



## Análisis de impacto presupuestario de la ecografía pleuropulmonar como estrategia de cribado de enfermedad pulmonar intersticial en artritis reumatoide

Artritis Reumatoidea

0245

Gilka Tainat Martínez Bejarano<sup>1</sup>, Agostina Bonicatto<sup>1</sup>, Cecilia Andrea Torrejon Romero<sup>1</sup>, Florencia María Villarroel<sup>1</sup>, Vicente Ramiro Castro<sup>1</sup>, Ileana Palma<sup>2</sup>, Alejandro Brigante<sup>1</sup>

1. Sanatorio Güemes; 2. Instituto de Tisioneumonología Prof. Dr. Raul Vaccarezza, Facultad de Medicina, UBA

**Introducción:** La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una manifestación de alto impacto en la artritis reumatoide (AR). Las guías vigentes posicionan la tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) como estándar de cribado y señalan su costo y su accesibilidad como barreras relevantes. La ecografía pleuropulmonar es una alternativa emergente, aún no recomendada debido a la evidencia insuficiente.

**Objetivo:** Estimar, desde la perspectiva del financiador, el impacto presupuestario de incorporar la ecografía pleuropulmonar como filtro previo a la TCAR en el cribado de EPI en AR.

**Métodos:** Modelo determinístico de impacto presupuestario (árbol de decisión) con un horizonte temporal de un año. Se comparó la estrategia basada en guías (TCAR más funcional respiratorio para toda la población tamizada) frente a una estrategia de ecografía pleuropulmonar como *screening*, en la que solo los pacientes ecográficamente positivos accedían a TCAR más funcional. El rendimiento diagnóstico se evaluó en una cohorte de 130 pacientes con AR (prevalencia de EPI del 30 %): sensibilidad del 94,9 % y especificidad del 38,5 % (según el *score* pleuropulmonar simplificado para EPI). La prevalencia poblacional se fijó en el 15 % (rango: 5-55 %). Se tomaron costos netos de IVA (\$ARS, marzo/2026): ecografía 160.000; TCAR 500.000; espirometría 170.000; DLCO 120.000 (relación de costo TCAR : ecografía  $\approx$  3:1). Desenlace primario, reproducible a partir de la prevalencia y el rendimiento del test: TCAR evitadas y porcentaje de reducción; secundario: impacto presupuestario. Los resultados se expresaron por cohorte de 905 y por cada 1.000 pacientes, con análisis de sensibilidad univariados.

**Resultados:** La estrategia de ecografía-filtro evitó el 33 % de las TCAR (335 por cada 1.000 pacientes; 303 por cada 905), dejando de detectar aproximadamente 8 casos por cada 1.000. Con las tarifas modeladas, el ahorro fue de alrededor de 86 millones de ARS por cada 1.000 pacientes (unos 78 millones por cada 905). La magnitud del ahorro es sensible a las tarifas locales y al umbral ecográfico elegido. Con un umbral de mayor especificidad, el ahorro ascendió a unos 239 millones y al 61 % de TCAR evitadas, a costa de un mayor número de casos no detectados. La reducción de TCAR se mantuvo en todo el rango de prevalencia (5-55 %). Al aplicar el criterio de alto riesgo de las guías (dos o más factores), el 94 % de la cohorte fue clasificado como de alto riesgo, lo que limita el valor del cribado dirigido y respalda un enfoque amplio.

**Conclusión:** En el presente modelo, la ecografía pleuropulmonar, como aproximación inicial, reduciría el número de TCAR, manteniendo la sensibilidad, y resultaría ahorrrativa bajo los costos locales modelados. La cuantificación monetaria requiere confirmación mediante un costeo local detallado y un análisis de sensibilidad probabilístico. El estudio es generador de hipótesis y aporta un marco reproducible para evaluar la ecografía frente a la barrera de acceso a la TCAR.

# Factores asociados con las calcificaciones del síndrome de la apófisis odontoides coronada en pacientes con enfermedad por depósito de pirofosfato de calcio: un estudio de cohorte retrospectivo

María Victoria Chiarvetto Peralta, Nicolás Marin Zucaro, Marina Scolnik, Enrique Soriano, Javier Rosa

Hospital Italiano de Buenos Aires

**Introducción:** El síndrome de la apófisis odontoides coronada (CDS) es una manifestación específica de la CPPD, caracterizada por dolor cervical y calcificaciones periodontoideas, cuyos factores asociados aún no están bien establecidos.

**Objetivo:** Describir las características clínicas y de imagen de los pacientes con síndrome de la apófisis odontoides coronada (CDS) y compararlas entre aquellos con calcificaciones por CDS y aquellos sin calcificaciones en una cohorte de pacientes con enfermedad por depósito de pirofosfato de calcio (CPPD), y analizar los factores asociados con la presencia de calcificaciones por CDS.

**Métodos:** Estudio de cohorte analítico retrospectivo. Se incluyó pacientes con diagnóstico de CPPD entre enero de 2015 y enero de 2025 en un centro de atención terciaria. Se incluyeron pacientes con al menos 6 meses de seguimiento y estudios de imágenes disponibles (radiografía, ecografía y/o TC) de las articulaciones sintomáticas. Se excluyeron otras artropatías inflamatorias. Se recopilaron variables demográficas, clínicas y de imagen. El CDS se definió por la presencia de calcificaciones en la TC. Se compararon los pacientes con y sin CDS mediante un análisis multivariable para identificar los factores asociados con el CDS.

**Resultados:** Un total de 220 pacientes con CPPD fueron incluidos; 38 (17.3%) presentaron calcificaciones por CDS. Los pacientes con CDS fueron predominantemente de sexo femenino (86.8 % vs. 73.6 %). Las características basales se encuentran en Tabla 1. El dolor cervical fue marcadamente más frecuente en los pacientes con CDS (78.9 % vs. 7.1 %,  $p < 0.001$ ). Una mayor proporción de pacientes con CDS cumplió con los criterios de clasificación ACR/EULAR 2023 (60.5 % vs. 8.2 %,  $p < 0.001$ ). Presentaron una mayor carga de condrocalcinosis radiográfica (mediana de 4 vs. 2 articulaciones,  $p < 0.001$ ) y una mayor duración de la enfermedad (1.01 vs. 0.2 años,  $p = 0.014$ ). La presencia de artritis inflamatoria durante el seguimiento fue frecuente en ambos grupos (60.5 % vs. 51.1 %,  $p = 0.365$ ). La rodilla fue la articulación afectada con mayor frecuencia tanto en los pacientes con CDS como en aquellos sin CDS (78.9 % vs. 78.0 %). En el análisis multivariable, el dolor cervical (OR 35,4), el cumplimiento de los criterios ACR/EULAR 2023 (OR 12,1), un mayor número de articulaciones con condrocalcinosis (OR 1,6 por articulación) y una mayor duración de la enfermedad (OR 1,1 por año) se asociaron independientemente con CDS (Tabla 2).

**Conclusión:** En nuestra cohorte de pacientes con CPPD, las calcificaciones por CDS estuvieron presentes en el 17.3 % y se asociaron fuertemente con dolor cervical, una mayor carga radiográfica de condrocalcinosis y el cumplimiento de los criterios ACR/EULAR 2023. A pesar de una frecuencia similar de artritis inflamatoria y de patrones de tratamiento, el CDS identifica un subgrupo con un fenotipo de enfermedad más extenso.

Tabla 1. Características basales de los pacientes con CPPD según la presencia de calcificaciones del síndrome de la apófisis odontoides coronada (CDS)

| Características                                               | Con calcificaciones de CDS (n=38) | Sin calcificación de CDS (n=182) | Valor de p |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------|
| Sexo femenino, n, % (IC 95 %)                                 | 33, 86.8% (72.7-94.2)             | 134, 73.6% (66.8-79.5)           | 0.112      |
| Edad a la imagen, años, mediana (RIC)                         | 77.2 (65.9-83.5)                  | 77.5 (70.7-81.6)                 | 0.812      |
| Recuento de articulaciones con CC, Rx, mediana (RIC)          | 4 (3-6)                           | 2 (2-3)                          | < 0.001    |
| Cumplimiento de criterios CPPD ACR/EULAR 2023, n, % (IC 95 %) | 23, 60.5% (44.7-74.4)             | 15, 8.2% (5.1-13.1)              | < 0.001    |
| <b>Características clínicas</b>                               |                                   |                                  |            |
| Artritis inflamatoria*, n, % (IC 95 %)                        | 23, 60.5% (44.7-74.4)             | 93, 51.1% (43.9-58.3)            | 0.365      |
| Rodilla como articulación diana, n, % (IC 95 %)               | 30, 78.9% (63.7-89.0)             | 142, 78.0% (71.4-83.4)           | 1          |
| Dolor cervical, n, % (IC 95 %)                                | 30, 78.9% (63.7-89.0)             | 13, 7.1% (4.2-11.8)              | < 0.001    |
| US de articulación diana al Dx, n, % (IC 95 %)                | 11, 28.9% (16.9-44.7)             | 63, 34.6% (28.1-41.8)            | 0.584      |

Abreviaturas: Rx, radiografía; RIC, Rangit-Loewen; Dx, diagnóstico; US, ultrasonografía; CPPD, enfermedad por depósito de pirofosfato de calcio. \*La presencia de artritis inflamatoria se definió como al menos un episodio de artritis aguda o crónica durante el seguimiento.

Tabla 2. Factores asociados con la presencia de calcificaciones del síndrome de la apófisis odontoides coronada (CDS): análisis multivariable

| Variable                                 | Odds Ratio Ajustado | IC 95%      | Valor de P |
|------------------------------------------|---------------------|-------------|------------|
| Dolor cervical                           | 35.4                | (12.8-98.2) | < 0.001    |
| Cumplimiento de criterios ACR/EULAR 2023 | 12.1                | (4.2-34.9)  | < 0.001    |
| Recuento articular                       | 1.6                 | (1.1-2.4)   | 0.012      |
| Duración de la enfermedad                | 1.1                 | (1.0-1.2)   | 0.038      |
| Sexo femenino                            | 1.5                 | (0.4-5.8)   | 0.521      |

# Asociación entre los hallazgos de Power Doppler en ecografía de glándulas salivales y la actividad de la enfermedad en pacientes con enfermedad de Sjögren

Enfermedad de Sjögren

0009

María Victoria Martire, Ana Marcos, Amelia Granel, Fernando Arizpe

Hospital San Roque de Gonnet

**Introducción:** El puntaje en escala de grises (EG) en la ultrasonografía de glándulas salivales (USGS) es un marcador de daño glandular estructural en la enfermedad de Sjögren primaria (ESjp). Se desconoce si la señal de Power Doppler (PD) se asocia con la actividad de la enfermedad.

**Objetivo:** Evaluar si el PD aporta información independiente y clínicamente distinta a la EG sobre la actividad de la enfermedad en pacientes con ESjp.

**Métodos:** Estudio transversal de pacientes consecutivos que cumplían criterios de clasificación ACR/EULAR 2016 para ESjp. Las glándulas parótidas y submandibulares fueron evaluadas mediante USGS según los lineamientos OMERACT (Outcome Measures in Rheumatology). La positividad para PD se definió como: 1 glándula con PD = grado 1; la positividad para EG se consideró como: 1 glándula con EG = grado 2. La USGS fue realizada por experto con más de diez años de experiencia en USGS, ciego datos clínicos y de laboratorio. La actividad de la enfermedad se evaluó mediante el EULAR Sjögren's Syndrome Disease Activity Index (ESSDAI) y la evaluación global del médico (EVA 0–100 mm). Se ajustaron cuatro modelos de regresión logística multivariable: para la positividad de PD como variable dependiente, utilizando el ESSDAI (Modelo 1) y EVA (Modelo 2); y para la positividad de EG como variable dependiente, utilizando nuevamente el ESSDAI (Modelo 3) y EVA (Modelo 4), con ajuste mutuo entre los puntajes ecográficos en todos los modelos. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para evaluar la relación entre los puntajes compuestos de EG y PD.

**Resultados:** Se incluyeron 105 pacientes con ESjp; la mediana de edad fue de 53 años (RIC 42–60) y el 90 % eran mujeres. La mediana del ESSDAI fue de 1 (RIC 0–4) y la mediana del EVA fue de 10 mm (RIC 0–30). El anti-Ro/SSA fue positivo en el 84 % y el factor reumatoideo (FR) en el 81 %. La positividad para PD estuvo presente en el 35 % (n=37) y la positividad para EG en el 81 % (n=85). La Tabla 1 resume las características de los pacientes y los resultados de los análisis bivariados que comparan a los pacientes con hallazgos de PD/GS positivos y negativos. En el análisis multivariable, el ESSDAI (OR 1,30; IC95 % 1,16–1,47; p<0,001) y EVA (OR 1,04; IC95 % 1,02–1,06; p<0,001) se asociaron de forma independiente con la positividad para PD, mientras que el puntaje compuesto de EG no tuvo asociación (p=0,97). Para la positividad de EG, los predictores independientes fueron la positividad de FR (OR 12,1; IC95 % 2,2–66,9; p=0,004) y el grado de biopsia de glándula salival (OR 3,85; IC95 % 1,72–8,62; p=0,001) (Tabla 2). Los puntajes compuestos de EG y PD no mostraron correlación (Rho de Spearman = -0,021; p=0,83).

**Conclusión:** En esta cohorte de pacientes con ESjp, la positividad para PD se asoció de forma independiente tanto con el ESSDAI como con la EVA. La positividad para EG, en cambio, se correlacionó con marcadores estructurales crónicos, pero no con los índices de actividad. La ausencia de correlación entre los puntajes compuestos de EG y PD confirma que estos dos dominios ecográficos capturan dimensiones distintas y no redundantes de la enfermedad.

Tabla 1. Características basales de la población en estudio y asociaciones bivariadas con la positividad de Power Doppler y de Escala de Grises (n=105)

| Variable                                       | Total (n=105) | PD negativa (n=68) | PD positiva (n=37) | P      | EG negativa (n=20) | EG positiva (n=85) | P      |
|------------------------------------------------|---------------|--------------------|--------------------|--------|--------------------|--------------------|--------|
| <b>Características demográficas y clínicas</b> |               |                    |                    |        |                    |                    |        |
| Edad, años                                     | 51,3 ± 12,0   | 51,6 ± 13,3        | 50,6 ± 9,4         | 0,648  | 55,3 ± 8,8         | 53 [39–60]         | 0,231  |
| Sexo femenino, n (%)                           | 95 (90,5)     | 62 (91,2)          | 33 (89,2)          | 0,739  | 20 (100)           | 75 (88,2)          | 0,203  |
| Duración de síntomas, meses                    | 100 [36–130]  | 100 [36–120]       | 120 [35–150]       | 0,093  | 74 [50–120]        | 100 [36–132]       | 0,066  |
| Duración de enfermedad, meses                  | 96 [36–120]   | 96 [35–120]        | 100 [36–140]       | 0,263  | 70 [36–100]        | 100 [36–124]       | 0,154  |
| <b>Actividad de la enfermedad</b>              |               |                    |                    |        |                    |                    |        |
| ESSDAI                                         | 1 (0–4)       | 0 (0–2)            | 2 (0–4)            | <0,001 | 0 (0–2)            | 1 (0–4)            | 0,280  |
| Evaluación global del paciente, mm             | 20 [10–60]    | 20 [10–60]         | 50 [10–70]         | 0,364  | 10 [0–60]          | 30 [10–70]         | 0,002  |
| Evaluación global del médico (EVA), mm         | 10 [0–30]     | 10 [0–12,5]        | 30 [10–70]         | <0,001 | 0 (0–20)           | 10 [10–50]         | 0,011  |
| EVA seguridad ocular, mm                       | 50 [50–90]    | 70 [50–90]         | 50 [50–90]         | 0,474  | 50 [17–90]         | 70 [50–100]        | 0,208  |
| EVA seguridad oral, mm                         | 60 [40–90]    | 50 [17–90]         | 70 [50–100]        | 0,056  | 75 [17–90]         | 70 [40–100]        | 0,006  |
| <b>Laboratorio</b>                             |               |                    |                    |        |                    |                    |        |
| VSG, mm/h                                      | 25 [13–47]    | 27,5 [8–60]        | 23 [15–40]         | 0,384  | 22,2 ± 11,3        | 25 [13–41]         | 0,184  |
| PCR, mg/dL                                     | 0,6 [0,1–1]   | 0,6 [0–3]          | 1,2 [0,4–3,2]      | 0,063  | 0,6 [0,2–2,0]      | 0,9 [0,1–4]        | 0,607  |
| Factor reumatoideo, U/mL                       | 63 [26–110]   | 65,5 [29–118]      | 50 [20–100]        | 0,137  | 21 [0–30]          | 73 [34–123]        | <0,001 |
| CRP, mg/dL                                     | 112 [83–130]  | 121 [86–130]       | 101 [79–130]       | 0,095  | 133 [75–148]       | 110 [84–130]       | 0,308  |
| CA, mg/dL                                      | 24 [16–30]    | 24 [16–48,5]       | 21 [16–30]         | 0,597  | 24 [19–30]         | 24 [16–30]         | 0,518  |
| Factor reumatoideo positivo, n (%)             | 85 (80,9)     | 60 (88,2)          | 25 (67,6)          | 0,003  | 11 (55,0)          | 74 (87,1)          | 0,003  |
| ANA positivo, n (%)                            | 94 (89,5)     | 64 (94,1)          | 30 (81,1)          | 0,049  | 16 (80,0)          | 78 (91,8)          | 0,215  |
| Anti-Ro/SSA positivo, n (%)                    | 88 (83,8)     | 62 (91,2)          | 26 (70,3)          | 0,012  | 16 (80,0)          | 72 (84,7)          | 0,736  |
| Anti-La/SSB positivo, n (%)                    | 57 (54,3)     | 42 (61,8)          | 15 (40,5)          | 0,060  | 9 (45,0)           | 48 (56,5)          | 0,498  |
| C3 bajo, n (%)                                 | 22 (21,0)     | 9 (13,2)           | 13 (35,1)          | 0,017  | 3 (15,0)           | 19 (22,4)          | 0,557  |
| C3 bajo, n (%)                                 | 24 (22,9)     | 7 (10,3)           | 17 (45,9)          | <0,001 | 5 (25,0)           | 19 (22,4)          | 0,774  |
| Hipergammaglobulinemia, n (%)                  | 46 (43,8)     | 27 (39,7)          | 19 (51,4)          | 0,346  | 5 (25,0)           | 41 (48,2)          | 0,102  |
| <b>Histología</b>                              |               |                    |                    |        |                    |                    |        |
| Grado de lesión de glándula salival            | 3 [3–4]       | 4 [2,5–4]          | 3 [3–4]            | 0,658  | 2 [2–3]            | 4 [3–4]            | <0,001 |
| <b>Manifestaciones clínicas</b>                |               |                    |                    |        |                    |                    |        |
| Linfadenopatía, n (%)                          | 2 (1,9)       | 2 (2,9)            | 0 (0,0)            | 0,539  | 0 (0,0)            | 2 (2,4)            | 1,000  |
| Purpura, n (%)                                 | 5 (4,8)       | 0 (0,0)            | 5 (13,5)           | 0,065  | 0 (0,0)            | 5 (5,9)            | 0,381  |
| Neuritis periférica, n (%)                     | 3 (2,9)       | 0 (0,0)            | 3 (8,1)            | 0,093  | 0 (0,0)            | 3 (3,5)            | 1,000  |
| Compromiso pulmonar, n (%)                     | 7 (6,7)       | 2 (2,9)            | 5 (13,5)           | 0,094  | 0 (0,0)            | 7 (8,2)            | 0,342  |
| Artritis, n (%)                                | 12 (11,4)     | 4 (5,9)            | 8 (21,6)           | 0,023  | 0 (0,0)            | 12 (14,1)          | 0,117  |
| <b>Tratamiento</b>                             |               |                    |                    |        |                    |                    |        |
| Hidroclorotiquina, n (%)                       | 70 (66,7)     | 51 (75,0)          | 27 (73,0)          | 1,000  | 18 (90,0)          | 60 (70,6)          | 0,133  |
| Prednisona, n (%)                              | 10 (9,5)      | 6 (8,8)            | 12 (32,4)          | 0,005  | 2 (10,0)           | 16 (18,8)          | 0,514  |
| Dosis de prednisona, mg/día                    | 0 [0–60]      | 0 [0–60]           | 0 [0–60]           | 0,002  | 0,0 ± 0,0          | 0 [0–60]           | 0,106  |
| Azatioprina, n (%)                             | 13 (12,4)     | 7 (10,3)           | 6 (16,2)           | 0,374  | 2 (10,0)           | 11 (12,9)          | 1,000  |
| Placemagen, n (%)                              | 10 (9,5)      | 9 (13,2)           | 9 (24,3)           | 0,242  | 2 (10,0)           | 16 (18,8)          | 0,514  |
| Rituximab, n (%)                               | 10 (9,5)      | 7 (10,3)           | 3 (8,1)            | 1,000  | 0 (0,0)            | 10 (11,9)          | 0,203  |

Tabla 2. Modelos de regresión logística multivariable para la positividad de Power Doppler y de Escala de Grises

| Variable                               | Positividad Power Doppler    |        | Positividad Escala de Grises (n=72) |       |
|----------------------------------------|------------------------------|--------|-------------------------------------|-------|
|                                        | Modelo 1: ESSDAI OR (IC 95%) | P      | Modelo 3: ESSDAI OR (IC 95%)        | P     |
| ESSDAI                                 | 1,30 (1,16–1,47)             | <0,001 | 0,92 (0,73–1,16)                    | 0,465 |
| Evaluación global del médico (EVA), mm | 1,04 (1,02–1,06)             | <0,001 | 1,00 (0,97–1,04)                    | 0,912 |
| Anti-Ro/SSA positivo                   | 0,21 (0,06–0,77)             | 0,019  | 0,17 (0,03–0,49)                    | 0,003 |
| Factor reumatoideo positivo            | 0,21 (0,06–0,75)             | 0,017  | 0,17 (0,03–0,63)                    | 0,008 |
| C3 bajo                                | —                            | —      | 3,85 (1,72–8,62)                    | 0,001 |
| Grado de biopsia de glándula salival   | —                            | —      | 3,85 (1,72–8,62)                    | 0,001 |
| Puntaje EG, 0–12 (categorías)          | 1,00 (0,86–1,15)             | 0,873  | 0,89 (0,84–1,17)                    | 0,893 |
| Puntaje PD, 0–12 (categorías)          | —                            | —      | 1,31 (0,90–1,91)                    | 0,153 |
| Puntaje PD, 0–12 (categorías)          | —                            | —      | 1,19 (0,90–1,57)                    | 0,223 |

OR, odds ratio ajustado; IC, intervalo de confianza del 95%. En negrita, p<0,05. —, variable no incluida en el modelo. Fuente: puntaje ecográfico incluido como covariable en el ajuste multivariable.

## Discordancia entre los síntomas subjetivos de sequedad y la hiposecreción glandular objetiva en pacientes con sospecha de enfermedad de Sjögren

Enfermedad de Sjogren

0062

Camila Alejandra Montenegro, Natalia Andrea Perrotta, Maximiliano Fenucci, Mariano Alves, Analía Sánchez Leguizamo, Marcela Alejandra Romero Caballero

Hospital César Milstein

**Introducción:** Los síntomas de sequedad ocular y oral constituyen el principal motivo de consulta en pacientes con sospecha de enfermedad de Sjögren (SjD); sin embargo, su relación con la hiposecreción glandular objetiva continúa siendo motivo de controversia.

**Objetivo:** Evaluar la concordancia entre los síntomas subjetivos de sequedad y las pruebas funcionales objetivas de glándulas exocrinas, así como el rendimiento diagnóstico de dichos síntomas para identificar hiposecreción glandular.

**Métodos:** Estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo que incluyó pacientes consecutivos con sospecha de SjD evaluados en un centro terciario. Se registraron los síntomas de sequedad ocular y oral, test de Schirmer, sialometría no estimulada y la clasificación según criterios ACR/EULAR 2016. Se determinó la frecuencia de discordancia entre los síntomas y las pruebas funcionales objetivas. La concordancia se evaluó mediante el coeficiente kappa de Cohen y el rendimiento diagnóstico mediante sensibilidad, especificidad y valores predictivos.

**Resultados:** Se incluyeron 232 pacientes, de los cuales 217 (93,5 %) fueron mujeres, con una edad media de  $71,7 \pm 7,5$  años. Cincuenta y cinco pacientes (23,7 %) cumplieron criterios ACR/EULAR 2016 para SjD. La sequedad ocular fue referida por 186/219 (84,9 %) pacientes y la sequedad oral por 155/218 (71,1 %). Entre los pacientes con sequedad ocular y un test de Schirmer interpretable, 63/115 (54,8 %) presentaron un test de Schirmer negativo. Asimismo, 73/155 (47,1 %) de los pacientes con sequedad oral presentaron una sialometría no estimulada negativa. La sequedad ocular mostró una sensibilidad del 88,1 %, una especificidad del 19,2 % y una concordancia escasa con el test de Schirmer ( $\kappa=0,066$ ). La sequedad oral presentó una sensibilidad del 76,6 %, una especificidad del 34,2 % y una concordancia escasa con la sialometría ( $\kappa=0,108$ ).

**Conclusión:** La discordancia entre los síntomas subjetivos de sequedad y la hiposecreción glandular objetiva fue frecuente en pacientes con sospecha de SjD. Los síntomas presentaron alta sensibilidad, pero baja especificidad y escasa concordancia con las pruebas funcionales, lo que demuestra que la percepción subjetiva de sequedad y la función glandular representan dimensiones complementarias del compromiso exocrino. Estos hallazgos respaldan la incorporación sistemática del test de Schirmer y de la sialometría no estimulada para objetivar el compromiso glandular durante la evaluación diagnóstica.

## Epidemiología y carga del lupus eritematoso sistémico en Ciudad Autónoma y provincia de Buenos Aires. Revisión de literatura y validación por panel de expertos

Epidemiología

0229

Sofía Del Rosario Maldonado, Micaela Cosatti, Lucas Graziano, Anastasia Secco

Hospital Bernardino Rivadavia

**Introducción:** El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, crónica y heterogénea que compromete múltiples órganos, con un aumento en la morbilidad, generando una importante carga clínica, económica y social. En Argentina existe escasa información acerca de la epidemiología, uso de recursos y costos por el LES.

**Objetivo:** Estimar la epidemiología, uso de recursos sanitarios y costos del LES en pacientes provenientes de la Ciudad Autónoma y Provincia de Buenos Aires.

**Métodos:** Se realizó una revisión de la literatura local e internacional, mediante una búsqueda bibliográfica en bases de datos y sitios web de sociedades científicas. Los criterios de inclusión fueron estudios observacionales de cohorte, corte transversal, series de casos, donde se priorizó la selección de estudios realizados en Argentina. Dada la escasez de información local, se conformó un panel Delphi con 5 expertos locales. El costo de los recursos sanitarios se obtuvo del nomenclador de prestaciones de salud del Ministerio de Salud del GCBA. El costo de las drogas se obtuvo del vademécum Alfa Beta. A partir de los datos obtenidos se generó un cuestionario, se compartió con los expertos y se realizaron reuniones virtuales para el consenso. Para cada variable del cuestionario se calculó el promedio de las respuestas. Los costos directos se estimaron en dólares estadounidenses (Valor del dólar julio 2026 por BNA USD 1520 pesos ARG).

**Resultados:** La prevalencia de LES en Ciudad autónoma de Buenos Aires es de 58,6 casos por 100.000 habitantes (IC95 %; 46,1-73,5) con una incidencia anual de 6,3 casos por 100.000 habitantes (IC95 %; 4,9-7,7). Según la literatura y la validación de los expertos, 51 % de los pacientes presentan enfermedad leve, 48 % enfermedad moderada/severa y 33 % nefritis lúpica. El costo anual por paciente con diagnóstico inicial de LES leve sin internación fue de USD 446.97 y con internación fue USD 1419, con diagnóstico de LES moderado/severo sin internación fue USD 457 y con internación USD 3982, y con nefritis lúpica USD 535 sin internación y USD 7708 con internación. La hidroxiclороquina fue el tratamiento basal más frecuente en pacientes con LES leve y moderado/severo con un promedio de 93 % con un costo anual de USD 192. En Tablas 1 y 2 se detallan los costos asociados a la medicación y recursos sanitarios.

**Conclusión:** La revisión brinda información útil acerca de parámetros epidemiológicos, del uso de recursos y de costos directos en el LES, que resultarán de utilidad para la conducción de evaluaciones económicas de salud en Argentina.

**Agradecimientos:** Fernando Arizpe, Alejandro Brigante, Joan M. Dapeña, Lucila García, Anabella Rodríguez, Adriana Testi, Malena Viola.

TABLA 1: costo de fármacos anuales en LES leve, moderado/severo y nefritis lúpica, según frecuencia de utilización en cada grupo

| FÁRMACO                  | DOSIS | COSTO ANUAL (USD) |
|--------------------------|-------|-------------------|
| LES leve                 |       |                   |
| Hidroxiclороquina        | 400mg | USD 192.53        |
|                          | 200mg | USD 149.68        |
| Metotrexato              | 15mg  | USD 147.72        |
|                          | 25mg  | USD 500.74        |
| Azatioprina              | 100mg | USD 53.48         |
|                          | 150mg | USD 80.22         |
| Azatioprina              | 200mg | USD 106.96        |
| Micofenolato de mofetilo | 2gr   | USD 5717.73       |
| LES moderado/severo      |       |                   |
| Hidroxiclороquina        | 400mg | USD 192.53        |
|                          | 200mg | USD 149.68        |
| Micofenolato de mofetilo | 2gr   | USD 5717.73       |
| Ciclofosfamida           | 1gr   | USD 722.37        |
|                          | 100mg | USD 53.48         |
| Azatioprina              | 150mg | USD 80.22         |
| Azatioprina              | 200mg | USD 106.96        |
| Belimumab                | 200mg | USD 31780.20      |
| Rituximab                | 2gr   | USD 20389.99      |
| Metotrexato              | 15mg  | USD 147.72        |
| Metotrexato              | 25mg  | USD 500.74        |
| Tacrolimus               | 4gr   | USD 3619.04       |
| Anifrolumab              | 300mg | USD 22511.88      |
| Nefritis Lúpica          |       |                   |
| Micofenolato de mofetilo | 2gr   | USD 5717.73       |
| Ciclofosfamida           | 500mg | USD 361.18        |
|                          | 1gr   | USD 963.16        |
| Azatioprina              | 100mg | USD 53.48         |
| Azatioprina              | 150mg | USD 80.22         |
| Azatioprina              | 200mg | USD 106.96        |
| Belimumab                | 200mg | USD 31780.20      |
| Rituximab                | 2gr   | USD 20389.99      |
| Tacrolimus               | 4gr   | USD 3619.04       |

TABLA 2: Costo en USD de recursos sanitarios al momento del diagnóstico según severidad de LES por ambulatorio y en internación. \*Laboratorio de rutina (hemograma, VSG, PCR, Urea, creatinina, glucemia, ionograma, hepatograma, TFG, test de Coombs); \*\*Laboratorio inmunológico (Ac anti-DNA, Ac anti cardiolipinas IgG e IgM, Ac beta2glicoproteína IgG e IgM, Inh lúpico, c3 y c4) \*\*\* Serologías (Elisa HIV, Hep B, Hep C)

| Recursos Sanitarios                          | Consulta de reumatología/año | Laboratorio de Rutina * | Laboratorio Inmunológico ** | Proteínuma 24hs | Serologías *** | Densitometría Ósea | Internación |
|----------------------------------------------|------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------|----------------|--------------------|-------------|
| LES leve- inicio (sin internación)           | USD 38,78                    | USD 68,47               | USD 170,71                  | USD 2,97        | USD 147,96     | USD 0              | USD 0       |
| LES leve-inicio (con internación)            | USD 38,78                    | USD 68,47               | USD 170,71                  | USD 2,97        | USD 147,96     | USD 0              | USD 971,78  |
| LES leve-seguimiento                         | USD 44,43                    | USD 105,01              | USD 267,99                  | USD 1,97        | USD 0          | USD 49,43          | USD 0       |
| LES moderado/alto -inicio(sin internación)   | USD 66,64                    | USD 48,15               | USD 159,32                  | USD 2,97        | USD 147,96     | USD 0              | USD 0       |
| LES moderado/alto - inicio (con internación) | USD 66,64                    | USD 58                  | USD 159,32                  | USD 2,97        | USD 147,96     | USD 0              | USD 3625,79 |
| LES moderado/alto - seguimiento              | USD 61,09                    | USD 145,74              | USD 206,87                  | USD 4,94        | USD 0          | USD 49,43          | USD 0       |
| Nefritis Lúpica - inicio (sin internación)   | USD 88,86                    | USD 98                  | USD 166,64                  | USD 5,94        | USD 147,96     | USD 0              | USD 0       |
| Nefritis Lúpica-inicio (con internación)     | USD 88,86                    | USD 87,88               | USD 169,12                  | USD 5,94        | USD 147,96     | USD 0              | USD 7261,23 |
| Nefritis Lúpica -seguimiento                 | USD 80,53                    | USD 171,55              | USD 332,33                  | USD 10,37       | USD 0          | USD 38,45          | USD 0       |

## Nuevos criterios ASAS-SPARTAN-2025 en espondiloartritis axial: impacto frente a ASAS-2009 en la clasificación en vida real

Espondiloartritis / EPs

0020

Delfina Apter, Nataly Mejía, Gisele Reyes, Jessica Solís, Carolina Bardini, Juan Arguello, Sebastián Magri, Rodrigo García Salinas

Hospital Italiano de la Plata

**Introducción:** Recientemente se actualizaron los criterios de clasificación para espondiloartritis axial mediante la propuesta ASAS-SPARTAN-2025, que incorpora un sistema ponderado de lesiones inflamatorias y estructurales por resonancia magnética. Este nuevo enfoque busca mayor especificidad frente a los criterios ASAS-2009, ampliamente utilizados en la práctica clínica y en investigación.

**Objetivo:** Estimar y comparar la clasificación según ASAS-SPARTAN-2025 y ASAS-2009 en la cohorte Reuma-Check y describir los fenotipos definidos por las vías de clasificación guiadas por RM y por HLA-B27.

**Métodos:** Reuma-Check es un programa estructurado de diagnóstico de EspAax con evaluación clínica estandarizada, marcadores de laboratorio, radiografía de pelvis y RM de sacroilíacas. Los pacientes se clasificaron según ASAS-SPARTAN-2025 (corte propuesto >11 puntos) y ASAS-2009 (brazo de RM, de HLA-B27 o ambos). Los grupos analíticos fueron SPARTAN+, ASAS-RM+, ASAS-HLA-B27+ y ASAS-general+. Las variables binarias se compararon con chi-cuadrado y las continuas con ANOVA. La evaluación por RM incluyó edema óseo, erosiones, metaplasia grasa, esclerosis y anquilosis.

**Resultados:** Entre 128 pacientes, 78.9 % cumplió ASAS-SPARTAN-2025 y 89.1 % cumplió ASAS-2009. Se identificaron tres fenotipos discordantes: SPARTAN+/ASAS+ en 72.7 %, SPARTAN-/ASAS+ en 16.4 % y SPARTAN+/ASAS- en 6.3 %; 4.7 % fue negativo para ambos. Los pacientes SPARTAN+ mostraron mayor carga de imágenes que los SPARTAN-/ASAS+. La sacroileítis por RM fue universal en SPARTAN+, con mayor frecuencia de edema óseo, erosiones y metaplasia grasa. Las manifestaciones clínicas (dolor lumbar inflamatorio, artritis periférica, entesitis) fueron similares entre grupos, al igual que ASDAS-PCR y BASDAI, aunque PCR y ERS fueron modestamente más altas en SPARTAN+. En el análisis de cuatro grupos, ASAS-RM+ se asemejó al fenotipo de imágenes de SPARTAN+, mientras que ASAS-HLA-B27+ representó un fenotipo genético pero atenuado en imágenes; ASAS-general+ mostró un perfil intermedio y heterogéneo.

**Conclusión:** ASAS-SPARTAN-2025 identifica preferentemente un fenotipo de EspAax definido por imágenes, con mayor carga inflamatoria y estructural objetiva, mientras que ASAS-2009 capta un espectro clínico más amplio, incluyendo fenotipos HLA-B27 atenuados en RM. La coexistencia de grupos discordantes clínicamente relevantes resalta la importancia de comprender esta divergencia para la estratificación temprana, el enriquecimiento de cohortes y la futura armonización de los marcos de clasificación.

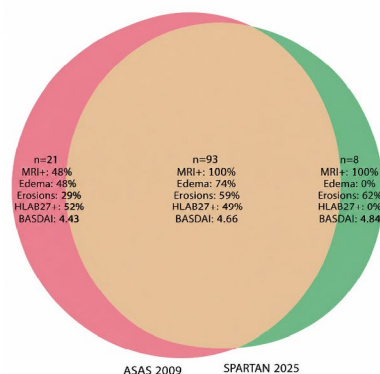


Figura 1. Diagrama de Venn de la superposición de clasificación entre ASAS-2009 y ASAS-SPARTAN-2025, con carga de RM, HLA-B27 y BASDAI por subgrupo

Tabla 1. Comparación de características clínicas, serológicas y de imagen según fenotipo de clasificación (SPARTAN+, ASAS-general+, ASAS-RM+, ASAS-HLA-B27+).

| Variable                                  | SPARTAN+ (n=101) | ASAS-general+ (n=114) | ASAS-RM+ (n=58) | ASAS-HLA-B27+ (n=34) | p     |
|-------------------------------------------|------------------|-----------------------|-----------------|----------------------|-------|
| Sexo masculino                            | 45.5%            | 47.4%                 | 46.6%           | 44.1%                | 0.9   |
| Tabaquismo                                | 41.6%            | 42.1%                 | 42.1%           | 44.1%                | 0.9   |
| Dolor lumbar inflamatorio                 | 92.1%            | 84.2%                 | 82.8%           | 85.3%                | 0.2   |
| Uveítis                                   | 6.9%             | 7.9%                  | 12.1%           | 2.9%                 | 0.4   |
| Enfermedad inflamatoria intestinal        | 24.8%            | 23.4%                 | 27.9%           | 12.6%                | 0.1   |
| Respuesta a AINEs                         | 65.3%            | 65.8%                 | 68.0%           | 55.9%                | 0.6   |
| Proteína C reactiva elevada               | 40.4%            | 34.8%                 | 38.6%           | 24.2%                | 0.1   |
| HLA-B27 positivo                          | 45.5%            | 50.0%                 | 1.7%            | 100.0%               | 0.003 |
| Antecedente familiar de espondiloartritis | 25.7%            | 29.8%                 | 31.0%           | 29.4%                | 0.8   |
| Índice de entes sacroilíaco positivo      | 62.1%            | 57.4%                 | 54.9%           | 56.7%                | 0.8   |
| Dolor de pared torácica anterior          | 20.0%            | 19.6%                 | 17.5%           | 20.0%                | 0.9   |
| Entesitis clínica                         | 30.7%            | 29.8%                 | 36.2%           | 29.4%                | 0.8   |
| Artritis periférica                       | 17.8%            | 17.5%                 | 24.1%           | 17.6%                | 0.7   |
| Sacroileítis radiográfica                 | 94.5%            | 90.0%                 | 43.1%           | 54.0%                | 0.3   |
| Alteraciones radiográficas periféricas    | 21.6%            | 23.0%                 | 28.8%           | 13.8%                | 0.4   |
| Edema óseo                                | 68.3%            | 69.3%                 | 96.6%           | 2.9%                 | 0.003 |
| Metaplasia grasa                          | 41.6%            | 34.2%                 | 29.3%           | 44.1%                | 0.3   |
| Erosiones                                 | 59.4%            | 53.5%                 | 53.4%           | 47.1%                | 0.6   |
| Esclerosis subcondral                     | 18.8%            | 18.4%                 | 20.7%           | 14.7%                | 0.9   |
| Puentes óseos                             | 6.9%             | 7.0%                  | 1.7%            | 17.6%                | 0.04  |
| Lesiones estructurales crónicas           | 77.7%            | 68.9%                 | 76.6%           | 54.0%                | 0.05  |
| Entesitis por ecografía                   | 34.2%            | 36.2%                 | 38.3%           | 27.9%                | 0.9   |
| Ecografía articular                       | 16.9%            | 17.9%                 | 22.4%           | 20.7%                | 0.8   |
| a.a características de EspA               | 50.5%            | 49.1%                 | 50.3%           | 50.0%                | 0.9   |
| Edad al momento de la evaluación, años    | 47.34 (12.10)    | 46.77 (12.14)         | 50.34 (13.95)   | 43.97 (10.77)        | 0.08  |
| Años de educación                         | 13.58 (2.96)     | 13.54 (2.94)          | 13.45 (3.30)    | 13.67 (2.55)         | 0.9   |
| Edad de inicio del dolor lumbar, años     | 41.16 (11.97)    | 40.96 (12.15)         | 43.90 (11.40)   | 37.79 (11.70)        | 0.1   |
| Dolor lumbar 0-10                         | 6.46 (1.78)      | 6.75 (1.71)           | 6.71 (1.60)     | 6.50 (2.35)          | 0.9   |
| Dolor lumbar nocturno 0-10                | 5.22 (2.33)      | 5.34 (2.41)           | 5.42 (2.41)     | 5.42 (2.41)          | 0.9   |
| Duración de la rigidez matutina, minutos  | 35.88 (29.25)    | 35.39 (27.19)         | 35.46 (30.51)   | 35.18 (19.97)        | 0.9   |
| Puntuaje HAQDIS                           | 0.74 (1.73)      | 0.71 (1.73)           | 0.61 (1.49)     | 0.61 (1.49)          | 0.9   |
| Puntuaje NAD                              | 1.67 (2.48)      | 1.73 (2.45)           | 2.00 (2.59)     | 1.68 (2.43)          | 0.8   |

Abreviaturas: RM: resonancia magnética; AINEs: antiinflamatorios no esteroideos; PCR: proteína C reactiva; EspA: espondiloartritis; HAQDIS: Health Assessment Questionnaire Spondyloarthritis Score; NAD: número de articulaciones dolorosas.

## Fenotipos diferenciales según sexo en artritis psoriásica: resultados de la cohorte argentina RECCAPSO

Espondiloartritis / EPs

0042

Nataly Mejía<sup>1</sup>, Rodrigo García Salinas<sup>1</sup>, Maximiliano Fenucci<sup>2</sup>, Gustavo Medina<sup>3</sup>, Marcelo Abdala<sup>4</sup>, Leila Abbas<sup>2</sup>, Carolina Mariasch<sup>3</sup>, Sebastián Magri<sup>1</sup>, Brian Marcelo Abdala<sup>4</sup>

1. Hospital Italiano de la Plata; 2. Hospital César Milstein; 3. Hospital de Clínicas; 4. Hospital Centenario

**Introducción:** La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad heterogénea, con expresión musculoesquelética, cutánea y extramusculoesquelética variable. El sexo podría influir en el fenotipo clínico, la actividad de la enfermedad, las comorbilidades y el tratamiento. Sin embargo, la evidencia proveniente de cohortes argentinas de vida real es limitada.

**Objetivo:** Comparar las características clínicas, actividad de la enfermedad, comorbilidades y patrones de tratamiento entre mujeres y varones con APs en la cohorte RECCAPSO, e identificar variables asociadas de forma independiente al sexo.

**Métodos:** Estudio observacional transversal del registro multicéntrico argentino RECCAPSO. Las variables continuas se compararon con prueba t de Welch y las categóricas con  $\chi^2$  o prueba exacta de Fisher, según correspondiera. Se estimaron OR con IC95 %, utilizando a las mujeres como referencia. Se construyó un modelo de regresión logística multivariable con sexo masculino como variable dependiente, incluyendo predictores seleccionados por relevancia clínica y asociación univariada, evitando redundancia y colinealidad. Los datos faltantes de variables clínicas se imputaron mediante KNN multivariable. Se consideró significativo  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 368 pacientes con APs: 211 mujeres (57,3 %) y 157 varones (42,7 %). Los varones presentaron mayor edad al diagnóstico de psoriasis ( $39,8 \pm 14,8$  vs.  $34,6 \pm 15,8$  años;  $p = 0,001$ ) y de APs ( $53,0 \pm 14,9$  vs.  $49,9 \pm 14,3$ ;  $p = 0,043$ ), mayor peso ( $82,7 \pm 13,7$  vs.  $74,3 \pm 14,5$  kg;  $p < 0,001$ ), mayor PASI ( $3,0 \pm 5,0$  vs.  $2,1 \pm 2,5$ ;  $p = 0,044$ ) y mayor compromiso ungueal. También tuvieron mayor frecuencia de comorbilidad global ( $68,2$  % vs.  $54,5$  %; OR 1,79 [1,16–2,75]), hipertensión, tabaquismo, infarto agudo de miocardio ( $8,3$  % vs.  $2,4$  %; OR 3,72 [1,30–10,66]) y MACE ( $10,8$  % vs.  $3,8$  %; OR 3,08 [1,29–7,34]). Las mujeres mostraron mayor actividad por DAS28 ( $3,32 \pm 0,91$  vs.  $2,95 \pm 0,92$ ;  $p < 0,001$ ) y peores desenlaces reportados por el paciente, incluyendo VAS dolor ( $4,4$  vs.  $3,8$ ;  $p = 0,015$ ) y VAS estado global ( $3,8$  vs.  $3,3$ ;  $p = 0,019$ ), sin diferencias significativas en DAPSA. La uveítis/EII fue más frecuente en mujeres ( $5,2$  % vs.  $1,3$  %;  $p = 0,043$ ). En el modelo multivariable, el tabaquismo se asoció independientemente al sexo masculino (OR 2,00 [1,04–3,86]), mientras que la uveítis/EII se asoció al sexo femenino (OR para sexo masculino 0,19 [0,04–0,91]). MACE mostró asociación limitrofe con sexo masculino. No se observaron diferencias significativas entre sexos en mecanismo de acción del biológico, líneas terapéuticas, *swapping* o enfermedad difícil de tratar.

**Conclusión:** RECCAPSO mostró fenotipos diferenciales según sexo. Los varones presentaron mayor carga cardiometabólica, tabaquismo y compromiso ungueal, mientras que las mujeres mostraron mayor actividad por DAS28, peores desenlaces reportados por el paciente y mayor frecuencia de uveítis/EII. No se observaron diferencias relevantes en los patrones terapéuticos.

Tabla 1. Comparación de características clínicas por sexo — cohorte RECCAPSO

| Variable                                | Femenino<br>(n=211) | Masculino<br>(n=157) | OR (IC95%) M vs F | p      |
|-----------------------------------------|---------------------|----------------------|-------------------|--------|
| Edad al diagnóstico de psoriasis (años) | 34,6 ± 15,8         | 39,8 ± 14,8          | —                 | 0,001  |
| Edad al diagnóstico de APs (años)       | 49,9 ± 14,3         | 53,0 ± 14,9          | —                 | 0,043  |
| Peso (kg)                               | 74,3 ± 14,5         | 82,7 ± 13,7          | —                 | <0,001 |
| PASI                                    | 2,1 ± 2,5           | 3,0 ± 5,0            | —                 | 0,044  |
| DAS28                                   | 3,3 ± 0,9           | 2,9 ± 0,9            | —                 | <0,001 |
| VAS dolor — paciente                    | 4,4 ± 2,6           | 3,8 ± 2,4            | —                 | 0,015  |
| VAS estado global — médico              | 3,8 ± 2,1           | 3,3 ± 2,0            | —                 | 0,019  |
| Comorbilidad global                     | 54,5%               | 68,2%                | 1,79 (1,16–2,75)  | 0,008  |
| Hipertensión arterial                   | 28,9%               | 41,4%                | 1,74 (1,12–2,68)  | 0,013  |
| Tabaquismo                              | 11,4%               | 19,7%                | 1,92 (1,07–3,42)  | 0,026  |
| Infarto de miocardio                    | 2,4%                | 8,3%                 | 3,72 (1,30–10,66) | 0,009  |
| MACE (evento CV mayor)                  | 3,8%                | 10,8%                | 3,08 (1,29–7,34)  | 0,008  |
| Compromiso ungueal                      | 32,7%               | 43,9%                | 1,61 (1,05–2,47)  | 0,028  |
| Cobertura de salud                      | 84,4%               | 92,4%                | 2,24 (1,12–4,49)  | 0,021  |
| Uveítis / EII                           | 5,2%                | 1,3%                 | 0,23 (0,05–1,07)  | 0,043  |

Continuas: media ± DE, p por t de Welch. Dicotómicas: %, OR (IC95%) con mujer como referencia, p por  $\chi^2$ . En rojo,  $p < 0,05$ . Fuente: hoja [Comparación\\_Sexo](#) (valores enlazados).

Tabla 2. Patrones de tratamiento por sexo (datos observados; Fem N=100, Masc N=83)

| Variable                      | Femenino     | Masculino   | p           |
|-------------------------------|--------------|-------------|-------------|
| <b>MAC actual (mecanismo)</b> |              |             | 0,273       |
| TNF inhibidor                 | 43,0%        | 55,4%       | 0,8         |
| IL-17i                        | 36,0%        | 32,5%       | 0,9         |
| <b>IL-23i</b>                 | <b>10,0%</b> | <b>4,8%</b> | <b>0,04</b> |
| IL-12/23i                     | 7,0%         | 2,4%        | 0,1         |
| JAK inhibidor                 | 4,0%         | 3,6%        | 0,7         |
| Apremilast                    | 0,0%         | 1,2%        | -           |
| Primera línea                 | 66,0%        | 65,1%       | 1,000       |
| Segunda línea                 | 17,0%        | 19,3%       | 0,704       |
| Tercera línea o más           | 16,3%        | 13,6%       | 0,678       |
| DMARD convencional actual     | 48,2%        | 52,9%       | 0,390       |
| DMARD convencional previo     | 36,8%        | 40,0%       | 0,580       |
| Glucocorticoides              | 10,4%        | 9,7%        | 0,860       |

## Prevalencia e incidencia de la artritis psoriásica difícil/compleja de manejar y refractaria al tratamiento según las definiciones de EULAR y GRAPPA: un estudio de cohorte en práctica clínica habitual

Iván Nagy, Nicolás Alvarado, María Laura Acosta Felquer, Javier Rosa, Enrique Soriano

1. Hospital Italiano de Buenos Aires

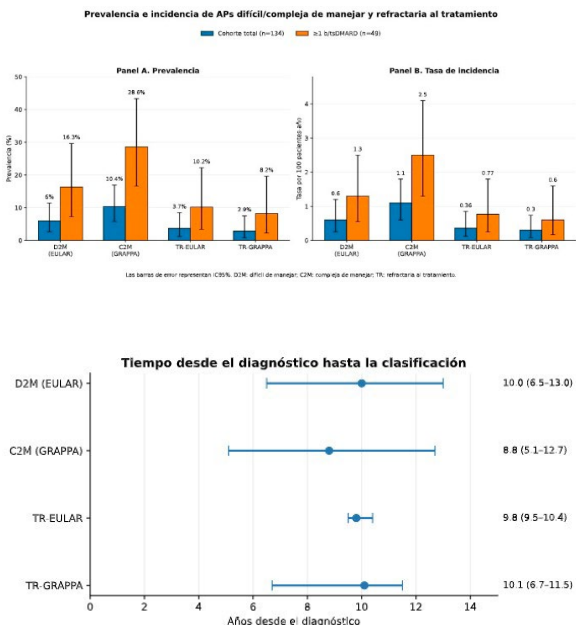
**Introducción:** EULAR y GRAPPA propusieron definiciones de consenso para la APs difícil de manejar (D2M), compleja de manejar (C2M) y refractaria al tratamiento (TR).

**Objetivo:** Describir la prevalencia, la incidencia y las características clínicas de la APs D2M/C2M y TR según las definiciones de EULAR y GRAPPA, y comparar la clasificación de los pacientes entre ambos marcos conceptuales.

**Métodos:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó pacientes consecutivos que cumplieran los criterios CASPAR para APs, seguidos entre enero de 2000 y noviembre de 2025 dentro de un hospital universitario. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas electrónicas. Los pacientes fueron clasificados según las definiciones de EULAR y GRAPPA. Se calcularon la prevalencia, las tasas de incidencia por 100 pacientes-año (PA) y el tiempo desde el diagnóstico hasta la clasificación como D2M/C2M o TR. Las comparaciones fueron descriptivas debido al bajo número de desenlaces.

**Resultados:** Se incluyeron 134 pacientes (1355 pacientes-año de seguimiento). 49 pacientes (36,5 %) recibieron al menos un fármaco biológico o sintético dirigido (b/tsDMARD), y 111 (83 %) recibieron DMARDs sintéticos convencionales (csDMARD). La prevalencia y las tasas de incidencia según ambas definiciones, tanto en la cohorte total como en los pacientes tratados con al menos un b/tsDMARD, se muestran en la Tabla 1. La prevalencia global osciló entre el 2,9 % y el 10,4 %, según la definición aplicada, y fue mayor entre los pacientes expuestos a b/tsDMARDs. Mayor número de pacientes cumplieron la definición de C2M de GRAPPA, comparados con la definición de D2M de EULAR. Un paciente cumplió la definición de APs refractaria según EULAR, pero no según GRAPPA. Esta discordancia reflejó diferencias en los umbrales de fracaso terapéutico dada la diferencia entre ambas definiciones. La mediana (RIC) del tiempo desde el diagnóstico hasta la clasificación como D2M/C2M fue de 10,0 (6,5–13,0) años utilizando la definición de EULAR y de 8,8 (5,1–12,7) años utilizando la definición de GRAPPA. La mediana (RIC) del tiempo hasta la clasificación como enfermedad refractaria fue de 9,8 (9,5–10,4) años según EULAR y de 10,1 (6,7–11,5) años según GRAPPA. Los pacientes clasificados como D2M/C2M presentaron un inicio de la enfermedad a edades más tempranas y fueron con mayor frecuencia mujeres.

**Conclusión:** En esta cohorte de práctica clínica habitual con seguimiento a largo plazo, la APs difícil/compleja de manejar y la APs refractaria al tratamiento fueron poco frecuentes utilizando tanto las definiciones de EULAR como las de GRAPPA. Las diferencias entre ambos marcos de clasificación estuvieron determinadas principalmente por los distintos umbrales de fracaso terapéutico requeridos por cada definición, más que por diferencias clínicas sustanciales.



## Prevalencia de antecedentes de morbilidad obstétrica en mujeres con lupus eritematoso sistémico: datos del registro RELESSAR Transversal

LES / SAF

0086

Joan Manuel Dapeña<sup>1</sup>, Lucila García<sup>2</sup>, Rosana Quintana<sup>3</sup>, Marina Micelli<sup>3</sup>, Analía Patricia Álvarez<sup>3</sup>, César Graf<sup>3</sup>, Raúl Héctor Paniego<sup>3</sup>, Emma Civit<sup>3</sup>, Rodrigo Alejandro Aguila Maldonado<sup>3</sup>, Carla Andrea Gobbi<sup>3</sup>, Gretel Rausch<sup>3</sup>, Agustina D'amico<sup>3</sup>, Johana, Zacarías H.<sup>3</sup>, Mariana Pera<sup>3</sup>, Juan Manuel Vandale<sup>3</sup>, Florencia Vivero<sup>3</sup>, María Larroude<sup>3</sup>, Josefina Marin<sup>3</sup>, Marisa Jorfen<sup>3</sup>, Marcos David Zelaya<sup>3</sup>, Judith Sarano<sup>3</sup>, Maira Alejandra Arias Saavedra<sup>3</sup>, Vanesa Paris<sup>3</sup>, Noelia Giselle Hojberg<sup>3</sup>, Mercedes García<sup>2</sup>

1. Hospital Santojanni; 2. Hospital General de Agudos San Martín, La Plata; 3. RELESSAR

**Introducción:** Las mujeres con lupus eritematoso sistémico (LES) presentan mayor frecuencia de pérdida gestacional, prematuridad y preeclampsia. RELESSAR informó previamente la frecuencia de anticuerpos antifosfolípidos (AAF) y síndrome antifosfolíptico (SAF), y describió manifestaciones obstétricas en pacientes con SAF, pero no evaluó la morbilidad obstétrica como objetivo principal ni sus factores asociados. **Objetivo:** Describir la morbilidad obstétrica y analizar su asociación con características de las pacientes y de la enfermedad en el registro RELESSAR Transversal.

**Métodos:** Estudio observacional, transversal y retrospectivo de mujeres con LES y al menos un embarazo registrado. Se definió morbilidad obstétrica por el antecedente de al menos uno de los siguientes: muerte fetal, nacimiento prematuro, tres o más abortos espontáneos o preeclampsia/eclampsia. Se estimaron prevalencias e IC95 % de Wilson. Las asociaciones con nefritis lúpica, hipertensión arterial (HTA) y AAF se estimaron como razones de prevalencia ajustadas (RPa) mediante regresión de Poisson con varianza robusta agrupada por centro, con ajuste por edad, duración del LES, número de embarazos y raza. La positividad para AAF se estableció de acuerdo con los criterios de Sídney. El modelo principal se realizó por casos completos. Se utilizó R 4.6.1.

**Resultados:** Se incluyeron 914 mujeres; 889 fueron evaluables para morbilidad obstétrica. Presentaron morbilidad obstétrica 253 de 889 (28,5 %; IC95 % 25,6–31,5), muerte fetal 140 de 895 (15,6 %), nacimiento prematuro 82 de 891 (9,2 %), tres o más abortos espontáneos 28 de 890 (3,1 %) y preeclampsia/eclampsia 97 de 914 (10,6 %) (Figura 1). El modelo principal incluyó 753 mujeres y 224 eventos. La HTA (RPa 1,45; IC95 % 1,17–1,80) y la positividad para AAF (RPa 1,71; IC95 % 1,35–2,18) se asociaron con mayor prevalencia de morbilidad obstétrica; la nefritis no mostró una asociación independiente (RPa 1,10; IC95 % 0,89–1,35) (Figura 2). La positividad para AAF se asoció con muerte fetal (RPa 2,11; IC95 % 1,52–2,91) y prematuridad (RPa 2,01; IC95 % 1,27–3,18), mientras que la HTA se asoció con preeclampsia/eclampsia (RPa 2,02; IC95 % 1,30–3,14).

**Conclusión:** Casi tres de cada diez mujeres con LES y embarazo registrado presentaron morbilidad obstétrica. La positividad para AAF y la HTA se asociaron con mayor prevalencia de morbilidad obstétrica. Estos hallazgos aportan una caracterización específica de la morbilidad obstétrica en RELESSAR Transversal. Por la ausencia de temporalidad y datos por gestación, describen asociaciones históricas y no riesgo prospectivo por embarazo.

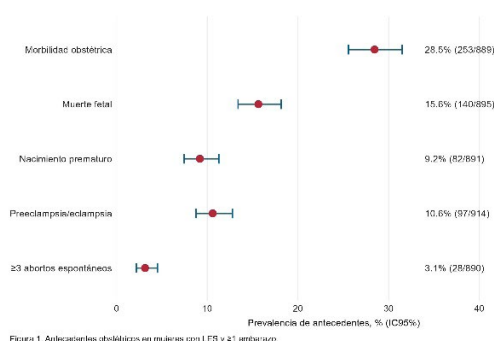


Figura 1. Antecedentes obstétricos en mujeres con LES y ≥1 embarazo.

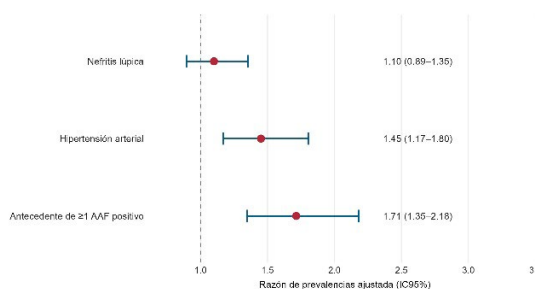


Figura 2. Asociaciones con morbilidad obstétrica. Ajuste: edad, duración, número de embarazos y raza; errores agrupados por centro.

# ¿Importa la edad al debut? Impacto de la edad sobre la presentación y los desenlaces renales en una cohorte de pacientes con nefritis lúpica

LES / SAF

0124

Jeremy Santiago, Marina Scolnik, Agustín Caceres, Victoria Torregiani, Javier Rosa

Hospital Italiano de Buenos Aires

**Introducción:** La edad al debut de la nefritis lúpica (NL) podría influir en la presentación clínica, el compromiso histopatológico y la evolución renal. Sin embargo, la evidencia que compara pacientes con inicio pediátrico, adulto y tardío es limitada.

**Objetivo:** Comparar las características clínicas, serológicas, histopatológicas y los desenlaces renales según la edad al debut de la NL.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo realizado en un centro terciario. Se incluyeron pacientes con NL confirmada por biopsia renal, clasificados según la edad al debut ( $\leq 18$  años, 19–49 años y  $\geq 50$  años). Se compararon características basales, hallazgos histopatológicos, respuesta renal completa (RC), respuesta de eficacia primaria (PEER), función renal y proteinuria al año, 2 y 5 años. Se realizaron análisis de supervivencia mediante Kaplan-Meier y regresión de Cox para enfermedad renal terminal (ESKD) y diálisis.

**Resultados:** Se incluyeron 116 pacientes: 25 (21,6 %) con debut  $\leq 18$  años, 78 (67,2 %) entre 19–49 años y 13 (11,2 %) con debut  $\geq 50$  años. Los pacientes con debut  $\leq 18$  años presentaron menores niveles de C3 ( $p < 0,001$ ) y C4 ( $p = 0,02$ ), así como mayor frecuencia de hematuria dismórfica ( $p < 0,01$ ). En contraste, los pacientes con debut  $\geq 50$  años mostraron menor filtrado glomerular estimado ( $p = 0,05$ ) y mayor índice de cronicidad histológica ( $p = 0,01$ ). Durante el seguimiento, los pacientes  $\geq 50$  años mantuvieron peor función renal con diferencias en el filtrado glomerular al año ( $p < 0,001$ ), a los 2 años ( $p < 0,001$ ) y a los 5 años ( $p = 0,002$ ). En cuanto a los *outcomes* renales no se observaron diferencias significativas entre los tres grupos etarios en enfermedad renal terminal (9,5 %,  $p = 0,876$ ) ni diálisis (8,6 %,  $p = 0,864$ ). No hubo diferencias significativas en la respuesta renal completa al año, a los 2 años y a los 5 años (80,0 % vs. 59,7 % vs. 76,9 %,  $p = 0,12$ ; 73,9 % vs. 63,9 % vs. 69,2 %,  $p = 0,66$ ; 68,4 % vs. 65,5 % vs. 88,9 %,  $p = 0,394$ , respectivamente). Tampoco se presentó diferencias para alcanzar PEER al año, a los 2 años y a los 5 años (84,0 % vs. 62,3 % vs. 69,2 %,  $p = 0,13$ ; 73,9 % vs. 63,9 % vs. 84,6 %,  $p = 0,27$ ; 68,4 % vs. 62,1 % vs. 88,9 %,  $p = 0,297$ , respectivamente).

**Conclusión:** La edad al debut de la nefritis lúpica se asoció con diferencias en la presentación clínica, serológica e histopatológica, así como con una peor función renal persistente en los pacientes con inicio  $\geq 50$  años. Sin embargo, la respuesta renal completa, la respuesta de eficacia primaria y la supervivencia libre de enfermedad renal terminal y diálisis fueron similares entre los tres grupos etarios.

Tabla 1. Características basales según grupo etario al debut de la nefritis lúpica

| Variable                                                   | Total (n=116)         | $\leq 18$ años (n=25) | 19–49 años (n=78)     | $\geq 50$ años (n=13)  | p      |
|------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|--------|
| Sexo femenino, n (%)                                       | 97 (83,6)             | 22 (88,0)             | 67 (85,9)             | 8 (61,5)               | 0,07   |
| Edad al momento de la primera biopsia (años)               | 31,8 (20,6–40,4)      | 14,9 (12,5–17,4)      | 35,0 (27,6–39,7)      | 57,8 (57,2–66,7)       | —      |
| SLEDAI basal                                               | 15,0 (11,0–20,0)      | 17,0 (11,0–21,0)      | 14,0 (12,0–18,0)      | 13,0 (10,0–22,0)       | 0,34   |
| Creatinina sérica (mg/dL)                                  | 0,79 (0,61–1,10)      | 0,62 (0,51–0,86)      | 0,80 (0,68–1,10)      | 0,94 (0,67–1,10)       | 0,04   |
| Filtrado glomerular estimado (mL/min/1,73 m <sup>2</sup> ) | 105,0 (69,0–120,0)    | 107,1 (87,0–125,0)    | 108,5 (70,0–121,0)    | 74,7 (64,0–97,6)       | 0,05   |
| Relación proteína/creatinina                               | 1359,4 (589,9–2758,6) | 1099,0 (572,4–2192,3) | 1589,7 (626,0–2757,7) | 1703,8 (1048,0–3281,0) | 0,38   |
| Hematuria dismórfica, n (%)                                | 54 (49,5)             | 4 (17,4)              | 41 (56,2)             | 9 (69,2)               | <0,01  |
| Complemento C3 (mg/dL)                                     | 45,1 (32,9–70,0)      | 29,5 (22,0–39,0)      | 50,0 (38,0–72,0)      | 42,0 (39,7–64,8)       | <0,001 |
| Complemento C4 (mg/dL)                                     | 7,0 (4,0–12,1)        | 5,0 (3,0–7,0)         | 8,0 (5,0–13,8)        | 7,9 (4,5–15,8)         | 0,02   |
| Anti-ADN positivo, n (%)                                   | 77 (66,4)             | 19 (76,0)             | 52 (66,7)             | 6 (46,2)               | 0,18   |
| Clase histológica ISN/RPS                                  |                       |                       |                       |                        | 0,32   |
| Clase II                                                   | 6 (5,2)               | 1 (4,0)               | 4 (5,1)               | 1 (7,7)                |        |
| Clase III                                                  | 7 (6,0)               | 3 (12,0)              | 3 (3,8)               | 1 (7,7)                |        |
| Clase IV                                                   | 76 (65,5)             | 20 (80,0)             | 48 (61,5)             | 8 (61,5)               |        |
| Clase V                                                    | 16 (13,8)             | 1 (4,0)               | 12 (15,4)             | 3 (23,1)               |        |
| Clase III + V                                              | 2 (1,7)               | 0                     | 2 (2,6)               | 0                      |        |
| Clase IV + V                                               | 9 (7,8)               | 0                     | 9 (11,5)              | 0                      |        |
| Índice de actividad NIH                                    | 5,5 (3,0–8,0)         | 6,5 (4,0–10,0)        | 5,0 (2,0–8,0)         | 4,0 (3,0–8,0)          | 0,19   |
| Índice de cronicidad NIH                                   | 2,0 (1,0–4,0)         | 1,0 (0,5–2,0)         | 3,0 (1,0–4,0)         | 3,0 (2,0–4,0)          | 0,01   |
| Nefritis intersticial, n (%)                               | 45 (39,5)             | 6 (25,0)              | 33 (42,9)             | 6 (46,2)               | 0,26   |
| Patrón Full House, n (%)                                   | 73 (64,6)             | 17 (70,8)             | 49 (64,5)             | 7 (53,8)               | 0,59   |
| Microangiopatía trombótica, n (%)                          | 12 (10,5)             | 3 (12,5)              | 6 (7,8)               | 3 (23,1)               | 0,24   |

Tabla 2. Outcomes renales a los 5 años según grupo etario al debut de la nefritis lúpica.

| Variable                                                   | Total (n=116)      | $\leq 18$ años (n=25) | 19–49 años (n=78)  | $\geq 50$ años (n=13) | p      |
|------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|--------|
| Respuesta completa (RC), n (%)                             | 59 (68,6%)         | 13 (68,4%)            | 38 (65,5%)         | 8 (88,9%)             | 0,394* |
| PEER, n (%)                                                | 57 (66,3%)         | 13 (68,4%)            | 36 (62,1%)         | 8 (88,9%)             | 0,297* |
| Caída $\geq 30\%$ del FG, n (%)                            | 7 (7,8%)           | 2 (10,0%)             | 4 (6,6%)           | 1 (11,1%)             | 0,557* |
| Creatinina sérica (mg/dL), mediana (RIC)                   | 0,71 (0,60–0,86)   | 0,64 (0,56–0,80)      | 0,71 (0,61–0,86)   | 0,79 (0,71–0,94)      | 0,11   |
| Filtrado eGFR (mL/min/1,73 m <sup>2</sup> ), mediana (RIC) | 109,0 (91,3–120,0) | 116,8 (97,3–126,8)    | 111,0 (96,0–117,0) | 87,0 (72,0–93,0)      | 0,002  |
| Relación proteína/creatinina, mediana (RIC)                | 163,5 (72,2–640,1) | 108,0 (75,0–1220,7)   | 187,6 (71,0–685,9) | 121,5 (69,2–150,9)    | 0,35   |
| Proteinuria 24 h (g), mediana (RIC)                        | 0,1 (0,1–1,3)      | 0,1 (0,1–2,1)         | 0,5 (0,1–1,4)      | 0,1 (0,0–0,1)         | 0,052  |
| Hematuria dismórfica, n (%)                                | 13 (15,3%)         | 1 (5,9%)              | 12 (20,0%)         | 0 (0,0%)              | 0,245* |

\* Prueba exacta de Fisher.

# Sobrevida del tratamiento con metotrexato en monoterapia en pacientes con miopatía inflamatoria idiopática: estudio de vida real

Nayra Arancibia, Deisy F. Moran Diaz, Carolina Isnardi, Yhanderin Yampa Vedia, Claudia Peón, Agustina Alfaro, Lorena Alejandra Aviles Crespo, Luis Fernando Hoyos Calderon, Arisai Graciela Huici Rojas, Julieta Gamba, Cristian Alejandro Benitez

Hospital Nacional Dr. Alejandro Posadas

**Introducción:** El metotrexato (MTX) es uno de los tratamientos de primera línea para la miopatía inflamatoria idiopática (MII). Sin embargo, la evidencia sobre su uso en monoterapia inmunosupresora y su sobrevida como tratamiento es escasa, en especial en población latinoamericana de vida real.

**Objetivo:** Evaluar la sobrevida del tratamiento con MTX en monoterapia (con o sin glucocorticoides) en pacientes con MII e identificar factores asociados a su suspensión.

**Métodos:** Estudio observacional de cohorte prospectiva (2019-2026) del Servicio de Reumatología del Hospital Nacional Alejandro Posadas. Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años con MII que recibieron MTX monoterapia (con o sin glucocorticoides) y  $\geq 3$  meses de seguimiento. La sobrevida del tratamiento se definió como el periodo de tiempo desde el inicio del MTX en monoterapia hasta su suspensión o la adhesión de otra terapia inmunosupresora. Análisis estadístico: test de  $\chi^2$ /exacto de Fisher y t de Student/U de Mann-Whitney; curvas de Kaplan-Meier; test de log-rank, regresión multivariada de Cox.

**Resultados:** Se incluyeron 94 pacientes, 86,2 % mujeres, con edad mediana de 48 años (Q1-Q3:39-58); los subtipos predominantes fueron dermatomiositis (60,6 %), polimiositis (12,8 %) y síndrome antisintetasa (10,6 %). Los pacientes fueron seguidos por un total de 163,9 pacientes/año. Durante este periodo el 8,5 % fallecieron. El 70,2 % suspendió el MTX; las causas principales fueron ineficacia (65,2 %), mala adherencia (22,7 %) y toxicidad (7,6 %). Aquellos que suspendieron presentaron mayor frecuencia de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) (42,4 % vs. 14,3 %;  $p=0,005$ ) y eran más jóvenes al inicio del tratamiento (42,2 $\pm$ 14,2 vs. 49,2 $\pm$ 15,1 años;  $p=0,036$ ). El tiempo mediano de sobrevida del tratamiento fue de 12 meses (IC95 % 9-29), con persistencia del 49,3 % a los 12 meses y del 31,7 % a los 36 meses. El sexo masculino, la positividad para anti-MDA5 y la presencia de EPID (Figura 1) se asociaron a menor sobrevida. En el análisis multivariado, el sexo masculino (HR 2,75; IC95 % 1,42-5,33;  $p=0,003$ ) y la EPID (HR 1,85; IC95 % 1,09-3,13;  $p=0,023$ ) se mantuvieron asociados de forma independiente a menor sobrevida del tratamiento.

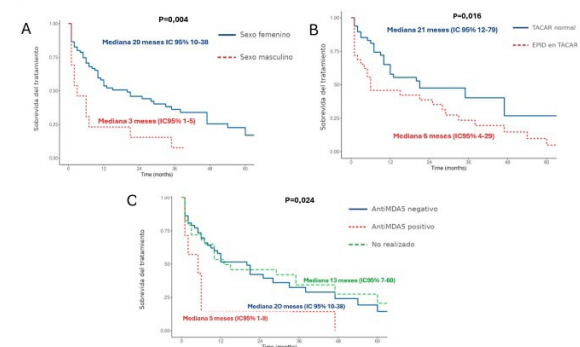
**Conclusión:** En esta cohorte de vida real, dos tercios de los pacientes con MII suspendieron el MTX en monoterapia, mayormente por ineficacia, con un tiempo mediano de sobrevida de 12 meses. El sexo masculino y la EPID se asociaron a mayor riesgo de suspender el tratamiento. Cabe destacar que todos los pacientes con MDA5+ discontinuaron el MTX.

Tabla 1. Características basales de la población con miopatía inflamatoria inmunomediada en tratamiento con metotrexato.

|                                                                                   | Total (n = 94)  | Suspendieron MTX (n = 66) | No suspendieron MTX (n = 28) | p     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------|------------------------------|-------|
| <b>Características demográficas y clínicas</b>                                    |                 |                           |                              |       |
| Edad (años), media $\pm$ DE                                                       | 48,3 $\pm$ 14,5 | 46,5 $\pm$ 13,7           | 52,7 $\pm$ 15,5              | 0,055 |
| Edad al diagnóstico (años), media $\pm$ DE                                        | 42,8 $\pm$ 15,4 | 41,1 $\pm$ 15,3           | 47,0 $\pm$ 15,3              | 0,090 |
| Edad al inicio de MTX (años), media $\pm$ DE                                      | 44,3 $\pm$ 14,8 | 42,2 $\pm$ 14,2           | 49,2 $\pm$ 15,1              | 0,036 |
| Tiempo de evolución (años), mediana (Q1-Q3)                                       | 4 (2-6)         | 4 (2-6)                   | 3,5 (1,75-6)                 | 0,835 |
| Sexo femenino, n (%)                                                              | 81 (86,2)       | 54 (81,8)                 | 27 (96,4)                    | 0,099 |
| <b>Subtipo de miopatía inflamatoria, n (%)</b>                                    |                 |                           |                              |       |
| Dermatomiositis                                                                   | 57 (60,6)       | 40 (60,6)                 | 17 (60,7)                    |       |
| Polimiositis                                                                      | 12 (12,8)       | 7 (10,6)                  | 5 (17,9)                     |       |
| Síndrome antisintetasa                                                            | 10 (10,6)       | 9 (13,6)                  | 1 (3,6)                      |       |
| Otros*                                                                            | 15 (16,0)       | 10 (15,2)                 | 5 (17,9)                     |       |
| <b>Manifestaciones clínicas más frecuentes, n (%)</b>                             |                 |                           |                              |       |
| Debilidad muscular                                                                | 78 (83,0)       | 52 (78,8)                 | 26 (92,9)                    | 0,136 |
| Rash                                                                              | 70 (74,5)       | 48 (72,7)                 | 22 (78,6)                    | 0,552 |
| Pápulas/signo de Gottron                                                          | 52 (55,3)       | 37 (56,1)                 | 15 (53,6)                    | 0,824 |
| Eritema en heliotropo                                                             | 47 (50,0)       | 34 (51,5)                 | 13 (46,4)                    | 0,652 |
| Artritis                                                                          | 45 (47,9)       | 32 (48,5)                 | 13 (46,4)                    | 0,855 |
| <b>Estudios complementarios, n (%)</b>                                            |                 |                           |                              |       |
| TACAR con patrón de EPID (ILD) †                                                  | 32 (34,0)       | 28 (42,4)                 | 4 (14,3)                     | 0,005 |
| <b>Perfil serológico — anticuerpos asociados y específicos (positivos), n (%)</b> |                 |                           |                              |       |
| ANA                                                                               | 66 (70,2)       | 48 (72,7)                 | 18 (64,3)                    | 0,207 |
| Anti-Ro52                                                                         | 26 (27,7)       | 18 (27,3)                 | 8 (28,6)                     | 0,209 |
| Anti-Mi2                                                                          | 12 (12,8)       | 6 (9,1)                   | 6 (21,4)                     | 0,210 |
| Anti-U1RNP                                                                        | 9 (9,6)         | 7 (10,6)                  | 2 (7,1)                      | 0,930 |
| Anti-MDA5                                                                         | 7 (7,4)         | 7 (10,6)                  | 0 (0)                        | 0,178 |
| Anti-TIF1 $\gamma$                                                                | 7 (7,4)         | 3 (4,5)                   | 4 (14,3)                     | 0,320 |

DE: desvío estándar; Q1-Q3: rango intercuartílico; MTX: metotrexato; EPID/ILD: enfermedad pulmonar intersticial difusa; TACAR: tomografía computarizada de alta resolución.  
† Comparación patrón de EPID vs. TACAR normal, excluyendo estudios no realizados (n = 80 evaluables); % sobre el total de cada grupo. \*Otros: incluye síndrome de superposición, DMCM, DM juvenil, MNM y MCI. Se muestran las 5 manifestaciones más frecuentes y los anticuerpos asociados/específicos de miopatías más frecuentes.

Figura 1. SOBREVIDA DEL TRATAMIENTO CON METOTREXATO EN MONOTERAPIA.



Leyenda figura 1: Sobrevida de tratamiento con metotrexato en monoterapia de acuerdo al sexo (A), la presencia de EPID (B) y de MDA5 (C). ABBREVIATURAS: TACAR: Tomografía axial computada de alta resolución; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa; MDA5: Melanoma Differentiation-Associated gene 5 (gen 5 asociado a la diferenciación del melanoma); IC: intervalo de confianza.

# Fenotipos y características clínicas serológicas en un cohorte argentina de dermatomiositis

**Ignacio López<sup>1</sup>, Mariana Aciar<sup>2</sup>, Catalina Pizarro<sup>3</sup>, Ana Carolina Costi<sup>4</sup>, Graciela Gómez<sup>5</sup>, Cristian Alejandro Benítez<sup>1</sup>, Amelia Granel<sup>6</sup>, Marina García Carrasco<sup>7</sup>, Sabrina Arguello<sup>1</sup>, Malena Viola<sup>8</sup>, Patricia Belén Domínguez Leiva<sup>9</sup>, Cecilia Pisoni<sup>10</sup>, Janet Barlverdi<sup>11</sup>, Carolina Sánchez Andía<sup>12</sup>, Ramiro Gómez<sup>13</sup>, En representación del GESAR<sup>14</sup>**

1. Sanatorio Güemes; 2. Hospital Señor del Milagro; 3. Hospital Escuela Eva Perón; 4. Hospital General de Agudos San Martín, La Plata; 5. Instituto Lanari; 6. Hospital San Roque de Gonnet; 7. Hospital de Clínicas José de San Martín; 8. Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich; 9. Hospital Tornú; 10. CEMIC; 11. Hospital Privado de Córdoba; 12. Hospital General de Agudos José María Penna; 13. Hospital Universitario Austral; 14. Grupo de Estudio de Miopatías Inflamatorias de la Sociedad Argentina de Reumatología

**Introducción:** La dermatomiositis (DM) es un subtipo de Miopatía Inflamatoria Inmunomediada (MII) caracterizado por compromiso cutáneo, con o sin afectación muscular, y manifestaciones extramusculares. Los autoanticuerpos específicos (AEM) de DM permiten identificar subgrupos con diferente expresión clínica y pronóstico. La información regional es limitada.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, serológicas, terapéuticas y evolutivas de adultos con DM incluidos en el registro de MII.

**Métodos:** Estudio observacional, analítico, longitudinal, de cohorte retrospectiva, en pacientes  $\geq 18$  registrados en el Grupo de Estudios de MII de la Sociedad Argentina de Reumatología, con DM según criterios ENMC 2018. Se analizaron características demográficas, clínicas, serológicas, estudios complementarios y tratamientos, estratificadas según perfil de AEM (Mi-2, TIF1 $\gamma$ , SAE1, MDA5, NXP2 y seronegativos). Se utilizó Kruskal-Wallis para variables continuas y Fisher-Freeman-Halton para categóricas; se consideró significativa una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se analizaron 564 MII, se incluyeron 206 (36 %). Un 77.2 % (n=159) eran mujeres; mediana de edad de inicio 44 años [RIC 34-55]; retraso diagnóstico 3 meses [RIC 1-8]. El curso fue monocíclico, policíclico y crónico continuo en frecuencias similares. Se excluyeron del análisis ulterior 100 pacientes (48.5 %) por no contar con determinación de autoanticuerpos, del resto se observó MDA5 (n=37, 34.9 %), Mi2 (n=29, 27.3 %), TIF1γ (n=16, 15.1 %), seronegativos (n=15, 14.1 %), SAE1 (n=6, 5.66 %) y NXP2 (n=3, 2.83 %). Se observaron diferencias entre perfiles en frecuencia de DM (p<0,001), curso de enfermedad (p=0,040), debilidad muscular (p=0,001), nefropatía intersticial (EPI) (p=0,001), con las mayores diferencias en las manifestaciones clínicas. El Anti-Ro52 (p<0,001) no se asoció a ninguna de las manifestaciones clínicas. Las estadísticas con mayores frecuencias en SAE1 y MDA5 eran en los exámenes complementarios analizados El uso de inmunosupresores fue más frecuente en TIF1γ, SAE1 y NXP2. No hallamos diferencias entre las manifestaciones sintéticas ni biológicas.

**Conclusión:** La DM representó más de un tercio de las MII del registro, similar a reportes internacionales. Los perfiles serológicos mostraron diferencias principalmente en cuanto a compromiso muscular, articular y pulmonar, sin diferencias en las manifestaciones cutáneas. El MDA5 configuró el fenotipo clínico distintivo que marcó las diferencias observadas, pero la falta de diferencia observada en los otros autoanticuerpos podría deberse a su menor número. Estos hallazgos resaltan el valor de la caracterización serológica que aportan evidencia en nuestra región respecto a este fenotipo clínico.

|  | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | 2031 | 2032 | 2033 | 2034 | 2035 | 2036 | 2037 | 2038 | 2039 | 2040 | 2041 | 2042 | 2043 | 2044 | 2045 | 2046 | 2047 | 2048 | 2049 | 2050 | 2051 | 2052 | 2053 | 2054 | 2055 | 2056 | 2057 | 2058 | 2059 | 2060 | 2061 | 2062 | 2063 | 2064 | 2065 | 2066 | 2067 | 2068 | 2069 | 2070 | 2071 | 2072 | 2073 | 2074 | 2075 | 2076 | 2077 | 2078 | 2079 | 2080 | 2081 | 2082 | 2083 | 2084 | 2085 | 2086 | 2087 | 2088 | 2089 | 2090 | 2091 | 2092 | 2093 | 2094 | 2095 | 2096 | 2097 | 2098 | 2099 | 2100 | 2101 | 2102 | 2103 | 2104 | 2105 | 2106 | 2107 | 2108 | 2109 | 2110 | 2111 | 2112 | 2113 | 2114 | 2115 | 2116 | 2117 | 2118 | 2119 | 2120 | 2121 | 2122 | 2123 | 2124 | 2125 | 2126 | 2127 | 2128 | 2129 | 2130 | 2131 | 2132 | 2133 | 2134 | 2135 | 2136 | 2137 | 2138 | 2139 | 2140 | 2141 | 2142 | 2143 | 2144 | 2145 | 2146 | 2147 | 2148 | 2149 | 2150 | 2151 | 2152 | 2153 | 2154 | 2155 | 2156 | 2157 | 2158 | 2159 | 2160 | 2161 | 2162 | 2163 | 2164 | 2165 | 2166 | 2167 | 2168 | 2169 | 2170 | 2171 | 2172 | 2173 | 2174 | 2175 | 2176 | 2177 | 2178 | 2179 | 2180 | 2181 | 2182 | 2183 | 2184 | 2185 | 2186 | 2187 | 2188 | 2189 | 2190 | 2191 | 2192 | 2193 | 2194 | 2195 | 2196 | 2197 | 2198 | 2199 | 2200 | 2201 | 2202 | 2203 | 2204 | 2205 | 2206 | 2207 | 2208 | 2209 | 2210 | 2211 | 2212 | 2213 | 2214 | 2215 | 2216 | 2217 | 2218 | 2219 | 2220 | 2221 | 2222 | 2223 | 2224 | 2225 | 2226 | 2227 | 2228 | 2229 | 2230 | 2231 | 2232 | 2233 | 2234 | 2235 | 2236 | 2237 | 2238 | 2239 | 2240 | 2241 | 2242 | 2243 | 2244 | 2245 | 2246 | 2247 | 2248 | 2249 | 2250 | 2251 | 2252 | 2253 | 2254 | 2255 | 2256 | 2257 | 2258 | 2259 | 2260 | 2261 | 2262 | 2263 | 2264 | 2265 | 2266 | 2267 | 2268 | 2269 | 2270 | 2271 | 2272 | 2273 | 2274 | 2275 | 2276 | 2277 | 2278 | 2279 | 2280 | 2281 | 2282 | 2283 | 2284 | 2285 | 2286 | 2287 | 2288 | 2289 | 2290 | 2291 | 2292 | 2293 | 2294 | 2295 | 2296 | 2297 | 2298 | 2299 | 2300 | 2301 | 2302 | 2303 | 2304 | 2305 | 2306 | 2307 | 2308 | 2309 | 2310 | 2311 | 2312 | 2313 | 2314 | 2315 | 2316 | 2317 | 2318 | 2319 | 2320 | 2321 | 2322 | 2323 | 2324 | 2325 | 2326 | 2327 | 2328 | 2329 | 2330 | 2331 | 2332 | 2333 | 2334 | 2335 | 2336 | 2337 | 2338 | 2339 | 2340 | 2341 | 2342 | 2343 | 2344 | 2345 | 2346 | 2347 | 2348 | 2349 | 2350 | 2351 | 2352 | 2353 | 2354 | 2355 | 2356 | 2357 | 2358 | 2359 | 2360 | 2361 | 2362 | 2363 | 2364 | 2365 | 2366 | 2367 | 2368 | 2369 | 2370 | 2371 | 2372 | 2373 | 2374 | 2375 | 2376 | 2377 | 2378 | 2379 | 2380 | 2381 | 2382 | 2383 | 2384 | 2385 | 2386 | 2387 | 2388 | 2389 | 2390 | 2391 | 2392 | 2393 | 2394 | 2395 | 2396 | 2397 | 2398 | 2399 | 2400 | 2401 | 2402 | 2403 | 2404 | 2405 | 2406 | 2407 | 2408 | 2409 | 2410 | 2411 | 2412 | 2413 | 2414 | 2415 | 2416 | 2417 | 2418 | 2419 | 2420 | 2421 | 2422 | 2423 | 2424 | 2425 | 2426 | 2427 | 2428 | 2429 | 2430 | 2431 | 2432 | 2433 | 2434 | 2435 | 2436 | 2437 | 2438 | 2439 | 2440 | 2441 | 2442 | 2443 | 2444 | 2445 | 2446 | 2447 | 2448 | 2449 | 2450 | 2451 | 2452 | 2453 | 2454 | 2455 | 2456 | 2457 | 2458 | 2459 | 2460 | 2461 | 2462 | 2463 | 2464 | 2465 | 2466 | 2467 | 2468 | 2469 | 2470 | 2471 | 2472 | 2473 | 2474 | 2475 | 2476 | 2477 | 2478 | 2479 | 2480 | 2481 | 2482 | 2483 | 2484 | 2485 | 2486 | 2487 | 2488 | 2489 | 2490 | 2491 | 2492 | 2493 | 2494 | 2495 | 2496 | 2497 | 2498 | 2499 | 2500 | 2501 | 2502 | 2503 | 2504 | 2505 | 2506 | 2507 | 2508 | 2509 | 2510 | 2511 | 2512 | 2513 | 2514 | 2515 | 2516 | 2517 | 2518 | 2519 | 2520 | 2521 | 2522 | 2523 | 2524 | 2525 | 2526 | 2527 | 2528 | 2529 | 2530 | 2531 | 2532 | 2533 | 2534 | 2535 | 2536 | 2537 | 2538 | 2539 | 2540 | 2541 | 2542 | 2543 | 2544 | 2545 | 2546 | 2547 | 2548 | 2549 | 2550 | 2551 | 2552 | 2553 | 2554 | 2555 | 2556 | 2557 | 2558 | 2559 | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 | 2566 | 2567 | 2568 | 2569 | 2570 | 2571 | 2572 | 2573 | 2574 | 2575 | 2576 | 2577 | 2578 | 2579 | 2580 | 2581 | 2582 | 2583 | 2584 | 2585 | 2586 | 2587 | 2588 | 2589 | 2590 | 2591 | 2592 | 2593 | 2594 | 2595 | 2596 | 2597 | 2598 | 2599 | 2600 | 2601 | 2602 | 2603 | 2604 | 2605 | 2606 | 2607 | 2608 | 2609 | 2610 | 2611 | 2612 | 2613 | 2614 | 2615 | 2616 | 2617 | 2618 | 2619 | 2620 | 2621 | 2622 | 2623 | 2624 | 2625 | 2626 | 2627 | 2628 | 2629 | 2630 | 2631 | 2632 | 2633 | 2634 | 2635 | 2636 | 2637 | 2638 | 2639 | 2640 | 2641 | 2642 | 2643 | 2644 | 2645 | 2646 | 2647 | 2648 | 2649 | 2650 | 2651 | 2652 | 2653 | 2654 | 2655 | 2656 | 2657 | 2658 | 2659 | 2660 | 2661 | 2662 | 2663 | 2664 | 2665 | 2666 | 2667 | 2668 | 2669 | 2670 | 2671 | 2672 | 2673 | 2674 | 2675 | 2676 | 2677 | 2678 | 2679 | 2680 | 2681 | 2682 | 2683 | 2684 | 2685 | 2686 | 2687 | 2688 | 2689 | 2690 | 2691 | 2692 | 2693 | 2694 | 2695 | 2696 | 2697 | 2698 | 2699 | 2700 | 2701 | 2702 | 2703 | 2704 | 2705 | 2706 | 2707 | 2708 | 2709 | 2710 | 2711 | 2712 | 2713 | 2714 | 2715 | 2716 | 2717 | 2718 | 2719 | 2720 | 2721 | 2722 | 2723 | 2724 | 2725 | 2726 | 2727 | 2728 | 2729 | 2730 | 2731 | 2732 | 2733 | 2734 | 2735 | 2736 | 2737 | 2738 | 2739 | 2740 | 2741 | 2742 | 2743 | 2744 | 2745 | 2746 | 2747 | 2748 | 2749 | 2750 | 2751 | 2752 | 2753 | 2754 | 2755 | 2756 | 2757 | 2758 | 2759 | 2760 | 2761 | 2762 | 2763 | 2764 | 2765 | 2766 | 2767 | 2768 | 2769 | 2770 | 2771 | 2772 | 2773 | 2774 | 2775 | 2776 | 2777 | 2778 | 2779 | 2780 | 2781 | 2782 | 2783 | 2784 | 2785 | 2786 | 2787 | 2788 | 2789 | 2790 | 2791 | 2792 | 2793 | 2794 | 2795 | 2796 | 2797 | 2798 | 2799 | 2800 | 2801 | 2802 | 2803 | 2804 | 2805 | 2806 | 2807 | 2808 | 2809 | 2810 | 2811 | 2812 | 2813 | 2814 | 2815 | 2816 | 2817 | 2818 | 2819 | 2820 | 2821 | 2822 | 2823 | 2824 | 2825 | 2826 | 2827 | 2828 | 2829 | 2830 | 2831 | 2832 | 2833 | 2834 | 2835 | 2836 | 2837 | 2838 | 2839 | 2840 | 2841 | 2842 | 2843 | 2844 | 2845 | 2846 | 2847 | 2848 | 2849 | 2850 | 2851 | 2852 | 2853 | 2854 | 2855 | 2856 | 2857 | 2858 | 2859 | 2860 | 2861 | 2862 | 2863 | 2864 | 2865 | 2866 | 2867 | 2868 | 2869 | 2870 | 2871 | 2872 | 2873 | 2874 | 2875 | 2876 | 2877 | 2878 | 2879 | 2880 | 2881 | 2882 | 2883 | 2884 | 2885 | 2886 | 2887 | 2888 | 2889 | 2890 | 2891 | 2892 | 2893 | 2894 | 2895 | 2896 | 2897 | 2898 | 2899 | 2900 | 2901 | 2902 | 2903 | 2904 | 2905 | 2906 | 2907 | 2908 | 2909 | 2910 | 2911 | 2912 | 2913 | 2914 | 2915 | 2916 | 2917 | 2918 | 2919 | 2920 | 2921 | 2922 | 2923 | 2924 | 2925 | 2926 | 2927 | 2928 | 2929 | 2930 | 2931 | 2932 | 2933 | 2934 | 2935 | 2936 | 2937 | 2938 | 2939 | 2940 | 2941 | 2942 | 2943 | 2944 | 2945 | 2946 | 2947 | 2948 | 2949 | 2950 | 2951 | 2952 | 2953 | 2954 | 2955 | 2956 | 2957 | 2958 | 2959 | 2960 | 2961 | 2962 | 2963 | 2964 | 2965 | 2966 | 2967 | 2968 | 2969 | 2970 | 2971 | 2972 | 2973 | 2974 | 2975 | 2976 | 2977 | 2978 | 2979 | 2980 | 2981 | 2982 | 2983 | 2984 | 2985 | 2986 | 2987 | 2988 | 2989 | 2990 | 2991 | 2992 | 2993 | 2994 | 2995 | 2996 | 2997 | 2998 | 2999 | 3000 | 3001 | 3002 | 3003 | 3004 | 3005 | 3006 | 3007 | 3008 | 3009 | 3010 | 3011 | 3012 | 3013 | 3014 | 3015 | 3016 | 3017 | 3018 | 3019 | 3020 | 3021 | 3022 | 3023 | 3024 | 3025 | 3026 | 3027 | 3028 | 3029 | 3030 | 3031 | 3032 | 3033 | 3034 | 3035 | 3036 | 3037 | 3038 | 3039 | 3040 | 3041 | 3042 | 3043 | 3044 | 3045 | 3046 | 3047 | 3048 | 3049 | 3050 | 3051 | 3052 | 3053 | 3054 | 3055 | 3056 | 3057 | 3058 | 3059 | 3060 | 3061 | 3062 | 3063 | 3064 | 3065 | 3066 | 3067 | 3068 | 3069 | 3070 | 3071 | 3072 | 3073 | 3074 | 3075 | 3076 | 3077 | 3078 | 3079 | 3080 | 3081 | 3082 | 3083 | 3084 | 3085 | 3086 | 3087 | 3088 | 3089 | 3090 | 3091 | 3092 | 3093 | 3094 | 3095 | 3096 | 3097 | 3098 | 3099 | 3100 | 3101 | 3102 | 3103 | 3104 | 3105 | 3106 | 3107 | 3108 | 3109 | 3110 | 3111 | 3112 | 3113 | 3114 | 3115 | 3116 | 3117 | 3118 | 3119 | 3120 | 3121 | 3122 | 3123 | 3124 | 3125 | 3126 | 3127 | 3128 | 3129 | 3130 | 3131 | 3132 | 3133 | 3134 | 3135 | 3136 | 3137 | 3138 | 3139 | 3140 | 3141 | 3142 | 3143 | 3144 | 3145 | 3146 | 3147 | 3148 | 3149 | 3150 | 3151 | 3152 | 3153 | 3154 | 3155 | 3156 | 3157 | 3158 | 3159 | 3160 | 3161 | 3162 | 3163 | 3164 | 3165 | 3166 | 3167 | 3168 | 3169 | 3170 | 3171 | 3172 | 3173 | 3174 | 3175 | 3176 | 3177 | 3178 | 3179 | 3180 | 3181 | 3182 | 3183 | 3184 | 3185 | 3186 | 3187 | 3188 | 3189 | 3190 | 3191 | 3192 | 3193 | 3194 | 3195 | 3196 | 3197 | 3198 | 3199 | 3200 | 3201 | 3202 | 3203 | 3204 | 3205 | 3206 | 3207 | 3208 | 3209 | 3210 | 3211 | 3212 | 3213 | 3214 | 3215 | 3216 | 3217 | 3218 | 3219 | 3220 | 3221 | 3222 | 3223 | 3224 | 3225 | 3226 | 3227 | 3228 | 3229 | 3230 | 3231 | 3232 | 3233 | 3234 | 3235 | 3236 | 3237 | 3238 | 3239 | 3240 | 3241 | 3242 | 3243 | 3244 | 3245 | 3246 | 3247 | 3248 | 3249 | 3250 | 3251 | 3252 | 3253 | 3254 | 3255 | 3256 | 3257 | 3258 | 3259 | 3260 | 3261 | 3262 | 3263 | 3264 | 3265 | 3266 | 3267 | 3268 | 3269 | 3270 | 3271 | 3272 | 3273 | 3274 | 3275 | 3276 | 3277 | 3278 | 3279 | 3280 | 3281 | 3282 | 3283 | 3284 | 3285 | 3286 | 3287 | 3288 | 3289 | 3290 | 3291 | 3292 | 3293 | 3294 | 3295 | 3296 | 3297 | 3298 | 3299 | 3300 | 3301 | 3302 | 3303 | 3304 | 3305 | 3306 | 3307 | 3308 | 3309 | 3310 | 3311 | 3312 | 3313 | 3314 | 3315 | 3316 | 3317 | 3318 | 3319 | 3320 | 3321 | 3322 | 3323 | 3324 | 3325 | 3326 | 3327 | 3328 | 3329 | 3330 | 3331 | 3332 | 3333 | 3334 | 3335 | 3336 | 3337 | 3338 | 3339 | 3340 | 3341 | 3342 | 3343 | 3344 | 3345 | 3346 | 3347 | 3348 | 3349 | 3350 | 3351 | 3352 | 3353 | 3354 | 3355 | 3356 | 3357 | 3358 | 3359 | 3360 | 3361 | 3362 | 3363 | 3364 | 3365 | 3366 | 3367 | 3368 | 3369 | 3370 | 3371 | 3372 | 3373 | 3374 | 3375 | 3376 | 3377 | 3378 | 3379 | 3380 | 3381 | 3382 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|

[illegible]

## Carga de fracturas por fragilidad en enfermedades reumatológicas autoinmunes: análisis preliminar del registro multicéntrico argentino BAFER

Osteoporosis / MFC

0050

Marianela Nicola, Emilce Fonseca, Mariano Palatnik, Norberto Quagliato, Matías Benavente, Máximo Cosentino, María Larroude, Nicolás Marin Zucaro, Luis Agustín Ramírez Stieben, Lucas R. Brun, María Lorena Brance

*Registro BAFER (Bone Analysis And Fracture Evaluation Register)*

**Introducción:** Las enfermedades reumatológicas autoinmunes (ERA) aumentan el riesgo de osteoporosis y fracturas por fragilidad debido a la inflamación, la menor movilidad, los glucocorticoides y otros factores propios de la enfermedad. Sin embargo, su impacto en Latinoamérica sigue siendo poco conocido por la escasez de registros multicéntricos.

**Objetivo:** Describir la prevalencia y las características de las fracturas por fragilidad en pacientes con ERA incluidos en el registro argentino BAFER (Bone Analysis and Fracture Evaluation Register).

**Métodos:** Se realizó un análisis transversal de los datos correspondientes a la visita basal del registro multicéntrico observacional BAFER. Se incluyeron pacientes adultos con ERA clasificadas según los criterios internacionales vigentes. Se registraron variables demográficas, factores de riesgo para osteoporosis, exposición a tratamientos con potencial impacto negativo sobre el hueso y antecedentes de fracturas por fragilidad. Las variables continuas se expresaron como media  $\pm$  desvío estándar y las categóricas como frecuencia y porcentaje.

**Resultados:** Se analizaron 359 pacientes, de los cuales el 90,3 % eran mujeres, con una edad media de  $54,5 \pm 14,8$  años; el 69,4 % se encontraba en menopausia. La enfermedad más frecuente fue la artritis reumatoide (51,8 %), seguida por lupus eritematoso sistémico (12,3 %), artritis psoriásica (5,3 %) y espondiloartritis (4,7 %); el resto correspondió a otras ERA menos prevalentes. El consumo medio de calcio fue de  $398 \pm 247$  mg/día. El 15,0 % de los pacientes era fumador, el 16,7 % recibía suplementos de calcio y el 45,1 % de vitamina D. Un tercio de la cohorte (33,4 %) recibía tratamientos potencialmente deletéreos para el hueso, principalmente glucocorticoides (94,2 %). La prevalencia de fracturas por fragilidad fue del 26,7 % (96/359). Entre los pacientes con fracturas, el 70,8 % presentó un único evento y el 29,2 % fracturas múltiples. Las localizaciones más frecuentes fueron muñeca (n=28), vértebras (n=17), húmero (n=14) y radio (n=14). Se identificaron además fracturas de costilla, clavícula, pelvis, cadera, tibia, cúbito, peroné, metatarso, falanges y metacarpo. En total se registraron 20 fracturas vertebrales, de las cuales el 30 % fueron asintomáticas y se diagnosticaron mediante estudios por imágenes.

**Conclusión:** En esta cohorte del registro argentino BAFER, más de uno de cada cuatro pacientes con enfermedades reumatológicas autoinmunes presentó una fractura por fragilidad, lo que confirma la elevada carga de compromiso óseo en esta población. La alta frecuencia de fracturas vertebrales, junto con el hecho de que una de cada tres fue asintomática, destaca la necesidad de incorporar una búsqueda sistemática de estas lesiones en la práctica clínica.

## Utilidad de la re-biopsia renal en vasculitis asociada a ANCA en un estudio de cohorte

Vasculitis / PMR

0168

María Sol Iragola Ielmini, Nicolás Alvarado, Marina Scolnik, Enrique Soriano, Javier Rosa

*Hospital Italiano de Buenos Aires*

**Introducción:** El rol de la re-biopsia renal en el seguimiento de la vasculitis asociada a ANCA (VAA) continúa siendo tema de debate, con evidencia limitada sobre su utilidad clínica y su impacto en las decisiones terapéuticas.

**Objetivo:** Evaluar la utilidad clínica de la re-biopsia renal en pacientes con VAA y compromiso renal, en términos de hallazgos histológicos, impacto en la conducta terapéutica y asociación con el desarrollo de enfermedad renal crónica terminal (ERCT).

**Métodos:** Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de VAA con compromiso renal, seguidos en un Hospital Universitario entre enero de 2001 y junio de 2025, que tuvieran 2 biopsias renales durante el seguimiento. Se excluyeron los pacientes que iniciaron diálisis permanente y/o recibieron un trasplante renal antes de la segunda biopsia. Se compararon las características clínicas, de laboratorio e histopatológicas de las biopsias, se analizó si la re-biopsia derivó en un cambio de conducta terapéutica y se evaluó el impacto de la re-biopsia en el desarrollo de ERCT (*clearance* de creatinina <15 ml/min, diálisis o trasplante renal) al final del seguimiento. El estudio finalizó en junio de 2026.

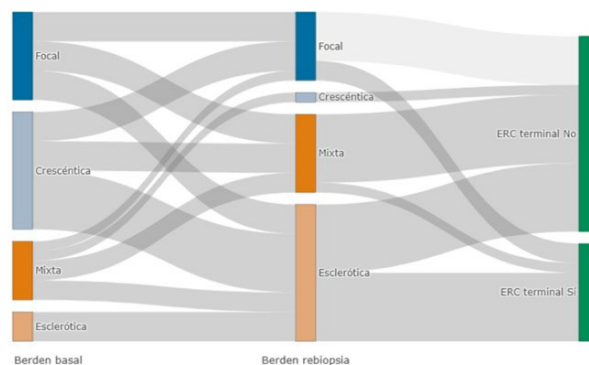
**Resultados:** Se incluyeron 30 pacientes, el 80 % de sexo femenino, el tipo de VAA más frecuente fue la poliangeitis microscópica (PAM) 46,7 %, seguida por la granulomatosis con poliangeitis (GPA) y la vasculitis limitada al riñón (VLR) con el 23,3 % cada una. Todos los pacientes presentaron compromiso renal al momento del diagnóstico de la enfermedad. La mediana de tiempo de seguimiento fue 9 años (RIC 5-13). Al momento de la primera biopsia, la mediana de edad fue 62 años (RIC 43-72), la mediana de BVAS 14 (RIC 12-19), la clase histológica más frecuente según la clasificación de Berden fue la crescéntrica (40,0 %) y el 23,3 % de los pacientes requirió diálisis transitoria. En el 87 % de los casos se re-biópsió bajo la sospecha de recaída renal, con elevación de la creatinina, hematuria nueva y aumento de la proteinuria en un 70, 60 y 46 % respectivamente. La mediana de tiempo entre biopsias fue de 3 años (RIC 1-5), en el 76,7 % de los casos se modificó la conducta terapéutica. El reporte histopatológico de la re-biopsia mostró que un 22 % de los pacientes presentó un empeoramiento de FIAT (fibrosis intersticial y atrofia tubular), mientras que el 36,7 % de los pacientes mostró progresión a una clase esclerótica de la clasificación de Berden. La progresión de FIAT se asoció con un mayor riesgo de ERCT al final del seguimiento ( $p=0,020$ ), mientras que el cambio de conducta terapéutica y la progresión a la forma esclerótica de Berden no mostraron una asociación significativa.

**Conclusión:** La re-biopsia renal en VAA implicó modificación de la conducta terapéutica en la mayoría de los pacientes y evidenció progresión histológica frecuente; sin embargo, la progresión de la fibrosis intersticial (no así el cambio de tratamiento) se asoció con el desarrollo de ERCT, lo que sugiere que su principal valor podría ser pronóstico más que terapéutico.

**Tabla 1.** Características de los pacientes en cada biopsia (n=30)

| Características según la biopsia                 | Primera biopsia   | Segunda biopsia  | p                |
|--------------------------------------------------|-------------------|------------------|------------------|
| <b>Manifestaciones clínicas extra renales, %</b> |                   |                  |                  |
| Generales                                        | 60,0              | 40,0             | 0,181            |
| Pulmonares                                       | 30,0              | 20,0             | 0,579            |
| Hemorragia alveolar                              | 16,7              | 6,7              | 0,371            |
| Vía aérea alta                                   | 30,0              | 3,3              | <b>0,027</b>     |
| Sistema nervioso                                 | 10,0              | 10,0             | 0,988            |
| Cutáneo                                          | 13,3              | 10,0             | 0,973            |
| Oftalmológico                                    | 10,0              | 3,3              | 0,617            |
| Articular                                        | 16,7              | 20,0             | 0,932            |
| <b>Laboratorio general</b>                       |                   |                  |                  |
| Hemoglobina, mediana (RIC)                       | 10,1 (9,0-10,9)   | 11,5 (10,1-12,9) | <b>0,041</b>     |
| Eritrosedimentación, mediana (RIC)               | 62,5 (47,5-79,3)  | 44,0 (27,3-66,0) | <b>0,011</b>     |
| Proteína C reactiva, mediana (RIC)               | 95,2 (20,0-150,4) | 18,5 (3,0-49,7)  | 0,125            |
| Creatinina, mediana (RIC)                        | 3,1 (1,7-6,6)     | 1,9 (1,3-3,5)    | <b>0,035</b>     |
| Filtrado glomerular, mediana (RIC)               | 17,0 (6,3-34,8)   | 28,0 (16,0-45,0) | 0,062            |
| Microhematuria (>5 hematíes/campo), %            | 96,7              | 76,7             | 0,078            |
| Hematuria glomerular, %                          | 69,0              | 89,3             | 0,078            |
| Proteinuria (mg), mediana (RIC)                  | 1600 (787-2735)   | 951 (282-1872)   | <b>0,046</b>     |
| <b>Actividad y daño</b>                          |                   |                  |                  |
| BVAS, mediana (RIC)                              | 14 (12-19)        | 12 (9-15)        | 0,056            |
| FFS, mediana (RIC)                               | 2 (1-2)           | 2 (1-2)          | 0,992            |
| VDI, mediana (RIC)                               | 0                 | 2 (1-3)          | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>Anticuerpos</b>                               |                   |                  |                  |
| ANCA por IFI, %                                  |                   |                  |                  |
| Negativo                                         | 6,7               | 20,7             | 0,074            |
| ANCA-C                                           | 23,3              | 17,2             | 0,480            |
| ANCA P                                           | 70,0              | 62,1             | 0,248            |
| Anti MPO                                         |                   |                  |                  |
| Positivo, %                                      | 73,1              | 79,3             | 0,724            |
| Título, mediana (RIC)                            | 59 (43-111)       | 71 (8,7-112,7)   | 0,776            |
| Anti PR3                                         |                   |                  |                  |
| Positivo, %                                      | 26,9              | 21,4             | 0,985            |
| Título, mediana (RIC)                            | 32 (4-198)        | 7,7 (4,0-53,7)   | 0,402            |
| <b>Anatomía patológica renal, %</b>              |                   |                  |                  |
| FIAT >25%                                        | 56,7              | 73,3             | 0,145            |
| Clasificación de Berden                          |                   |                  |                  |
| Focal                                            | 30,0              | 20,0             | 0,397            |
| Crescéntrica                                     | 40,0              | 3,3              | <b>0,033</b>     |
| Mixta                                            | 20,0              | 26,7             | 0,682            |
| Esclerótica                                      | 10,0              | 46,7             | 0,051            |
| Imunofluorescencia positiva global               | 50,0              | 34,5             | 0,228            |
| Depósitos de C3 >2+                              | 36,7              | 13,8             | <b>0,046</b>     |
| Depósitos de inmunocomplejos >2+                 | 46,7              | 31,0             | 0,228            |
| Arteritis                                        | 14,3              | 17,2             | 0,992            |

**Figura 1.** Diagrama de Sankey: transición de clase histológica de Berden entre biopsia basal y re-biopsia, y su relación con el desarrollo de ERC terminal



## Supervivencia renal en vasculitis asociada a ANCA: rendimiento de la escala de riesgo renal ANCA

Vasculitis / PMR

0192

Diego Mariano Alves, María Victoria Chiarvetto Peralta, Gelsomina Alle, Marina Scolnik, Enrique Soriano, Javier Rosa

Hospital Italiano de Buenos Aires

**Introducción:** La clasificación histopatológica de Berden para la vasculitis asociada a ANCA (VAA) se basa en el daño glomerular. La escala de riesgo renal ANCA (ARRS) es una herramienta pronóstica que integra la histología glomerular, la fibrosis/atrofia tubulointersticial y la tasa de filtrado glomerular basal. Recientemente, se propuso una versión actualizada de la ARRS (2024) para mejorar el rendimiento pronóstico y perfeccionar la estratificación del riesgo.

**Objetivo:** Evaluar el rendimiento de la escala de riesgo renal ANCA original y actualizada para predecir la supervivencia renal en pacientes con VAA y compromiso renal confirmado por biopsia.

**Métodos:** Realizamos un estudio de cohorte retrospectiva en pacientes  $\geq 18$  años con VAA y compromiso renal confirmado por biopsia en un hospital universitario entre 2002 y 2024. Los datos demográficos, clínicos y de laboratorio se obtuvieron de las historias clínicas electrónicas. Las biopsias renales se clasificaron según la clasificación de Berden (focal, con semilunas, mixta, esclerótica). Se calcularon la ARRS original y la actualizada al momento del diagnóstico. La supervivencia renal fue definida como la supervivencia libre de diálisis o trasplante. El rendimiento se evaluó mediante curvas de Kaplan-Meier, el índice C de Harrell y el análisis de áreas bajo la curva (AUC).

**Resultados:** Se incluyó un total de 124 pacientes (65 % mujeres, mediana de edad de 68 años, mediana de seguimiento de 6 años). Los fenotipos incluyeron poliangeítis microscópica ( $n = 47$ ), vasculitis limitada al riñón ( $n = 39$ ), granulomatosis con poliangeítis ( $n = 31$ ) y granulomatosis eosinofílica con poliangeítis ( $n = 7$ ). La mediana de creatinina basal fue de 2.42 mg/dL (RIC 1.21 - 4.65), y la mediana del BVAS basal fue de 14 (RIC 12-19). Veintinueve pacientes (29 %) requirieron diálisis al menos una vez, de los cuales 25 (20 %) lo hicieron al inicio de la enfermedad. Al final del seguimiento, 18 pacientes (14 %) presentaron enfermedad renal terminal (ERT), 4 pacientes recibieron un trasplante renal, y 30 pacientes (24 %) fallecieron (mediana de tiempo hasta la muerte: 5 años). La supervivencia renal global a los 3 años fue del 87 % (IC 95, 80-92). Para las categorías de la ARRS actualizada, la supervivencia renal a los 3 años fue del 98 %, 81 %, 65 % y 12 % para los grupos de riesgo bajo, moderado, alto y muy alto, respectivamente (log-rank  $p < 0.001$ ). Figura 1. La ARRS actualizada demostró una capacidad discriminativa superior a la versión original (índice C 0.86 [IC 95 %, 0.79-0.93] vs. 0.84;  $p < 0.001$ ). El AUC mostró un rendimiento consistentemente elevado, sin diferencias significativas entre la escala original y la actualizada a 1, 3 y 5 años (0.92 vs. 0.87, 0.90 vs. 0.89, y 0.91 vs. 0.89; todas con  $p > 0.05$ ). Figura 2.

**Conclusión:** En nuestra cohorte, la ARRS actualizada tuvo un rendimiento superior al modelo original, principalmente debido a su capacidad para identificar a un subgrupo de pacientes de muy alto riesgo con una desalentadora supervivencia renal a los 3 años del 12 %.

Figura 1. Supervivencia renal según la estratificación de riesgo calculada por la Escala de Riesgo Renal ANCA actualizada

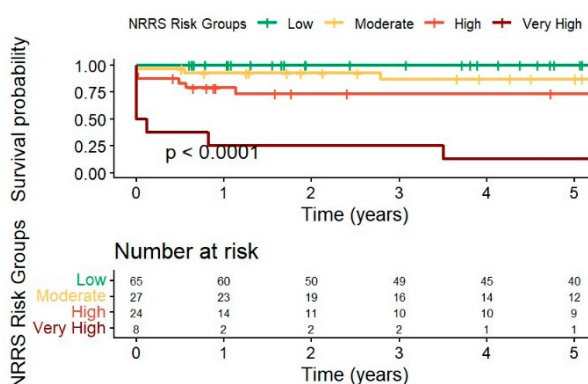
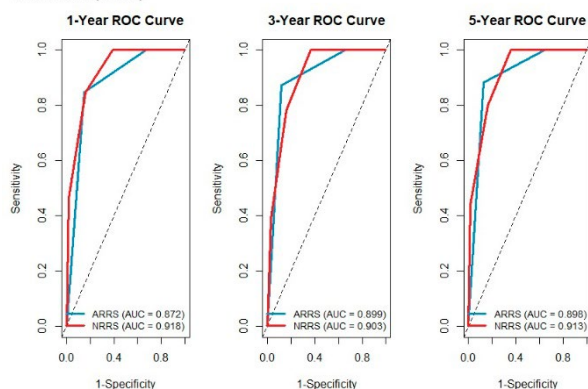


Figura 2. Curvas ROC a 1, 3 y 5 años de la Escala de Riesgo Renal Original (ARRS) y la actualizada (NRRS)



## Características clínicas, terapéuticas y de resultados reportados por los pacientes en el Registro Panamericano de Enfermedad de Behçet (Panamerican-Behçet): análisis descriptivo de la cohorte basal

Alejandro Brigante<sup>1</sup>, Vanesa Castro Coello<sup>2</sup>, Leana Zuniga<sup>3</sup>, Luis Daniel Fajardo Hermosillo<sup>4</sup>, Carola Soliz Cordero<sup>5</sup>, Débora Aguiar<sup>6</sup>, Carmen Tineo<sup>7</sup>, Claudia Pena<sup>8</sup>, Gabriela Garate<sup>9</sup>, Johanna Castillo<sup>10</sup>, Catherine García<sup>11</sup>, Víctor Pimentel-Quiroz<sup>12</sup>

1. Sanatorio Güemes; 2. Hospital IESS Los Ceibos; 3. Hospital Clínico Metropolitano La Florida; 4. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional De Occidente, IMSS; 5. Caja Nacional de Salud Regional Potosí; 6. Hospital Federal Dos Servidores Do Estado; 7. Hospital José María Cabral y Báez; 8. HIGA General San Martín, La Plata; 9. Hospital Monte Sinai; 10. Hospital Universitário Dos Servidores Do Estado; 11. Hospital Maciel; 12. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

**Introducción:** La enfermedad de Behçet (EB) es una vasculitis de vaso variable con marcada heterogeneidad fenotípica según la región. En América Latina, la evidencia proviene casi exclusivamente de series de casos, sin registros sistemáticos a nivel regional. El Registro Panamerican-Behçet es un estudio observacional, prospectivo, multicéntrico e internacional que integra datos clínicos, de imágenes y resultados reportados por los pacientes (PRO) en una plataforma electrónica común.

**Objetivo:** Describir las características demográficas, clínicas, terapéuticas y de PRO de la cohorte basal del registro.

**Métodos:** Se incluyeron adultos ( $\geq 18$  años) con EB clasificada según los criterios de la ISG 1990 o de la ICBBD 2014, reclutados en 13 centros de 9 países (Argentina, Brasil, Perú, Ecuador, Chile, Bolivia, México, Uruguay y República Dominicana). Se registraron variables demográficas, criterios de clasificación, manifestaciones clínicas, estudios vasculares dirigidos, tratamientos y PRO (BDQoL, Global Fatigue Index [GFI] y BMQ específico). Las variables se expresaron como mediana (RIC) o n (%).

**Resultados:** Se analizaron 65 pacientes; 43 (67 %) de sexo femenino, con una mediana de edad de 44 años (RIC 37–55) y de 37 años (27–50) al diagnóstico; la mediana de retraso diagnóstico fue de 1 año (1–4). El 59 % se autoidentificó como mestizo y el 12 % como de origen europeo-mediterráneo. El 71 % cumplió los criterios del ICBBD 2014 (puntaje mediano de 5 [4–6]) y el 33 % los del ISG 1990. Predominaron las úlceras orales recurrentes (82 %), las úlceras genitales (67 %), las artralgias (55 %), la pseudofoliculitis (37 %) y el eritema nudoso (31 %). Se realizó ecografía Doppler venosa de miembros inferiores en 26 pacientes (41 %), con engrosamiento parietal de la vena femoral común en 21 (33 %); se documentaron aneurisma y trombosis de arterias pulmonares, trombosis de senos venosos y lesiones parenquimatosas cerebrales en casos aislados. Los tratamientos más frecuentes fueron colchicina (51 %), glucocorticoides sistémicos (33 %), azatioprina (18 %), metotrexato (18 %) y anti-TNF (10 %); el 8 % recibía anticoagulación. Las medianas de BDQoL y GFI fueron 6 (2,5–14) y 6,5 (3–9,2), con un diferencial necesidad-preocupación del BMQ de 1 (0–3) y una mediana de 1 día (0–7) de trabajo o estudio perdido en los últimos 3 meses.

**Conclusión:** Este primer análisis del registro Panamerican-Behçet muestra un fenotipo predominantemente mucocutáneo y articular, un diagnóstico relativamente temprano, un uso extendido de colchicina y una baja penetración de los biológicos. La incorporación sistemática de PRO y del cribado vascular ecográfico posiciona al registro como plataforma regional de evidencia de práctica real en América Latina.

[Volver al índice](#)