciona con espaciamiento de las crisis, pero con esplenomegalia en aumento; se solicita anti-IL1.

DISCUSIÓN: FMF es una enfermedad autoinflamatoria monogénica. Su prevalencia es alta entre las personas del Mediterráneo oriental; suele comenzar antes de los 20 años, cuanto más temprana es la presentación, más grave es el fenotipo clínico. Existe una considerable heterogeneidad en la presentación clínica. La correlación genotipo-fenotipo no siempre es sencilla y en pacientes con M694V los ataques agudos suelen ser más frecuentes, con afectación pleural y articular, con alta prevalencia de artritis crónica e insuficiencia renal y requerimientos elevados de colchicina.

COMENTARIOS FINALES: Es importante destacar que el diagnóstico de FMF resulta un desafío. Si bien la fiebre constituye uno de los síntomas cardinales, existen reportes de casos de pacientes con formas afebriles, por lo que consideramos de interés reportar esta presentación para no descartar esta etiología ante la presencia de otros síntomas sugestivos, ya que las complicaciones que tienen este tipo de pacientes son severas y el tratamiento precoz puede disminuir las mismas.

0230

EFFECTIVIDAD COMPARATIVA DE AGENTES ANTI-TNF PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN UNA COHORTE DE LA VIDA REAL

PUNTES María Emilia, VASCONCELLOS Luciana, PORTIGLIATTI Juan Pablo, MANRIQUE Janet, BERTINOTTI María Cecilia, VILLARREAL María Giselle, KATSICAS María Martha

HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

INTRODUCCIÓN: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática más frecuente. Sin un tratamiento oportuno puede causar secuelas generando un impacto en la calidad de vida de los pacientes. Los agentes anti-TNF han demostrado efectividad en trabajos controlados y en series de casos publicados, sin embargo no se ha publicado al momento ningún estudio comparativo entre ambos.

OBJETIVO: Evaluar y comparar la efectividad de etanercept y adalimumab en pacientes con diagnóstico de AIJ.

MÉTODOS: Se trata de un estudio retrospectivo con recolección de datos prospectiva. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AIJ según criterios ILAR que recibieron tratamiento con etanercept o adalimumab entre 2010 y 2021, y que permanecieron en seguimiento al menos 2 años posteriores al inicio del mismo. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de AIJ sistémica, que cursaran otra enfermedad concomitante y que hayan discontinuado el tratamiento por un tiempo mayor a 2 vidas medias.

RESULTADOS: De una cohorte de 82 pacientes, 44 fueron analizados. 30 recibieron etanercept (grupo 1) y 14 adalimumab (grupo 2). En la Tabla 1 se observan las características demográficas de los pacientes de cada grupo. En las Figuras 1 y 2 se observa la efectividad comparativa de los agentes anti-TNF entre ambos grupos según criterios de mejoría ACR e inactividad, respectivamente. Si bien hubo un porcentaje de mejoría mayor en el grupo 1, no hubo diferencia estadísticamente significativa. Se compararon las mismas variables entre el grupo 1 y los pacientes del grupo 2 vírgenes de tratamiento biológico, sin obtener diferencia significativa entre grupos.

	Grupo 1 n=30	Grupo 2 n=14
Mujeres *	18 (60)	9 (64)
Edad al diagnóstico - años **	6,14 (1,495-14,131)	7,821 (1,495-13,926)
Edad inicio biológico - años **	9,15 (2,071-14,104)	11,89 (4,34-14,441)
Subtipo de AIJ *		
OLIGOARTICULAR	0 (0)	1 (7,1)
POLIARTICULAR FR NEGATIVO	18 (63)	5 (35,7)
POLIARTICULAR FR POSITIVO	6 (20)	3 (21,5)
ERA	8 (26)	5 (35,7)
PSORIÁTICA	0 (0)	0 (0)
INDIFERENCIADA	0 (0)	0 (0)
FAN positivo *	8 (26)	5 (35,7)
Tratamiento recibido *		
MTX	30 (100)	14 (100)
AINES	30 (100)	14 (100)
CTC INTRAARTICULARES	0 (0)	1 (7,1)
CTC SISTÉMICOS	1 (3,3)	3 (21,5)
Tratamiento biológico previo *	0 (0)	8 (57,1)
Uveítis *	0 (0)	3 (21,5)
Medidas de actividad		
VASp **	2,5 (0-9,5)	1,25 (0-6,5)
VASm **	3,25 (0,5-7)	1,5 (0-7)
CHAQ >0,5 *	17 (56,6)	6 (42,8)
AA **	8,5 (0-52)	4,5 (0-23)
AL **	5 (0-44)	1,5 (0-20)
JADAS-3 **	14,25 (3-24)	10 (1-18)

* N (%), ** Mediana (rango)
 AIJ artritis idiopática juvenil, FR factor reumatoide, FAN anticuerpos antinucleares, ERA artritis relacionada con entesitis, MTX metotrexato, AINES antiinflamatorios no esteroideos, CTC corticoides, VASp escala visual análoga del paciente, VASm escala visual análoga del médico, CHAQ cuestionario de evaluación de la salud en la infancia, AA articulaciones activas, AL articulaciones limitadas, JADAS-3: Juvenile Disease Activity Score

Tabla: Variables demográficas, clínicas, bioquímicas y de tratamiento al diagnóstico.

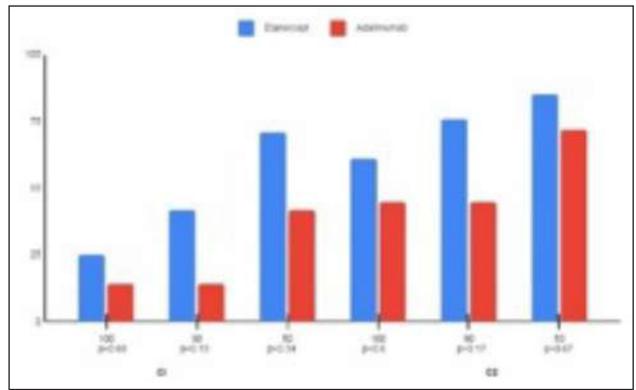


Figura 1: Respuesta ACR.

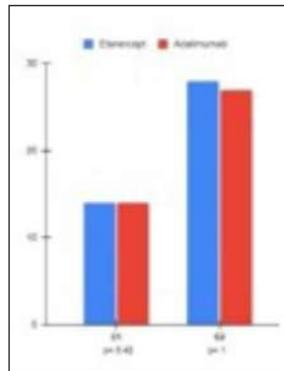


Figura 2: Porcentaje de inactividad.

CONCLUSIÓN: Nuestro trabajo no mostró superioridad en el análisis de efectividad entre ambos anti-TNF, así como tampoco se observó diferencia significativa al comparar enfermedad inactiva. Considerando nuestros resultados, ambos podrían ser utilizados de primera línea para el tratamiento de la AIJ no sistémica, sin embargo se necesitan otros estudios para corroborar estos datos.

0231

ASOCIACIÓN DERMATOMIOSITIS Y PAPULOSIS ATRÓFICA MALIGNA/ENFERMEDAD DE DEGOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

VELASCO HERNÁNDEZ Patricia Tatiana, ETCHEVERRY Mayra, ABALO Alejandra Inés, PAPAGNO María Julia, BETANCUR Graciela, ARGUELLO Sabrina Martha, LLARENS Agostina, MARTÍNEZ Soledad, AHUMADA Florencia, GODA Abraham, ESTÉVEZ Adrián

HOSPITAL EL CRUCE

PRESENTACIÓN DEL CASO: Masculino de 8 años de edad con diagnóstico de dermatomiositis juvenil (DMJ) de 8 meses de evolución, recibió 3 pulsos de corticoide (ctc), metotrexato (MTX), inmunoglobulina y ciclofosfamida. Por cuadro de fiebre, diarrea y hematemesis se deriva a nuestro centro. Arriba en mal estado general, con sangrado digestivo alto, perforación en segunda porción de duodeno que requiere exclusión pilórica, evoluciona con compromiso intestinal tórpido, que impide restaurar tránsito. Agrega lesiones cutáneas blanco perladas con borde eritematoso en tórax y miembros. Se realiza biopsia compatible con papulosis atrófica maligna (MAP)/enfermedad de Degos (edema, homogenización del tejido conectivo y depósitos de material mucinoso, vasos trombosados y otros ectásicos). Inicia rituximab, lográndose estabilización. Al cuarto mes nueva recaída de DMJ, recibe NXP2+. Reinicia pulsos de corticoides, segundo ciclo RTX a los 6 meses, solo recibe 500 mg dado que presenta reagudización de compromiso abdominal, descompensación hemodinámica y fallece.

DISCUSIÓN: La asociación DMJ y MAP es extremadamente rara y poco documentada. Ambas condiciones son enfermedades autoinmunes con compromiso vascular infrecuente. Las manifestaciones GI vasculopáticas en la DMJ pueden ser variables, incluyendo lesión de pequeño vaso con sangrado, ulceración, neumatosis intestinal y finalmente perforación. Por otro lado, MAP es una vasculopatía obliterante rara caracterizada por lesiones cutáneas patognomónicas pápulas o placas rojas con centro blanco y borde rojo, que generalmente preceden a las manifestaciones sistémicas; tiene una tasa alta de letalidad (76% en algunas series) que se debe principalmente a la afectación intestinal severa y del sistema nervioso central (SNC) por isquemia. Estudios histopatológicos recientes han mostrado depósitos de C5b-9/MXA proteína 1 de resistencia a *myxovirus* en los capilares de la piel, el tracto GI y el cerebro de pacientes con DMJ. Se ha encontrado un complejo de depósito y un patrón de vasculopatía similares en pacientes que padecen MAP lo que sugiere que estos procesos patológicos están relacionados o representan diversos niveles de gravedad en el mismo espectro patológico.

COMENTARIOS FINALES: Resulta de interés reconocer esta entidad (MAP) como diagnóstico diferencial o enfermedad concomitante asociada en un paciente con DMJ, ya que su tratamiento precoz podría aumentar la posibilidad de sobrevida.

DESCRIPCIÓN DE LOS PERFILES DE ANTICUERPOS Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS INFANTILES: SERIES DE CASOS

LACAPRA María Emilia, BRUSCO María Isabel, NECUL ESPINOZA María Gabriela, CERVETTO Vanesa, MARCANTONI María, GONZÁLEZ OSLER Valeria Sol, HERNÁNDEZ Rocío Anabel

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

PRESENTACIÓN DEL CASO: Las miopatías inflamatorias infantiles (MI) constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades crónicas autoinmunes, caracterizadas por la presencia de inflamación en el tejido muscular esquelético acompañado en forma variable de compromiso extramuscular. La identificación temprana y precisa de estas enfermedades es fundamental para prevenir el daño irreversible y mejorar la calidad de vida. En la última década se ha logrado un gran avance en la comprensión de la diversidad de las miopatías inflamatorias (MI) gracias al hallazgo de autoanticuerpos (Ac) específicos (MSA) y asociados (MAA) a estas enfermedades. El uso de paneles de Ac demostró ser una herramienta valiosa para la clasificación de subgrupos dentro de las MI. Los diferentes fenotipos clínicos, formas de evolución y respuestas a tratamientos están asociados con cada uno de estos Ac, lo que posibilitaría anticipar el curso de la enfermedad y evaluar los riesgos de complicaciones. En el período de 2013 a 2023 se registraron 49 pacientes con diagnóstico de MI en la Sección Reumatología del Hospital Elizalde. Se observó que el 61% eran de sexo femenino. Diez de ellos fueron estudiados con algún panel de miositis realizado por inmunoensayo lineal (3/10 con panel ampliado). De los 10 pacientes incluidos en la revisión, 7 tenían diagnóstico de DMJ, 2 polimiositis y 1 EMTC. La edad promedio de inicio de enfermedad fue 7,3 años. El 50% presentaron algún anticuerpo positivo, con una edad promedio de 8 a vs 6,6 a en los seronegativos. El 80% de los Ac detectados fueron MSA. Todos los pacientes que presentaron MSA tuvieron diagnóstico de DMJ. El Ac más frecuente fue el Mi2, representando el 80% de los casos con MSA y se asoció a un compromiso cutáneo significativo, así como a una miopatía más severa. Dos pacientes presentaron 2 MSA concomitantes: uno con Mi2 + TIF1 relacionado a un mayor compromiso miosítico y otro con MDA5 + PL7 con presentación hipomiopática, compromiso cutáneo y articular y, hasta el momento, sin compromiso pulmonar. Por otro lado, el paciente que presentó MAA (1/5) tenía diagnóstico de EMTC y fue el único con compromiso pulmonar intersticial. Se encontró que los pacientes con Ac positivos presentaban con mayor frecuencia calcinosis (40% vs 20%), mientras que los pacientes con problemas de deglución y fonación eran más frecuentes en aquellos con Ac negativos (40% vs 20%).

DISCUSIÓN: Encontramos un porcentaje mayor de pacientes seronegativos (50%) en comparación con lo reportado (28% al 38%). Esto podría deberse a la ausencia de métodos de detección adecuados o al hecho de que algunos Ac pueden desaparecer en pacientes bajo tratamiento considerando que algunos de nuestros pacientes fueron evaluados en momentos posteriores al inicio de la enfermedad. En cuanto a las manifestaciones clínicas asociadas a MSA y MAA, nuestros hallazgos coinciden con los informes previos, aunque encontramos una diferencia significativa en la frecuencia de los Ac más comunes. Mientras que en la bibliografía se reporta que el TIF1 es prevalente (17% al 35%), en nuestro estudio el Mi2 fue identificado con mayor frecuencia. Esta discrepancia podría atribuirse a infradetección de TIF1, ya que solo tres de los paneles utilizados incluyeron este MSA. La identificación de 2 MSA concomitantes en 2 pacientes es relativamente rara y podría tener implicaciones clínicas importantes, como una presentación clínica más compleja y un manejo terapéutico desafiante.

COMENTARIOS FINALES: Consideramos de relevancia clínica realizar estudios prospectivos con mayor número de pacientes y utilización de paneles ampliados, con un seguimiento a largo plazo para así poder correlacionar clínica, autoanticuerpos y pronóstico en MI.

DEBUT DE ESCLERODERMIA SISTÉMICA JUVENIL E INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE. A PROPÓSITO DE UN CASO

ARISPE María Victoria

HOSPITAL PROVINCIAL NEUQUÉN DR. CASTRO RENDON

PRESENTACIÓN DEL CASO: La esclerodermia sistémica juvenil (jSSc) es una enfermedad infrecuente en la infancia. Se estima que el 10% de las jSSc se inician antes de los 16 años de edad. Si el inicio de la enfermedad se produce antes de los 8 años, no hay predominio de sexo; si se presenta tardíamente, la enfermedad predomina en las niñas con una relación 3:1. Compromete tanto piel como otros órganos (vascular, gastrointestinal, pulmonar, renal). En pediatría no hay criterios de clasificación, sí existen los criterios provisionales de clasificación para jSSc con una sensibilidad del 90% y una especificidad del 96%. En cuanto a la inmunodeficiencia común variable (IDCV), es una inmunodeficiencia humoral caracterizada por hipogammaglobulinemia asociada a infecciones y/o autoinmunidad. Es la inmunodeficiencia primaria sintomática más frecuente, con una prevalencia estimada de 1:25.000. Se caracteriza por hipogammaglobulinemia de comienzo tardío (después de los 2 años de vida), que predispone a infecciones recurrentes, principalmente de vía respiratoria alta y baja. Las manifestaciones clínicas no infecciosas abarcan eventos de autoinmunidad, enteropatía y enfermedad granulomatosa, principalmente del tubo digestivo. El objetivo de este trabajo es describir el siguiente caso clínico como forma de asociación poco frecuente.

Paciente de 15 años, sin antecedentes familiares de autoinmunidad, síndrome broncoobstructivo a repetición. Comienza 2 años previos a la consulta con endurecimiento de la piel en rostro, miembros superiores de evolución lenta y progresiva, realiza múltiples consultas, sin arribo a su diagnóstico y solo recibiendo tratamiento local. Al ser evaluada, presenta piel no plegable, brillante en rostro, tórax, abdomen, miembros superiores, tercio medio de miembros inferiores, hiperpigmentación, lesiones en sal y pimienta, limitación en carpos y dedos de ambas manos, fenómeno de Raynaud en 4 miembros. Score de Rodnan modificado: 38/51. Laboratorio: hemograma normal, RFA negativos, función renal y hepática normal. Proteínas totales: 6, albumina 3.7, gama: 0.47. Se completa exámenes complementarios. Evaluación cardiológica: normal sin signos de HTP, funcional respiratorio a la fecha normal. Inmunológico: FAN <1/80, anti DNA negativo, FR negativo, Ro/La/Sm/RNP negativo, SCL-70 negativo, anticentrómero negativo. Capiaroscopia: SD *pattern* tardío. Se asume debut de esclerodermia sistémica juvenil, recibe tratamiento con pulsos de metilprednisolona, a la fecha en descenso de esteroides, metotrexato 25 mg/sem Sc, sildenafil 50 mg/día. Interconsulta con Servicio de Inmunología. Dosaje de inmunoglobulinas: IgA 13.30 mg/dl, IgM 49.90 mg/dl, IgG 266 mg/dl, IgE 19.60 UI/ml. Poblaciones linfocitarias: LT CD3 69%, LT CD4 47%, LT CD8 21%, LB CD 19%:27%, LNK 3% LB naive (IgD+CD27-) 84%, LB *no switched* (IgD+CD27+) 7%, LB memoria (IgD-/CD27+) 5%. Asumiéndose como cuadro de inmunodeficiencia común variable, inicia tratamiento sustitutivo con gammaglobulina Ev mensual.

COMENTARIOS FINALES: Se presenta el siguiente caso clínico debido a la importancia de la búsqueda de posibles cuadros asociados en el contexto de autoinmunidad.

Fe de erratas

En el Vol. 33 Suplemento N° 4 55° Congreso Argentino de Reumatología involuntariamente se omitieron publicar los siguientes abstracts:

FRECUENCIA DE USO DE ESTATINAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

TORRES TRUJILLO Jorge Alberto¹, DAPEÑA Joan Manuel¹, BANDE Juan Manuel¹, MEDINA María Alejandra¹, KLAJN Diana Silvia¹, CARACCILO José Ángel¹, PERA Mariana², CORBALÁN Paula², MORBIDUCCI Julieta³, SOSA Julia⁴, KOHAN María Paula⁴, MUÑOZ Alejandro⁵, CORREA María de los Angeles⁷, PÉREZ Silvina⁸, DELLEPIANE Analía⁹, PAPASIDERO Silvia Beatriz¹

¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ, ²HOSPITAL ÁNGEL CRUZ PADILLA, TUCUMÁN, ³HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA, ⁴HOSPITAL DR. RAÚL F. LARCADE, SAN MIGUEL, ⁵HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, BELLA VISTA, ⁶SANATORIO LA TRINIDAD-MITRE, ⁷INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, ⁸HOSPITAL DE REHABILITACIÓN MANUEL ROCCA, ⁹CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS CASEROS, SANTA FE

INTRODUCCIÓN: En los pacientes con artritis reumatoidea (AR) el proceso inflamatorio sistémico provoca un descenso marcado del colesterol de alta densidad (HDL), con la consecuente elevación del índice aterogénico. Los tratamientos hipolipemiantes, como las estatinas, son útiles disminuyendo el riesgo cardiovascular. Además, se ha descrito un potencial efecto antiinflamatorio que podría beneficiar a los pacientes con AR.

OBJETIVO: Describir la frecuencia del uso de estatinas en una cohorte de pacientes con AR. Evaluar su asociación con características sociodemográficas, comorbilidades, perfil lipídico, características de la AR, clinimetría y tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, de corte transversal y analítico. Se incluyeron pacientes consecutivos ≥ 18 años con diagnóstico de AR (ACR-EULAR 2010). Se consignaron datos sociodemográficos, hábitos, comorbilidades, características de la AR, clinimetría y tratamiento. Se registró además índice de masa corporal (IMC), presión arterial y perfil lipídico en la última visita. En los pacientes que usaban estatinas se recabaron datos sobre indicación, tiempo de uso, adherencia y otros tratamientos hipolipemiantes. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Se llevaron a cabo asociaciones con pruebas de chi-cuadrado, Fisher, T de Student o Wilcoxon, según correspondiera. Se realizó análisis uni y multivariado de regresión logística para detectar factores asociados al uso continuo de estatinas. Se consideró significativa $p \leq 0,05$.

RESULTADOS: Se incluyeron 138 pacientes de 8 centros. El 86.2% eran mujeres con una edad promedio de 57.8 años (DE 11.7). Un 27.5% trabajaban. El 15.2% eran tabaquistas y 23.9% habían abandonado el hábito de fumar. Un 95% presentaban comorbilidades, siendo las más frecuentes: hipertensión arterial (61%), hipotiroidismo (38.9%), dislipemia (29.7%), esteatosis hepática (23%) y diabetes (13.7%). La media del IMC fue 27.1 Kg/m² (DE 5). En el laboratorio, la media del colesterol total fue de 199.7 mg/dl (DE 36.3), LDL 117.7 mg/dl (DE 30.7), HDL 56.5 mg/dl (DE 16.2), No-HDL 143.16 mg/dl (DE 35.9) y triglicéridos 125.6 mg/dl (DE 55.5). La mediana del tiempo de evolución de la AR fue de 120 meses (RIC 66-180). El 88.4% presentaban seropositividad para FR y 79% para ACPA. El 71.5% tenían una enfermedad erosiva, 1.4% nodular y 37% otras manifestaciones extraarticulares. La mediana del *Disease Activity Score* 28 fue 3.08 (RIC 2.5-4.3), *Health Assessment Questionnaire* versión argentina de 0.1 (RIC 0.5-1.5). Un 34% recibía glucocorticoides (GC), 81.1% drogas modificadoras de la AR (DMAR) sintéticas convencionales, 28.3% DMAR biológicos y 18.1% DMAR sintéticos dirigidos. La frecuencia de uso de estatinas fue del 25.4% (n=35), siendo indicadas en un 41% por Reumatología, 23.5% por Cardiología y 20.6% por Clínica Médica. La mediana de tiempo de uso fue de 12 meses (RIC 5-36) y fueron las más utilizadas atorvastatina (68.6%) y rosuvastatina (31.4%). Un 47.1% realizaba medidas higiénico-dietéticas y 8% recibía otro tratamiento hipolipemiante. Se evidenció falta de adherencia en el 37.2% (n=13). Los motivos referidos fueron: desconfianza a la medicación (23.1%), escaso conocimiento de la forma adecuada para tomar medicación (15.4%), olvido de las instrucciones (15.4%), falta de motivación y/o deseo de tomar la medicación (15.4%). El uso de estatinas se asoció a tabaquismo pasado ($p=0.034$), presencia de otras comorbilidades ($p=0.013$), altos niveles de colesterol LDL ($p=0.04$) y No-HDL ($p<0.001$), así como a un mayor cumplimiento de medidas higiénico-dietéticas ($p<0.001$). No se demostró asociación con características de la AR. Al evaluar el tiempo de uso de las estatinas, observamos que una mayor duración del tratamiento se asoció a una menor presencia de enfermedad erosiva ($p=0.04$) y que esta asociación era más marcada en el grupo de pacientes adherentes ($p<0.009$). Se llevó a cabo una regresión logística ajustado por DMAR, evidenciándose que las estatinas reducían en un 29% anual el *odds ratio* de la enfermedad erosiva (OR 0.7 IC95 0.48-0.90; $p=0.041$).

CONCLUSIONES: La frecuencia de uso de estatinas fue del 25.4% indicada principalmente por la especialidad de Reumatología (41.2%). Se asoció a tabaquismo pasado, comorbilidades, niveles elevados de LDL y No-HDL y cumplimiento de medidas higiénico-dietéticas. No demostró asociación con características de la enfermedad, pero su uso continuo demostró un efecto protector sobre la enfermedad erosiva.

MASTITIS GRANULOMATOSA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL PÚBLICO MARCIAL V. QUIROGA DE SAN JUAN

NAVARTA ORTIZ David Alejandro, PIVA Romina, QUINTEROS Natalia, DIAZ María Emilia, LANDINI Paola

HOSPITAL MARCIAL V. QUIROGA

INTRODUCCIÓN: La mastitis granulomatosa (MG) es una afección inflamatoria rara de la mama, sin consenso aún sobre las causas, factores de riesgo ni tratamiento, teniendo una posible etiología autoinmune basada en la coexistencia ocasional con otras enfermedades autoinmunes y niveles elevados de citocinas proinflamatorias, como las interleucinas IL-17, IL-22 y IL-23-4

OBJETIVO: Describir la presentación clínico patológica y el manejo terapéutico de una serie de casos de pacientes con diagnóstico de MG de nuestro Hospital.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo, en base a los datos de la historia clínica electrónica un hospital público de la provincia de San Juan, de enero de 2021 a diciembre de 2022. Se incluyeron todas las pacientes con MG diagnosticadas con biopsia core. El Servicio de Reumatología realizó *screening* de enfermedades autoinmunes del colágeno, iniciando tratamiento con metotrexato (MTX) + ácido fólico, meprednisona 20 a 40 mg día. Se realizó seguimiento clínico (mastología) y de laboratorio (reumatología) cada 15-30 y luego 60 días en un inicio. En pacientes refractarias a tratamiento con MTX se indicó aziatioprina en dosis creciente hasta 150 mg/día y si no respondían se solicitaba IgG-4.

RESULTADOS: n: 19. Todas las pacientes tuvieron cultivo, baciloscopia y la PPD para BAAR negativas. Un 95% (18) recibió tratamiento con medicación, solo el 37% (7) fue sometida a cirugía conservadora. Los tratamientos médicos se mencionan en la Figura. Dos pacientes con recaídas durante el tratamiento con MTX, a quienes se le rotó a aziatioprina y una de ellas refractaria se le solicitó IgG-4, que se informó positiva y comenzó tratamiento con rituximab. La evolución clínica se objetiva en la Imagen. Una sola paciente presentó enfermedad autoinmune asociada (eritema nodoso).

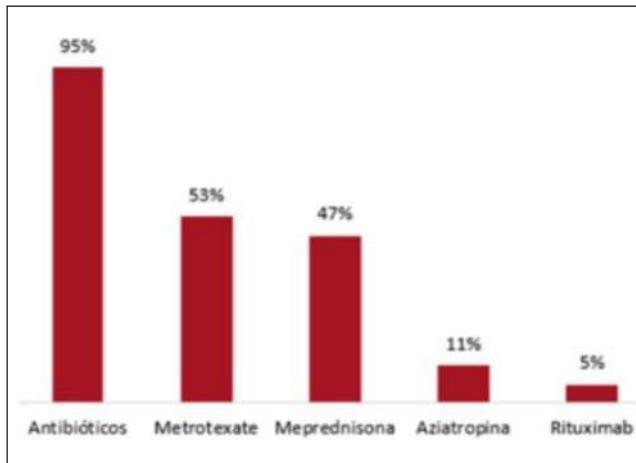


Figura: Porcentaje de pacientes según tratamiento médico.



Imagen: 1) Posquirúrgico. 2) Tratamiento con aziatropina. 3) A un mes de rituximab.

CONCLUSIÓN: El manejo de la MG es una oportunidad ideal para la atención interdisciplinaria entre mastólogos, reumatólogos, anatomopatólogos y especialistas en diagnóstico por imágenes, que conlleva a un diagnóstico oportuno, un tratamiento rápido y a un aumento de la experiencia y la comprensión de esta desafiante enfermedad. Se requieren estudios prospectivos para protocolizar su tratamiento, evitando el subdiagnóstico por el aumento de casos y la falta de evidencia una vez excluida la malignidad.

