



Características capilaroscópicas en pacientes pediátricos con cambios de coloración de las manos: estudio observacional retrospectivo en un hospital de tercer nivel. Estudio preliminar

Reumatología Pediátrica

0104

Guissela Glenda Lacuadra, Vanesa Cervetto, María Jimena Gómez Sosa, Camila Belén González, María Emilia Lacapra, María Marcantoni, Federico de Jesús Vargas Cadenas, Facundo Gabriel Villalba, Ezequiel Zacañino, María Isabel Brusco

Hospital General de Niños Dr. Pedro Elizalde

Introducción: La videocapilaroscopia (VC) es un método no invasivo que evalúa la microcirculación del pliegue ungueal y constituye una herramienta fundamental para el estudio del fenómeno de Raynaud y de las enfermedades del tejido conectivo, especialmente la esclerosis sistémica. Sus hallazgos forman parte de los criterios ACR/EULAR 2013 para esclerosis sistémica. Aunque su utilidad está ampliamente demostrada en adultos, la evidencia en población pediátrica sigue siendo limitada, particularmente en pacientes sin enfermedades reumatológicas establecidas.

Objetivo: Describir los patrones capilaroscópicos y las alteraciones morfológicas observadas en pacientes pediátricos con cambios de coloración de las manos.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo mediante revisión de historias clínicas y registros capilaroscópicos de pacientes con cambios de coloración en las manos, atendidos entre enero y diciembre de 2025 en el Servicio de Reumatología. Se realizó análisis descriptivo de las variables: las cuantitativas se expresaron como media $\pm$ DE o mediana con rango intercuartílico (RIC), según su distribución, y las cualitativas como frecuencias y porcentajes. Los datos se analizaron con R v4.4.2.

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes con cambios de coloración en manos, con una edad media de $13,7 \pm 1,8$ años; 25 (76 %) fueron mujeres. Se analizaron 264 dedos (excluyendo pulgares); el 6,4 % no fue evaluable por traumatismo, cuticulitis o visualización dificultosa. La densidad capilar mediana fue de 6,9 capilares/mm [RIC 6,2-7,3]. Predominó el grado 1 de densidad (7-9 capilares/mm) en el 62 % de los dedos, seguido del grado 2 (4-6 capilares/mm) en el 32 % (Figura 1). Las alteraciones morfológicas más frecuentes fueron capilares tortuosos (76 %), disposición entrecruzada (73 %), dilatación eferente (70 %) y ectasias (58 %), evidenciándose también el plexo venoso subpapilar (21 %). Los megacapilares, las zonas avasculares y la neoformación capilar estuvieron presentes en menos del 3 % de los dedos (Figura 2).

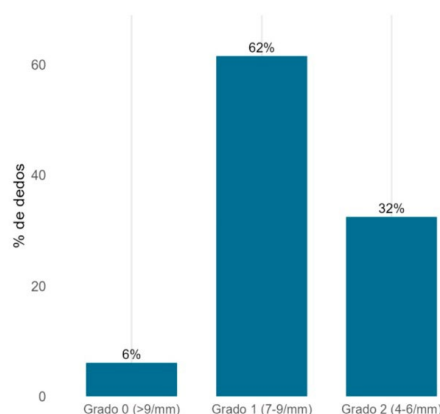


Figura 1: Distribución del grado de densidad capilar en dedos evaluables

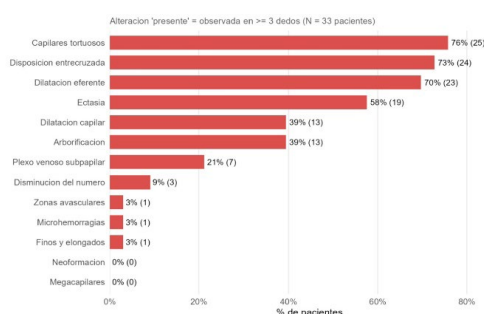


Figura 2: Alteraciones capilaroscópicas a nivel paciente.

El patrón capilaroscópico fue inespecífico en 32 pacientes (97 %). Un solo paciente presentó un patrón esclerodermiforme activo (3 %), el cual reunió criterios de enfermedad del tejido conectivo. El resto de los pacientes no cumplieron criterios clasificatorios para enfermedad reumática hasta el momento de la recolección de datos.

Conclusión: En esta cohorte pediátrica con cambios de coloración de las manos, la mayoría de los pacientes presentó hallazgos capilaroscópicos sin características de microangiopatía esclerodermiforme, predominando alteraciones inespecíficas. Estos resultados resaltan la importancia de interpretar la VC en el contexto de las particularidades de la microcirculación pediátrica y evitar la extrapolación directa con patrones establecidos en adultos. El seguimiento prospectivo permitirá determinar la evolución temporal de estos hallazgos y mediante la incorporación de un grupo control contribuir a establecer parámetros de referencia para VC en la población pediátrica.

Experiencias escolares de niños y adolescentes con lupus u otras enfermedades reumáticas

Reumatología Pediátrica

0123

Mariana Elisa López¹, Luciana de Marco², Jessica Ciriacci³, Sandra Vilches⁴

1. Licenciada en Educación, Docente de Nivel Superior; 2. Terapeuta Ocupacional, UCC, PROSAR, SAR; 3. Psicopedagoga, Docente de Nivel Inicial; 4. Enfermera, UCC, PROSAR, SAR

Introducción: Las enfermedades reumáticas durante la infancia y adolescencia pueden afectar significativamente la trayectoria escolar debido a las limitaciones derivadas de la enfermedad, el ausentismo y la escasa información disponible en las instituciones educativas sobre estas condiciones. Esta situación puede repercutir en el rendimiento académico, el bienestar emocional, la participación escolar y la inclusión social de los estudiantes.

Objetivo: El presente estudio impulsado por el equipo “Camino de Aprendizaje”, conformado por profesionales de educación y salud, tuvo como objetivo analizar las experiencias escolares de niños y adolescentes con Lupus u otras enfermedades reumáticas para generar estrategias de acompañamiento e inclusión en el ámbito educativo, buscando la plena inserción de estos estudiantes en la vida institucional de la escuela.

Métodos: El trabajo se desarrolla bajo una estructura de Investigación-acción. Se llevó a cabo un estudio descriptivo con enfoque mixto; con la realización de una encuesta dirigida a estudiantes con diagnóstico de lupus u otra enfermedad reumática, a sus madres, padres o cuidadores y a personas jóvenes y adultas diagnosticadas durante la niñez o adolescencia. Los participantes pertenecían a diferentes provincias argentinas y, en menor medida, a otros países de Latinoamérica. La información obtenida se complementó con el diseño de entrevistas y con acciones de sensibilización dirigidas a instituciones educativas.

Resultados: Los hallazgos de esta primera encuesta evidenciaron que la mayoría de los participantes experimentó dificultades durante su trayectoria escolar. El 57,7 % informó una disminución del rendimiento académico, el 53,8 % manifestó dificultades para completar las tareas escolares en tiempo y forma, y la mitad reconoció limitaciones para participar en las actividades cotidianas de la escuela. Asimismo, aproximadamente un tercio de los encuestados señaló dificultades de movilidad dentro de la institución y sentimientos de aislamiento respecto de



Figura: Dificultades experimentadas por niños o adolescentes con enfermedad reumática durante su trayectoria escolar



Imagen: Encuentro informativo y de sensibilización en Institución Educativa

sus compañeros y docentes. Como respuesta a estas necesidades, se desarrollan instancias de sensibilización en instituciones de nivel secundario y de formación docente desde el año 2025, destinadas a promover el conocimiento de las enfermedades reumáticas y favorecer prácticas educativas inclusivas.

Conclusión: Los resultados preliminares ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer las estrategias de articulación entre las familias, las instituciones educativas y los equipos de salud, generando redes de trabajo, para garantizar trayectorias escolares inclusivas. La sensibilización de la comunidad educativa, la formación docente y la implementación de protocolos de acompañamiento escolar constituyen acciones fundamentales para favorecer el bienestar, la participación y el derecho a una educación de calidad de los niños y adolescentes con enfermedades reumáticas.

Enfermedad de Kawasaki en pediatría: epidemiología, clínica y complicaciones. Experiencia en centro privado en los últimos 10 años

Reumatología Pediátrica

0148

Gabriel Ignacio Barilla, Camila Ríos, María Teresa Apaz, Gonzalo Rostagno

Clínica Universitaria Reina Fabiola

Introducción: La enfermedad de Kawasaki (EK) es una de las vasculitis más frecuentes en pediatría, y la causa más frecuente de cardiopatía adquirida en menores de 5 años. Es caracterizada por al menos 5 días de fiebre y 3 de 4 criterios clásicos. La EK presenta una distribución geográfica heterogénea con claro predominio en Asia. En Japón se registran las tasas más elevadas del mundo. Afecta predominantemente a lactantes y niños menores de cinco años, con un pico de incidencia entre los 18 y 24 meses de vida, y una relación varón:mujer de aproximadamente 1,5:1.

Objetivo: Describir las características clínicas, sociodemográficas y complicaciones de los pacientes ingresados en nuestra institución con diagnóstico de enfermedad de Kawasaki.

Métodos: Estudio transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo, entre el 1 de enero de 2016 al 31 de marzo de 2026.

Resultados: Durante el período de estudio se han internado en nuestra institución un total de 49 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Kawasaki, de los cuales entraron al análisis estadístico 45 pacientes, ya que las historias clínicas estaban incompletas en 4 de ellos. Del total de los pacientes que entraron en el análisis, el 66.7 % (n=30) son de sexo masculino, y 33.3 % son de sexo femenino (n=15) [relación 2:1]. El rango etario va de 0.17 años a los 11 años (media: 3.16 años). El tipo de enfermedad de Kawasaki predominante fue el tipo clásico, con un 66.7 % (n=30), seguido del tipo incompleto con un 31.1 % (n=14), y del tipo atípico hubo un 2.2 % (n=1). Con respecto a los días de fiebre, hasta el momento del diagnóstico, el rango fue de 5 días a los 23 días (media de 7 días). Se investigó sobre los 5 criterios clínicos principales al momento del diagnóstico, encontrando que el exantema se presentó en el 77.7 % (n=35); los cambios en las extremidades se presentaron en 19 pacientes (edema en el 33.3 %, descamación periungueal en el 8.9 %); inyección conjuntival estuvo presente en el 71.1 % de los casos; los cambios en los labios y la mucosa oral se manifestaron en 91.1 %; la linfadenopatía cervical se manifestó en 57.8 % de los pacientes. En los parámetros analíticos que se estudiaron, al momento del diagnóstico se observó una media de: hemoglobina 11.8 g/dL [8.4-11.8 g/dL], leucocitos 22.000 mm³ [4.000-40.000 mm³], plaquetas 363.500mm³ [103.000-624.000 mm³], VSG 64 mm/h [10-118 mm/h], PCR 128.5 mg/L [1-256 mm/L] y ALT/GPT 133 U/L [7-259 U/L]. A todos los pacientes se le realizó ecocardiograma, hallando al momento del diagnóstico lesiones aneurismáticas en el 15.6 % (n=7). Se registró que un paciente presentó refractariedad al tratamiento inicial y un paciente presentó recaída.

Conclusión: Este estudio aporta evidencia epidemiológica local ante la escasez de datos en la región. Se observó un perfil clínico congruente con la literatura internacional, con baja tasa de refractariedad/recaída, pero con un porcentaje relevante de complicaciones aneurismáticas al diagnóstico. Fortalecer el reconocimiento temprano de las formas clásicas e incompletas resulta clave para el abordaje oportuno y la reducción del riesgo coronario en nuestro medio. También entendemos que este trabajo es un puntapié inicial para comenzar a registrar datos de una de las vasculitis más frecuentes en pediatría.

Rendimiento de la derivación a reumatología para el diagnóstico de enfermedad reumatológica en pacientes pediátricos con trombocitopenia inmune

Reumatología Pediátrica

0155

Facundo Gabriel Villalva, Camila Belén González, Federico Vargas, Guissela Glenda Lacuadra, María Emilia Lacapra, Vanesa Laura Cervetto, María Jimena Gómez Sosa, María Marcantoni, Ezequiel Zacañino, María Isabel Brusco

Hospital General de Niños Dr. Pedro Elizalde

Introducción: La trombocitopenia inmune (PTI) es una enfermedad autoinmune frecuente en la población pediátrica. Aunque la mayoría de los pacientes presenta una evolución favorable, un subgrupo puede desarrollar enfermedades reumatológicas (ER). La evidencia acerca del rendimiento de la derivación a Reumatología y de las características de los pacientes finalmente diagnosticados con una ER es limitada.

Objetivo: Evaluar el rendimiento de la derivación a Reumatología en pacientes pediátricos con PTI y describir características clínicas, hematológicas e inmunológicas de pacientes derivados, así como explorar factores asociados al diagnóstico de ER.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo-analítico, retrospectivo en pacientes de 0 a 18 años con diagnóstico de PTI atendidos en hematología y derivados a reumatología entre el 1/1/16 y el 31/12/25. Para el rendimiento de derivación se evaluó mediante el número necesario para derivar (NNR = paciente con PTI derivados/casos confirmados de ER) con su correspondiente IC95 %. Se registraron variables demográficas, clínicas, hematológicas e inmunológicas. En el análisis descriptivo se usó medianas con RIC, categóricas como porcentajes con IC95 %. Para medidas de asociación se hizo análisis bivariado utilizando test exacto de Fischer, Mann-Whitney. Regresión logística penalizada para las variables serológicas expresado como OR e IC95 %. Análisis realizado con R v4.4.2.

Resultados: De 226 pacientes con PTI, 38 (16,8 %; IC95 %: 12,5–22,2) fueron derivados a Reumatología. Entre los pacientes derivados, 8 (21,1 %; IC95 %: 9,6–37,3) presentaron diagnóstico confirmado de LES (Tabla 1). El rendimiento de la derivación fue de 4,8 (IC95 % 2,7–10,5) pacientes derivados por cada diagnóstico de LES. La refractariedad al tratamiento de primera y segunda línea de la PTI se asoció significativamente con el diagnóstico de LES ($p=0,013$ y $p=0,016$, respectivamente). El análisis a modo exploratorio con 14 serologías, mostró una asociación significativa con el diagnóstico de LES para FR (OR 13,22; IC95 % 1,72–163,76; $p=0,013$; $n=33$), C3 disminuido (OR 12,09; IC95 % 1,63–144,82; $p=0,015$; $n=37$) y C4 disminuido (OR 51,00; IC95 % 5,28–6895,98; $p<0,001$; $n=37$). El resto de las serologías no mostró asociación estadísticamente significativa. Se observó que el grupo sin ER presentó amplia dispersión en el recuento de plaquetas y títulos de FAN en contraste con los pacientes con LES que presentaron menores recuentos plaquetarios y mayores títulos de FAN, sin significancia estadística (Figura 2).

Conclusión: La evaluación de los pacientes derivados con PTI identificó un alto rendimiento para el diagnóstico de LES, donde 1 de cada 5 podrían presentar la enfermedad. La refractariedad al tratamiento de PTI, la presencia de FR, la disminución de C3 o C4 se asoció con el diagnóstico de ER. Estos hallazgos sugieren que estos pacientes podrían constituir un grupo de mayor riesgo de ER. Se requieren estudios prospectivos y con mayor tamaño muestral para confirmar estas asociaciones.

Variable	Nivel	No LES (n=30) n, %	LES (n=8) n, %	
Sexo	Femenino	22 (73,3 %)	8 (100%)	(p=0,164)
	Masculino	8 (26,7%)	0	
Tipo de PTI	Reciente	1 (3,3%)	0	(p=0,519)
	Persistente	1 (3,3%)	1 (12,5%)	
	Crónico	28 (93,3%)	7 (87,5%)	
Edad en el diagnóstico de PTI		9,2 años (RIC 6,7-14,1)	11,3 años (RIC 8,6-13,6)	
Edad en la derivación		14,4 años (RIC 10,9-15,4)	12,9 años (RIC 10,5-14,7)	
Refractariedad a tratamiento de primera línea	No	20 (66,7%)	1 (12,5%)	Fisher exacto, $p=0,013$
	Si	10 (33,3%)	7 (87,5%)	
Refractariedad a tratamiento de segunda línea	No	19 (63,3%)	1 (12,5%)	Fisher exacto, $p=0,016$
	Si	11 (36,7%)	7 (87,5%)	
Factor Reumatoideo	Negativo	25 (96,2%)	4 (57,1%)	OR 13,22; IC95% 1,72-163,76; $p=0,013$; $n=33$
	Positivo	1 (3,8%)	3 (42,9%)	
Complemento C3	Normal	28 (96,6%)	5 (62,5%)	OR 12,09; IC95% 1,63-144,82; $p=0,015$; $n=37$
	Disminuido	1 (3,4%)	3 (37,5%)	
Complemento C4	Normal	22 (75,9%)	0	OR 51,00; IC95% 5,28-6895,98; $p<0,001$; $n=37$
	Disminuido	7 (24,1%)	8 (100%)	

Tabla N° 1

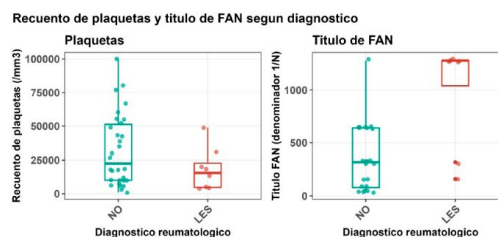


Figura 2. Boxplot mostrando recuento plaquetario y título de FAN entre pacientes sin diagnóstico reumatológico y aquellos con diagnóstico de LES.

Preparación para la transición a la atención de adultos en adolescentes con enfermedades reumáticas crónicas: análisis transversal de datos basales

Reumatología Pediátrica

0173

Federico Vargas, María Isabel Brusco, Vanesa Cervetto, María Jimena Gómez Sosa, Camila González, María Emilia Lacapra, Guissela Glenda Lacuadra, María Marcantoni, Facundo Gabriel Villalva

Hospital General de Niños Dr. Pedro Elizalde

Introducción: La transición desde la atención pediátrica hacia la de adultos requiere el desarrollo progresivo de autonomía y habilidades de autocuidado. Evaluar la preparación permite identificar brechas y orientar intervenciones específicas.

Objetivo: Describir la preparación basal para la transición mediante TRAQ, y explorar su asociación con variables sociodemográficas y clínicas, para evaluar posteriormente el efecto de una intervención.

Métodos: Estudio unicéntrico, de corte transversal, de datos basales de estudio cuasiexperimental en curso, realizado en Servicio de Reumatología, entre 03/26 y 08/26. Se incluyeron de forma consecutiva pacientes ≥ 14 años con diagnóstico de AIJ o LES y otras patologías reumáticas, con TRAQ 5.0 completo versión validada al español. El puntaje total TRAQ varía entre 1 y 5; cuanto mayor es el valor, indica mayor preparación. Se definió comorbilidad la presencia o no de condición vinculada con la enfermedad y corticoides si usó o no. Se realizó estadística descriptiva; las correlaciones se evaluaron con Pearson o Spearman y las comparaciones entre dos grupos con t de Student o Wilcoxon, según los supuestos. Dado el carácter exploratorio del análisis, no se imputaron datos faltantes ni se ajustaron los valores de p por comparaciones múltiples. Como análisis secundario de sensibilidad se ajustó una regresión lineal múltiple con errores estándar robustos HC3, incluyendo edad, comorbilidad y uso de corticoides. Se utilizó R v4.4.2.

Resultados: De 37 registros, 33 integraron la cohorte analítica; se excluyeron 4 sin TRAQ completo (Tabla 1). La edad media fue de $16,57 \pm 1,29$ años y 25 (75,8 %) eran mujeres. Dieciocho (54,5 %) tenían AIJ, 9 (27,3 %) LES y 6 (18,2 %) otros diagnósticos. La mediana del tiempo de enfermedad fue 71 meses (RIC 34–134) y el TRAQ medio $3,34 \pm 0,59$. La edad se correlacionó positivamente con TRAQ ($r=0,41$; IC95 % 0,07–0,66; $p=0,019$). Los pacientes con comorbilidad presentaron mayor mediana de TRAQ que aquellos sin comorbilidad (3,68 vs. 3,21; $p=0,030$), al igual que quienes recibían corticoides frente a quienes no (3,66 vs. 3,20; $p=0,034$). En el modelo multivariable de sensibilidad (R^2 ajustado=0,32), la edad mantuvo una asociación ajustada con TRAQ ($\beta=0,21$ puntos por año; IC95 % 0,05–0,37; $p=0,011$). Las estimaciones ajustadas para comorbilidad ($\beta=0,45$; IC95 % -0,04–0,93; $p=0,070$) y corticoides ($\beta=0,29$; IC95 % -0,15–0,72; $p=0,188$) conservaron una dirección positiva (Figuras 1 a-b).

Conclusión: La edad fue la variable más consistentemente asociada con una mayor preparación para la transición. Las asociaciones con comorbilidad y uso de corticoides conservaron una dirección positiva tras el ajuste y deben interpretarse como exploratorias. Estos hallazgos constituyen la línea basal del estudio cuasiexperimental en curso, que evaluará el efecto de una intervención educativa sobre las habilidades de transición.

Tabla 1. Características basales de la cohorte analítica (n=33)

Variable	Resultado
Edad al completar TRAQ, años, media $\pm$ DE	16,57 $\pm$ 1,29
Sexo femenino	25 (75,8%)
Artritis idiopática juvenil	18 (54,5%)
Lupus eritematoso sistémico	9 (27,3%)
Otros	6 (18,2%)
Tiempo de enfermedad, meses, mediana (RIC)	71 (34–134)
Comorbilidad	9 (27,3%)
FAME convencional	23 (69,7%)
Tratamiento biológico	16 (48,5%)
Uso de corticoides	10 (30,3%)
Seguimiento regular, n (%)	23 (69,7%)
TRAQ basal, media $\pm$ DE	3,34 $\pm$ 0,59

Los datos categóricos se expresan como n (%). Los tratamientos no son mutuamente excluyentes.
DE: desvío estándar; RIC: rango intercuartílico; FAME: fármaco antirreumático modificador de la enfermedad.

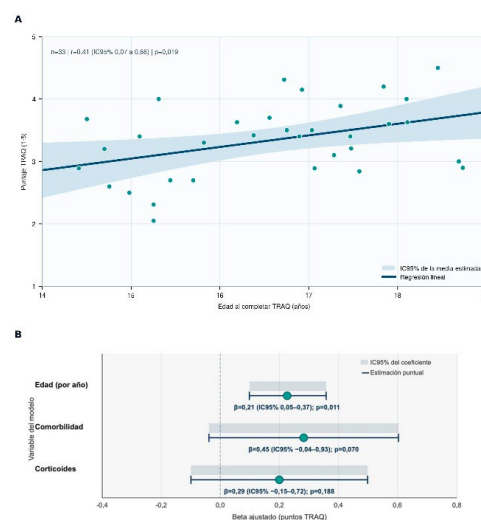


Figura 1. A) Relación entre edad y puntaje TRAQ. B) Estimaciones ajustadas (β) del modelo de regresión lineal múltiple con errores estándar robustos HC3 sobre el puntaje TRAQ basal (n = 33). R^2 ajustado = 0,32. En B, los puntos representan los coeficientes estimados y las barras horizontales, sus IC95%; la línea vertical punteada indica $\beta=0$.

Compromiso coronario en enfermedad de Kawasaki: experiencia de un hospital pediátrico de tercer nivel

Reumatología Pediátrica

0177

Marcia Calampuca, Juan Pablo Portigliatti, María Giselle Villarreal, María Emilia Puentes, Luciana Lancioni, Georgina del Giorgio, Francisco César Augusto Cano, María Martha Katsicas

Hospital de Pediatría SAMIC Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan

Introducción: La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica cuya principal complicación es el compromiso coronario. En los últimos años se estudiaron nuevas estrategias terapéuticas, incluidos agentes biológicos. Sin embargo, la evidencia disponible es limitada y en nuestro país no existen series publicadas de estos pacientes. Por ello, resulta de interés describir la experiencia de un centro de tercer nivel con pacientes con EK con coronariopatía.

Objetivo: Describir una cohorte de pacientes pediátricos con diagnóstico de EK con coronariopatía. Comparar variables clínicas según tratamientos recibidos.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de pacientes pediátricos con EK y compromiso coronario, atendidos en un hospital pediátrico de tercer nivel de enero 2020 a enero 2026. Se excluyeron casos con datos insuficientes u otra causa de aneurismas coronarios. La afectación de arterias coronaria derecha (ACD), izquierda (ACI) y descendente anterior (DA) se clasificó según categorías de la American Heart Association (AHA), agrupando en ectasia/aneurisma pequeño (Z score: 2-5), moderado (Z score: 5-10) y grande (Z score: >10); se calculó el porcentaje de afectación por categoría y arteria. Los tratamientos recibidos fueron: gammaglobulina, corticoides, anakinra e infliximab. Se realizó estadística descriptiva. Para comparaciones se utilizó test de Chi² y t de Student.

Resultados: De 46 pacientes con EK, 16 (35 %; sexo femenino: 50 %) presentaron compromiso coronario. EK completa: 10 (62,5 %). Mediana de edad al diagnóstico: 14 meses (3-171); tiempo de inicio de los síntomas al diagnóstico: 9,5 días (4-40). Diez (63 %) recibieron tratamientos combinados en distintos esquemas. Cinco (31 %) gammaglobulina y 1 (6 %) corticoides. El compromiso coronario al diagnóstico se describe en la Tabla 1. Del total de los pacientes con aneurismas graves, 5 (83 %) eran de sexo masculino. Al final del seguimiento, 8 (50 %) normalizaron, 5 (31 %) progresaron, 2 (13 %) regresaron de categoría AHA y 1 (6 %) se mantuvo estable. Se realizó angioTC corporal total en 10 (63 %); 4 (40 %) mostraron compromiso extra-coronario (todos con aneurismas coronarios graves). Solo se observó diferencia significativa en el tiempo de inicio de los síntomas al diagnóstico ($p=0.01$) (Tabla 2).

Conclusión: Se trata del primer trabajo en Argentina sobre pacientes con EK con coronariopatía que recibieron tratamiento con agentes biológicos. Más de la mitad de los pacientes evidenciaron mejoría. Es necesario realizar estudios de mayor nivel de evidencia para realizar recomendaciones.

Tabla 1: Evolución del compromiso coronario pre y postratamiento.

	Pretratamiento	Postratamiento
Sin aneurisma		
ACI*, n (%)	7 (44)	12 (75)
DA*, n (%)	5 (31)	10 (62)
ACD*, n (%)	5 (31)	10 (62)
Con ectasia, aneurisma peq		
ACI*, n (%)	8 (50)	3 (19)
DA*, n (%)	4 (25)	2 (13)
ACD*, n (%)	6 (38)	1 (6)
Con aneurismas moderados		
ACI*, n (%)	0 (0)	0 (0)
DA*, n (%)	2 (13)	0 (0)
ACD*, n (%)	1 (6)	1 (6)
Con aneurismas grandes		
ACI*, n (%)	1 (6)	1 (6)
DA*, n (%)	4 (25)	4 (25)
ACD*, n (%)	4 (25)	4 (25)
Z ACI*, mediana (rango)	2,15 (0-11,3)	1,5 (0,5-1)
Z DA*, mediana (rango)	35 (0,3-38)	0,7 (-1,3-28,7)
Z ACD*, mediana (rango)	2,5 (-1-39)	1,3 (-1-34)

Un modelo epidemiológico de complejidad clínica en el paciente reumatológico pediátrico hospitalizado

Reumatología Pediátrica

0180

Juan Pablo Portigliatti, María Giselle Villarreal, María Emilia Puentes, Luciana Vasconcellos, Luciana Lancioni, Georgina del Giorgio, Francisco César Augusto Cano, Marcia Calampuca, María Martha Katsicas

Hospital de Pediatría SAMIC Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan

Introducción: Los pacientes pediátricos con enfermedades autoinmunes y autoinflamatorias conforman un grupo caracterizado por un espectro clínico heterogéneo. Resulta fundamental la caracterización de perfiles de internación dada la escasez de literatura científica que documente la influencia de la carga de enfermedad sobre los mismos.

Objetivo: Describir una cohorte de pacientes pediátricos con diagnóstico de enfermedades reumatológicas que cursaron internación en un hospital de tercer nivel. Caracterizar carga de enfermedad y perfil de complejidad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de enfermedades reumatológicas que cursaron internación entre octubre 2024 y septiembre 2025 y que fueron valorados por la especialidad en al menos una oportunidad. Se relevaron variables demográficas, clínicas y epidemiológicas. Se analizaron motivos de internación, carga de enfermedad, la cual definimos como peso clínico y asistencial que representa la enfermedad para el paciente y el sistema. Indicadores de la misma: estancia hospitalaria (días) y tasa de reingreso (TR) definida como el requerimiento de internación en los 30 días posteriores al egreso. Se calculó, además, la tasa de mortalidad (TM). Para el perfil de complejidad se establecieron niveles de gravedad: bajo, moderado, alto y crítico. El nivel bajo corresponde a pacientes con enfermedad reumática controlada, afectación de un sistema, sin comorbilidades significativas; el moderado, por enfermedad activa con afectación de dos sistemas, una comorbilidad, necesidad de múltiples especialistas; el alto, por enfermedad activa con afectación de tres más o sistemas, más de una comorbilidad, necesidad de equipo multidisciplinario; y el crítico, por enfermedad activa/refractaria con riesgo de vida y en internación en unidad de cuidados intensivos (UCI), afectación multisistémica, múltiples comorbilidades y necesidad de equipo multidisciplinario. Análisis: estadística descriptiva.

Resultados: Fueron evaluadas 229 internaciones (114 pacientes - F 61 %). En la Tabla 1 se incluyen motivos de internación, TR y TM. Lupus (37,6 %) fue el diagnóstico con más hospitalizaciones con una mediana de estancia de 5 días (2-14). Las vasculitis sistémicas y enfermedad de Sjögren presentaron mayor estancia hospitalaria con mediana de 7,5 días. En relación a la complejidad, los pacientes se caracterizaron por niveles de gravedad alta en 166 internaciones (72 %) y por nivel crítico en 9 (4 %), con una mediana de estancia en UCI de 3 días (1-12).

Conclusión: Las herramientas de estratificación conforman una estrategia para la caracterización de pacientes hospitalizados. Este trabajo presenta la primera cohorte de nuestro país, la cual muestra un perfil de complejidad alto a crítico mayoritariamente con una tasa de mortalidad de 0,87.

Tabla 1		
N° de internaciones.		229.
N° de pacientes.		114.
Motivos de internación*	Intercurrencia infecciosa.	31% (70).
	Infusión de tratamiento.	26% (60).
	Valoración diagnóstica.	20% (45).
	Manejo de complicaciones no infecciosas.	10% (23).
	Recaída/reagudización.	8% (18).
	Procedimiento quirúrgico.	4% (10).
Segunda opinión diagnóstica.		1% (3).
Carga de enfermedad por diagnóstico		
Diagnóstico*		Estancia hospitalaria**
Lupus eritematoso sistémico.	37.6% (86).	5 (2-14).
Vasculitis primarias.	24% (55).	7.5 (2-16).
Dermatomiositis juvenil.	15.3% (35).	3 (1-9).
AIJ no sistémica.	8.7% (20).	6.5 (2-8).
AIJ sistémica.	4.4% (10).	4.5 (1-11).
Enfermedades autoinflamatorias.	3.1% (7).	2 (1-3).
EMTC/EITC.	2.2% (5).	6 (4-16).
Enfermedad de Sjögren.	1.7% (4).	7.5 (4-83).
Esclerosis sistémica juvenil.	1.7% (4).	2.5 (2-4).
Síndromes overlap.	1.3% (3).	2 (2-9).
Tasa de reingreso***		25.
Tasa de mortalidad****		0.87.

* % - n°.

** Mediana (RIC).

*** TR: $\frac{N^{\circ} \text{ de reingresos de pacientes reumatológicos a los 30 días del egreso}}{\text{Total de internaciones de pacientes reumatológicos}} \times 100$

**** TM: $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes reumatológicos fallecidos}}{\text{Total de pacientes reumatológicos internados}} \times 100$

Tabla 2: Perfil de complejidad		
Baja*		0% (0).
Moderada*		24% (54).
Alta*		72% (166).
Crítica*		4% (9).
Internaciones en UCI		
N° de pacientes.		8.
N° de internaciones.		9.
Estancia**		3 (1-12).
Motivos de internación*	Shock séptico.	33% (3).
	Crisis hipertensiva.	22% (2).
	Insuficiencia respiratoria.	22% (2).
	Control posquirúrgico.	22% (2).
Infecciones*		56% (5).
Soporte ventilatorio*		33% (3).
Inotrópicos*		22% (2).

* % - n°.

** Mediana (RIC).

Uveítis no infecciosa en pacientes pediátricos: actividad inflamatoria, complicaciones y estrategias terapéuticas

Reumatología Pediátrica

0239

Catalina Benavides Muñóz, María Laura Barzola, Marcela Álvarez, Ayelén Ojeda Silva, Laura Lorena Guerini, Alejandra Tartara, Silvia Mónica Meiorin

Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

Introducción: La uveítis no infecciosa constituye una causa relevante de morbilidad ocular en la población pediátrica. Su evolución puede estar determinada por periodos de actividad inflamatoria persistente o recurrente, asociados al desarrollo de complicaciones que comprometen la agudeza visual. El reconocimiento precoz de la enfermedad y la selección adecuada del tratamiento inmunosupresor resultan fundamentales para prevenir daño ocular.

Objetivo: Analizar las manifestaciones y complicaciones de inflamación ocular, y las estrategias terapéuticas en pacientes pediátricos con uveítis no infecciosa.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional. Se revisaron historias clínicas de pacientes con uveítis no infecciosa en seguimiento conjunto por Reumatología y Oftalmología (Período 2010-2026). Se analizaron variables demográficas, etiología, actividad inflamatoria ocular (criterios SUN'25), agudeza visual y complicaciones, al diagnóstico y en la última consulta. Abordaje terapéutico: tópico, sistémico (DAM convencionales-biológicos), y quirúrgicos. Análisis estadístico descriptivo, SPSS 30.0.

Resultados: Se incluyeron 84 pacientes, 61,9 % mujeres (n=52), edad mediana Dx 7,6 años (RIC 5,2-11,2) y tiempo mediano seguimiento 4,4 años (RIC 2,1-7,1). Distribución según segmento afectado (n, %) anterior 47 (55,9), intermedia 19 (22,6), panuveítis 16 (19,1) y posterior 2 (2,4). Compromiso bilateral 78,5 %. Las uveítis no anteriores (n=37; 44 %) se caracterizaron por inicio sintomático 65,4 % (ojo rojo n=40 y visión borrosa n=15) y deterioro visual severo (AV $\leq 0,3$) tanto al diagnóstico (56,8 % vs. 17 %) como en la última consulta (27 % vs. 6,4 %) comparado con las formas anteriores. Todos los pacientes con compromiso anterior recibieron tratamiento tópico. El metotrexate fue el inmunosupresor más utilizado n=77 (93,9 %) y combinado con otras drogas en 5 casos (6 %). Se indicó terapia biológica en 41 ptes. (48,8 %), prevalentemente adalimumab (n=38). Por refractariedad, 4 ptes. (9,7 %) requirieron *switch*. Se observaron complicaciones oculares en 64,2 %, más frecuentes en uveítis no anterior (n=26, 70,2 %); siendo las principales sinequias posteriores n=40 (47,6 %) y cataratas n=29 (34,5 %). El 36,9 % presentó ≥ 2 complicaciones, requiriendo cirugía ocular el 26,2 %. A la última consulta, independientemente del diagnóstico, 19 ptes. (22,6 %) permanecían activos: 7 (36,8 %) por falta de acceso a la medicación, 2 (10,5 %) por refractariedad y el resto por recaídas recientes.

Conclusión: En nuestra cohorte de pacientes pediátricos con uveítis la etiología más frecuente fue artritis idiopática juvenil e idiopática. El metotrexate fue el inmunosupresor más utilizado y cerca de la mitad de los pacientes requirió terapia biológica, principalmente adalimumab. Las uveítis no anteriores presentaron mayor compromiso visual y frecuencia de complicaciones. La mayoría de los pacientes alcanzó inactividad inflamatoria ocular en la última consulta.

Etiología Total: 84 pts. n (%)	Uveítis Anterior n=47	Uveítis no anterior n=37
Idiopática	22 (46,8)	22 (59,5)
AIJ	23 (48,9)	0
VKH	0	13 (35,1)
TINU	2 (4,3)	0 (0)
Sarcoidosis	0	1 (2,7)
Behcet	0	1 (2,7)

Hemorragia alveolar difusa (HAD) en la infancia: un mismo escenario, diferentes etiologías

Reumatología Pediátrica

0250

Clara Marinoni, Marcela Beatriz Álvarez, María Laura Barzola, Laura Lorena Guerini, Ayelén Ojeda Silva, Silvia Mónica Meiorin

Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

Introducción: HAD es una manifestación pulmonar infrecuente, potencialmente mortal, caracterizada por sangrado en el espacio alveolar consecuencia de lesiones en la microcirculación pulmonar. En pediatría, puede asociarse a múltiples etiologías, entre ellas, enfermedades autoinmunes.

Objetivo: Describir manifestaciones clínico-evolutivas y manejo terapéutico de HAD en pacientes pediátricos con enfermedades sistémicas inflamatorias (EIS).

Métodos: Estudio retrospectivo de ptes. pediátricos con diagnóstico de EIS que presentaron ≥ 1 episodio de HAD (período 2000-26), definida como presencia de infiltrados pulmonares difusos asociados a descenso de hemoglobina y/o evidencia de sangrado pulmonar por lavado broncoalveolar (BAL). Se analizaron variables clínicas, laboratorio, imágenes y modalidades terapéuticas. Estadística descriptiva, Chi-2, T-test. SPSS 32.0.

Resultados: Se incluyeron 29 ptes., 24 mujeres (82,8 %), con edad X Dx 11,4 (DE $\pm$ 3,4) años y tiempo X seguimiento 3,7 (DE $\pm$ 3,8) años. Distribución etiológica: 15 vasculitis (86,7 % asociadas a ANCA), 12 LES (41,4 %), 1 hepatitis autoinmune y 1 SAFC. Evaluación clinimétrica (X, DE) PVAS 21,1 ($\pm$ 7,8) y SLEDAI 16,6 ($\pm$ 7,7), para vasculitis y LES, respectivamente, al momento de HAD. La HAD fue forma de presentación de EIS en 51,7 %, con disnea (58,6 %), hemoptisis (48,3 %) y tos (37,9 %). Manifestaciones extrapulmonares se observaron en 93,1 %, siendo prevalentes síndrome pulmo-renal (75,9 %, la mayoría poliangeítis microscópica), fiebre (44,8 %) y compromiso neurológico (34,5 %). Durante el evento, todos presentaron descenso Hb >2 puntos (X 7,2 g/dl, $\pm$ 1,5) y aumento de PCR X 49,2 ($\pm$ 50,3) mg/l. Hallazgos de imágenes representativos (radiografía/TAC): infiltrados alveolares y vidrio esmerilado (72,2 % y 66,6 % respectivamente), bilateral (75,9 %). En casos no concluyentes, mediante BAL (4) y biopsia pulmonar (3) se confirmó HAD. Todos recibieron pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida EV como terapia inicial de HAD. Sin embargo, debido a cuadro clínico multiorgánico severo, 15 ptes. recibieron ≥ 1 de las siguientes terapias(n): plasmáferesis (12), rituximab (6) y gammaglobulina (5). El 58,6 % ingresó a UTI, 9/17 requirieron ARM. El 34,5 % presentó episodios recurrentes de HAD (n=10 ptes.), tiempo Md (RIC) 0,75 (0,3 - 1,6) años. Prevalencia de mortalidad 24,1 % (n=7) a tiempo X desde HAD 16,9 ($\pm$ 11,3) días, en contexto de compromiso multiorgánico severo-refractario. En estos ptes. se observó que la necesidad de ARM (p,001) y la mayor edad al Dx (p,036) se asociaron a dicha evolución.

Conclusión: En nuestra cohorte de 29 ptes. con HAD, vasculitis y LES fueron diagnósticos prevalentes, con compromiso renal en el 75,9 %. Todos recibieron tratamiento inmunosupresor con corticoides y CFM, junto a plasmáferesis $\pm$ rituximab en cuadros severos. Siete fallecieron en contexto de compromiso multiorgánico severo. Este desenlace se asoció significativamente a requerimiento de ARM y mayor edad al diagnóstico.

Variables	Fallecidos n=7	Vivos n=22	p
Edad al Dx, X (DE $\pm$)	13,5 (2,6)	10,7 (3,4)	,036
Diagnóstico Vasculitis, n (%)	2 (28,6)	11 (50)	,410
Diagnóstico LES, n (%)	5 (71,4)	7 (31,8)	,092
Tiempo hasta HAD desde inicio de síntomas, X (DE $\pm$)	4,8 (5,0)	2,7 (1,4)	,339
Días de internación, X (DE $\pm$)	15,6 (12,2)	24,5 (20,4)	,180
Rituximab, n (%)	2 (28,6)	4 (18,2)	,612
Ingreso a UTI, n (%)	6 (85,7)	11 (50)	,187
ARM, n (%)	6 (85,7)	3 (13,6)	,001
Días de ARM, X (DE $\pm$)	15,3 (10,7)	1,7 (5,02)	,720
Recaida, n (%)	1 (14,3)	9 (40,9)	,367
Infecciones concomitantes, n (%)	5 (71,4)	6 (27,2)	,071

Volver al índice