

Suplemento Especial del Congreso

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

SAR 2020
VIRTUAL

53° CONGRESO ARGENTINO DE
REUMATOLOGIA
7 AL 11 DE DICIEMBRE



TRABAJOS

Presidente

Dr. César Graf

Vicepresidente

Dra. María Celina de la Vega

Presidente Anterior Inmediato

Dr. Enrique R. Soriano

Secretario

Dr. Guillermo A. Berbotto

Pro-Secretario

Dra. Mercedes A. García

Tesorero

Dr. Gustavo Casado

Pro-Tesorero

Dr. Raúl Paniego

Vocales Titulares

Dr. Javier E. Rosa

Dra. Cecilia A. Asnal

Dr. Rodolfo Pérez Alamino

Dra. Carla A. Gobbi

Vocales Suplentes

Dra. Vanesa Cosentino

Dra. María J. Haye Salinas

Comisión Revisora de Cuentas

Dr. Carlos Wiederhold

Dra. María Elena Crespo Espíndola

Dra. Verónica Saurit

Dr. Darío Scublinsky

Representantes de Filiales

Dr. Carlos Perandones

Dr. Juan Soldano

Dr. Gustavo Rodríguez Gil

Dra. Anastasia Secco

Dr. Maximiliano A. Machado Escobar

Editor

Scublinsky Darío

Editor Anterior

Soriano Enrique

Editores Previos

Maldonado Cocco José

Hofman Julio

Comité Editorial

Alarcón Graciela (USA)

Alba Paula (Argentina)

Amigo Mary Carmen (México)

Arana Roberto (Argentina)

Arinoviche Roberto (Chile)

Arturi Alfredo (Argentina)

Babini Alejandra (Argentina)

Balsa Criado Alejandro (España)

Canoso Juan (México)

Casado Gustavo (Argentina)

Catoggio Luis J. (Argentina)

Cervera Ricardo (España)

Citera Gustavo (Argentina)

De La Vega María Celina (Argentina)

Espada Graciela (Argentina)

Espinoza Luis R. (USA)

García Mercedes (Argentina)

Hofman Julio (Argentina)

Martín Mola Emilio (España)

Mysler Eduardo (Argentina)

Paira Sergio (Argentina)

Perandones Carlos (Argentina)

Rosemffet Marcos (Argentina)

Rillo Oscar (Argentina)

Rivero Mariano (Argentina)

Schneeberger Emilce (Argentina)

Secco Anastasia (Argentina)

Shoenfeld Yehuda (Israel)

Soriano Guppy Enrique (Argentina)

Sormani de Fonseca María L. (Argentina)

Suárez Almazor María E. (USA)

Venarotti Horacio (Argentina)

Presidente del Congreso

Dr. César Graf

Presidentes del Comité científico

Dra. Verónica Bellomio

Dr. Javier Rosa

Comité científico

Dra. Mercedes A. García – La Plata

Dra. Paula Alba - Córdoba

Dra. Laura Galván- Cuyo

Dr. Marcos Rosemffet - CABA

Dr. Emilio Buschiazzo- Salta

Dr. Darío Scublinsky- CABA

Dr. Guillermo Pons-Estel - Rosario

Dra. Marina Scolnik - CABA

Dr. Hernán Maldonado Ficcó - Córdoba

Dr. Karin Ingrid Kirmayr- Sur

Dr. Javier Farfán- Salta /Pediatría

Dra. Ethel Saturansky- CABA

Dra. María J. Haye Salinas – La Rioja

Dr. Raúl Sueldo- Tucumán

Dra. Silvia Larroudé- CABA

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

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

Publicación trimestral
© NoveltyMed® 2020

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



www.noveltymed.com

Editada por
NoveltyMed ®
GROBER SRL

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

Revista Argentina de
REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología



editorial

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

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

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

Se adaptó un programa de alto nivel científico, con espacios para conferencias SAR, jornadas pediátricas y simposios de la Industria con traducción simultánea , además una plataforma paralela en formato de reuniones, para los grupos de estudio GE-

SAR, E-posters, presentaciones orales y actividades adicionales On demand . También la idea fue, en un día aparte, presentar juntos por primera vez el Precongreso y el Academia Argentina de Reumatología.

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

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

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

Les deseo muy feliz comienzo de 2021.

Dr. César Graf
Presidente de la SAR

Comunicaciones orales

53° Congreso
Argentino de
Reumatología

7 al 11 de diciembre

38

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

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

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

Introducción: La clasificación histológica renal de Berden en vasculitis ANCA se basa en el daño glomerular. El ANCA renal risk score es un score de pronóstico renal que tiene en cuenta la fibrosis/atrofia del tubulointersticio y el filtrado glomerular. Objetivos: Evaluar el desempeño del ANCA renal risk score en pacientes con vasculitis ANCA y compromiso renal.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de vasculitis ANCA con compromiso renal por biopsia en un hospital universitario entre 2002 y 2020. Se recopilaron de las historias clínicas electrónicas los datos demográficos y clínicos, al diagnóstico y al final del seguimiento. Las biopsias renales se clasificaron según Berden en focal, crescénica, mixta y esclerótica. Se calculó el ANCA renal risk score al diagnóstico que incluye: porcentaje de glomerulos normales ($>25\%$, $10-25\%$, o $<10\%$), de atrofia tubular/fibrosis intersticial (≤ 25 o $>25\%$) y el filtrado glomerular ($>15\%$ o $\leq 15\%$, CKD-EPI). Se evaluó la supervivencia renal definida como pacientes libres de diálisis/trasplante a los 6, 12 y 36 meses. Se realizaron curvas ROC para evaluar la capacidad discriminativa del ANCA renal risk score; y se calculó su sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo. Los predictores de supervivencia renal se evaluaron mediante el método de Kaplan-Meier y el modelo de riesgo proporcional de Cox para las distintas clases histológicas y para los grupos de ANCA score.

Resultados: Se incluyeron 87 pacientes con vasculitis ANCA con biopsias renales con una media de edad de 65.5 años (DS 16.2), una mediana de seguimiento de 3.7 años (RIC 1.6-5.6) y fueron: 26 granulomatosis con poliangeítis, 25 poliangeítis microscópica, 4 granulomatosis eosinofílica con poliangeítis y 32 vasculitis limitada al riñón. Según la clasificación de Berden fueron: 27 focales, 25 crescénicas, 22 mixtas y 13 escleróticas. Solo 16 pacientes (19.5%) fallecieron durante el seguimiento. Presentaron fallo renal 9, 7 y 6 pacientes a los 6, 12 y 36 meses respectivamente, y ninguno fue clase focal. El área bajo la curva ROC entre el ANCA renal risk score y el fallo renal a los 6, 12 y 36 meses fue de 0.92 (IC 95% 0.83-1.00), 0.90 (IC 95% 0.79-1.00) y 0.93 (IC 95% 0.82-1.00), siendo el mejor punto de corte = 9 con una sensibilidad y especificidad de 88.9% y 89.9% a los 6 meses, 85.7% y 86.9% a los 12 meses y 83.3% y 93.0% a los 36 meses. Ninguno de los pacientes con ANCA score bajo o medio (≤ 8 puntos) presentó fallo renal durante el seguimiento. En el análisis univariado el ANCA renal risk score se asoció a fallo renal a los 6 meses (HR 1.75, IC 95% 1.24-2.47, $p=0.001$), 12 meses (HR 1.82, IC 95% 1.22-2.70, $p=0.003$) y 36 meses (HR 1.75, IC 95% 1.17-2.62, $p=0.006$).

Conclusiones: El ANCA renal risk score en nuestros pacientes con vasculitis ANCA demostró una muy buena capacidad discriminativa, sensibilidad y especificidad para predecir fallo renal a los 6, 12 y 36 meses.

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

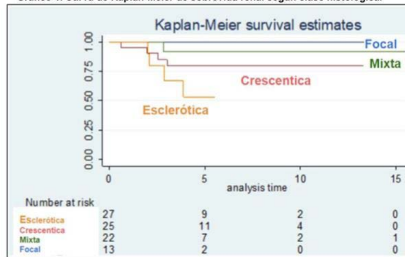


Gráfico 2. Curva de Kaplan-Meier de supervivencia renal según grupo de ANCA Renal risk score.

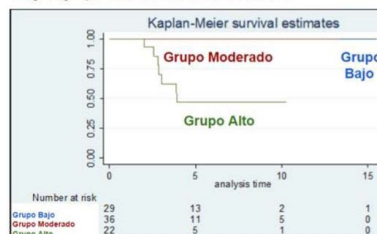
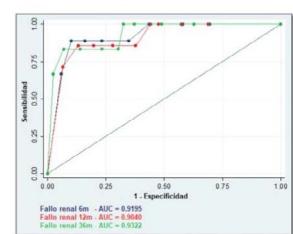


Gráfico 3. Curvas ROC ANCA renal risk score para predecir fallo renal a los 6, 12 y 36 meses.



50

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

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

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

Introducción: El BVAS (Birmingham Vasculitis Activity Score) es una herramienta diseñada con el objetivo de evaluar la actividad de la enfermedad en pacientes con vasculitis sistémicas principalmente en ensayos clínicos. Ha demostrado tener correlación con otros instrumentos de medición como el EVA del médico, Vasculitis Activity Index (VAI), análisis de decisión de tratamiento, Five Factor Score (FFS) y mortalidad. Dada la carencia de información sobre la validez de esta herramienta en nuestra población se decide evaluar su desempeño en un centro argentino.

Objetivos: Describir las formas clínicas, serología y tratamientos utilizados al debut de pacientes con VAA y evaluar el grado de actividad, en la primera evaluación reumatológica por BVAS v.3, EVA del médico y FFS y evaluar validez de constructo del BVAS versión 3 (v.3) en esta población.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico, de corte transversal, en un único centro. Se incluyeron pacientes de >18 años, con diagnóstico de VAA, evaluados entre los años 2010 y 2020. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, comparando las características entre las VAA. Para evaluar la validez de constructo se realizó Rho de Spearman entre BVAS v.3 y EVA del médico, ERS, PCR y FFS. Test de Student para evaluar las diferencias entre los distintos tipos de VAA respecto a BVAS v.3 y Mann-Whitney para las diferencias respecto a ERS, PCR, FFS y EVA del médico.

	Total (n = 105)	GPA (n = 52)	EGPA (n = 20)	PAM (n = 33)	p
Compromiso general	75 (71.4%)	36 (69.2%)	14 (70%)	25 (75.8%)	0.8
Compromiso oftalmológico	22 (21%)	18 (34.6%)	2 (10%)	2 (6.1%)	0.003
Compromiso ORL	48 (45.7%)	33 (63.5%)	7 (35%)	8 (24.2%)	0.001
Compromiso renal	67 (63.8%)	34 (65.4%)	5 (25%)	28 (84.8%)	<0.0001
Glomerulonefritis rápidamente progresiva	23 (26.7%)	16 (30.8%)	0 (0%)	12 (36.4%)	0.01
Compromiso pulmonar	75 (71.4%)	37 (71.2%)	16 (80%)	22 (66.7%)	0.58
Nódulos pulmonares	22 (21%)	18 (34.6%)	1 (5%)	3 (9.1%)	0.003
Compromiso neurológico	37 (35.2%)	16 (30.8%)	10 (50%)	11 (33.3%)	0.29

Resultados: Se incluyeron 105 pacientes con VAA, 58 (48.7%) mujeres, edad media 50 años ± 14 , 52 (43.7%) con diagnóstico de granulomatosis con poliangeítis (GPA), 20 (16.8%) granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA) y 33 (27.7%) poliangeítis microscópica (PAM). El 83.01% eran ANCA positivos, 51 (42.9%) ANCA C y 37 (31.1%) ANCA P, 27/60 (45%) positivos para anticuerpos anti-PR3 y 26/55 (47.3%) para anti-MPO. La frecuencia de compromiso orgánico de cada una de ellas y las diferencias estadísticas se expresan en la tabla 1. Respecto a los tratamientos de inducción, 77 (64.7%) recibió pulsos de metilprednisolona, ciclofosfamida 79 (66.4%), micofenolato 4 (3.4%), plasmáferesis 25 (21%), rituximab 6 (5%), gammaglobulina 10 (8.4%) y diálisis 18 (17.1%). En la consulta basal, estos pacientes presentaron: BVAS v.3: 17 ± 9 , EVA médico: 7 (RIQ 6-9), FFS: 0 (RIQ 0-1), entrosedimentación (ERS): 51 mm^{1ª} hora (RIQ 8.5-9.0), PCR: 12 mg/dL (RIQ 0.75-1). La correlación de BVAS v.3 por Rho de Spearman con EVA médico: $p=0.49$ (IC 95% 0.3-0.65, $p=<0.0001$), con ERS: $p=0.01$ (IC 95% -0.17-0.22, $p=0.85$), con PCR: $p=0.07$ (IC 95% -0.11-0.27, $p=0.44$) y con FFS: $p=0.22$ (IC 95% 0.04-0.4, $p=0.02$).

Conclusiones: El compromiso del estado general, renal y pulmonar fueron los más frecuentes en GPA y PAM. En EGPA se observaron datos similares, a excepción del compromiso renal, y la mitad de ellos presentó compromiso neurológico. Se destaca la mayor frecuencia de compromiso oftalmológico, ORL y nódulos pulmonares en GPA. Tres cuartas partes de los pacientes recibió pulsos de GC como tratamiento de inducción y un porcentaje no despreciable requirió diálisis al debut. En esta cohorte de pacientes con VAA se observó una correlación positiva moderada entre BVAS v.3 y EVA del médico y positiva mínima con FFS, siendo estos valores menores a lo reportado en literatura europea. Creemos importante considerar el EVA del médico como una herramienta sencilla y de utilidad para su uso en la práctica clínica.

66

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

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS

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

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

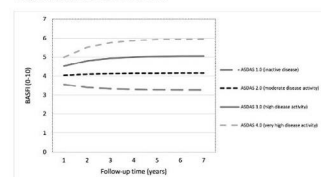


Figura 1. Relación longitudinal entre ASDAS y BASFI. Variación de BASFI en el tiempo asociada a la actividad de la enfermedad establecida para cada nivel de ASDAS durante 7 años.

Introducción: La preservación o mejoría de la capacidad funcional son unos de los principales objetivos terapéuticos en la Espandiloartritis axial (EsPax). Estudios previos de pacientes con EsPax han demostrado asociación entre mayor actividad de la enfermedad, compromiso periférico y peor capacidad funcional. Sin embargo, hay pocos estudios que hayan evaluado la influencia de estos y otros factores en forma conjunta sobre la capacidad funcional a lo largo del tiempo.

Objetivos: Evaluar si el compromiso articular

periférico, junto al nivel de actividad de la enfermedad actúan de manera independiente sobre la discapacidad funcional a lo largo del tiempo, y analizar si existen otros factores externos que modifiquen dicha relación.

Materiales y Métodos: Estudio longitudinal. Se incluyeron pacientes con EsPax según criterios ASAS 2009 de una cohorte de seguimiento prospectiva, que tuvieran al menos 2 visitas. Se registraron datos sociodemográficos, hábitos tóxicos, comorbilidades y características clínicas de la enfermedad y terapéuticas. La capacidad funcional se evaluó mediante el cuestionario Bath Ankylosing Spondylitis Disease Functional Index (BASFI), la movilidad axial a través del Bath AS Metrology Index (BASMI), la actividad de la enfermedad se calculó a través del índice compuesto Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score con proteína C reactiva (ASDAS-PCR), y el compromiso articular periférico se constató mediante el examen físico a cargo del médico evaluador. Análisis estadístico: Ecuaciones de estimación generalizadas (EEG) con estructura de correlación intercambiable. Modelos multivariados directos y multivariados auto-regresivos para evaluar el efecto a través del tiempo ajustado al valor del BASFI de la visita previa. $p<0.05$ significativa.

Resultados: Se incluyeron 185 pacientes, 77% hombres, edad media de 42 (± 13) años y tiempo medio de evolución de la enfermedad de 9.4 (± 9.6) años. El ASDAS-PCR promedio de la visita basal fue 2.3 (± 1.4), el BASFI medio 3.9 (± 2.7) y 17% de los pacientes presentó artritis de al menos una articulación al momento de la primera visita. Luego de un seguimiento medio de 3.7 (± 2.4) años, la actividad de la enfermedad y el compromiso articular periférico contribuyeron a modificar, de manera independiente la capacidad funcional. Un aumento en una unidad del ASDAS se asoció a un aumento de 0.51 unidades del BASFI, mientras que la presencia de artritis periférica se asoció con un incremento de 0.7 unidades del BASFI ajustado a edad, sexo, nivel educativo, movilidad axial y consumo de antiinflamatorios no-esteroides (AINES). El modelo auto-regresivo ajustado al BASFI de la visita previa, confirmó la asociación longitudinal entre ASDAS-PCR y artritis periférica (Coef β 0.48 [IC95%: 0.39-0.57] y Coef β 0.44 [IC95%: 0.08-0.8], respectivamente) con la capacidad funcional. Otras variables asociadas independientemente al BASFI en forma longitudinal fueron el sexo masculino (Coef β -0.42 [IC95%: -0.79-0.06], la movilidad axial medida por BASMI (Coef β 0.32 [IC95%: 0.24-0.41] y el consumo de AINES (Coef β 0.38 [IC95%: 0.09-0.66]). (Figura 1) No encontramos interacción entre presencia de artritis periférica y nivel de ASDAS sobre la capacidad funcional medida por BASFI, como así tampoco entre alguna de ellas con edad, sexo, hábito tabáquico, nivel educativo, ocupación o comorbilidades.

Conclusiones: Mayor nivel de actividad de la enfermedad, tanto axial como periférica, influyen en forma independiente sobre la capacidad funcional a través del tiempo.

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

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS

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

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

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

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

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

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESCLEROSIS SISTÉMICA

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

Femenino n(%)	281 (93,6)
Edad años, media (±SD)	53,4 (±13)
Años al Diagnóstico de SSC, Mediana(RIC)	7 (0-49)
Nivel educativo >13 años n(%)	156 (52)
Trabajo Remunerado n(%)	116(39)
Cobertura de Salud: H Publico n(%)	65(21,66)
Cobertura de Salud: OS + Prepagos n(%)	125 (78,33)

Introducción: La Esclerosis Sistémica (SSc) es una enfermedad crónica multisistémica caracterizada por daño microvascular, alteraciones inmunológicas y fibrosis. La actual pandemia por COVID-19 ha generado la necesidad de aislamiento domiciliario. Como consecuencia los pacientes con SSc han modificado sus hábitos diarios y el cuidado de su salud. El sistema de salud se reorganizó para dar respuesta a la pandemia, suspendiendo los turnos programados para el control de

enfermedades crónicas. La crisis económica que acompaña a la pandemia lleva a la disminución del empleo, pérdida de obras sociales y menores recursos para la compra de medicamentos. Todo esto modificó el acceso al cuidado de la salud en pacientes con SSc.

Objetivos: - Describir la accesibilidad al sistema de salud durante la pandemia COVID-19 de los pacientes con SSc en nuestro país. - Describir las características demográficas y socioeconómicas de los pacientes incluidos. - Conocer la proporción de pacientes con SSc que presento infección por COVID-19.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SSc según criterios ACR/EULAR 2013 en seguimiento en distintos centros de nuestro país. Se les envió por correo electrónico o contacto de WhatsApp una encuesta anónima y auto administrada mediante un cuestionario de google-form durante los meses de julio y agosto del corriente año. La encuesta contenía información demográfica, socioeconómica y preguntas destinadas a evaluar el acceso al sistema de salud durante la pandemia. Se interrogó sobre el antecedente de infección por COVID-19. Se realizó estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyeron 300 pacientes con SSc. En la Tabla 1 se representan las características de la población incluida. Entre las personas con trabajo remunerado(n:116), solo el 56% (n: 65) pudo adaptar sus tareas para realizarlas en forma remota. El 60 % (n:180) de los pacientes vieron afectados los ingresos económicos familiares, siendo el nivel de reducción superior al 50% para el 33,2% (n:100) de los casos. El 48,66% (n:146) de los encuestados vive en la región del AMBA. El 33,66% (n:101) de los pacientes encuestados respondió presentar dificultades para conseguir su medicación. En el 30,4% de los casos por no contar con la receta, en el 33,33% debido a problemas económicos y el 36,27% manifestó no poder retirarlo de la institución que habitualmente se lo daba en forma gratuita. El 74,33% (n:223) refiere haber tenido estudios médicos pendientes al inicio de la cuarentena, y solo el 25% (n: 57) pudo hacerlos. La mediana de días de aislamiento al momento de completar la encuesta fue de 143(RIC 0- 244). Durante dicho periodo el 29,33% (n: 88) de los pacientes no hizo los controles médicos recomendados por SSc. El 70,66% (n: 212) manifiesta haber realizado al menos una consulta médica. Solo el 34,9% (n: 74) de ellos lo hizo en forma presencial. El 14% (n: 44) requirió consultas al sistema de emergencias, y el 5% (n: 15) de los pacientes encuestados requirió internación por empeoramiento de su enfermedad de base. Las consultas por COVID-19 sintomático fueron del 5,33% (n: 16). Solo 3 pacientes tuvieron hisopados positivos y dos de ellos fueron hospitalizados.

Conclusiones: La pandemia por covid 19 ha generado un impacto negativo en el acceso a la salud de los pacientes con SSc en nuestro país. Las consultas por Covid sintomático fueron menores al 6% de los pacientes encuestados. En una enfermedad crónica en donde el pronóstico se asocia a la detección temprana del compromiso orgánico y su tratamiento oportuno, dicha dificultad en el acceso puede ocasionar un deterioro de la salud. Son necesarios estudios prospectivos para determinar las consecuencias de las dificultades en el acceso sobre la morbilidad en pacientes con SSc de Argentina.

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

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESCLEROSIS SISTÉMICA

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

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

Introducción: La Esclerosis Sistémica (SSc) es una enfermedad crónica, multisistémica, caracterizada por daño micro-vascular, alteraciones inmunológicas y fibrosis. Este compromiso genera un importante impacto físico y psicosocial que afecta la calidad de vida. Por la pandemia por COVID-19 los pacientes con SSc han modificado sus rutinas, actividades laborales, sociales y el cuidado de su

salud. La valoración de los pacientes con SSc debe abordar diferentes aspectos de la enfermedad incluyendo la calidad de vida. No contamos con información sobre la repercusión del aislamiento social en la calidad de vida de los pacientes argentinos con esclerodermia durante la pandemia por COVID- 19.

Objetivos: Objetivo primario: - Evaluar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de SSc durante la pandemia COVID-19 en Argentina. Objetivos secundarios: -Describir las características demográficas y socioeconómicas de los pacientes incluidos. - Conocer la proporción de pacientes con SSc que presentó infección por COVID-19. - Comparar el impacto en la calidad de vida según el tiempo de evolución de la enfermedad.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SSc según criterios ACR/EULAR 2013 en seguimiento en nuestro país. Se les envió por correo electrónico o contacto de WhatsApp una encuesta anónima y auto administrada con información demográfica y socioeconómica mediante un cuestionario de google-form. Se interrogó sobre el antecedente de infección por COVID-19. Para evaluar la calidad de vida, se utilizó el cuestionario autorreportado Systemic Sclerosis Quality of Life Questionnaire (SScQoL). Es una herramienta específica, reproducible y validada en nuestro país para evaluar calidad de vida en pacientes con SSc. La misma consta de 29 preguntas divididas en cinco dominios: el funcionamiento físico (rango de puntuación: 0 a 6), emocional (0 a 13), social (0 a 6), sueño (0 a 2) y dolor (0 a 2). Para cada pregunta, las respuestas posibles son "verdadero" o "falso" que se puntúan como 1 o 0, respectivamente. El puntaje total va de 0 a 29, a mayor puntuación, menor calidad de vida. Se realizó estadística descriptiva. Las variables continuas se reportarán como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartil según su distribución. Se generaron dos grupos teniendo en cuenta el tiempo de evolución de la enfermedad: Grupo 1: <= de 2 años y Grupo 2: > 2 años a fin de comparar el compromiso en la calidad de vida. La comparación de la distribución del score entre los diferentes grupos se realizó a través de pruebas no paramétricas. Se consideró significativa una p< 0,05.

Resultados: Se incluyeron 300 pacientes con SSc. El 48,66% (n: 146) de los encuestados vive en la región del AMBA, 17% región norte, 13% región centro, 3% región cuyo y 2% patagonia. Las consultas por COVID-19 sintomático fueron del 5,33% (n: 16). Solo 3 pacientes tuvieron hisopados positivos de los cuales dos de ellos requirieron internación. En cuanto al análisis de calidad de vida la mediana del score total fue 17 (RIC 9.25 – 22). Más del 10% del total de pacientes tienen afectados los 5 dominios. El dominio dolor fue el más afectado. No hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar el score total entre los grupos con distinto tiempo de evolución de la enfermedad (p=0.478). Al analizar cada uno de los dominios del score, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas: funcionamiento físico (p=0.69940), social (p=0.38920), emocional (p=0.13030), sueño (p=0.08438) y dolor (p=0.18000). Por último se observó que los pacientes que viven en el AMBA tienen una mediana del score significativamente menor que los restantes pacientes (p=0.008023)

Conclusiones: Los pacientes con SSc presentaron un compromiso marcado en la calidad de vida durante la actual pandemia. El dolor, los trastornos del sueño y la discapacidad funcional fueron los dominios más afectados.

177

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

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

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

Introducción: La Dermatomiositis Juvenil (DMJ) es una miopatía inflamatoria crónica multisistémica, caracterizada por compromiso cutáneo y muscular. Entre el 29 y 44% de los pacientes presentan compromiso esofágico, asociado con peor pronóstico. El reconocimiento temprano de esta afección es crucial para evitar complicaciones serias.

Objetivos: 1- Determinar la prevalencia del compromiso deglutorio, características videofluoroscópicas (VFS) y abordaje terapéutico 2- Evaluar los factores de riesgo asociados a compromiso esofágico.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo observacional analítico. Se revisaron historias clínicas de pacientes con DMJ (Bohan y Peter '75), < de 18 años de edad al diagnóstico (Periodo 2000-2020). Se analizaron variables demográficas, clínicas de la enfermedad y síntomas deglutorios, clinimetría (CMAS 1999, DAS 2003 y CHAQ 2001), laboratorio, estudio realizado: Videodeglución/SEGÚ, y abordaje terapéutico (Tratamiento agresivo = Pulsos EV Metilprednisolona, Ciclofosfamida EV). ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Descriptivo, T test, chi2, SPSS 19.

Resultados: Se incluyeron 61 niños con DMJ, 64 % de sexo femenino (39 ptes), con una edad mediana al Dx de 7.54 años (RIC:5.2-10) y un tiempo mediano de seguimiento de 4.57 años (RIC:2.3-7.4). Se realizó VFS en 41 ptes (67 %) con una mediana de tiempo desde el dx de DMJ de 0.3 meses (RIC 0.1-1.1). En 23/41 ptes (56 %) se observó compromiso deglutorio: reflujo oronasal (17 %), retención en senos piriformes (13%), retención en valécula (69.5%), pasaje a vía aérea (13%) e hipomotilidad esofágica (17%). Diecisiete pacientes se encontraban sintomáticos al momento del estudio (74%); disfagia a sólidos (65 %), reflujo oronasal (18%), disfonía (12%), tos y rechazo al alimento (5%) y solo 6 ptes (26 %) estaban asintomáticos. Nueve ptes (39%) necesitaron colocación de SNG para protección de vía aérea (tiempo medio de uso de 82 días (DE ± 56.3)) y 14 ptes (61%) requirieron adecuación de la dieta con el fin de inhibir impacto respiratorio y aspirativo. De los 23 ptes que presentaron compromiso deglutorio por VFS, tenían una mediana de CMAS 17 (RIC 15-29), DAS 15.5 (RIC 13-17), y CHAQ 2.4 (RIC 1.9-2.6) y en laboratorio el 96% tenía transaminasas elevadas, con una mediana de CPK 1405 (RIC 160.5-4501.5), LDH 1068 (RIC 666.5-1580) y Aldolasa 23.6 (RIC 14-36). El 56.5% tenían ANA+, 2 ptes presentaban anticuerpo PM-Scl + y uno NXP2 +. Seis ptes (26%) presentaron compromiso respiratorio al Dx, ninguno con pasaje a vía aérea en el estudio deglutorio. Diecisiete ptes (74%) con DMJ y compromiso deglutorio, recibieron pulsos de Metilprednisolona ev. y 10 ptes (43.5%) Ciclofosfamida ev. Presentaron recaída del compromiso deglutorio 4 ptes (17%) con una mediana de tiempo de 1.24 años (RIC 0.9- 1.9), de los cuales 3 (75%) no habían recibido CFM al Dx y 1 pte desarrolló compromiso deglutorio "de novo" a los 12 meses del dx de DMJ. El compromiso esofágico se asoció con una peor capacidad funcional al Dx (CHAQ más elevado) (p 0.13).

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con DMJ, la prevalencia del compromiso deglutorio por VFS fue del 56%, siendo el hallazgo más frecuente la retención de alimentos en valécula. Se detectaron alteraciones en VFS (inclusive trastornos severos) en el 26% aún sin presentar síntomas deglutorios. El manejo de estos pacientes requirió SNG (39%) y adecuación de la dieta (61%) en combinación con un abordaje terapéutico más agresivo (p< 0.05). La mayoría no repitió compromiso deglutorio en las recaídas de la enfermedad. La alteración en la VFS, se asoció con una peor capacidad funcional al diagnóstico.

188

0188 - FRECUENCIA DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

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

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

Introducción: La Fibromialgia (FM) es un trastorno de dolor crónico, debilitante de etiología desconocida. Característicamente presenta dolor musculoesquelético generalizado, asociado habitualmente con alteración del sueño y marcada fatiga. La FM se ha relacionado con múltiples trastornos: síndrome de intestino irritable, migraña, trastorno depresivos, trastorno de ansiedad, entre otros, sin embargo, existe escasa información acerca de su relación con la enfermedad coronaria y factores de riesgo cardiovascular, por esta razón se investigó acerca de dichos factores en esta población.

Objetivos: Estimar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes adultos con FM.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, prospectivo. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, con edad entre 30 a 74 años con diagnóstico de FM según criterios ACR 2010. Se excluyeron pacientes con enfermedad autoinmune asociada y con antecedentes de algún evento cardiovascular previo. Marco temporal de Julio 2019 a Febrero 2020. Se evaluó riesgo cardiovascular con Score de Framingham y Reynolds. Se tomaron los resultados del score de Framingham de la encuesta nacional de factores de riesgo 2018, para comparar con los resultados de nuestro estudio. Para el análisis descriptivo las variables continuas se informaron como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartil, según distribución. Las variables categóricas se describieron en porcentajes. Para la comparación de las categorías del score de Framingham de la población estudiada con los datos de la encuesta nacional de factores de riesgo 2018, se utilizó Chi cuadrado o test exacto de Fisher, según correspondiera.

Resultados: Se incluyeron 59 pacientes, el 99% (n 58) mujeres, la mediana de edad en años fue 53 (RIC: 47-59). Con respecto a la ocupación el 32.2% (19) realizaba actividad sedentaria y 10.17% (6) realizaban actividad con esfuerzo físico. En cuanto a los FRCV el 38.98% (23) eran hipertensos, 6% (4) diabéticos, dislipémicos 42% (25), tabaquistas 16% (10), obesos 40% (24), sedentarios 69% (41). El 3% (2) presentaban antecedentes familiares de evento coronario. Con respecto al índice de masa corporal (IMC) el 22% (13) presentaban sobrepeso, 33.9% (20) obesidad tipo I, y el 44% (26) obesidad tipo II. La elevación de PCR como reactante de fase aguda se observó en el 13.5% (8). Se realizaron mediciones de Colesterol total encontrándose una mediana de 195 (RIC: 165-225), LDL 115 (RIC: 94-147), Triglicéridos 121 (RIC: 90-162), HDL 54 (RIC: 48-64.6). Con respecto al uso de medicamentos para el tratamiento de factores de riesgo cardiovascular, 35% (21) tomaban antihipertensivos, hipolipemiantes 18% (11), hipoglucemiantes 6.7% (4). Se evaluó el riesgo cardiovascular encontrándose una mediana de 4.88 (RIC: 3-7.18) puntos en el score de Framingham, presentado riesgo moderado el 22% de los pacientes evaluados (n:37); ningún paciente presentó riesgo alto. Con respecto al Score Reynolds la mediana fue de 1 (RIC: 1-2) lo cual corresponde a bajo riesgo. Al comparar los resultados del Framingham con la encuesta nacional de factores de riesgo 2018 se encontró que un 33.7% (2234) de la población femenina de Argentina tenían un riesgo moderado vs 37.2% (22) de la población de estudio, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p = 0.58).

Conclusiones: En esta cohorte no se encontró pacientes con Riesgo cardiovascular elevado ni por el score de Framingham ni de Reynolds. La frecuencia de RCV moderado en nuestra población no presentó diferencias estadísticamente significativas con respecto a la población general. Sin embargo, así como en la población general, consideramos que realizar intervenciones preventivas debe formar parte de la atención integral de estos pacientes.

190

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

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Pediátrica
Unidad Temática: PEDIATRÍA

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

Introducción: La Artritis Idiopática Juvenil de inicio sistémico (AIJ) presenta manifestaciones inflamatorias únicas que la diferencian del resto de las categorías de artritis. Una de las complicaciones que asocia morbilidad en esta categoría es el desarrollo Síndrome de Activación Macrofágica (SAM). Esta complicación ha sido relacionada con infecciones, actividad de la enfermedad y últimos reportes la asocian con el uso drogas biológicas

Objetivos: 1- Determinar prevalencia de SAM en AIJ sistémica 2- Comparar las características clínicas y evolución del SAM entre los pacientes que lo desarrollaron bajo drogas biológicas vs los que nunca las recibieron.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes < 18 años de edad, con Dx de AIJ (LAR 2001) que desarrollaron SAM como complicación, seguidos en nuestro servicio (período de 2000-2019). Se analizaron 2 grupos según se encontraran recibiendo agentes biológicos o no y se compararon características clínicas y evolución entre ambos. Se incluyen datos demográficos, clínicos, de laboratorio, Score de SAM (ferritina/velocidad de sedimentación globular -VSG (Eloseily et al 2019)), infecciones asociadas, tiempo de administración de droga biológica, ingreso a unidad de terapia intensiva (UTI) y tratamiento específico. Análisis estadístico: Descriptivo. Chi2. T-Test. (SPSS 2019)

Resultados: de 79 pacientes con AIJ, se identificaron 17 ptes (22%) que presentaron 22 eventos de SAM, 10 (59%) eran varones, con mediana de edad al evento de 7.22 años (RIC: 5.13-8.89), una mediana de evolución de la enf. de 2.14 años (RIC: 1.24 - 4.31). Durante el tratamiento con agentes biológicos desarrollaron SAM 7 ptes (41%), con 11 eventos en este grupo. Cuatro ptes (57%) eran varones, con un tiempo X de evolución de enf. al momento del SAM de 3.09 años (DE±2.83). Todos presentaron fiebre, 5(45%) visceromegalias, 4 (36%) linfadenopatías y en 2 (18%) compromiso orgánico (afectación del sistema nervioso central, falla renal, falla hepática). En relación al laboratorio 9 (82%) presentaron citopenias en al menos 2 series, mediana de ferritina 16289.5 ng/ml (RIC 4901- 23925), VSG mediana 14.5 mm/h (RIC 6-36.25) y mediana de PCR 188 mg/L (RIC 120-213.5). Los biológicos utilizados en estos ptes fueron Canakinumab 5 eventos (45%), Tocilizumab 4 eventos (36%) Anakinra 1 evento (9%) y Etanercept 1 evento (9%). Al momento del evento, observamos 4 de ellos tuvieron infecciones concomitantes, otros 5 estaban activos y otros 2 en estado de enfermedad inactiva bajo mediación. Las infecciones fueron: 2 de piel y partes blandas, 1 neumonía y 1 infección por virus Epstein barr. Tres ptes (42%) presentaron recurrencia del SAM, con un máximo de 3 eventos de SAM en 1 pte (14%). En estos 3 ptes que presentaron las recurrencias se discontinuó el agente biológico. Cuando se comparó las características del SAM bajo biológicos vs los que no lo recibían, se observó que el subgrupo bajo biológicos se asoció a menor compromiso orgánico (18 % vs.73 % p.003), menor requerimiento de UTI (18 % vs. 64 % p.01), y valores de ferritina más bajos (mediana de 16289.5 vs 214100) Hubo una mayor tendencia hacia la recurrencia de SAM en este grupo de pacientes (3 vs. 1 pte p 0.11). No se observaron muertes en este grupo (0% vs. 36%)

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con AIJ la prevalencia de SAM fue del 22% y la mayoría lo desarrolló durante la evolución de la enfermedad. La prevalencia de SAM observada bajo agentes biológicos fue del 41% (7/17 pts). En este subgrupo de pacientes, este evento inflamatorio demostró ser menos severo que aquellos que no recibieron terapia biológica, aunque observamos en ellos una mayor tendencia a su recurrencia. Una hipótesis planteada frente a estos hallazgos estaría relacionada con la acción de estos agentes, que actuarían tan solo bloqueando una o dos vías inflamatorias, de las múltiples involucradas en el desarrollo este severo síndrome de hiperferritinemia.

53° Congreso
Argentino de
Reumatología

7 al 11 de diciembre

14

0014 - VALIDACIÓN DEL SCORE DE CONDICIÓN DE RAYNAUD EN ARGENTINA

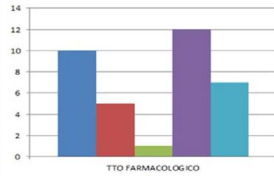
Modalidad: *Póster Reumatología Adultos*
 Unidad Temática: *ESCLEROSIS SISTÉMICA*

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

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

Objetivos: Adaptar transculturalmente y validar el Score de Condición de Raynaud en pacientes con esclerosis sistémica que concurren a un hospital público de Argentina.

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



Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de esclerosis sistémica según los criterios ACR-EULAR 2013 y que presentaran FR. Se trata de un estudio observacional, analítico y transversal. Los pacientes documentaron diariamente, por un periodo de 14 días, el número de ataques de Raynaud así como también: frecuencia, duración de los eventos en minutos y completaron una escala ordinal (0-10) la cual representa frecuencia, duración, severidad e impacto de los ataques. Se tomó como puntaje final un promedio de los mismos durante el periodo de 2 semanas antes de la visita inicial y durante el periodo de 2 semanas antes de cada visita de evaluación posterior al tratamiento. Para evaluar la validez de constructo de la escala, se compararon medidas validadas y adaptadas al español para Argentina: Health Assessment Questionnaire (HAQ), escala de Cochin, Escala Visual Analógica (EVA) de Raynaud por un experto, Score de Rodnan modificado (mRSS), General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) y Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Para evaluar reproducibilidad, un subgrupo de pacientes asistió a una segunda visita 10 días luego de la primera sin mediar cambios en el tratamiento ni en la condición clínica en la cual se realizó nuevamente el Score de Condición de Raynaud y las restantes medidas.

Resultados: Se incluyeron 35 pacientes. El 94.29% (33) eran mujeres con una media de edad de 56 años (DE: 12) y de edad promedio al diagnóstico de 48 años (DE: 12). El 80% de los pacientes (28) presentaban ESD limitada y 20% (7) ESD difusa. Como antecedente, el 82% había presentado úlceras digitales en algún momento de la enfermedad, 8.6% eran tabaquistas y 94% utilizaron medidas de sostén. 85% recibía tratamiento farmacológico. Los pacientes en tratamiento combinado recibieron en su mayoría dos fármacos siendo la combinación más frecuente: nifedipina y sildenafil. La mediana del Score de Condición de Raynaud en la primera visita fue de 4 (RIC: 2-5), EVA 42.5 (RIC: 30-55), HAQ 0.75 (RIC: 0.25-1.25), mRSS 6 (RIC: 2-10), Cochin 5 (RIC: 1-12). En la primera visita el coeficiente de correlación de Spearman entre SCR y EVA del médico fue de 0.89 (p<0.01); SCR y HAQ 0.58 (p<0.01); SCR y mRSS 0.61 (p<0.01); SCR y Cochin 0.57 (p<0.01). En el análisis de reproducibilidad, el coeficiente de correlación intraclass del índice evaluado entre la primera y segunda visita fue de 0.998 (IC 95%: 0.98-1.0).

Conclusiones: Los resultados mostraron que el Score de Condición de Raynaud es una herramienta confiable y válida para evaluar severidad del FR en la población estudiada con esclerosis sistémica.

19

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

Modalidad: *Poster Casos Clínicos Adultos*
 Unidad Temática: *VASCULITIS/POLIMIALGIA REUMÁTICA*
 Unidad Temática 2: *SERIE DE CASOS*

GALLO, Jéssica (1) MARTINEZ, A(2) ALZUGARAY, M(2) BRESSÁN, F(2) LOBO, M(3) GERRERO, S(4) CAMPUZANO, N(5) MONTENEGRO, M(6)

REUMATOLOGIA-HOSPITAL CENTRAL DE RECONQUISTA. (1); HOSPITAL CENTRAL RECONQUISTA (2); SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES HOSPITAL CENTRAL DE RECONQUISTA (3); SERVICIO ORL - HOSPITAL CENTRAL DE RECONQUISTA (4); HOSPITAL ITURRASPE (5); HOSPITAL ITURRASPE (6)

Introducción: La granulomatosis de Wegener (GW) es un síndrome clínico-patológico de etiología desconocida caracterizado por vasculitis granulomatosa de las vías respiratorias superiores e inferiores y glomerulonefritis. Cualquier órgano puede verse afectado y muchos pacientes presentan características inusuales de la enfermedad. Existen manifestaciones atípicas de la GW, que incluyen infiltrados pulmonares difusos, linfadenopatía, hemorragia pulmonar difusa y superposición con artritis de células gigantes. También se describieron características inusuales como manifestaciones iniciales de la enfermedad como ser de las de las vías respiratorias superiores (mastoiditis recurrente), los ojos, el sistema gastrointestinal, el sistema nervioso y el tracto genitourinario.

Materiales y Métodos: Describimos un caso clínico de Mastoiditis recurrente como manifestación inicial de Granulomatosis de Wegener.

Resultados: Varón de 38 años, derivado con diagnóstico de colesteatoma derecho de un año de evolución, con resolución quirúrgica 3 meses previos, parálisis facial periférica y disfagia a sólidos del mismo tiempo. Actualmente consulta por fiebre, disminución de peso, tos y expectoración hemoptoica de 15 días. Al examen físico se constata adelgazamiento de más 10 kg, exoftalmos y dacrioadenitis bilateral a predominio derecho, hipoacusia bilateral y parálisis facial periférica. Examen oftalmológico se observa episcleritis bilateral. Laboratorio: anemia (parámetros para enfermedades crónicas), leucocitosis, falla renal leve, PCR 180, VSG 55. Proteinograma por electroforesis: sin particularidades. Pancultivos (negativo) y cultivo de esputo: C. pneumoniae; se inicia antibiótico. Orina completa: leucocitos, hemátias dismórficos. Orina de 24 horas: proteinuria 252 mg/día, albuminuria 49 mg/día, CDC 73. Para estudio de disfagia se solicita TC de cuello y tórax, que descarta causa orgánica, señalando infiltrados pulmonares bilaterales como así también alteraciones en la fosa temporal y espacio para faringeo derecho, a dicho nivel, con mayor especificidad la RM de cuello con contraste confirma cambios inflamatorios, agrega osteólisis de la pared medial del seno maxilar derecho y compromiso homolateral de la órbita. Se realiza VEDA: sin particularidades. Se re analiza biopsia (2019) de colesteatoma visualizándose: focos de necrosis, infiltrado leucocitoclastico neutrofílico sobre pared de vasos sanguíneos, granulomas. Se solicita FAN, DNA, C3, C4, ANCA-P negativos y ANCA-C positivo. Se interpreta como poliangeítis con granulomatosis. Se inicia pulso de metprednisolona 1gr ev y ciclofosfamida 1gr ev mensualmente. Presentando mejoría del cuadro clínico

Conclusiones: La granulomatosis de Wegener (GW) es un síndrome con predilección por las vías respiratorias superiores e inferiores y riñones. Sin embargo, cualquier sitio de afectación y la histopatológico, el diagnóstico puede ser difícil de establecer. La GW debe considerarse en los diagnósticos diferenciales de síndromes de hemorragia pulmonar, enfermedad crónica de oído, nariz y garganta, enfermedad inflamatoria de los ojos y cualquier enfermedad granulomatosa no infecciosa. Los ANCA son útiles para establecer un diagnóstico de GW. Por lo tanto consideramos que si bien no es frecuente de ver pacientes con estas patologías y con manifestaciones iniciales inusuales, deberíamos tenerlo en cuenta para llegar al diagnósticos tempranos y tratamiento adecuado a fin de evitar complicaciones.

16

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

Modalidad: *Póster Reumatología Adultos*
 Unidad Temática: *ESPONDILOARTRITIS*

SCHNEEBERGER, Emilce Edith(1) CITERA, Gustavo(1) PONCE DE LEON, Dario(2) SZUMSKI, Annette Eva(2) KWOK, Kenneth(3) CUTRI, Mariel Susana(4) DOUGADOS, Maxime(5)

INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (1); PFIZER INC (2); PFIZER INC. (3); PFIZER SRL - Buenos Aires (4); HOSPITAL COCHIN (5)

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

Categoría de la enfermedad	SASDAS				Coeficiente de kappa de Cohen*
	Inactiva	Moderada	Alta	Muy alta	
Inactiva	22/13 (0.0%)	0/13 (0.0%)	0/13 (0.0%)	0/13 (0.0%)	0.55 (0.48-0.62)
Moderada	4/13 (4.4%)	13/213 (6.1%)	20/19 (9.4%)	0/13 (0.0%)	
Alta	0/13 (0.0%)	4/213 (1.9%)	18/13 (13.0%)	10/13 (7.7%)	
Muy alta	0/13 (0.0%)	0/13 (0.0%)	19/23 (82.6%)	5/13 (38.5%)	

* Coeficiente de Kappa de Cohen (IC 95% de CI).
 IC: intervalo de confianza.

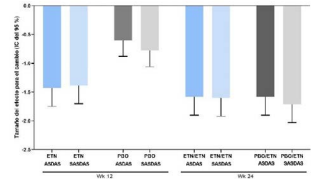


Figura 1. Adaptabilidad al cambio entre el ASDAS y el SASDAS según el tratamiento y el intervalo de tiempo.

Introducción: El índice de actividad para la Espondilitis Anquilosante (ASDAS) evalúa la espondiloartritis axial (axSpA) con buena consistencia interna y capacidad discriminativa. Sin embargo, esta valoración requiere el uso de una calculadora científica o aplicación electrónica. SASDAS es la suma de los componentes del ASDAS, y es fácil de usar en la práctica clínica.

Objetivos: Comparar los índices SASDAS y ASDAS (versión PCR) en un ensayo controlado aleatorizado (EMBARC). **Materiales y Métodos:** EMBARK evaluó la dosis de 50 mg/semana de etanercept (ETN) en pacientes con axSpA activa en fase temprana no radiográfica que no respondían al tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE), y que recibían un AINE de base. Los sujetos recibieron ETN o placebo (PBO) durante 12 semanas (doble ciego) seguido de un tratamiento solo con ETN (fase abierta). Los ASDAS y SASDAS continuos se evaluaron mediante la correlación de Spearman, a la vez que se observó la concordancia entre las categorías de la enfermedad de ASDAS y SASDAS a través del coeficiente kappa de Cohen. Se analizó la capacidad para distinguir ambos tratamientos en función del tamaño del efecto (TE) además de la sensibilidad al cambio desde la evaluación basal así como en las semanas 12 y 24 según el TE para el cambio.

Resultados: De los 215 pacientes que formaron parte de la población con intención de tratar modificada, 208 avanzaron a la fase de etiqueta abierta (ETN/ETN, n=102; PBO/ETN, n=106). La edad promedio fue 32 años, mientras que el 64% (ETN) y el 58% (PBO) fueron hombres, y el tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 2.4 (ETN) y 2.5 años (PBO), respectivamente. Se observó una alta correlación entre el ASDAS y el SASDAS. Al basal, la correlación de Spearman fue de 0.82 (ETN), 0.87 (PBO) y 0.85 (tratamientos combinados); en la semana 12, se observaron valores de 0.89 (ETN), 0.90 (PBO) y 0.90 (tratamientos combinados). Finalmente, en la semana 24, la correlación fue de 0.88 (ETN), 0.88 (PBO/ETN) y 0.89 (tratamientos combinados). En la evaluación del SASDAS por categoría se detectaron más pacientes con actividad alta o muy alta de la enfermedad, en contraste con el ASDAS. A modo de ejemplo, en el basal, 38 de 213 pacientes (17.8%) con actividad moderada y alta por ASDAS fue clasificada con un nivel más alto de actividad por el SASDAS (20 de 213 con actividad moderada, 18 de 213 con actividad alta), mientras que 26 de 213 pacientes (12.2%) se clasificaron en un nivel más bajo (3 de 213 con actividad moderada, 4 de 213 con actividad alta, y 19 de 213 con actividad muy alta) (Tabla 1). Se repitió un patrón similar durante el tratamiento. El coeficiente kappa de Cohen osciló entre 0.54 y 0.73 en todos los tratamientos individuales/combinados e intervalos de tiempo, lo cual indica una concordancia de moderada a sustancial. La capacidad discriminativa evaluada por el TE del tratamiento fue más alta al utilizar el ASDAS que el SASDAS (TE [IC del 95%], ASDAS: -0.74 [-1.03, -0.46]; SASDAS: -0.51 [-0.79, -0.23]), aunque la sensibilidad al cambio fue similar (Figura 1).

Conclusiones: Los datos obtenidos indican una concordancia de moderada a sustancial al utilizar el ASDAS en la clasificación de pacientes con una enfermedad activa, y una capacidad de discriminación del tratamiento menor.

20

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

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

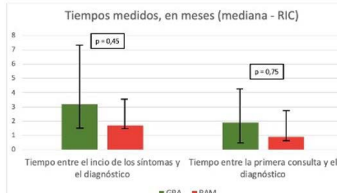
FERNÁNDEZ ÁVILA, Diana Carolina | SCOLNIK, Marina | SORIANO, Enrique Roberto
HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES

Introducción: Las vasculitis ANCA (VAA) son enfermedades multisistémicas complejas cuyo diagnóstico no siempre es sencillo y las puertas de entrada de los pacientes al sistema de salud pueden ser muy diversas. Por esta razón, nos propusimos evaluar las vías de atención médica y la interacción del paciente con el equipo de salud, desde el inicio de los síntomas hasta el tratamiento y la evaluación de daño al final del seguimiento.

Objetivos: Definir el tiempo y la forma en la que se llegó al diagnóstico y evaluar si este proceso afectó el daño al final del seguimiento, en pacientes con GPA y PAM

Materiales y Métodos: Se incluyeron todos los pacientes con GPA y PAM pertenecientes al plan de salud de un Hospital Universitario con diagnóstico posterior al año 2000. Se revisaron las historias clínicas identificando fechas de inicio de síntomas, primera consulta, fecha de diagnóstico, especialistas involucrados en diagnóstico y seguimiento, tipo de compromiso y BVAS al inicio, cumplimiento de criterios de clasificación, tratamientos recibidos y Vascular Damage Index (VDI) al final del seguimiento. Se realizó estadística descriptiva y análisis multivariado de regresión logística para identificar factores asociados con mayor demora diagnóstica.

	Total	GPA	PAM	P
Edad al diagnóstico, años	74.0	73.6	77.4	0.45
mediana (RIC)	(65.8-81.9)	(65.2-79.3)	(66.4-82.7)	
Sexo femenino, n (%)	40 (26.9)	34 (27.3)	25 (28.8)	0.67
ANCA c positivo, n (%)	18 (24.6)	18 (24.7)	0	<0.001
Anti PR3 positivo, n (%)	31 (29.6)	0	31 (39.9)	<0.001
Anti MPO positivo, n/NO realizados (%)	13 (25.2)	13 (25.2)	0	<0.001
Anti SPO positivo, n/NO realizados (%)	25 (62.3)	1 (2.3)	24 (31.3)	<0.001
Manifestación renal, n (%)	44 (36.6)	12 (36.2)	32 (36.9)	0.001
Manifestación pulmonar, n (%)	30 (27.2)	13 (38.4)	17 (19.5)	0.23
Manifestación ORL, n (%)	20 (18.3)	14 (37.3)	6 (18.2)	<0.001
BVAS al diagnóstico, mediana (RIC)	14.5	15 (19.2)	14 (12.48)	0.81
Mediana de número de órganos involucrados al diagnóstico (RIC)	2 (1-3)	2 (1-3)	2 (1-2)	0.31
Isquemías, n (%)	14 (27.4)	8 (44.4)	6 (18.2)	0.04
Reinoquisiones, n (%)	9 (17.3)	5 (26.3)	4 (12.1)	0.19
VDI final, mediana (RIC)	3 (2-9)	3 (2-9)	3 (2-4)	0.57
Muertes, n (%)	16 (30.8)	6 (31.6)	10 (30.3)	0.92



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

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con vasculitis ANCA pertenecientes a un sistema cerrado de salud, la mediana de tiempo entre el inicio de síntomas y el diagnóstico fue de 1.8 meses. El compromiso renal permitió un diagnóstico más precoz. No encontramos relación entre el tiempo al diagnóstico y el daño al final del seguimiento.

22

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

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

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

Introducción: La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad autoinmune de causa desconocida caracterizada por inflamación persistente y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones debido al infiltrado de células inmunitarias que secretan citoquinas relacionadas al perfil Th17 como Interleucina (IL)-22 e IL-6. Su dinámica durante el tratamiento permanece incomprendida. A pesar del notable éxito de los medicamentos destinados a bloquear la acción de diferentes citoquinas, incluidas IL-22 e IL-6, una proporción importante de pacientes con AR no logra la remisión de su enfermedad.

Objetivos: Evaluar los niveles de IL-22 e IL-6 en suero y líquido sinovial (LS), el impacto del tratamiento sobre el nivel de estas citoquinas y estudiar su relación con distintos parámetros bioquímicos y clínicos.

Materiales y Métodos: Se estudiaron 77 pacientes con diagnóstico de AR según criterios de clasificación ACR/AULAR 2010. Cuarenta estaban sin tratamiento y 37 con medicación específica. A 30 pacientes se les hizo seguimiento luego de haber iniciado un tratamiento específico y a 12 se les extrajo LS; se evaluó la actividad de la enfermedad con DAS28 y respuesta al tratamiento con criterios EULAR. Además, se incluyeron 30 individuos controles sin AR. IL-22 e IL-6 se midieron por ELISA sandwich. El análisis estadístico se realizó con el software GraphPad Prism versión 5 y un valor de p < 0,05 fue considerado estadísticamente significativo

Resultados: De los 77 pacientes con AR, 59,7% tuvieron valores dosables de IL-22 y 45,4% de IL-6, mientras que 33,3% de los controles tuvieron valores dosables de IL-22 y 23,3% de IL-6. No se observaron diferencias en los niveles séricos dosables de IL-22 entre pacientes y controles (p=0,60), como así tampoco en los niveles de IL-6 (p=0,13). IL-22 e IL-6 disminuyeron luego de 3 meses de tratamiento (p=0,035 y p=0,0003, respectivamente) en el grupo de pacientes con niveles séricos dosables. Particularmente, los niveles de IL-6 disminuyeron (p=0,0039) en los pacientes con buena/moderada respuesta al tratamiento. El nivel de IL-22 fue menor (p=0,019) y de IL-6 mayor (p<0,0001) en LS que en suero de un mismo paciente. Los valores de IL-22 no correlacionaron con ninguna de las variables analizadas, ni en los pacientes sin tratamiento, ni en los tratados. IL-6 correlacionó positivamente con PCR (r=0,59 y p=0,019) y anti-CCPs (r=0,55 y p=0,03) en los pacientes sin tratamiento, y sólo con PCR (r=0,52 y p=0,019) en los pacientes tratados. VSG, PCR y DAS28 fueron mayores en los pacientes sin tratamiento con valores dosables de IL-6 que en no dosables (p=0,041; p=0,001 y p=0,006, respectivamente). Además, para pacientes tratados, VSG y PCR fueron mayores en pacientes con valores dosables de IL-6 (p=0,008 y p=0,008, respectivamente).

Conclusiones: En aquellos pacientes que al inicio del tratamiento presentan valores dosables de IL-22 o IL-6, la disminución de sus niveles, podría utilizarse como un biomarcador adicional de respuesta. Una mejor comprensión de la dinámica de IL-22 e IL-6 durante el tratamiento ayudaría a generar terapias más eficaces. El hallazgo de valores dosables de IL-6 apoya el estado inflamatorio desregulado que presenta cada paciente ya que se asocia a altos niveles de PCR, VSG y DAS28.

23

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

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

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

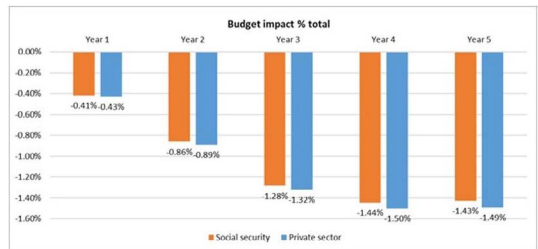
Introducción: En Argentina, la prevalencia de artritis reumatoidea (AR) se estima en 0,94%, (IC 95%: 0,86%-1,02%). Aproximadamente el 65% de los pacientes tiene una enfermedad moderada/severa y el 45% (rango: 36%-54%) de estos, presenta una respuesta inadecuada al tratamiento con drogas modificadoras de la AR convencionales (RI-DMARC). Para estos casos existen diferentes opciones de tratamiento, como agentes biológicos o los inhibidores de las JAK kinasas, dentro de los cuales se encuentra el Upadacitinib.

Objetivos: El objetivo del estudio es analizar el impacto presupuestario de la incorporación de Upadacitinib 15 mg para el tratamiento de AR moderada-severa, en pacientes con RI-DMARC, desde la perspectiva de la seguridad social (SS) y el sector privado (SP) de salud en Argentina.

Materiales y Métodos: Se desarrolló un modelo de análisis de impacto presupuestario (AIP) con horizonte temporal de cinco años, considerando una cohorte hipotética de 100.000 individuos. Para la obtención de los parámetros epidemiológicos se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva y se validaron los datos con un panel de expertos locales. Los componentes principales del modelo fueron la estimación de la población elegible, las cuotas de mercado y su evolución en el tiempo, los costos de adquisición de las drogas, el manejo clínico de la patología y la estimación de los eventos adversos. Los costos se expresaron en pesos argentinos, con fecha de julio 2019. Dado que, al momento de realizarse el estudio, Upadacitinib aún no tenía precio de mercado, se asumió paridad con el costo total anual de Tofacitinib.

Tratamiento	UPA 15mg+MTX	ABT 5C+MTX	ADA+MTX	COMPARO Imersivo	CTZ+MTX	ETN+MTX	GOL+MTX	ITX+MTX	TCZ 5C+MTX	TPC+MTX	Total
Cuanto anual de drogas	\$960.234	\$634.493	\$689.512	\$52.400	\$885.437	\$663.646	\$731.922	\$467.204	\$616.182	\$960.234	
N individuos, sin Upa	Año 1: 5	1	2	7	2	5	1	1	1	2	23
N individuos, con Upa	Año 1: 1	1	2	7	2	5	0	1	1	2	23
N individuos, sin Upa	Año 2: 2	1	3	6	2	5	0	1	1	2	23
N individuos, con Upa	Año 2: 1	1	3	6	2	5	0	1	1	2	23
N individuos, sin Upa	Año 3: 3	1	3	6	2	5	0	1	1	2	23
N individuos, con Upa	Año 3: 2	1	3	6	2	5	0	0	1	2	23
N individuos, sin Upa	Año 4: 4	1	3	6	2	5	0	0	1	1	23
N individuos, con Upa	Año 4: 3	1	3	6	2	5	0	0	1	1	23

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



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

24

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

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

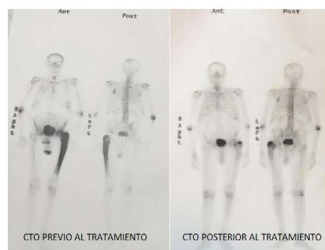
CASTRO, María Cecilia (1) LARROUDE, María Silvia (2)
 CONSULTORIO DE REUMATOLOGÍA (1); CENTRO ROSSI (2)

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

Objetivos: Reportar la respuesta al tratamiento con Denosumab en pacientes con Enfermedad de Paget e IRC.



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



Resultados: Considerando IRC con contraindicación para tratamiento con bifosfonatos asociado a la fibrilación auricular, se decidió iniciar tratamiento con Denosumab 60 mg vía subcutánea cada 6 meses. Se complementó la terapia con Citrato de calcio 3000 mg-VIT D3 800 UI día. Luego de un 1 año de tratamiento el paciente presenta buena evolución clínica en ausencia del dolor óseo. Se constata normalización de la FAL 123 mg/dl y FAL ósea 31 UI. Centellograma óseo de seguimiento leve captación en tercio superior del fémur y omóplato izquierdo, sin actividad en el resto de los sitios previamente afectados.

Conclusiones: Dada la escasa literatura existente respecto al tratamiento de Enfermedad de Paget e IRC, se

decide presentar dicho reporte de caso, planteando al Denosumab como alternativa terapéutica con estricto control de la calcemia. En nuestro caso, se evidenció mejoría clínica del dolor y de los hallazgos imagenológicos, asociado a disminución de los parámetros de formación ósea por laboratorio.

25

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

Modalidad: *Poster Reumatología Adultos*
 Unidad Temática: *FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN*
 Unidad Temática 2: *ETC*

QUINTANA, Rosana M. NIETO, Romina Estefanía PONS-ESTEL, Guillermo SERRANO, Rosa GUAGLIA-NONE, Débora PONS-ESTEL, Bernardo

CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (GO-CREAR). GRUPO OROÑO, ROSARIO

Introducción: El COVID-19 (Corona Virus Disease-2019) es una enfermedad producida por SARS-CoV-2. Entre las opciones de tratamiento, se listan los antimaláricos (AM); aunque con resultados controvertidos.

Objetivos: Describir la opinión de los reumatólogos de la SAR sobre el uso de los AM en la profilaxis pre y pos-exposición al SARS-CoV-2 en pacientes con enfermedad reumática crónica y en trabajadores de la salud.

Materiales y Métodos: Se realizó una encuesta "on line", auto-administrada y de carácter anónima; con preguntas estructuradas en relación al objetivo del estudio. La población encuestada fueron los reumatólogos socios de la SAR, quienes fueron invitados a participar a través de una notificación enviada por correo electrónico desde la SAR. La encuesta permaneció vigente durante todo el mes de agosto del 2020.

Resultados: Participaron 122 reumatólogos, con edad media de 47,08 (DE 12.30) años. El 65% mujeres; el 35% residentes en CABA, 28% en Provincia de Buenos Aires, siguiendo en frecuencia: Santa Fe; Tucumán; Córdoba, Mendoza y Salta. El 37% tenían más de 16 años de experiencia laboral. El 50% de los profesionales tienen otra especialidad. El 90% de los reumatólogos tienen su atención distribuida entre el ámbito público y privado; pero solo el 10% estaban dedicados a la atención de pacientes sospechosos/confirmados por COVID-19. El 80% se dedicaban a consultas externas excluyendo la atención de pacientes sospechosos, el 10% realizaban guardias de atención de pacientes sospechosos y 2% guardias de cuidados intensivos. El 11% de los encuestados no estaban ejerciendo su profesión debido a pertenecer a un grupo de riesgo. El 5% afirmaron considerar a los AM como una opción de profilaxis pre-exposición al SARS-CoV-2 en los pacientes reumáticos y sólo dos lo habían prescrito. El 95% restante no lo consideró debido a la falta de evidencia científica. El 19% consideró a los AM para la profilaxis pos-exposición, pero solo siete lo habían indicado. Se compararon las características de los médicos según su consideración de incluir o no a los AM como profilaxis; no se observaron diferencias respecto a la edad ($p=0.227$), el sexo ($p=0.999$) la antigüedad en el ejercicio de la profesión ($p=0.189$); lugar ($p=0.404$) y tipo de atención ($p=0.680$). Ninguno de los médicos observó eventos adversos relacionados. De los médicos prescriptores (29%), un médico declaró haber incorporado el ECG como rutina y tres sólo en pacientes con factores de riesgo de arritmias malignas. Sólo dos (1,6%) estuvieron infectados por SARS-CoV-2 y ninguno estaba realizando profilaxis con AM. De los restantes 120 médicos que no se infectaron con el virus, el 62% no había pensado realizar profilaxis con AM, el 35% si lo había pensado, pero no lo estaba tomando y el restante 3% tomaba AM como profilaxis.

Conclusiones: Los reumatólogos que participaron fueron aquellos con más de 10 años de experiencia y dedicados a la atención especializada, sin atención específica a pacientes sospechosos. Un bajo porcentaje de profesionales consideraron a los AM como una alternativa en profilaxis pre y/o pos-exposición. Menor aun fue el número de prescriptores, justificado por la falta de evidencia clínica. A pesar de ser considerados los AM como drogas seguras, no fueron incluidos por los reumatólogos como una opción para la profilaxis al SARS-CoV-2 durante la pandemia.

26

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

Modalidad: *Poster Reumatología Adultos*
 Unidad Temática: *FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN*

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

Introducción: El proceso de transición (transferencia del paciente a un médico nuevo) puede potencialmente impactar de forma negativa en el paciente, asociándose a pobre control de los síntomas de la enfermedad, mayor daño de órgano blanco e incremento en la morbimortalidad.

Objetivos: a) Estimar la frecuencia de pérdida de seguimiento en pacientes con enfermedades reumatológicas autoinmunes durante el período de transición entre los médicos próximos a finalizar su formación y el resto de los profesionales que se encargarán de la nueva atención del paciente; y compararla con la frecuencia de pérdida de seguimiento en pacientes con enfermedades reumatológicas autoinmunes que acuden habitualmente al mismo servicio. b) Comparar la frecuencia de consultas durante el año previo y posterior a la transición. c) Describir la actividad de la enfermedad y grado de discapacidad durante el período de transición y compararlos con los valores previos.

Materiales y Métodos: Estudio analítico, observacional y longitudinal con recolección retrospectiva de datos. Se incluyeron pacientes que realizaron seguimiento entre junio del 2015 y Mayo de 2018. Se excluyeron pacientes que no realizaron seguimiento activo. Se evaluaron las consultas realizadas entre Enero 2018 y Abril 2018 con el médico tratante que finalizó su formación y desde Mayo 2018 a Mayo 2019 durante el primer año de seguimiento con el nuevo médico. Se comparó con el grupo de pacientes que realizaron seguimiento entre junio del 2015 y Mayo de 2018 con el resto de los reumatólogos del servicio. La actividad de la enfermedad se evaluó con el índice establecido para cada patología. La capacidad funcional se evaluó a través del HAQ en AR. Las variables continuas se describieron como media y desvío estándar (DS) o mediana y rango intercuartil (RIC), según distribución y tamaño muestral, las variables categóricas se expresaron en porcentajes. Para la comparación entre grupos se utilizó, test de Student o Mann Whitney. Las variables categóricas se analizaron mediante Chi cuadrado o test exacto de Fisher, según tabla esperada de distribución de frecuencias. Para comparar la actividad de la enfermedad antes y después del cambio de médico se usó t test para datos pareados o wilcoxon signed-rank test.

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

Resultados: Se incluyeron 59 pacientes, media de edad 52 años (±14), 49 femeninas (83.05%). Dentro de las patologías más frecuentes se destacan la Artritis reumatoidea (55.93%), Síndrome de Sjogren primario (13.56%), Lupus eritematoso sistémico (10.17%), Esclerosis sistémica (8.47%), Artritis idiopática juvenil (6.78%), Artritis psoriásica (3.39%) y Espondilitis anquilosante (1.69%). EL 11.86% presentaban obra social, siendo PAMI la más frecuente (42.85%). Se constató 1 óbito durante la transición (1.72%) y 2 pacientes requirieron internación (3.44%) debido a nefritis lúpica y a manifestaciones hematológicas severas por LES. La mediana de tiempo desde la última consulta previa a la transición hasta la primera consulta con nuevo reumatólogo fue de 3 meses (ric: 1-5). El 15.25% presentó pérdida de seguimiento durante la transición, 13.56% seguimiento inapropiado y 71.19% seguimiento activo. Se incluyeron 63 pacientes en el grupo control, de similar edad, sexo y diagnóstico de enfermedad reumatológica, siendo AR (57.14%) y LES (19.05%) las más frecuentes. El resto del detalle se encuentran en la tabla 1. El 9.52% de los controles presentó pérdida de seguimiento en el período evaluado, 11.11% seguimiento inapropiado y 79.37% seguimiento activo, sin diferencias estadísticamente significativas respecto a los casos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la media del DAS 28 (3.24 ± 1.3 vs 3.58 ± 1.3 , $p=0.21$); así como tampoco en el CDAI (mediana 9 (ric 4-15) vs mediana 8.5 (ric 3-13), $p=0.89$); ni del HAQ DI (mediana 1 (ric 0.3-1.3) vs mediana 0.83 (ric 0.5-1.5), $p=0.85$) entre la visita previa y posterior a la transición entre médicos. Los diferentes índices (ESSDAI, SELENA SLEDAI, BASDAI, ASDAS, DAPSA, SLICC, ESSPRI y Score de Rodnan) no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre las consultas. **Conclusiones:** Se evidenciaron diferencias numéricas no estadísticamente significativas en la pérdida de seguimiento de los pacientes que se encontraban en transición, las cuales podrían ser significativas al ampliar el número de pacientes en el estudio. Creemos conveniente determinar los factores modificables que podrían contribuir a la pérdida en el seguimiento, a fin de lograr una mayor adherencia en la atención y mejorar el proceso de transición entre médicos.

32

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

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

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

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

Introducción: Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) se utilizan en los pacientes con Lupus eritematoso sistémico (LES); para la hipertensión y para reducir la proteinuria en nefritis lúpica. Su uso esta extrapolado de otras indicaciones ya que no existe evidencia de su efecto beneficioso para esta indicación.

Objetivos: Evaluar si los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) tienen efecto protector sobre el outcome desfavorable renal definido como: diálisis, trasplante o muerte en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico y nefropatía.

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

	N= 161
Mujeres, n (%)	154 (81%)
Edad última evaluación, años mediana (RIQ 25-75)	42 (35-51)
Años de LES última evaluación, años mediana (RIQ 25-75)	14 (9-21)
Edad al diagnóstico, años mediana (RIQ 25-75)	26 (20-34)
Años de nefritis última evaluación, años mediana (min-max)	11 (1-30)
Raza, n (%)	
Caucásicos	82 (49)
Mestizos	82 (43)
Amerindios	12 (8)
Educación 12 años, n (%)	54 (49)
Criterios ACR acumulados, mediana (RIQ 25-75)	6 (5-6)
Clase histológica, n (%)	
II	21 (11)
III	27 (14)
IV	84 (44)
V	23 (12)
SLICC-SOI última evaluación, mediana (RIQ 25-75)	1 (0-2)
Exposición IECA, n (%)	134 (82)
Hipertensión, n (%)	49 (32)
Obesidad, n (%)	29 (19)
Tabaquismo, n (%)	29 (19)
Azatioprina, n (%)	54 (29)
Micofenolato mofetil, n (%)	104 (66)
Ciclofosfamida, n (%)	120 (65)
Delta proteinuria inicial- última evaluación mg/24 hs, mediana (RIQ 25/75)	(-696) [(-1923);(-433)]
Delta GFR, mediana (RIQ 25/75)	(-0.75) [(-1.8);(-0.3)]
GFR < 60 ml/min final, n (%)	38 (31)
Hemodiálisis, n (%)	8 (5)
Trasplante, n (%)	7 (5)
Muerte, n (%)	17 (10)

Resultados: En la Imagen 1 se encuentran las variables sociodemográficas y asociadas a la enfermedad. La variación del filtrado glomerular comparando expuestos vs no expuestos a IECA fue, mediana (RIQ 25/75) (-0.73) [(-1.8) -13] vs 0.98[(-17) -10], p 0.872, el filtrado final < 60 ml/min 29% vs 24% p 0.625, el delta de proteinuria mg/24 hs, mediana (RIQ 25-75) (-265) [(-1692) - 0] vs (-677) [(-1876) - (-69)] p 0.437 y el outcome renal desfavorable 28% vs 7% p 0.031 Tabla 1. Análisis multivariado. La exposición a IECA fue protectora para el outcome desfavorable renal ; OR 0.18 CI 95 (0.04-0.79) p 0.023.

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

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

33

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

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

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

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

Introducción: La pandemia por Covid19 impuso la abrupta utilización de recursos tecnológicos y de comunicación para atender a los pacientes. Si bien muchas herramientas se utilizaban en un marco informal, la pandemia les dio una regulación rápida e impulsó su uso rápidamente.

Objetivos: Describir las herramientas y la utilización de la telemedicina en médicos reumatólogos de la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR) durante la pandemia por COVID 19 en Argentina. Comparar algunas respuestas de la encuesta actual sobre uso, beneficio y desventajas con una encuesta realizada en el año 2019 prepandemia.

Materiales y Métodos: Se confeccionó una encuesta sobre el uso de telemedicina en un formulario de Google, que fue difundida a través del mail desde la SAR a sus socios y por WhatsApp a grupos de reumatólogos. La encuesta obtuvo datos demográficos, sobre el ámbito de trabajo y sobre las características de las herramientas utilizadas en telemedicina. Se obtuvieron las respuestas coincidentes sobre la utilización, beneficios y desventajas de la telemedicina de la encuesta actual y se compararon con una encuesta de telemedicina enviada por mail a miembros de PANLAR en el año 2019.

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

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

Conclusiones: En esta muestra de médicos reumatólogos argentinos, solo el 7% no pudo realizar teleconsultas, la mayoría se hicieron en el ámbito privado utilizando WhatsApp. El 75% de los médicos continuará realizando en el futuro, esto fue significativamente mayor comparado con la encuesta prepandemia. En la encuesta intrapandemia los médicos utilizarían mas la telemedicina para cualquier tipo de consulta que previo a la pandemia.

34

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

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

COSATTI, Micaela Ana(1) FERREYRA GARROT, Leandro(2) GRAF, Cesar(3) PISONI, Cecilia N.(1)
CEMIC CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS " NORBERTO QUIRNO" (1);
HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (2); CENTRO MÉDICO MITRE (3)

Introducción: La telemedicina (TM) es la utilización de las comunicaciones para proveer cuidado de salud. Esta puede ser por diversos métodos; sincrónica por teléfono, videollamada, o asincrónica por utilización de mails. Si bien estas tecnologías se utilizaban en mayor o menor medida, la pandemia hizo imprescindible la adaptación abrupta de los usuarios con el fin de poder estar en contacto con el sistema de salud, más allá de las carencias tecnológicas individuales y globales propias al país.

Objetivos: describir el uso de telemedicina en los pacientes con enfermedades reumáticas durante la pandemia por covid 19 y comparar respuestas sobre beneficios, desventajas y utilización de telemedicina con una encuesta prepandemia.

Materiales y Métodos: creamos una encuesta sobre telemedicina para pacientes en formularios Google que fue difundida por el mail del servicio de reumatología de CEMIC y a través de la página de internet "Reuma quien sos?". Se compararon las respuestas a esta encuesta con una realizada en 2019, difundida a través de la página de internet "Reuma quien sos?" sobre uso de tecnología en medicina realizada por PANLAR, que incluía algunas preguntas sobre en que casos justifica el uso de la telemedicina, beneficios y desventajas.

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

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

Conclusiones: En la encuesta actual, el 79% de los pacientes sintieron que pudieron expresar el motivo de consulta y el 85% respondió que el médico pudo solucionar su problema y el 66 % volverían a utilizar la telemedicina. Respecto al uso de telemedicina, los pacientes actualmente consideran que pueden ser justificadas en consultas no urgentes y de control, para enviar estudios y cuestiones administrativas de manera significativamente mayor que en la encuesta prepandemia. Respecto a la comparación con la encuesta prepandemia, los pacientes manifestaron más significativamente beneficios en la encuesta prepandemia, respecto a las desventajas los pacientes manifestaron significativamente menos temores al error diagnóstico y al vacío legal en la encuesta intrapandemia

35

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

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Pediátrica
Unidad Temática: PEDIATRÍA

ARISPE REQUIS, María Victoria NECUL, Ma. Gabriela CERVETTO, Vanesa CARRILLO, Marina PRINGE, Alejandra HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

Introducción: Dentro del esquema terapéutico del Lupus Eritematoso Sistémico Juvenil (LESJ), en la práctica clínica la dosis de corticoides es alta al inicio de la enfermedad y se disminuye paulatinamente una vez alcanzado el control de la misma en un intento de evitar nuevos rebrotes y daño por efecto secundario a la corticoterapia prolongada. Aun no se han establecido mediante guías la dosis óptima de glucocorticoides al inicio de la enfermedad y el tiempo de uso hasta lograr su suspensión.

Objetivos: Exponer la forma de uso de corticoides y si se cumple el esquema de descenso de glucocorticoides sistémicos establecido en nuestro servicio, en pacientes con LESJ.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional, corte transversal, mediante revisión de historias clínicas, comprendidas enero 2009-2019. Criterios de Inclusión: pacientes menores de 18 años con LESJ según criterios de clasificación SLICC con o sin daño de órgano blanco (compromiso hematológico, renal o neurológico). Tratados con esteroides por vía oral, buena respuesta al tratamiento inicial y que no hayan presentado recaídas durante el periodo de seguimiento. Se registró la dosis de corticoides durante la 1ª consulta, a los 3, 6, 9, 12 y 18 meses de seguimiento. Esquema de descenso propuesto por el servicio: frente a una buena respuesta de tratamiento se descenderá el 50% respecto a la dosis inicial en 3 meses y lograr una dosis mínima (menor o igual a 0.1mg/kg/día) o suspensión a los 6 meses de la indicación inicial. Finalización de seguimiento: suspensión completa del tratamiento con corticoides o en su defecto a los 18 meses. Definiciones: buena respuesta al tratamiento: mejoría: descenso de 3 o mas puntos respecto al SLEDAI inicial. Adecuado seguimiento y tratamiento: visitas, dosis y tipo de tratamiento definidas por médico tratante. Se utilizaron cálculos de las medias con sus desvíos estándar para variables continuas, y números absolutos para las categóricas.

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

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes con diagnóstico de LESJ, 26/31 sexo femenino. Medía de edad al diagnóstico 13.4 años (DS+/-2.5años). Mediana de SLEDAI inicial: 16 (RIC 8-25). Dosis de corticoides inicial promedio: 45.8mg/día (DS+/-18.03). 22/31 recibieron otro inmunosupresor al inicio de la enfermedad. Manifestaciones iniciales al diagnóstico: 20/31 (64.5%) compromiso hematológico; 18(58%) renal; 4(12%) neurológico y 26(83%) otros compromisos (articular/piel/serositis). Evaluando el esquema de descenso de esteroides según lo propuesto por el servicio se observó que a los 3 meses del debut solo 4/31 pudo descender mayor o igual al 50% la dosis inicial de esteroides, con un SLEDAI =3, y a los 6 meses solo 3/31 lograron descender mayor o igual al 90% de la misma, con un SLEDAI =1 y ningún paciente logro la suspensión en el periodo de tiempo estudiado.

Conclusiones: Los descensos de esteroides observados en esta cohorte muestran que el manejo en la práctica diaria no coincide con el esquema propuesto. Serían necesarios estudios prospectivos que incorporen otras variables no vinculables a la actividad de la enfermedad que expliquen la falta de adherencia al esquema de corticoides propuesto, y que den información para la confección de GUIAS DE RECOMENDACIONES que muestren esquemas de descenso de esteroides basados en la evidencia y que sean aplicables en la práctica diaria.

36

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

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

CORDOBA, Mercedes Cecilia BERTOLI, A SANCHEZ FREYTES, M LOPEZ PEREZ, M APAZ, M SIRONI, J CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA

Introducción: Los cambios en la relación de neutrófilos/linfocitos (RNL) y la relación de plaquetas/linfocitos (RPL) obtenidos por la proporción de estas células entre sí se han discutido en diferentes situaciones, incluyendo artritis reumatoide (AR) temprana y establecida (1-3). La RNL podría sustituir a los reactantes de fase aguda en caso de no estar disponibles, además de poseer una ventaja económica en comparación con la proteína C reactiva (PCR). Sería importante, por lo tanto, evaluar su relación con los reactantes de fase aguda y con la actividad de la enfermedad para corroborar su uso en esta población de pacientes en la práctica habitual.

Objetivos: Correlacionar la RNL y RPL con VSG, PCR y el índice de actividad de la enfermedad DAS-28 PCR. Determinar los puntos de corte de la RNL y RPL indicativos de remisión de la enfermedad, actividad leve, moderada y severa determinada por DAS-28 PCR.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico. Se evaluaron pacientes adultos mayores de 18 años con diagnóstico de AR de acuerdo a los criterios diagnósticos ACR/EULAR 2010 (5) que fueron atendidos en una institución privada. Las características de la muestra de pacientes se reportó con estadística descriptiva. La correlación de la RNL y RPL con VSG, PCR y el índice de actividad de la enfermedad DAS-28 PCR se evaluó con test de Pearson. Los valores de corte de la RNL y RPL para discriminar actividad de la enfermedad (remisión, actividad baja, moderada y alta) se analizó con curvas ROC utilizando el DAS 28-PCR como estándar de oro.

Resultados: En el estudio incluyeron 151 mediciones correspondientes a 55 pacientes. Los pacientes tenían una edad media (DE) de 52.4 (14.35) años y 82% eran de sexo femenino. La mediana (RIC) del tiempo de evolución de la enfermedad fue de 72 (120) meses. La RNL tuvo una correlación débil con VSG (r=0.065; p=0.43), PCR (r=0.23; p=0.004) y DAS-28 PCR (r=0.18; P=0.027). La RPL tuvo una correlación débil con VSG (r=0.22; p=0.006), moderada con PCR (r=0.38; p=0.001) y débil con DAS-28 PCR (r=0.20; p=0.016). El área bajo la curva de la RNL para discriminar remisión, actividad de la enfermedad baja, moderada y severa fue de 0.61, 0.58 y 0.35, respectivamente, en relación al DAS-28 PCR. El área bajo la curva de la RPL para discriminar remisión, actividad de la enfermedad baja, moderada y severa fue de 0.55, 0.45 y 0.24, respectivamente, en relación al DAS 28 PCR. Dada la baja capacidad discriminativa de las áreas bajo la curva, no se determinaron los valores de corte de la RNL y la RPL para discriminar nivel de actividad de la enfermedad. Conclusiones: En este estudio encontramos una correlación débil entre RNL y RPL con reactantes de fase aguda y actividad de la enfermedad. Igualmente, la capacidad discriminativa de la RNL y RPL para establecer el estado de actividad de la enfermedad en este grupo de pacientes fue baja.

37

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

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

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

Introducción: En una colaboración conjunta, ACR y EULAR, en el año 2019 publicaron los nuevos criterios de clasificación para Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Consisten en 23 ítems, agrupados en 7 dominios clínicos y 3 inmunológicos, requiriendo como condición necesaria para su aplicación la presencia de ANA positivo. Emplean una escala ponderada que asigna a cada manifestación un peso y sólo se considera aquella de mayor puntuación en cada dominio, clasificando como LES los pacientes que suman un valor de 10 puntos o más. En comparación con sus predecesores, estos criterios han demostrado una mayor sensibilidad y especificidad en múltiples cohortes. Sin embargo, en nuestro conocimiento, su desempeño, aún no ha sido valorado en una cohorte de pacientes argentinos con enfermedades reumatológicas.

Objetivos: Primario: Determinar la sensibilidad y especificidad de los criterios ACR/EULAR 2019 en una cohorte de pacientes adultos con enfermedades del tejido conectivo que residen en Argentina. Secundarios: Determinar el Likelihood Ratio (LR). Correlación la suma y la escala del puntaje total con los índices de actividad y daño de la enfermedad.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, de corte transversal, descriptivo y analítico. Se incluyeron pacientes >= de 18 años con diagnóstico de LES (ACR 1997 y SLICC 2012) sin otras patologías asociadas (grupo casos), y pacientes con patologías del tejido conectivo diferentes de LES (grupo control). Se excluyeron aquellos que presentaron enfermedad infecciosa activa, oncohematológicas, Lupus inducido por fármacos y Síndrome de superposición. Se consignaron datos sociodemográficos, características de la enfermedad y tratamiento. Además, en el grupo con LES se consignaron índices para actividad y daño al momento de la inclusión. En forma ciega respecto a los diagnósticos, tres evaluadoras expertas en esta enfermedad debieron determinar, en cada situación y basadas en su experiencia, si los pacientes presentaban LES u otra patología reumatológica. Se consideró como "LES definido" en aquellos que presentaron 100% de concordancia en el diagnóstico por las 3 evaluadoras. En todos los casos, se aplicaron los criterios ACR 1997, SLICC 2012 y/o ACR/EULAR 2019 y, posteriormente, se compararon con la opinión de las expertas. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Se determinó sensibilidad, especificidad, LR positivo y negativo de los criterios utilizados. Se estimó la asociación entre el puntaje final y la suma total de los criterios ACR-EULAR 2019 con los índices de actividad y daño de la enfermedad con test de correlación de Spearman. Se utilizó STATA 15.0.

Resultados: Se incluyeron 365 pacientes de 7 centros de Argentina, de los cuales 183 fueron casos: 50,2% mestizos, 92,3% mujeres, edad media de 39 años (DE 13,3), mediana de tiempo de evolución del LES de 92 meses (RIC 37-150). Respecto a las características de la enfermedad: 94% presento compromiso mucocutáneo (81% úlceras orales, 80,3% rash malar, 64,5% fotosensibilidad, 63,9% alopecia), 82,5% musculoesquelético (79,8% articular), 60% hematológico (64% linfopenia, 36,1% leucopenia), 56% renal (55,7% proteinuria, 32,6% cilindruria), 53% constitucional y 34% seroso. Todos los pacientes presentaron compromiso inmunológico (100% ANA+, 88% hipocomplementemia, 69,4% Anti-DNA, 19,5% Ac. Antifosfolípidos). Al momento de la inclusión, la mediana de actividad por SLEDAI fue de 2 (RIC 0-6) y la de daño por SLICC de 0 (RIC 0-1). En el grupo control, se reclutaron 182 pacientes, siendo las patologías más frecuentes: 46,1% Artritis Reumatoidea, 18,1% Esclerodermia y 16,5% Síndrome de Sjögren. El 84% fueron mujeres, 47,2% mestizos, edad media de 53,6 años (DE 14,2), y la mediana de tiempo de evolución de la enfermedad de 82,5 meses (RIC 38-151). Las manifestaciones más frecuentes: 81,9% compromiso musculoesquelético (75,8% articular), 73,6% inmunológico (62,6% ANA+, 8,6% hipocomplementemia, 1,3% Ac. Antifosfolípidos), 25,3% constitucional, 23,1% mucocutáneo (9,9% alopecia y 6% fotosensibilidad) y 23,1% hematológico (10,4% leucopenia, 9,3% linfopenia). Clasificaron como LES definido, el 91% de los casos en el grupo con LES y el 3,8% en el grupo control. Los Criterios ACR/EULAR 2019 se desempeñaron con una sensibilidad del 99,4% y una especificidad del 89,1% y presentaron un LR+ de 9,1 y un LR- de 0,007. Los criterios SLICC 2012, presentaron una sensibilidad del 98,3% y una especificidad del 88%, con un LR+ de 8,2 y un LR- de 0,02, y los criterios ACR 1997, evidenciaron una sensibilidad del 93,6% y una especificidad del 90,1%, con un LR+ de 8,21 y un LR- de 0,07. La correlación de Spearman, entre el puntaje total de estos criterios y los índices de actividad y daño, fue de 0,19 y -0,006 respectivamente.

Conclusiones: Los nuevos criterios ACR/EULAR 2019 han demostrado una alta sensibilidad, con una especificidad comparable a la de sus antecesores. Aportan una mayor capacidad de discriminación con otras patologías y de exclusión de la enfermedad cuando los pacientes no clasifican para LES. No se observó ninguna correlación entre el puntaje de los criterios y los índices de actividad y daño.

39

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

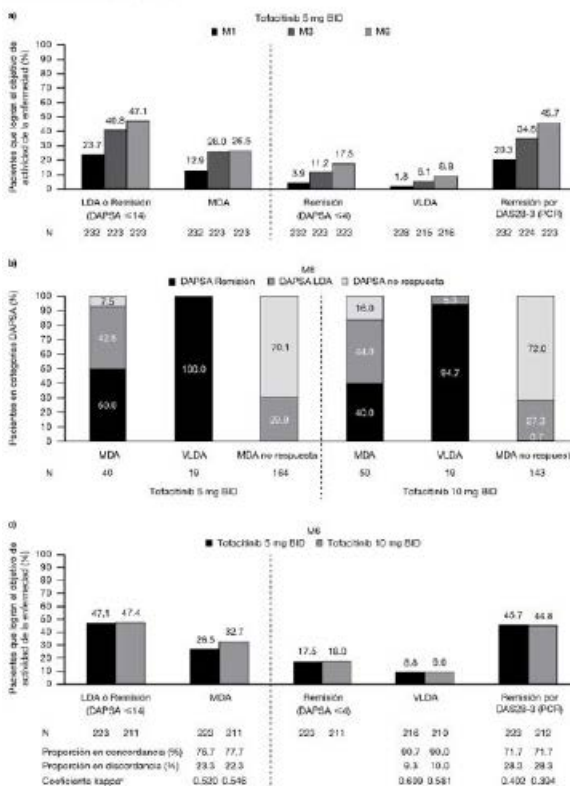
Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS

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

Introducción: Para evaluar remisión y baja actividad de la enfermedad (LDA) de la artritis psoriásica (PsA) [1] se recomendaron el índice de actividad de la enfermedad para la artritis psoriásica (DAPSA) y la actividad mínima de la enfermedad (MDA) Tofacitinib es un inhibidor oral de la Janus cinasa para el tratamiento de PsA. **Objetivos:** Comparar DAPSA LDA vs MDA y DAPSA Remisión vs VLDA y remisión según DAS28-3 (PCR), en pacientes con PsA que recibieron tofacitinib.

Materiales y Métodos: Los datos se combinaron de 2 estudios de fase 3 (OPAL Broaden [NCT01877668]; OPAL Beyond [NCT01882439]) entre los pacientes que recibieron tofacitinib 5 mg (n=237) ó 10 mg (n=236) dos veces al día (BID) ó placebo (n = 236). El DAPSA se determinó sumando: el recuento de articulaciones inflamadas (SJC66); el recuento de articulaciones sensibles/dolorosas (TJC68); la evaluación global del paciente de la artritis (PtGA; escala analógica visual [VAS]); el dolor evaluado por el paciente (EVA); y PCR (mg/dL). MDA y VLDA se definieron como >=5/7 (MDA) ó 7/7 (VLDA) de entre los siguientes criterios: TJC68 <=1; SJC66 <=1; Índice de actividad y gravedad de la psoriasis <=1 ó área de superficie corporal <=3%; dolor (EVA) <=15; PtGA (VAS) <= 20; HAQ-DI <=0,5; Índice de entesitis de Leeds (LEI) <=1. Se utilizó el modelo de regresión logística

Figura 1. Porcentaje de pacientes que recibieron tofacitinib 5 mg BID que lograron DAPSA LDA/Remisión, MDA, DAPSA Remisión, VLDA ó Remisión por DAS28-3 (PCR) a los meses 1, 3 y 6 (n= tofacitinib 5 ó 10 mg BID que lograron MDA ó VLDA, con categorías de DAPSA al mes 6: <=4 tofacitinib 5 mg ó 10 mg BID que lograron DAPSA LDA/Remisión, MDA, DAPSA Remisión, VLDA ó Remisión por DAS28-3 (PCR) al mes 6)



para determinar las características demográficas y basales como predictores de las puntuaciones de DAPSA en el mes 3. Las tasas de DAPSA LDA/Remisión (<=4), MDA (incluido VLDA), DAPSA Remisión (<=4), VLDA y DAS28-3 (PCR) (<=2,6) se compararon a los meses 1, 3 y 6 para tofacitinib 5mg y 10 mg BID. La prueba Krappa evaluó la concordancia entre los índices de actividad de la enfermedad en el mes 6. Los pacientes tratados con tofacitinib que alcanzaron MDA (excluyendo VLDA), VLDA ó no respuesta MDA al mes 6 se estratificaron de acuerdo a la condición de DAPSA (Remisión, LDA ó falta de respuesta).

Resultados: Los pacientes de edad avanzada que recibieron tofacitinib y los pacientes tratados con tofacitinib ó placebo con valores iniciales más altos de SJC66, TJC68, PtGA VAS, HAQ-DI, LEI y dolor VAS, tuvieron significativamente (p<0,05) más probabilidades de tener mayor puntuación DAPSA en el mes 3. Las tasas de remisión de DAPSA LDA/Remisión, MDA (incluido VLDA), DAPSA remisión, VLDA y remisión por DAS28-3 (PCR) aumentaron generalmente del mes 1 al mes 6 en ambos grupos de dosis de tofacitinib (los resultados para 5 mg BID se muestran en la Figura 1a). Al mes 6, la mayoría de los pacientes tratados con tofacitinib con MDA (excluyendo VLDA), y todos con VLDA, también estaban en DAPSA remisión ó LDA (Figura 1b). Hubo al menos una concordancia moderada (definido como valores Kappa 0,41-0,60) entre DAPSA LDA/Remisión y MDA (incluido VLDA), y remisión DAPSA y VLDA (Figura 1c).

Conclusiones: Las tasas de remisión y LDA generalmente aumentaron con el tiempo en pacientes con PsA que recibieron tofacitinib. DAPSA LDA/Remisión y MDA (incluido VLDA) mostraron una concordancia por lo menos moderada, al igual que DAPSA remisión y VLDA. DAPSA es útil para medir la actividad y el estado de la enfermedad por PsA, y la MDA es útil para medir el estado de la PsA.

40

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

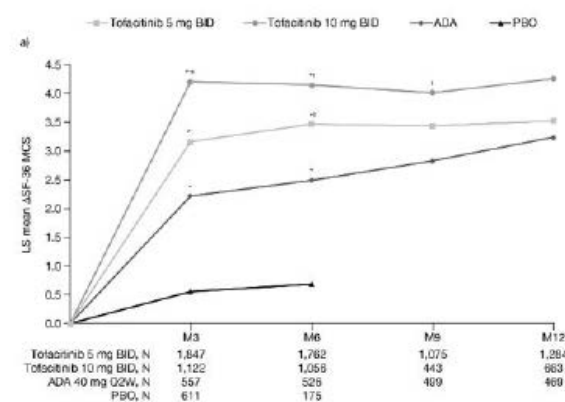
Modalidad: *Óster Reumatología Adultos*
Unidad Temática: *ARTRITIS REUMATOIDEA*

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

Introducción: La depresión y la ansiedad son prevalentes en pacientes con artritis reumatoide (AR). El componente mental abreviado (MCS) del Short Form-36 (SF-36) con puntuación <=38 se ha utilizado como un indicador de probable trastorno depresivo mayor (pDDM) y/o probable trastorno de ansiedad generalizado (pTAG) en pacientes con AR. Tofacitinib es un inhibidor oral de la Janus cinasa para el tratamiento de la AR. **Objetivos:** Evaluar la prevalencia de pDDM/pTAG en el programa clínico de tofacitinib en AR utilizando una puntuación <=38 en el SF-36 MCS, y determinar la eficacia de tofacitinib de acuerdo a la presencia basal de pDDM/pTAG.

Materiales y Métodos: En este análisis post hoc, se incluyeron los pacientes que recibieron tofacitinib 5 ó 10 mg dos veces al día (BID), adalimumab (ADA) 40 mg cada dos semanas (Q2W) ó placebo (PBO) de entre 5 estudios clínicos de fase 3 y 1 de Fase 3b/4. Las características demográficas y basales se reportaron de acuerdo a la presencia o no de pDDM/pTAG basal (SF-36 MCS <=38, presencia; >38, ausencia). El cambio desde el basal en el SF-36 MCS a los meses 3/6/9/12 se estimó juntando los pacientes de los diferentes estudios, y se reportó el porcentaje de pacientes con pDDM/pTAG. Los desenlaces de eficacia (tasas de respuesta

Figura 1. a) LS SF-36 MCS a los meses 3/6/9/12; b) % de pacientes con pDDM/pTAG a los meses 3/6/9/12, en aquellos con presencia de pDDM/pTAG al inicio del estudio (SF-36 MCS <=38)



*p<0.05 vs PBO; †p<0.05 vs ADA; ‡p<0.05 vs tofacitinib 5 mg BID en el análisis de intención de tratamiento.
 a) LS significa línea de tendencia de los resultados de tofacitinib de Fase 3 y 7 Fase 3b/4.
 b) cambio desde el basal. ADA, adalimumab; AR, artritis reumatoide; BID, dos veces al día; BL, basal; LS mean, promedio mínimo cuadrado; M, Mes; MCS, Mental Component Summary score; N, número de pacientes; PBO, placebo; pDDM, probable trastorno depresivo mayor; pTAG, probable trastorno de ansiedad generalizado; Q2W, cada dos semanas; SE, error estándar; SF-36, Short Form 36 Health Survey.

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

Resultados: Se reportó la presencia basal de pDDM/pTAG en 44.5% (tofacitinib 5 mg BID), 39.8% (tofacitinib 10 mg BID), 45.4% (ADA) y 39.1% (PBO) de los pacientes. Se reportaron niveles basales más altos de proteína C reactiva (PCR) y peor estado de funcionalidad, fatiga, dolor y sueño en pacientes con pDDM/pTAG vs aquellos sin pDDM/pTAG. Los incrementos en los puntajes de SF-36 MCS fueron mayores con tofacitinib vs ADA/PBO (Figura 1a). El porcentaje de pacientes con pDDM/pTAG se fue reduciendo con el tiempo de seguimiento y fue generalmente menor con tofacitinib vs ADA/PBO (Figura 1b). La eficacia de tofacitinib 5mg y 10mg BID fue generalmente similar en los meses 3/6/12, independientemente de la presencia o no de pDDM/pTAG (datos no mostrados).

Conclusiones: Alrededor del 40% de los pacientes con AR tuvieron pDDM/pTAG (SF-36 MCS <=38) al inicio de los estudios. Mejoras en el SF-36 MCS fueron mayores con tofacitinib vs ADA/PBO. Con tofacitinib, el porcentaje de pacientes con pDDM/pTAG se redujo ~60% al mes 12. La eficacia de tofacitinib fue similar en pacientes con/sin pDDM/pTAG basal. Limitaciones incluyen el uso de SF-36 MCS para identificar DDM o TAG probables y no confirmados. Se requieren estudios adicionales utilizando la entrevista psiquiátrica como gold estándar para validar el uso de SF-36 MCS <=38.

41

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

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

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

Introducción: La inflamación y daño del tejido característicos en la artritis reumatoide (AR) están mediados por distintas células, entre ellas, linfocitos (L) T y B. El tratamiento puede incluir fármacos biológicos como inhibidores de TNF (anti-TNF) o moléculas pequeñas inhibitoras de Janus quinasas (Jak) que complementan la terapia estándar con DMARDs. Tofacitinib (Tofa) es un inhibidor de Jak-1 y 3, que están involucradas en la patogénesis de AR. La activación de LIT CD4 y CD8 requiere señales a través de su receptor antigénico en concierto con señales coestimuladoras mediadas por CD27 y CD28. El factor de transcripción T-bet es un regulador esencial de la diferenciación y función efectora en dichas células. La disminución y pérdida en la expresión de CD27 y CD28 identifican el estadio final de diferenciación de los LIT, caracterizado por una pobre respuesta efectora y susceptibilidad a la muerte celular. A pesar de los numerosos estudios sobre el efecto de Tofa en el sistema inmune, el conocimiento sobre sus efectos en la diferenciación y activación de los LIT en AR es escaso.

Objetivos: Estudiar el efecto de Tofa en la activación y diferenciación de los LIT in vivo en pacientes con AR y en experimentos in vitro con células de donantes sanos (CS).

Materiales y Métodos: Para el estudio en pacientes, se reclutaron 31 individuos CS y 106 con AR según criterios de clasificación ACR/EULAR 2010, 41 sin tratamiento (AR), 35 tratados con DMARDs, 22 con anti-TNF+DMARDs y 8 con Tofa+DMARDs. Criterios de exclusión: infecciones en curso, otras enfermedades autoinmunes, vacunación en los 2 meses previos, embarazo. Se estudiaron 82 variables bioquímicas e inmunológicas que incluyeron estudios fenotípicos de LIT y T mediante citometría de flujo en células de sangre entera y cuantificación de mediadores séricos por ELISA. Se realizó un análisis multivariado a través de un análisis de componentes principales (ACP). Se realizaron ensayos in vitro para evaluar el efecto directo de Tofa en LIT CD4 y CD8 purificados a partir de células mononucleares de sangre periférica de CS. Las poblaciones puras fueron estimuladas con mitógenos (anti-CD3 y anti-CD28) en presencia de Tofa (1, 10 y 25 uM) durante 3 días, y se analizaron marcadores de diferenciación (CD27 y CD28, T-bet), activación (CD25) y proliferación (Ki-67) por citometría de flujo.

Resultados: El ACP demostró que las 82 variables analizadas explican aproximadamente el 70% de la varianza. Las principales variables que diferencian a los grupos CS, AR, DMARDs, anti-TNF+DMARDs y Tofa+DMARDs están relacionadas con la activación y diferenciación de los LIT. En este sentido, los pacientes tratados con Tofa presentaron un aumento significativo en el porcentaje de LIT CD4 con características de diferenciación terminal (CD27-CD28; p<0.01) y disminución de la citoquina inflamatoria IL-22 (p<0.001). Los resultados obtenidos del ensayo in vitro demostraron que Tofa redujo la activación de los LIT CD4 y CD8, evidenciado por la disminución de expresión de CD25, T-bet y la frecuencia de células Ki-67+. Además, Tofa aumentó el porcentaje de células CD27-CD28- en LIT CD4 y CD8 e incrementó la muerte celular de acuerdo a ensayos de viabilidad. Los efectos observados fueron dosis-dependiente.

Conclusiones: A través del estudio observacional en pacientes y los ensayos in vitro, concluimos que Tofa sería capaz de alterar la diferenciación y activación de los LIT. Hipotetizamos que éste podría ser un mecanismo subyacente a los efectos biológicos de esta droga en AR.

42

0042 - VALOR PRONÓSTICO DE FACTOR REUMATOIDE EN VASCULITIS ANCA ASOCIADAS

Modalidad: *Óster Reumatología Adultos*
Unidad Temática: *VASCULITIS/ POLIMIALGIA REUMÁTICA*
Unidad Temática 2: *LABORATORIO*

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

Introducción: Las pruebas de factor reumatoide se utilizan principalmente para el diagnóstico de artritis reumatoide (AR); sin embargo también puede estar presente en otras enfermedades reumáticas y otras afecciones, como infecciones agudas, crónicas y neoplasias. Sin embargo, su significado clínico en contexto de vasculitis ANCA asociadas (VAA) todavía es incierto. Un estudio sugiere que su presencia en pacientes con VAA se correlaciona con actividad de la enfermedad, mayor prevalencia de daño neurológico, y probablemente peor pronóstico a expensas de diálisis y asistencia respiratoria mecánica, esto último con resultados no estadísticamente significativos. Otro estudio retrospectivo detectó una tasa de falsos positivos de FR de 39.1% en pacientes con VAA. Su presencia se asoció a manifestaciones cutáneas en EGPA pero no a recaídas o desarrollo de AR en el seguimiento.

Objetivos: Establecer la frecuencia del factor reumatoide en VAA. Establecer el significado clínico y pronóstico de factor reumatoide en pacientes con VAA.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo. Se extrajeron de las bases de datos del servicio de nuestra institución datos de pacientes con diagnóstico de VAA mayores de 18 años, desde Junio de 2015 a Diciembre de 2019, con FR y antiCCP solicitados antes del inicio de tratamiento. Se recolectaron los siguientes datos: edad, sexo, tipo de VAA, duración de la enfermedad, tratamiento, órganos afectados, Birmingham Vasculitis Activity Score (BVAS), Enterosidermentación, Proteína C reactiva. Como desenlaces se consideraron: manifestaciones clínicas, requerimiento de diálisis, asistencia ventilatoria mecánica, mortalidad, actividad de la enfermedad. Las variables continuas se expresaron como media ± desviación estándar, y las variables categóricas como número y porcentaje. Para la comparación de medias se realizó prueba de t-student. Se realizó cálculo de Odds ratio para determinar asociación entre variables. Diferencias significativas entre los dos grupos se compararon usando la prueba de chi-cuadrado para datos categóricos. Se consideró significativa una p <0.05.

Resultados: Incluimos 32 pacientes en los que encontramos 31.2% de factor reumatoide positivo. La edad media fue de 55.3 ±

Tabla 1. Requerimiento de diálisis, ARM y mortalidad

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

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

15.5, siendo 59.3% mujeres. La mayoría (n=15) cumplía criterios para Granulomatosis con poliangeítis, 13 Poliangeítis microscópica y 4 Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis. La media de BVAS fue 20 ± 8.7, con valores similares en ambos grupos (p=0.4234). No hubo diferencias significativas con respecto a manifestaciones clínicas ni de laboratorio en ambos grupos, ni actividad de la enfermedad medida por BVAS. Con respecto a desenlaces de pronóstico se observó menor ingreso a diálisis y mortalidad en el grupo factor reumatoide positivo (Tabla 1). Las causas de muerte fueron sepsis (n=3) y complicación de vasculitis (n=4). **Conclusiones:** Hemos encontrado una frecuencia de factor reumatoide positivo de 31.2%. Trabajos previos han encontrado una frecuencia de 39.1% y 61%. Se encontró una asociación negativa entre FR positivo e ingreso a diálisis y mortalidad confirmando probablemente un peor pronóstico en pacientes con factor reumatoide negativo. El papel protector renal del FR ya ha sido estudiado en AR y LES. No se encontró correlación con enfermedad renal en AR pero sí podría ser un factor protector de daño renal en LES. La demostración de la reactividad del FR con los complejos solubles de antígeno-anticuerpo para formar inmunoprecipitados con mayor sedimentación ha llevado a la especulación de que su función puede implicar la formación de complejos menos solubles, que se fagocitan fácilmente y, por lo tanto, es menos probable que se depositen en los glomérulos renales.

44

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

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

HERNANDEZ, Blanca(1) ROSAS SALAZAR, José(2) DÍAZ TORNÉ, Cesar(3) BELZUNEGUI, Joaquín(4) GARCÍA DE VICUÑA, Rosario(5) INCIARTE MUNDO, José(6) PONS, Ana(2) MILLA, Ana María(3) JERIA, Sycille(3) VALERO, Jesús Alejandro(4) GARCÍA CASTAÑEDA, Noelia(5) VALERO, Cristina(5) LLORENTE, Irene(5) CALVO, Alberto(5) DIAZ, Silvia(7) NÚÑEZ, Mercedes(7)

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (1); HOSPITAL MARINA BAIXA (2); HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU (3); HOSPITAL DE DONOSTIA (4); HOSPITAL LA PRINCESA (5); HOSPITAL CLÍNIC (6); LILLY (7)

Introducción: Baricitinib (BARI) es un inhibidor de Janus quinasa (JAK1)/JAK2 aprobado para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) moderada a grave. A pesar de su robusto desarrollo clínico es importante complementar estos resultados con datos de práctica clínica real.

Objetivos: Este estudio persigue investigar el perfil de pacientes, patrones de tratamiento, efectividad y persistencia en pacientes con AR tratados con BARI en práctica clínica real en España.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, multicéntrico, retrospectivo, llevado a cabo en 5 unidades de reumatología en España en pacientes con AR prescritos con BARI. Se incluyeron adultos, con diagnóstico de AR (criterios ACR 2010), tratados con BARI y con al menos 6 meses de seguimiento. Las características demográficas, actividad de la enfermedad (DAS28-ESR, SDAI, CDAI y respuesta EULAR) y análisis de dolor mediante EVA (0-10mm) se recogieron al inicio con BARI (basal) y a los 6 y 12 meses. Las variables continuas se presentaron como media (DS), y las variables categóricas como frecuencias y porcentajes. La efectividad se evaluó como cambio desde el nivel basal con la prueba t-test pareado. La supervivencia se calculó como porcentaje de pacientes en el tratamiento a los 6, 12 y 18 meses.

Resultados: El estudio incluyó 182 pacientes. Las características basales fueron: 83,5% mujeres, 62,2 (12,3) años, índice de masa corporal 26,8 (5,1), 47,8% no fumadores, duración de la enfermedad 13,2 (10,8) años, 79,1% RF+, 80,2% ACPA+, 64,8% erosiones óseas y 2,4 (2,0) en el índice de comorbilidad de Charlson. Todos los pacientes habían recibido al menos un antirreumático modificador de la enfermedad convencional (FAMEC) anterior a BARI y 88% al menos un FAME biológico (FAMEb) (1, 2, o >=3: 24,2%, 17,0% y 36,8%, respectivamente). 90,1% empezaron con BARI 4mg/día; 43,4% en monoterapia y 56,6% combinado con FAMEc (37,4% metotrexato). En el momento de la extracción de datos, 61,5% de los pacientes continuaba con el tratamiento de BARI; tiempo medio: 14,1 (0,5) meses. La persistencia a los 6, 12 y 18 meses fue de 79,7%, 64,8% y 59,1%. La persistencia a los 18 meses varió en función del número de FAMEb previos, entre el 72,6% (no FAMEb) a 52,2% (>3 FAMEb). Los pacientes que discontinuaron el tratamiento fueron 61 de 182. Las principales causas fueron pérdida de efectividad (68,6%) [60,4% fallo primario y 39,6% fallo secundario] y eventos adversos (18,6%). La recogida de los índices de efectividad varió por centro. 91 pacientes tuvieron medidas de seguimiento en al menos una de ellas. Entre el 71,6% y el 76,3% de los pacientes alcanzaron remisión o baja actividad de la enfermedad medido con algún índice a los 6 y 12 meses respectivamente: DAS28-ESR (73,1% y 73,5%), SDAI (62,4% y 75,0%) y CDAI (63,5% y 76,6%); 80,0% y 78,2% de los pacientes tuvieron buena o moderada respuesta EULAR. El dolor disminuyó de 6,6 (2) en condiciones basales a 4,1 (2,5) a los 6 meses (N= 93) y a 3,4 (2,2) a los 12 meses (N=75).

Conclusiones: En España los pacientes con AR tratados con BARI tienen una enfermedad refractaria y de larga duración. La mayoría son tratados con 4mg combinados con FAMEC. Sin embargo, se observó una alta persistencia a lo largo del tiempo, que alcanza valores máximos en pacientes con pocos fallos a FAMEb. La mejoría en la actividad de la enfermedad se comprobó a 6 y se mantuvo a 12 meses del tratamiento independientemente del índice articular utilizado, corroborando la efectividad de BARI en el entorno de práctica clínica real.

45

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

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

QUINTANA, Rosana M. (1) FERNANDEZ, Sofía(2) FAY, Martina(2) ARENAS-SOLORZANO, Viviana(2) CAMACHO, Cecilia(2) DI PRINZIO, Gustavo(2) GÓMEZ, Graciela(2) BENSI, Ana(2) HONERÍ, Andrés(2) PETRELLI, Jazmin(2) SILVESTRE, Adriana(1) CALVO, M Elena(3) PELAEZ-BALLESTAS, Ingrid(4) VALDATA, Marcela(2) PONS-ESTEL, Bernardo(1)

CENTRO CREAR (1); CEAPROS (CENTRO DE ESTUDIOS APLICADOS A PROBLEMÁTICAS SOCIO-CULTURALES), UNR (2); HOSPITAL 4 DE JUNIO "DR. RAMÓN CARRILLO", CIUDAD DE PRESIDENCIA ROQUE SÁENZ PEÑA (3); HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA", CIUDAD DE MÉXICO (4)

Introducción: El Grupo Latinoamericano de Estudios de Enfermedades Reumáticas en Pueblos Originarios (GLADERPO), ha trabajado con la comunidad qom de la ciudad de Rosario desde hace más de 10 años, observado una alta prevalencia de AR, con baja adherencia al tratamiento, siendo la migración constante con su lugar de origen uno de los motivos. Con el apoyo de ILAR se diseñó un programa educativo interprovincial para la comunidad y los profesionales de la salud. Esta es la primera fase del mismo, describiendo la realidad del Sistema de Salud y su relación con la comunidad qom.

Objetivos: describir el sistema de salud local desde la perspectiva de los profesionales de la salud, los agentes sanitarios y los representantes de la comunidad qom viviendo en la ciudad de Presidencia Roque Sáenz Peña (PRSP), Chaco.

Materiales y Métodos: Estudio cualitativo, con aproximación etnográfica. Se utilizaron dos técnicas: observación no participativa y entrevistas semiestructuradas. Se diseñó una guía para las entrevistas por el equipo multidisciplinario de GLADERPO. Los principales tópicos fueron: referencia dentro del sistema de salud y accesibilidad al mismo. Para el análisis e interpretación de los resultados se utilizó el modelo conceptual de Andersen(1) aplicado a la utilización de los servicios de salud. (1) J Health Soc Behav. 1995;36(1):1-10.

Resultados: Un total de 21 personas fueron entrevistadas, 12 mujeres y 9 varones, con un rango de edad de 25 a 60 años. Los principales hallazgos fueron: barreras entre la comunidad y el Sistema de Salud (cultural y de comunicación) limitando la accesibilidad; la "navegación" de la comunidad dentro del Sistema de Salud sin concretar la accesibilidad; burocratización del sistema de salud y la constante migración de esta población entre PRSP y Rosario.

Conclusiones: Estos hallazgos serán incorporados en las estrategias educativas futuras con el propósito de mejorar el acceso al Sistema de Salud de la comunidad qom y la adherencia al tratamiento. Se diseñarán estrategias que acerquen la población al Sistema de salud, priorizando el rol de los agentes sanitarios y el soporte de los representantes de la comunidad

46

0046 - ARTRALGIAS PERSISTENTES LUEGO DE INFECCIÓN POR VIRUS CHIKUNGUNYA

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

LLOVES SCHENONE, Nicolás Martín
CONSULTORIO PARTICULAR

Introducción: El virus Chikungunya (CHIKV) es un virus ARN del género *Alfavirus*, familia *Togaviridae* transmitido a través de mosquitos, siendo el *Aedes aegypti* el principal vector. Las artralgias son una de las manifestaciones clínicas más frecuentes tanto en la fase aguda y subaguda, como en los pacientes que presentan síntomas crónicos posteriores al contagio.

Objetivos: Realizar una revisión bibliográfica sobre artralgias crónicas posteriores a la infección por CHIKV.
Materiales y Métodos: Se realizó una búsqueda de artículos publicados hasta el año 2020 en las siguientes bases de datos: Medline, Cochrane y Lilacs.

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

Conclusiones: Las artralgias crónicas son una manifestación frecuente en gran número de pacientes recuperados de CHIKV. A la fecha no existe suficiente información acerca de la fisiopatología y del rol de virus en el desarrollo de una posterior artropatía inflamatoria.

48

0048 - POLIMIOSITIS JUVENIL GRAVE. A PROPÓSITO DE UN CASO

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

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

Introducción: La Poliomiositis juvenil (PMJ) se caracteriza por inflamación muscular y ocurre en 4-8% de los casos de miopatías inflamatorias autoinmunes en la infancia. La disfgasia se presenta en 39% de los casos al debut y la disnea entre 17-42% de manera inicial. La bibliografía disponible a la fecha, describe mal pronóstico en casos graves con compromiso deglutorio y respiratorio inicial.

Objetivos: Presentar un paciente pediátrico con PMJ severa y debilidad muscular inicial focalizada.

Materiales y Métodos: Paciente de 17 años con antecedente de 20 días de dolor abdominal y transaminasas elevadas y un mes de evolución de astenia, pérdida de peso y lesiones eritemato-costrosas en rostro. Por tal motivo se sospecha hepatitis infecciosa en el nosocomio que consulta inicialmente. En dicha institución se realizaron estudios complementarios: Fibrobroncoscopia: movimiento deglutorio anómalo con disminución de la luz esofágica. Ecocardiograma: derrame pericárdico. Laboratorio: transaminasas y LDH elevadas, CK no solicitada, FAN + 1/80 moteado fino, FR y ASMA negativos. Serologías virales negativas La paciente fue derivada a nuestra institución con mala mecánica ventilatoria, trastorno deglutorio severo y marcada debilidad de músculos flexores del cuello. Presentaba fuerza muscular conservada en otros grupos musculares. Considerando su evolución previa y sus estudios realizados, se repite CK y reactantes de fase aguda (RFA) constatándose marcada elevación de los mismos. Ingresó a unidad de terapia intensiva pediátrica (UTIP) con requerimiento de ventilación no invasiva (VNI). Se solicitan: Resonancia magnética (RMN) columna: Médula normal. Edema en músculos paravertebrales, ambos psaos, musculatura glútea y cinturas escapulares. Tomografía computada de alta resolución (TACAR) tórax: Imágenes nodulares periféricas, algunas con halo en vidrio esmerilado. Equipo de neumonología interpreta patrón intersticial incipiente. Biopsia de músculo cuádriceps: sin infiltrado inflamatorio. Se descartan procesos oncológicos subyacentes. Dado el deterioro progresivo CK y RFA en aumento, compromiso de músculos respiratorios, deglutorios y compromiso pulmonar intersticial, se interpreta debut de PMJ con una presentación poco frecuente y grave. Se indica tratamiento inicial: pulsos de metilprednisolona (1g), gammaglobulina y metotrexate subcutáneo. Por la gravedad y refractariedad del cuadro clínico y progresión en la debilidad muscular generalizada se indica ciclofosfamida y rituximab. Permaneció en UTIP por 36 días con VNI y gastroclisis continua. Período de internación total: 3 meses. Padece episodios de dificultad respiratoria y fiebre, interpretados como neumonías aspirativas. Con 3 meses de evolución logró mejoría de fuerza muscular, normalización CK y RFA. El trastorno deglutorio mejoró de manera paulatina a lo largo de los 6 meses posteriores a su internación. Recibió un segundo ciclo de rituximab a los 6 meses del ciclo inicial como parte de su tratamiento inicial y logró remisión de la enfermedad con dosis mínima de esteroides.

Conclusiones: La poliomiositis juvenil es una entidad poco frecuente en pediatría y el compromiso deglutorio más infrecuente aún, con un alto índice de mortalidad. El tratamiento precoz y agresivo podrían considerarse los pilares de la buena respuesta inicial y sostenida en el tiempo de esta paciente. Consideramos relevante reportar este tipo de casos que aporten estrategias para la práctica diaria.

47

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

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

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

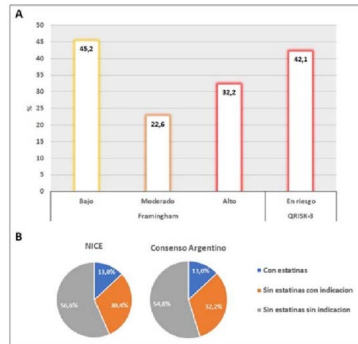
HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES

Introducción: Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) presentan aterosclerosis acelerada y un riesgo elevado de eventos cardiovasculares comparados con la población general. Esta asociación no se explica completamente por los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) tradicionales y se ha planteado que la actividad inflamatoria tiene un rol activo en el incremento del riesgo cardiovascular (RCV). El uso de estatinas ha demostrado una reducción de un 20-25% del RCV en la población general independientemente del nivel de riesgo basal. La evaluación del RCV y su manejo en pacientes LES es un aspecto relevante del tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, las escalas tradicionales para estimar el RCV no están diseñadas para pacientes con LES y tienden a infraestimar este riesgo por lo que se han planteado diferentes estrategias para mejorar la evaluación de este grupo de pacientes. Una de ellas es el score QRISK-3 que incorpora el antecedente de LES a los FRCV tradicionales. Otra estrategia es la recomendada por el Consenso Argentino de la Sociedad Argentina de Cardiología en la que el RCV medido por escalas convencionales se multiplica por un factor corrector (x2).

Objetivos: Estimar el riesgo cardiovascular mediante diferentes estrategias en pacientes con LES. Analizar la proporción de pacientes candidatos a recibir tratamiento con estatinas. Identificar la proporción de pacientes con indicación de estatinas que reciben estas drogas.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de LES (ACR 97 / SLICC 2012), afiliados al Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires, y evaluados entre enero de 2001 y abril de 2019. Se recolectaron y analizaron datos clínico-demográficos incluyendo FRCV y tratamientos recibidos al momento de la última consulta con reumatología. Para la estratificación del RCV se calcularon los siguientes scores: 1) QRISK-3: estima el riesgo de eventos cardiovasculares ateroscleróticos a 10 años. Se considera "riesgo" con un valor >=10%; y 2) Framingham ajustado: estima el RCV basado en valores de lípidos o índice de masa corporal (IMC) y define tres niveles de riesgo, bajo (<10%), moderado (10-19%) o alto (>=20%). Para determinar la indicación de estatinas se siguieron las recomendaciones de las guías NICE (National Institute for Health Care Excellence) y del Consenso Argentino.

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



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

Conclusiones: Se observó que una gran proporción de pacientes con LES presentan scores de riesgo cardiovascular elevados y muchos de ellos tienen indicación de estatinas. Sin embargo, el uso de estatinas observado fue bajo.

49

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

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
 Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

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

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

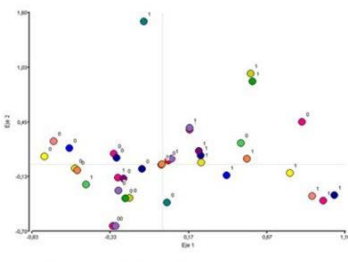
Introducción: La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad sistémica inflamatoria crónica autoinmune degenerativa, que se caracteriza por la poliartritis periférica, generalmente simétrica de articulaciones pequeñas. Provoca alteraciones y discapacidades. Los pacientes con AR, aumentan los costos directos e indirectos de la salud pública. Entre las articulaciones comprometidas la Sociedad Argentina de Reumatología cita: "inflamación articular en forma simétrica de pequeñas y grandes articulaciones como manos, pies, rodillas, codos, hombros, caderas, pudiendo comprometer articulaciones diartrodiales como las temporomandibulares (A.T.M.) y cricoartritenoides".

Objetivos: • Proporcionar una herramienta útil y práctica para el médico reumatólogo frente a la decisión de interconsultas odontológicas. • Confeccionar un cuestionario que permita una evaluación certera a grandes poblaciones en menor tiempo. • Elaborar un instrumento útil para valorar daño articular temporomandibular.

Materiales y Métodos: Se confeccionó un cuestionario. Se decidió la información necesaria que debía proporcionar. Se revisó la bibliografía. Se eligió el tipo de cuestionario. Se definieron códigos, puntuaciones y escalas. Se diseñó el formato. Se eligió el orden de las preguntas. Se realizó una prueba piloto de seis meses. Se revisó nuevamente el cuestionario. Se sometió a Evaluación de Expertos, analizando viabilidad, fiabilidad, repetibilidad, sensibilidad y validez (lógica de contenido, de criterio y de constructo), esto se efectivizó por grillas que completaron los expertos con múltiples ítems para cada pregunta en particular. Se evaluó la consistencia interna por el alfa de Cronbach. Se realizó análisis de correspondencia de factores. El presente trabajo se encuentra dentro del Proyecto aprobado por el Cies de la Institución (no se escribe el nombre por solicitud del reglamento).

Resultados: Se concretó un cuestionario de veinte preguntas, el tiempo para completarlo no excede los cinco minutos. Demostró consistencia interna con un alfa de Cronbach dio 0,76. Se adjuntan los análisis de correspondencia de los factores y el Chi Cuadrado. Se agilizó operativamente el sistema de derivaciones en la Institución. Se consiguió un instrumento que permite un rápido análisis estadístico en relación a la articulación temporomandibular de los pacientes con artritis reumatoide. Se optimizó la respuesta terapéutica en los pacientes afectados, brindándoles una solución holística.

Conclusiones: Se considera que la implementación del cuestionario permite acelerar los tiempos para las interconsultas entre Servicios. Integra el accionar de los distintos especialistas, reconociendo al paciente como una unidad, que debe ser abordado interdisciplinariamente si se pretende el éxito terapéutico.



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

51

0051 - OSTEONECROSIS MULTIFOCAL

Modalidad: Poster Casos Clínicos Adultos
 Unidad Temática: SERIE DE CASOS
 Unidad Temática 2: IMAGENES/ECO/US/RM

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

Objetivos: La osteonecrosis multifocal (ONM) está definida por la presencia de lesiones de osteonecrosis ósea avascular (NOA) en tres o más sitios anatómicos diferentes, en forma simultánea o secuencial. Representa el 3% de todas las NOAs. La fisiopatogenia de la NOA es controversial: predisposición genética, factores metabólicos y factores locales llevan a la hipoperfusión con isquemia e infarto óseo. Los pacientes con ONM pueden tener múltiples condiciones médicas subyacentes. El reconocimiento temprano de todas las articulaciones afectadas es clave para minimizar el deterioro funcional. El centellograma óseo corporal total tiene un 25% de falsos negativos. La RMN constituye el gold standard para el diagnóstico temprano, previo al colapso óseo. A fin de evitar el colapso de las epifisis afectadas, la descompresión quirúrgica por perforación única o múltiple (forage) es un procedimiento a considerar en pacientes con ONM. Presentamos 2 pacientes con enfermedad del tejido conectivo y diagnóstico de ONM.

Resultados: CASO 1: Mujer, 36 años de edad con diagnóstico de enfermedad mixta del tejido conectivo que presentó fenómeno de Raynaud, poliartritis, pleuropericarditis, FAN 1/640 moleado, anti RNP (+), trombocitopenia y anticoagulante lúpico (LAC) (+). Recibió ciclofosfamida IV mensual, nifedipina y aspirina con buena evolución clínica. Cinco años después, consulta por disnea clase funcional III y gonalgia derecha. Ecocardiograma Doppler: Presión sistólica de arteria pulmonar 96 mmHg. RMN de rodillas: NOA extensa femorotibial bilateral. Centellograma óseo corporal total: hipercaptación en ambas rodillas, codo y hombro derechos y tobillo izquierdo compatible con ONM. Anti-cardiolipina (aCL) IgG (+) 44 UGPL e IgM (+) 33 UMPL y déficit de antitrombina III del 49%. Centellograma V/Q: sin evidencia de tromboembolismo pulmonar. Recibió vasodilatadores y acenocumarol con mejoría de su clase funcional y buena evolución de lesiones de ONM sin colapso articular. CASO 2: Mujer, 32 años de edad con antecedentes de asma y sinusitis crónica. Consulta por disuria y dolor cólico lumbar persistente, se constata eosinofilia periférica >10% en 2 oportunidades y hematuria. ANCA-C y P, anti-MPO y anti-PR3 negativos. FAN, anti-DNA, anti-Ro y anti-LA negativos. TAC de senos paranasales y tórax: engrosamiento mucoso de senos paranasales y engrosamiento pleural biapical. PET-TC corporal total: aumento de actividad metabólica en ambos senos maxilares. Biopsia de seno paranasal izquierdo: eosinofilia tisular mucosa del 20%. Diagnóstico: granulomatosis eosinofílica con poliangeítis. Recibe corticosteroides 0.5 mg/kg/día. Agrega episodios de sudoración, parestesias y disestesias generalizadas con taquicardia, hipotensión arterial y piloerección. Ligeramente aumento de enzimas musculares con RMN muscular de brazos y muslos normal. EMG: neuropatía de fibras finas con compromiso de tipo simpático con disautonomía. Se agrega azatioprina 150 mg/día, bisoprolol, fluticasona, plasmaféresis y gammaglobulina IV. Ante falta de respuesta a estos tratamientos recibe meplizumab 300 mg/mes SC con buena respuesta clínica excepto del compromiso neuropático. En RMN muscular de brazos y muslos de control se observan imágenes de ONM de ambas cabezas y diáfisis humerales y femorales. LAC, aCL IgG e IgM, anti-beta2 glicoproteína-1 IgG e IgM y otros factores protrombóticos negativos. Se realizó forage de las 4 áreas afectadas con buena evolución y sin aplastamiento de las cabezas femorales y humerales. **Conclusiones:** En pacientes con NOA es muy importante considerar la posibilidad de ONM a veces oligosintomática y enmascarada por la enfermedad de base. El objetivo es evitar el colapso de las epifisis afectadas e instaurar el tratamiento temprano y adecuado: anticoagulación oral en síndrome antifosfolípido y descompresión quirúrgica con forage como procedimiento temprano.

81

0081 - EVALUACION DEL SCORE DE AGAPSS EN PACIENTES CON SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO Y SU RELACION CON EL RIESGO DE TROMBOSIS

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO

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

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

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

Table with 5 columns: Variable, SAF primario (n=48), SAF asociado a EAI (n=23), and P. Rows include Sexo femenino, Edad Mediana, Etnia, HTA, Dislipidemia, DBT, Obesidad, Índice masa Corporal, Tabaquismo, Sedentarismo, Trombosis, and Comorbilidad obstétrica.

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

Table with 8 columns: aGAPSS score, SAF Primario (Obstétrico, Trombótico, Ambas), p, SAF Asociado a otra EAI (Obstétrico, Trombótico, Ambas), p. Rows show aGAPSS ≤ 10 and aGAPSS > 10.

Objetivos: Evaluar el comportamiento del score de aGAPSS en pacientes con SAF primario y asociado a EAI.
Materiales y Métodos: Se realizó un análisis transversal de un registro prospectivo, multicéntrico, de pacientes ingresados en el Registro de Anticuerpos Antifosfolípidos del grupo de estudio de Síndrome Antifosfolípidico (SAF) de la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR), utilizando la plataforma ARTHROS Web.
Resultados: De los 237 pacientes que componen el registro, 143 fueron incluidos en este estudio, 86 (60.13%) con criterio de SAF primario y 57 (39.86%) de SAF asociado a EAI.
Conclusiones: En el análisis del score de aGAPSS en pacientes con SAF primario y asociado a otras EAI, no encontramos una asociación significativa con el desarrollo de manifestaciones trombóticas y morbilidad obstétrica.

84

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

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

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

Introducción: Datos de la vida real muestran que las drogas modificadoras de la enfermedad convencionales (DME-c) y los corticoides sistémicos (CS) continúan siendo frecuentemente utilizados en pacientes con Espondiloartritis axial (EsPax) a pesar de no estar recomendados para su tratamiento.
Objetivos: Evaluar la prevalencia del tratamiento con DME-c y CS en pacientes con EsPax, analizar los factores asociados a su uso y estimar la sobrevida de dichos tratamientos.
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EsPax (criterios ASAS 2009).
Resultados: Se incluyeron 244 pacientes con EsPax, 186 de sexo masculino (76%) con edad mediana (m) de 46 años (RIC 35-57) y tiempo mediano de evolución de 17.5 años (RIC 8.85-29.85).

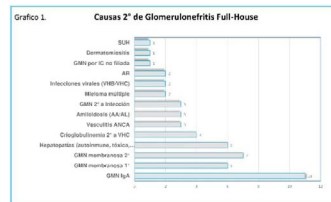
85

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

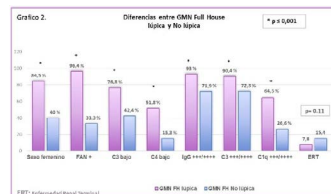
Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO/ANTIFOSFOLÍPIDOS

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

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



al momento de la biopsia de 41.1 años (DS 16.0) y una mediana de seguimiento post biopsia de 2.9 años (RIC 0.4-6.8 años). 116 pacientes (64.1%) cumplieron criterios de LES (103 con manifestaciones extrarenales y 13 lupus limitado a riñón), 52 presentaron causas secundarias identificables de GMN (Gráfico 1) y 13 permanecieron como GMN FH idiopática. Los pacientes con LES fueron significativamente más mujeres, más jóvenes y presentaron con mayor frecuencia FAN



positivo, anti ADN, C3 o C4 bajo al momento de la biopsia renal (Gráfico 2). En la inmunofluorescencia los pacientes con LES presentaron 3 o 4 cúmulos de IgG, C3 y C1q con mayor frecuencia que los no lúpicos (p < 0.001) y menor compromiso moderado/severo del tubulointersticio (p < 0.001). Los pacientes con LES presentaban mayor clearance renal al momento de la biopsia (p < 0.001) y recibieron en mayor proporción tratamiento con corticoides (p < 0.001) e inmunosupresores (p < 0.001). En el análisis multivariado los factores que permanecieron asociados con el diagnóstico de LES como causa de la GMN FH fueron: sexo femenino, edad más joven, FAN, anti ADN positivos y depósitos de 3 o 4 cúmulos de C1q. Tener una GMN FH asociada a LES fue protectora de ERT (Enfermedad Renal Terminal) en el análisis univariado (HR 0.03, IC 95% 0.13-0.89) pero esta asociación no fue significativa en el análisis multivariado ajustado por haber recibido tratamiento con corticoides o inmunosupresores.
Conclusiones: En nuestra cohorte, un 35.9% de las GMN FH no fueron asociadas a LES. El hecho de ser mujer, más joven, con anticuerpos FAN o anti ADN positivo y con depósitos marcados de C1q en la biopsia renal se asociaron al diagnóstico de LES.

86

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

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN

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

Introducción: El avance en el tratamiento y seguimiento de los pacientes con cáncer conlleva la necesidad de trabajo multidisciplinario, donde el rol del reumatólogo se justifica para la pesquisa de enfermedades reumáticas que pueden condicionar la toma de decisiones terapéuticas oncológicas, así como para la evaluación, tratamiento y seguimiento de eventos adversos del tratamiento oncológico relacionados a la especialidad.

Objetivos: Describir los resultados de la incorporación del reumatólogo como parte del equipo de trabajo multidisciplinario de valoración del paciente oncológico en nuestro Instituto, para la pesquisa de enfermedades reumáticas en los pacientes con cáncer.

Materiales y Métodos: Se evaluaron en forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes que concurren al Servicio de Inmuno-reumatología derivados por distintos servicios del mismo Instituto, desde febrero a agosto de 2020. Se incluyeron los pacientes que hubieran sido evaluados al menos en dos ocasiones o que tuvieron diagnóstico preexistente de enfermedad reumática confirmada por un médico reumatólogo y fueran derivadas para seguimiento. Estudio descriptivo. Resultados: De 54 interconsultas, se incluyeron 34 pacientes (21 mujeres). Media de edad 61.70 ± 13.43 años. Tipo de cáncer: mama 8, renal 6, vejiga 4, Linfoma no Hodgkin 3, próstata 2, otros 5. Veintinueve pacientes presentaban enfermedad oncológica avanzada. De los 34 pacientes, 10 (29%) presentaban diagnóstico de enfermedad reumática o síndrome paraneoplásico previo al momento del diagnóstico oncológico: Osteoartritis (2 pacientes), Artritis gotosa (2), Artritis Reumatoidea, Fibromialgia, Vasculitis leucocitoclástica, Dermatomiositis, síndrome SR3PE, Síndrome de Sjögren, a 18 (53%) se les realizó diagnóstico durante la consulta: Osteoartritis (5), artralgiyas inespecíficas (3), Esclerosis Sistémica (2), Polimialgia Reumática (2), tendinitis (2), Síndrome artralgia asociada a inhibidores de aromatasa, Espandilitis Anquilosante, reacción sarcoidal y Síndrome Antifosfolípido y a los 6 (18%) pacientes restantes se les descartó patología reumática y se diagnosticó evento adverso por tratamiento oncológico o progresión de la enfermedad de base. A dos pacientes que estaban recibiendo inhibidores de punto control inmunitario se les diagnosticó: Polimialgia Reumática (que requirió tratamiento con corticoide), y artritis de rodilla y un paciente que los había recibido se le diagnosticó Espandilitis Anquilosante (requirió tratamiento con meloxicam). El diagnóstico de enfermedad reumática motivó el cambio de tipo de tratamiento oncológico que iba a iniciarse (inhibidores de los puntos de control inmunitario) en 2 casos, suspensión transitoria del tratamiento oncológico en 3 casos y suspensión definitiva en un caso, requirió tratamiento del evento adverso en 6 casos y no motivó cambio de conductas oncológicas en el resto de los casos.

Conclusiones: En más de la mitad de los casos derivados al Servicio de Inmuno-Reumatología se realizó diagnóstico de enfermedad reumática por primera vez. Por tanto, la integración del reumatólogo a este equipo de trabajo es importante para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de patología reumática, para ayudar al oncólogo a evaluar con mayor precisión riesgos y beneficios de la elección del tratamiento a instaurar (sobre todo inmunoterapia), hacer seguimiento y tratamiento de los eventos adversos y determinar en forma conjunta la posibilidad de continuidad o suspensión del tratamiento oncológico en estos casos.

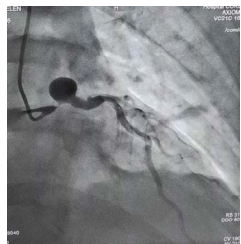
87

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

Modalidad: Poster Casos Clínicos Adultos
Unidad Temática: VASCULITIS/ POLIMIALGIA REUMÁTICA

FIGUEROA, Rosa María(1) QUAGLIA, María Isabel(1) TISSERA, Yohana Soledad(1) SAVIO, Verónica Gabriela(2) ALBIERO, Juan Alejandro(2) GOBBI, Carla(3) ALBA, Paula Beatriz(2)

HOSPITAL CORDOBA Y UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA (1); UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, CÁTEDRA DE SEMIOLOGÍA, HOSPITAL CORDOBA, FCM, UNC (2); UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, SERVICIO CLÍNICA MEDICA, HOSPITAL CORDOBA. (3)



Objetivos: INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Behcet (EB) es una afección inflamatoria, multisistémica, crónica. Presenta comúnmente aftas orales y genitales, uveítis y menos frecuente la afectación del sistema nervioso central y cardiovascular. El compromiso cardiovascular arterial es raro, secundario a vasculitis, con peor pronóstico y favorece la aparición de aneurismas y trombosis. El tratamiento es la inmunosupresión, eventualmente anticoagulación y en el caso de aneurismas coronarios, cirugía y técnicas endovasculares. Se presenta el caso de una mujer con antecedentes de enfermedad de Behcet y compromiso coronario.

Resultados: CASO CLÍNICO: Mujer de 33 años, con antecedente de enfermedad de Behcet con compromiso mucocutáneo desde hace 5 años, recibió tratamiento con Azatioprina y corticoides. Hace 2 años presentó trombosis de seno cavernoso, por lo que inició anticoagulación y Ciclofosfamida. Consulta por dolor precordial desencadenado por el esfuerzo de 4 meses de evolución, sin irradiación, que mejoraba con el reposo, 3 días previos a la consulta agrega dolor abdominal intenso, irradiado a zona lumbar, refractario a analgésicos, se diagnostica aneurisma de aorta abdominal infrarenal y es sometida a cirugía. En el posquirúrgico inmediato, evoluciona con dolor precordial intenso con supradesnivel del ST en aVR, elevación de enzimas cardíacas e hipertensión, se inicia tratamiento médico y se programa cinecoronariografía (CCG). En la CCG se evidencia aneurisma de mediano tamaño en arteria coronaria derecha, trombosis de tercio distal de la arteria descendente anterior. Se decide iniciar pulsos de metilprednisolona. Repite dolor anginoso con infradesnivel de ST, se coloca stent en descendente anterior. Se inicia inmunosupresión con Adalimumab.

Conclusiones: DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN: La afectación arterial es una complicación tardía con una prevalencia del 3% al 5% en EB, siendo las más afectadas las arterias pulmonares y aorta y menos frecuentemente las arterias coronarias en 0.5 al 1%. Ocurre mayormente en el sexo masculino. En contraste con otras patologías reumáticas, como la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico, no se asocia a aterosclerosis acelerada, sino que se produce por compromiso de la enfermedad. En cuanto al tratamiento se sabe que la inmunosupresión produce remisión del compromiso cardíaco por EB, el uso de anticoagulación y técnicas endovasculares continúa siendo polémica pero son válidas para el tratamiento de los aneurismas coronarios y trombosis. Como conclusión resaltamos la importancia de sospechar compromiso coronario en pacientes jóvenes con EB aun sin factores de riesgo cardiovasculares tradicionales, para optimizar el tratamiento adecuado y prevenir complicaciones.

: DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN: La afectación arterial es una complicación tardía con una prevalencia del 3% al 5% en EB, siendo las más afectadas las arterias pulmonares y aorta y menos frecuentemente las arterias coronarias en 0.5 al 1%. Ocurre mayormente en el sexo masculino, a diferencia de nuestro caso. En contraste con otras patologías reumáticas, como la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico, no se asocia a aterosclerosis acelerada, sino que se produce por compromiso de la enfermedad. En cuanto al tratamiento se sabe que la inmunosupresión produce remisión del compromiso cardíaco por EB, el uso de anticoagulación y técnicas endovasculares continúa siendo polémica pero son válidas para el tratamiento de los aneurismas coronarios y trombosis. Como conclusión resaltamos la importancia de sospechar compromiso coronario en pacientes jóvenes con EB aun sin factores de riesgo cardiovasculares tradicionales, para optimizar el tratamiento adecuado y prevenir complicaciones.

88

0088 - NEUTROPENIA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

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

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

Introducción: Las manifestaciones hematológicas en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) son frecuentes. La leucopenia se presenta en el 50-60% de los casos, pero sólo el 17% tiene un recuento leucocitario <1000/mm3. La neutropenia en los pacientes con leucopenia ocurre entre un 20-40%, dependiendo esto del valor de corte usado. Mecanismos posibles de neutropenia descriptos son: (1) aumento en la destrucción de granulocitos periféricos por anticuerpos antineutrófilos, (2) cambios en el pool esplénico y marginal o mayor marginación, (3) disminución en la producción medular, y (4) la fijación del complemento a la superficie celular por unión a los anticuerpos antineutrófilos, con la consiguiente destrucción por monocitos. La formación de NETs contribuye en la producción de IFN-1 a partir de plasmocitos y células dendríticas causando daño endotelial y cambios protrombóticos. La NETosis y clearance anormal apoptótico, promueven mayor formación de antígenos y consiguientes autoanticuerpos. Las consecuencias infecciosas de la neutropenia en LES se desconocen.

Objetivos: -Describir la relación entre neutropenia al momento del diagnóstico de LES con variables clínicas y de laboratorio. -Describir la asociación de infecciones con la presencia de neutropenia.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron pacientes con LES (SLICC 2012) de la cohorte del sanatorio al momento del diagnóstico. Se consignaron variables demográficas y asociadas a la enfermedad (criterios clínicos y de laboratorio). Escala de actividad: SLEDAI-2k. Laboratorio: recuento de neutrófilos, presencia de linfopenia, plaquetopenia, proteinuria de 24hs, Anti DNA, ENAs, C3, C4, antifosfolípidos. Se dividieron en dos grupos según la presencia de neutropenia (<1500/mm3) y se realizó análisis multivariado con las variables clínicas y de laboratorio. Subgrupo neutropenia severa (<500/mm3) En pacientes con neutropenia se evaluó la presencia de infección viral, bacteriana, tratamiento con GM-GSF. Análisis Estadístico: se presenta como medias \pm DS (variables continuas) y porcentaje (variables categóricas). Prueba T-Test o Mann Whitney para comparar variables independientes de acuerdo a su distribución. Para estadística inferencial: prueba t de Student y Chi Cuadrado (X2) para variables cualitativas. Estadísticamente significativo: $p < 0.05$. Resultados: n=70 pacientes. Mujeres 59 (84%), edad media 38.6 años (18-72). Leucopenia 24 (34%), Linfopenia 30 (42.8%), Neutropenia 12 (17%), severa 2 (2.8%), Plaquetopenia 7 (10%). Grupo con Neutropenia: SICCA 12 (100%), INL 1.33 (DS 0.69), infecciones: VEB IgM + 1/12, Parvovirus y CMV solicitados y negativos 2/12. PAMO realizada 1/12: normal. GM-GSF 2/12. Infección 2/12: urinaria.

Conclusiones: Observamos en nuestro estudio correlación estadísticamente significativa entre neutropenia con síntomas SICCA, leuco y linfopenia. La presencia de infección fue baja (16%). 2 requirieron GM-GSF (aquellos con neutropenia severa) sin haber presentado eventos adversos. Observamos menor prevalencia de neutropenia que la referida en la literatura, bien podría ser esto debido a que en los artículos hallados se habla de neutropenia a lo largo del seguimiento de pacientes lúpicos y no sólo al diagnóstico. No hallamos correlación con dominios de afectación del LES, severidad del mismo al diagnóstico, elevado porcentaje de infección, ni eventos adversos asociados al uso de GM-GSF. Se requieren mayores estudios con mayor número de pacientes y prospectivos para evaluar si la neutropenia tiene alguna relevancia en el LES en sí o en sus enfermedades asociadas.

89

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

Modalidad: Poster Casos Clínicos Adultos
Unidad Temática: SÍNDROME DE SJÖGREN

FIGUEROA, Rosa María(1) QUAGLIA, María Isabel(1) TISSERA, Yohana Soledad(1) SAVIO, Verónica Gabriela(2) ALBIERO, Juan Alejandro(2) GOBBI, Carla(3) ALBA, Paula Beatriz(2)

HOSPITAL CORDOBA Y UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA (1); UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, CÁTEDRA DE SEMIOLOGÍA, HOSPITAL CORDOBA, FCM, UNC (2); UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, SERVICIO CLÍNICA MEDICA, HOSPITAL CORDOBA. (3)



Objetivos: INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Sjögren (SS) es una exocrinopatía crónica autoinmune, que puede presentar manifestaciones extraglandulares, dentro de las que se incluyen: Neuritis Óptica (NO), Mielitis Transversa Aguda (MTA), Mielitis Transversa Longitudinal Extensa (LETM), vasculitis cerebral, neuropatía periférica. El Espectro de trastornos de Neuromielitis Óptica (ENMO) es una enfermedad autoinmune del Sistema Nervioso Central (SNC), para el cual se definen Criterios Diagnósticos basados en la clínica, neuroimágenes y la presencia de Ac anti-AQP4, anti-MOG (o seronegatividad de uno o ambos). El ENMO puede asociarse con enfermedades autoinmunes organoespecíficas como la Mastenia Gravis y la Tiroiditis Autoinmune, y no organoespecíficas como el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y SS, presentando asociación serológica con anticuerpos Antinucleares (ANA) y anti-Ro/La-ti-La. Objetivo: Revisar las manifestaciones neurológicas y sus diagnósticos diferenciales en un paciente con SS, y la asociación con el ENMO.

Materiales y Métodos: CASO CLÍNICO: Mujer de 56 años que consulta por parestesias y disestesias en región dorsal del hemitórax izquierdo de 15 días de evolución, constatándose una banda de hiperplasia bilateral dorsal. Examen Físico: Paresia en miembro inferior izquierdo. Inicialmente se sospechó Herpes-zoster e inició Aciclovir empírico, pero no presentó lesiones dérmicas ni mejoría clínica por lo que se suspendió. APP: Enfermedad Celíaca, Hipotiroidismo y SS diagnosticado hace 17 años, medicada actualmente con Hidroxicloroquina, Ácido Fólico y Metotrexato. Un año y medio previo a la consulta presentó artritis de pequeñas articulaciones por lo que fue tratada con Adalimumab por 5 meses y posteriormente suspendido por falta de evolución. Vacunada para Herpes-Zoster previo a dicho tratamiento. Estudios solicitados: Laboratorio: ANA+ patrón nuclear moteado > 1/640, Ro 2.19 (positivo), Vitamina B12 normal, serologías virales negativas. RMN dorsal: Hiperseñal en T2 y STIR T2 que compromete de forma difusa el cordón medular dorsal, entre D5 y D8 compatible con LETM, con sospecha de Neuromielitis Óptica. Anticuerpo anti-AQP4 positivo. En la instancia aguda se realizó 3 pulsos de Metilprednisolona y posteriormente continuó tratamiento con Rituximab.

Resultados: DISCUSIÓN: El ENMO es una patología autoinmune e inflamatoria crónica del SNC, que desde el descubrimiento de la inmunoglobulina G anti-AQP4 se considera una entidad completamente distinta a la Esclerosis Múltiple. El diagnóstico incluye la presencia de NO y MTA asociados a positividad para Ac anti-AQP4 y hallazgos patológicos en RMN. Se evaluaron como diagnósticos diferenciales causas infecciosas, metabólicas, tóxicas y oncológicas. Es importante mencionar que el tratamiento con Adalimumab, puede generar desmielinización del SNC, produciendo NO y MTA entre otras, pero no está descrita la LETM; y por otra parte las manifestaciones neurológicas ocurren desde el inicio del tratamiento hasta un máximo promedio de 5 meses, con remisión clínica neurológica luego de suspenderlos.

Conclusiones: CONCLUSIÓN: La asociación de el ENMO con enfermedades autoinmunes es de escasa frecuencia y representa la coexistencia de 2 enfermedades autoinmunes más que una complicación secundaria a la enfermedad sistémica autoinmune.

: Es de relevancia resaltar que la asociación de ENMO con enfermedades autoinmunes es de escasa frecuencia y que representa una coexistencia de 2 enfermedades autoinmunes más que una complicación secundaria a la enfermedad sistémica autoinmune.

113

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

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

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

Introducción: Ixekizumab (IXE) es un fármaco aprobado para el tratamiento de pacientes adultos con AP activa y PSO moderada a severa. La eficacia de IXE se comparó con adalimumab (ADA) en pacientes con AP y PSO concomitante en el estudio SPIRIT-H2H (NCT03151551). Informamos los resultados alcanzados en las semanas 24 y 52 del análisis de subgrupos basados en la severidad de la psoriasis basal

Materiales y Métodos: SPIRIT-H2H fue un estudio de 52 semanas multicéntrico, aleatorizado, abierto, con enmascaramiento para los evaluadores y con grupos paralelos, que evaluó a pacientes con AP y PSO (>de superficie corporal afectada) no tratados anteriormente con FARME biológicos (N=566). Los pacientes fueron asignados de manera aleatorizada (la aleatorización se estratificó según el uso simultáneo de FARME sintéticos convencionales y severidad de la PSO) a tratamiento con IXE o ADA. Los pacientes recibieron la dosis aprobada en función de la severidad de la PSO. Informamos los resultados de eficacia a las semanas 24 y 52 de un análisis de subgrupos de pacientes con/sin PSO moderada a severa en el nivel basal. El objetivo primario fue la proporción de pacientes que alcanzaron en forma simultánea ACR50 y PASI 100 en la semana 24. También se realizó un análisis post-hoc adicional para otros objetivos. Se realizaron modelos de regresión logística utilizando como variables independientes el tratamiento, la severidad de la PSO basal y la interacción entre el tratamiento y la severidad de la PSO en el nivel basal. Los datos faltantes se imputaron usando la imputación de no respondedores. Las diferencias en la proporción de pacientes con respuesta se evaluaron mediante la prueba exacta de Fisher.

Resultados: 49/283 pacientes tratados con IXE y 51/282 pacientes tratados con ADA tenían PSO moderada a severa al inicio del estudio. La proporción de pacientes tratados con IXE que alcanzó el resultado primario combinado de ACR50+PASI100, y PASI100 fue mayor que la del grupo tratado con ADA en las semanas 24 y 52, independientemente de la severidad de la PSO (Tabla). En relación con las articulaciones se observó una eficacia similar con IXE y ADA en ambos subgrupos. Una mejoría más rápida se vio en el grupo de IXE vs. ADA en la remisión medida por el índice de actividad mínima de la enfermedad (MDA) y actividad de la enfermedad en artritis psoriásica (DAPSA), independientemente de la severidad de la PSO, y muy baja actividad de la enfermedad (VLDA) en los pacientes con PSO moderada a severa.

Conclusiones: En pacientes con AP activa, una proporción significativamente mayor de pacientes tratados con IXE alcanzaron el resultado primario combinado ACR50+PASI100 y PASI100 en la semana 52 comparado con los tratados con ADA, independientemente de la severidad de la PSO en el nivel basal. La respuesta ACR50 en las semanas 24 y 52 no se vio afectada por la dosis de IXE. Se observaron respuestas más rápidas en la remisión de los índices MDA y DAPSA con IXE que con ADA. Estos resultados fueron congruentes con los observados en la población general de SPIRIT-H2H.

114

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

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

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

HOSPITAL SMLAGO

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

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

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

Conclusiones: La amiloidosis se detectó en 1/3 de los pacientes con AR, todos a partir de los 5 años de evolución de la AR y en la mayoría comportamiento subclínico de la misma con respecto a las manifestaciones renales.

116

0116 - VARIABLES CLÍNICAS E HISTOLÓGICAS RELACIONADAS CON MALA EVOLUCIÓN RENAL EN PACIENTES CON VASCULITIS ASOCIADA A ANCA

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

BATTAGLIA, Ana Cecilia(1) PERROTTA, Natalia Andrea(1) MEDINA, Gustavo(1) DUBINSKY, Diana(1) PINO, Maria(1) DE ROSA, Marcelo(2)

DIVISIÓN REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS, UBA (1); HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, CABA (2)

Introducción: En VAA con compromiso renal, la clasificación histológica es el indicador que se ha asociado con pronóstico renal. Sin embargo, frecuentemente no se cuenta con la misma, por lo cual se intentan encontrar marcadores pronósticos clínicos.

Objetivos: Describir variables clínicas e histológicas que se asocian a insuficiencia renal en pacientes con VAA. **Materiales y Métodos:** Estudio de casos y controles, descriptivo, retrospectivo corte transversal. Pacientes: VAA con biopsia renal entre 2009 y 2019 con glomerulonefritis paucimmune o histología compatible: focal, esclerótica, crescénica, mixta. Variables: Mala evolución renal: IRC (3 meses o mas de CíCr < 60 ml/min) y/o ERT (necesidad de diálisis), edad, sexo, retraso diagnóstico, retraso en inicio del tratamiento, tipo de tratamiento, comorbilidades, tipo de vasculitis (GPA, PAM, VLR), ANCA, FFS, BVAS, VDI, clase histológica, anemia, hipoalbuminemia, HDL baja, hipocomplementemia. Se utilizó cantidad y porcentaje, media y desvío estándar o mediana y rango intercuartil. Para asociación entre variables: t de Student o U de Mann Whitney. Categoricals: chi cuadrado o test exacto de Fisher. Nivel de significancia 5%. Epi Info v. 7.2.

Resultados: Se evaluaron 29/32 pacientes. 17/29 (58.6%) tuvieron mala evolución renal y de estos 8/17 (47%) ERT. 18 mujeres (62%). Edad media 52.28 ± 18,7 años. Mediana seguimiento 12 meses (RIQ 17). Comorbilidad más frecuente HTA (31 %), tabaquismo (17.2%), enfermedad CV (6.2%) y dislipemia (3.4%). Todos recibieron esteroides. 28/29 pacientes recibieron ciclofosfamida (CFM), de los cuales 11/29 (40%) tuvieron buena evolución renal. 3 recibieron RTX por GPA de novo, 2/3 junto con CFM, 3/3 tuvieron buena evolución renal. Plasmaféresis en 8 (4 GPA, 2 PAM y 2 VLR), 6/8 evolucionaron a IRC. En 1 se combinó CFM y RTX. Requieren hemodiálisis: 12/29 (41.3%) y 10/12 (83.3%) evolucionaron a IRC (p=0.5). 4 (13.8%) recayeron y de estos 1 evolucionó a IRC. Retraso en el tratamiento: mediana de 5 días (RIC 21). No diferencias significativas con respecto al retraso en el comienzo ni el tipo de tratamiento, entre los que tuvieron mala evolución renal y quienes no (p=0.4). 14/29 (48.3%) con GPA, PAM 8/29 (27.6%) y VLR 7/29 (24.1%). Distribución fenotípica en IRC: GPA (41.2%), VLR (35.3), PAM (23.5%). VLR en su mayoría se asoció a IRC (6/7, 85.7%). GPA y PAM se distribuyeron equitativamente entre ambos grupos. Clases histológicas: crescénica (11/29, 38%), esclerótica (9/29, 31%), focal (3/29, 10.3%), mixta (6/29, 20.7%). Compromiso tubular en 26/29 biopsias (89.7%). Distribución en los pacientes con mala evolución: crescénica (41.2%), focal (5.9%), esclerótica (35.3%), mixta (17.6%), sin diferencias estadísticas con los pacientes que no evolucionaron a IRC. 13/29 (44.8%) tuvieron un valor de FFS de 1, 6/29 (20.7%) de 0, 9/29 (31%) de 2 y 1/29 (3.4%) de 3. Los que evolucionaron a IRC mayoritariamente tenían un FFS > 1 (15/17, 88.2%). Esta distribución no fue significativamente diferente entre los pacientes con buena o mala evolución renal (p=0.18). BVAS basal fue 10 (DS 5.6), no hubo diferencias con respecto a la evolución renal (p=ns). Media de VDI 1.8 (DS 1.7) tampoco tuvo diferencias. 15/29 (51.7%) MPO +, 9/29 (31%) PR3 +, 1/29 (3.1%) ambos +, 20/29 (69%) ANCAp + y de estos 14/20 (70%) MPO +, 8/29 (27.6%) ANCAc+ y de estos 7/8 (87.5%) PR3 +. Creatinina (Cr) basal (mg/dl) fue 5.81 (DS 2.9) para los que evolucionaron a IRC y 1.54 (DS 0.8) para los que no (p=0.000, IC95% 2.4-6.1). La Cr a los 6 meses (mg/dl) fue 3.03 (DS 2) vs 0.95 (DS 0.2) respectivamente (p=0.003, IC95% 0.8-3.3). No diferencias significativas en edad, PCR y VSG, comorbilidades y proteinuria previas al tratamiento. Anemia en todos los pacientes tanto con IRC (p=0.06) como con ERT (p=0.53). Hipalbuminemia en 10 pacientes con IRC (66.7%) (p= 0.7) y en 6 con ERT (85.7%) (p=0.2). HDL baja en 4 pacientes con IRC (33.3%) (p=1) y la mitad de ellos tuvo ERT (p=0.63). Hipocomplementemia en 1 paciente con IRC (9.1%) (p=0.02) el cual no evolucionó a ERT.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes evolucionaron a IRC y de ellos casi la mitad a ERT, siendo en su mayoría GPA. La mayoría de los que evolucionaron a IRC presentaron clase crescénica, a diferencia de la bibliografía donde la clase más frecuente es la esclerótica. Esta diferencia puede deberse a la realización más temprana de la biopsia o las diferentes etnias. Todos presentaron anemia, HDL bajo se observó en un tercio de los pacientes con IRC y en la mitad de los que evolucionaron a ERT. La hipalbuminemia fue frecuente en ambos grupos. No hubo datos de hipocomplementemia en todos los pacientes, pero se observó que un solo paciente evolucionó a IRC.

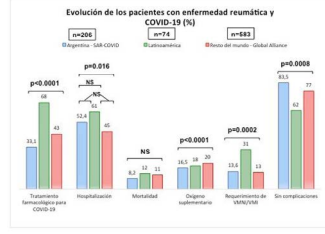
120

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

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

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

Table with 6 columns: Variable, SAR-COVID (n=74), LATINOAMERICANA (n=583), GLOBAL (n=583), DE (n=74), DE (n=583), DE (n=583). Rows include Demografía, Comorbilidades, Diagnóstico, Tratamiento, etc.



Introducción: La infección por SARS CoV-2 ha irrumpido recientemente en la escena mundial, y aún es insuficiente el conocimiento del curso de esta infección en pacientes con enfermedades reumáticas...

Materiales y Métodos: El SAR-COVID es un registro nacional, multicéntrico, prospectivo y observacional. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años...

Resultados: Se incluyeron 206 pacientes de Argentina, 74 pacientes de América Latina y 583 del resto del mundo, en su mayoría mujeres en los tres grupos (80.6%, 73% y 71% respectivamente)...

Conclusiones: Los pacientes con enfermedades reumáticas y COVID-19 de Argentina reportados en este registro, recibieron menos tratamiento farmacológico específico para COVID-19 y presentaron menos complicaciones...

124

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

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS

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

Table with 2 columns: Variable and n(%) or n(%) (95% CI). Rows include IMC, HTA, DIABETES, INSUFICIENCIA CARDIACA, HIV, Insuficiencia renal crónica, ACAIA, EPOC, Ansiedad/depresión, Cáncer en remisión, EIR, Úlcera, Psoiriasis, Artritis, Vacuna anti-influenza, Vacuna anti-neumococo, Metotrexato, Leflunomida, Anti-TNF, Secukinumab, Tefacitinib, Ustekinumab, Ixekizumab, Enlaxaril, Losartán.

Introducción: Existen escasos datos a nivel mundial sobre el comportamiento del SARS-COV-2 en pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas...

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

Materiales y Métodos: se incluyeron pacientes >= 18 años, con diagnóstico de Espondiloartritis axial (EspAax) radiológica (EA) y no radiológica (EspAax-rr), Espondiloartritis periférica (según criterios ASAS) y Artritis psoriásica (APS)...

Resultados: Se incluyeron 320 pacientes, de los cuales 55% son de sexo masculino, con una edad media de 50 (DE 13). El 21.0% tenía diagnóstico de EA, 6.9% EspAax-rr, 6.9% EspAa, y 64.7% APS. La mediana de tiempo de evolución su enfermedad fue de 11 años (5-16)...

125

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

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

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

Introducción: La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad crónica y discapacitante que se relaciona con dificultades tanto en actividades de la vida diaria como laborales...

Objetivos: 1) Obtener cuestionarios para el reporte de dificultades laborales y adaptaciones en el ámbito laboral para pacientes con AR laboralmente activos...

Materiales y Métodos: Se desarrollaron dos cuestionarios auto-administrados. DificultadLAR: dificultades laborales en AR compuesto por 9 preguntas con 4 opciones de respuesta en escala de Likert (codificadas de 0 a 3, mayor valor a mayor dificultad)...

Conclusiones: Se lograron cuestionarios para dificultades y modificaciones laborales con aceptable confiabilidad y validez de constructo. El 87% presentó alguna dificultad laboral...

127

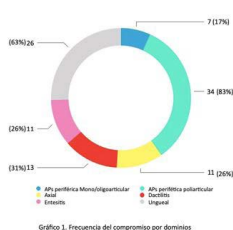
0127 - ANÁLISIS DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y ROL DE LA ECOGRAFÍA CAROTÍDEA EN UNA COHORTE DE ARTRITIS PSORIÁSICA

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS

QUAGLIA, María Isabel (1) SAVIO, Verónica Gabriela(1) TISSERA, Yohana Soledad(1) ALONSO, Carla Gimena(1) ALBIERO, Juan Alejandro(1) GOBBI, Carla(2) MALDINI, Carla(1) LEWIS, Daniela(3) CASTRILLÓN, María Elena(3) ALBA, Paula Beatriz(1)

CÁTEDRA DE SEMIOLOGÍA, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC (1); CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA I, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC (2); HOSPITAL ITALIANO CÓRDOBA (3)

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



Introducción: La Artritis Psoriásica (APs) es una enfermedad articular inflamatoria crónica. Se asocia con una mayor morbilidad cardiovascular (CV) por aumento de los factores de riesgo CV clásicos y por inflamación sistémica sostenida. EULAR sugiere la evaluación del riesgo CV a través del SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation) por el factor 1.5 e incluye a la ultrasonografía (US) para la detección de Aterosclerosis subclínica (ATEsc). Algunos estudios objetivaron que

los scores de riesgo CV lo subestimaban; por lo que la US carotídea (USc) podría recategorizar el riesgo CV intermedio y bajo en categorías más altas e influir en el tratamiento.

Objetivos: Evaluar el perfil de riesgo cardiovascular a través de SCORE y USc en pacientes con APs.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de corte transversal, en una clínica de Espondiloartritis entre Julio/2019-2020. Inclusión: pacientes con diagnóstico de APs según criterios de Caspar, mayores de 18 años. Exclusión: evento CV previo. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades (Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes (DM), Dislipemia (DLP) y obesidad), tabaquismo, tiempo de evolución de APs, Psoriasis cutánea (Ps), y dominios de la enfermedad. La actividad de la enfermedad se evaluó por PASI, BSA y DAPSA. Se consideró remisión por DAPSA y MDA. Se estratificó el riesgo CV según SCORE. Se definió ATEsc a la presencia de engrosamiento intimal (IMT) y de placa aterosclerótica. Las variables continuas se expresaron como mediana y rangos intercuartiles, las categóricas como frecuencia. Para su análisis se utilizó el test de Chi2 (test paramétrico) o de Fisher (test no paramétrico). Valor de $p < 0.05$ se consideró significativo.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes. La tabla muestra las características clínicas de los pacientes, el gráfico los dominios. El 80.5% (33/41) presentó riesgo CV moderado y 19.5% (8/41) alto-muy alto. Se realizó USc a 38/42 pacientes, el 31.5% evidenció ATEsc: 6 (15.7%) con IMT y 10 placa carotídea (26%). Se relacionó significativamente el grupo con alto riesgo CV a la presencia de ATEsc ($p = 0.01$), presentando hallazgos compatibles el 16% del grupo moderado. No se halló relación entre ATEsc y la ausencia de factores de riesgo CV clásicos ($p = 0.4$); tampoco con el compromiso de la APS según dominios ($p > 0.05$). No se encontró relación entre ATEsc y actividad de la enfermedad ($p = 0.91$), tampoco entre los pacientes con MDA ($p = 0.12$).

Conclusiones: Es fundamental la evaluación del riesgo CV en todos los pacientes con APS. La estratificación por SCORE combinado con la USc para detección precoz de ATEsc son herramientas útiles.

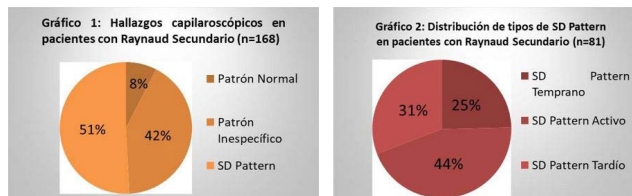
129

0129 - HALLAZGOS DEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS Y CAPILAROSCÓPICOS EN PACIENTES CON FENÓMENO DE RAYNAUD PRIMARIO Y SECUNDARIO

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

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

HOSPITAL RIVADAVIA



Introducción: El Fenómeno de Raynaud (FR) es un trastorno vasospástico episódico reversible desencadenado por el frío o las emociones. Existen dos tipos: primario o secundario, el cual se asocia con enfermedades del tejido conectivo (ETC). La capilaroscopia del pliegue ungüeal es una herramienta sencilla, no invasiva y útil que permite describir las anomalías microvasculares en pacientes con fenómeno de Raynaud secundario a ETC.

Objetivos: Describir los hallazgos de capilaroscopia de pacientes con FR primario y secundario. Comparar las características demográficas y clínicas entre ambos grupos.

Materiales y Métodos: Diseño: estudio observacional, analítico, transversal. Se realizó capilaroscopia del pliegue ungüeal en manos, incluyendo 8 dedos, por médicos capacitados en todos los pacientes remitidos entre Julio y Diciembre de 2019. Asimismo, se documentaron: edad, ocupación, evolución temporal del FR, diagnóstico y tratamiento; alteraciones morfológicas de capilares detalladas como: dilatación del asa aferente, ectasias, megacapilares, tortuosidades, capilares finos y alargados, microhemorragias, arborizaciones, dilatación capilar, capilares entrecruzados, plexo venoso subpapilar; densidad capilar, visibilidad, color y patrón SD (esclerodermia) de acuerdo con la descripción de Cutolo en patrón SD temprano, activo y tardío. Se realizó estadística descriptiva de las variables. Para variables categóricas se utilizó Chi2 y Test exacto de Fisher, para variables continuas t test o Man Whitney, considerando estadísticamente significativa $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 290 pacientes. El 84% (n: 246) eran mujeres. La media de edad en años fue 47 (± 19). Se realizaron 290 videocapilaroscopias del pliegue ungüeal, 122 en pacientes con FR primario y 168 con FR secundario. En los pacientes con FR primario, el 18% (n: 23) de las capilaroscopias fueron normales y el 81% (n: 99) presentaron un patrón inespecífico. Los hallazgos capilarescópicos en pacientes con FR Secundario se muestran en el Gráfico 1 y 2. Los desórdenes más frecuentemente asociados a este grupo fueron Esclerosis Sistémica (ES)(43%), Artritis Reumatoidea (AR) (11%), Lupus Eritematoso Sistémico (8%), Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo (EMTC) (6.5%), Síndrome de Sjogren primario (SSp) (6%) y Síndrome de Superposición (3.5%). En los pacientes con FR secundario, el patrón inespecífico fue lo más frecuentemente observado; según patología de base predominaron los siguientes hallazgos: capilares entrecruzados (LES), capilares arborizados y entrecruzados (EMTC), y ectasias (Ssp). Las patologías que evidenciaron Patrón SD fueron: ES, EMTC, AR, Dermatomiositis, Síndrome de superposición. Al hacer el análisis comparativo entre los pacientes con FR primario y secundario, encontramos diferencias estadísticamente significativas: tiempo de evolución de FR en meses (12 versus 36, $p < 0.01$), presencia de capilaroscopia normal (18,85% versus 7,4%, $p < 0.01$), presencia de patrón inespecífico en capilaroscopia (81,14% versus 41%, $p < 0.01$) en pacientes con FR primario y secundario, respectivamente.

Conclusiones: En el presente estudio se encontraron diferencias clínicas y a nivel capilaroscópico entre los pacientes con FR primario vs secundario. El FR secundario se asoció a un mayor tiempo de evolución del FR y a mayor frecuencia de anomalías capilares, lo cual es consistente con estudios previamente publicados.

128

0128 - MANIFESTACIONES INFRECUENTES DE UNA GRAN SIMULADORA: NEURO-SARCOIDOSIS

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

ANTONIOL, Noelia GARAT, Oscar Emanuel MARRODAN, Mariano HERNÁNDEZ, Micaela Anahí KÖHLER, Alejandro Alfredo CORREALE, Jorge PERANDONES, Carlos E.

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

Objetivos: La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa, multisistémica, con gran variedad de presentaciones clínicas. Los tejidos más frecuentemente afectados son pulmón, piel, ojos y ganglios linfáticos. El compromiso del sistema nervioso central, neurosarcoidosis (NS), es infrecuente representando entre un 5% a 20% en las diferentes cohortes. El pleomorfismo del compromiso neurológico representa un desafío ya que obliga a descartar enfermedades infecciosas, neoplásicas o autoinmunes. El objetivo de este trabajo es describir las variables clínicas, demográficas, métodos diagnósticos y tratamiento utilizados en una serie de casos de pacientes (pts) con NS.

Materiales y Métodos: Se analizaron las historias clínicas de los pts con NS evaluados en un único centro entre los años 2012 al 2020. Los diagnósticos se basaron en los criterios del consenso de NS (2018) clasificando a los pts como NS posible, probable o definida. Se analizaron los datos demográficos, antecedentes, manifestaciones clínicas, estudios complementarios, tratamientos y respuesta clínica.

Resultados: Se detectaron 6 pts (4 Mujeres) con NS en el período de evaluación. La edad media de inicio de síntomas neurológicos fue de 52 años (DE +/- 6,22), el tiempo medio de demora al diagnóstica fue de 19,9 meses (DE +/- 14,3). Tres pts reunieron criterios para NS probable y 3 para posible. Al momento de la evaluación neurológica ningún paciente tenía diagnóstico de sarcoidosis. Todos los pts presentaban afectación sistémica, siendo el compromiso intracraneal (5 pts) y la piel (4 pts) las áreas más afectadas. Los síntomas neurológicos más frecuentes fueron cefalea (5 pts), disminución de agudeza visual (3 pts), neuropatía craneal (3 pts) y déficit motor (3 pts). Cinco pts presentaron enzima convertidora de angiotensina (ECA) elevada en suero. En el líquido cefalorraquídeo se encontró pleocitosis, hiperproteinorraquia y/o hipoglucorraquia en 3 pts y ECA elevada en 5 pts. La resonancia magnética evidenció realce meníngeo y lesiones en sustancia blanca en 4 pts. La confirmación diagnóstica por biopsia se realizó sobre lesiones cutáneas en 2 pts y sobre biopsia ganglionar en 1 paciente. Todos los pts recibieron tratamiento con corticoides (dosis: 20 a 60 mg/día), 3 pts tuvieron buena respuesta y 3 pts requirieron otros tratamientos complementarios (metotrexato, ciclofosfamida).

Conclusiones: La presentación clínica de la NS es heterogénea. Todos los pts presentaban manifestaciones sistémicas sin diagnóstico de Sarcoidosis previo.

: La presentación clínica de la NS es heterogénea. Todos los pts presentaban manifestaciones sistémicas sin diagnóstico de Sarcoidosis previo.

131

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

Modalidad: Póster Casos Clínicos Pediatría
Unidad Temática: PEDIATRÍA

Unidad Temática 2: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO/ANTIFOSFOLÍPIDOS

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

Introducción: Las enfermedades infecciosas, tienen importancia en el diagnóstico diferencial de Enfermedades Reumáticas, como Lupus Eritematoso Sistémico. Es sabido que la Endocarditis Infecciosa (EI) no se limita al compromiso cardíaco, además, se han reportado alteraciones inmunológicas asociadas, cuya implicancia fisiopatológica permanece incierta

Objetivos: Presentar dos casos de EI que mimetizaron o se asociaron a LES.

Resultados: CASO 1: Niño, 11 años con cardiopatía congénita, ingresó en mal estado general, fiebre, taquicardia, palidez y soplo sistólico 4/6 con frémito. Hb: 4.9g/dl, Hto:16%, GB:18600/mm3, plaq:263000/mm3, VSG:100mm, PCR:72.5mg/L, Urea:119mg/dl Cr:5mg/dl, Proteinuria, hemoglobinuria, Índice P/C:2, C3:30, C4:2, Coombs D:++, Ecografía abdominal: esplenomegalia, pérdida diferenciación cortico-medular. Ecocardiograma:L-TGV, derrame pericárdico, disfunciónVI. Tratamiento: transfusión de GRS, ATB, digoxina y diuréticos. Mejoría. Biopsia renal: esclerosis glomerular, semilunas, IF(+): IgG, IgM, C3, C1q. Cultivos negativos. ANA, Ac ADN, ANCA y ENA negativos, antifosfolípidos y anti C1q positivos. Diagnóstico: LES, se indican esteroides. Al mes: fiebre, taquicardia, palidez y soplo continuo 5/6. Hb:7g/dl, GB:5450mm, urea:200mg/dl, Cr:2.83mg/dl, C3:89, C4:15. Ecocardiograma: vegetación en válvula pulmonar, derrame pericárdico. Hemocultivo: StreptococcusViridans. Tratamiento antibiótico.

Conclusiones: Ambos casos representaron un desafío diagnóstico, hasta el día de hoy, uno de ellos, sigue siendo un dilema.

132

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

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDICO

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

Table with 4 columns: Variable, SAF Obstruico (n=52), SAF Trombotico (n=18), and p-value. Rows include Abstruico (<12 semanas), Nacimiento vivo, Prematuro >37 semanas, etc.

Introducción: El Síndrome Antifosfolipídico (SAF) puede ser dividido en Obstétrico y Trombótico en función de sus características clínicas. La etiopatogenia por la cual un grupo de pacientes desarrollan trombosis y otras morbilidad obstétrica, teniendo el mismo perfil de anticuerpos permanece poco comprendida.

Objetivos: Comparar las características clínicas, demográficas y serológicas entre pacientes con SAF y manifestaciones trombóticas aisladas (SAFTa) y aquellas con comorbilidad obstétrica aislada (SAFOa)

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes con SAF Trombótico y Obstétrico, primarios o asociado a enfermedad autoinmune, que fueron ingresados en el Registro Argentino de Anticuerpos Antifosfolipídicos de la Sociedad Argentina de Reumatología. Se analizó la distribución de las variables con frecuencia y porcentajes para las categorías y su asociación mediante el test Chi-cuadrado o Fisher cuando no se verificaban los supuestos. Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar (DE) cuando no había valores atípicos y como mediana y rango intercuartil (RIQ) cuando era más adecuado según la distribución de las mismas. Se realizó la comparación entre los grupos mediante el test de Wilcoxon y cuando había más de dos grupos con el test de Kruskal-Wallis. El análisis se realizó con el software R y las conclusiones se realizaron con un nivel de significación del 5%.

Resultados: Se registraron un total de 238 pacientes, de los cuales 201 (84.81%) eran de sexo femenino. De ellas 122 (60.69%) cumplían criterios de clasificación Sydney para SAF, siendo 47 (38.52%) SAFTa y 52 (42.62%) SAFOa. Hubo 23 (18.85%) pacientes que presentaron tanto eventos trombóticos como obstétricos, por lo cual fueron excluidas del análisis. Los pacientes con SAFTa presentaron más frecuentemente hipertensión arterial (HTA) y dislipidemia versus SAFOa. La edad también fue mayor en este grupo de pacientes, así como la asociación con Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Si bien no se encontraron diferencias respecto al perfil de anticuerpos antifosfolipídicos, el Global Antiphospholipid Syndrome Score ajustado (aGAPSS) fue mayor en SAFTa comparado con SAFOa. Un total de 18 (38.3%) pacientes del grupo SAFTa cursaron al menos 1 embarazo. La media del número de embarazos en el grupo SAFTa fue 2.5 (1.10) mientras que en el grupo SAFOa fue 3.84 (1.86). Ninguna de las pacientes del grupo SAFTa presento eventos trombóticos durante el embarazo o puerperio. Si bien los resultados obstétricos fueron más favorables, las mujeres del grupo SAFTa presentaron más hipertensión gestacional, y comorbilidades obstétricas no criterio relacionada con Anticuerpos Antifosfolipídicos.

Conclusiones: El perfil serológico en SAFTa y SAFOa fue similar, sin embargo el comportamiento clínico y riesgo cardiovascular fueron diferentes. Estos hallazgos preliminares deberían ser evaluados en estudios prospectivos y con un mayor número de pacientes. Es importante diferenciar mecanismos fisiopatológicos diferentes para el adecuado seguimiento y terapéutica de cada grupo.

135

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

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

CRESPON ESPINDOLA, María LECUMBERRI, María Belen BUSCHIAZZO, Emilio PICCO, Eugenia CUCCIARO, Natalia BELBRUNO, Leila ACIAR, Mariana JUAREZ, Vicente HOSPITAL DEL MILAGRO

Objetivos: Determinar la satisfacción y características del uso de telemedicina, el acceso al tratamiento y a las medidas de prevención del contagio durante la pandemia en pacientes ambulatorios de reumatología.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes ambulatorios, que utilizaron al menos una vez el canal de WhatsApp disponible para consultas del sector de reumatología. Mediante el mismo, entre el 11 y 15 de Septiembre de 2020, se envió un cuestionario en línea de 22 preguntas, anónimo y voluntario, donde se relevaban datos del paciente, acceso al tratamiento, nivel de satisfacción de la plataforma digital y el cumplimiento de las medidas preventivas básicas frente a la COVID-19. Estadística Se realizó estadística descriptiva

Resultados: El cuestionario fue enviado a 660 y respondieron 206 (31.3%). Incluyeron 180 mujeres (87.4%), mediana de edad de 43.5 años (RIC:35-54), 181 pacientes (87.9%) tenían seguimiento en el hospital y 10 (4.9%) consultaron por primera vez. Los diagnósticos más frecuentes fueron artritis reumatoidea 107 (51.9%), lupus eritematoso sistémico 24 (11.7%) y osteoartritis 12 (5.8), con un tiempo de evolución de 5 años (RIC: 2-10). Ochenta y dos (39.8%) pacientes no cumplieron el tratamiento, y las causas fueron falta de acceso al médico (45, 54.87%) y problemas económicos (33, 40.24%). El canal de comunicación fue utilizado para solicitar turno (136,), pedir recetas (113,), sacarse dudas por la enfermedad (42,). Consideraron útil este canal 197 pacientes (95.6%), y 203 (98.5%) manifestaron el deseo de que continúe activo luego de la pandemia. Siete (3.4%) consideraron que la atención fue mala. La adherencia a las medidas de prevención fue: 180 (87.4%) el lavado de manos, 204 (99%) utilización de tapabocas y 178 (86.4%) distanciamiento social. Conclusiones: El canal digital fue considerado una herramienta útil, con alta satisfacción y el nivel de adherencia a las medidas de prevención fue alto. El canal digital fue considerado una herramienta útil, con alta satisfacción y el nivel de adherencia a las medidas de prevención fue alto.

: El canal digital fue considerado una herramienta útil, con alta satisfacción y el nivel de adherencia a las medidas de prevención fue alto.

133

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

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

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

Introducción: La situación de cuarentena que impuso la pandemia para controlar la transmisión del virus y optimizar los servicios de salud generó múltiples dificultades de acceso al sistema de salud y de la entrega del tratamiento inmunosupresor por el desequilibrio económico individual y social generado. Los pacientes con enfermedades autoinmunes están forzados a una cuarentena más estricta lo que lleva a mayor inaccesibilidad a los sistemas de salud En Wuhan, epicentro inicial de la pandemia, Cheng Chen y col reportaron la evolución de una cohorte de 101 pacientes con nefritis lúpica (NL), 2 de los cuales presentaron COVID 19.

Objetivos: Establecer las características demográficas de una serie de pacientes con nefritis lúpica Pesquisar suspensión de tratamiento y sus causas Detectar reactivación de la enfermedad Detectar infección por COVID o intercurencias infecciosas

Materiales y Métodos: Estudio observacional, transversal, unicéntrico. Se analizaron historias clínicas electrónicas de reumatología y nefrología entre 01/2019-09/2020. Se recolectaron datos demográficos y clínicos pre-pandemia. Se completó un formulario buscando síntomas de actividad de LES o NL, tratamiento e infecciones respiratorias COVID o no. Para variables continuas: medias y DS, variables categóricas: frecuencias y porcentajes. Se utilizó Epi-Info.

Resultados: De 89 pacientes, 48 respondieron y se incluyeron. La edad media fue 43 años (DS 15). Mujeres: 46 (96%), F:M 23:1. Edad media al diagnóstico: LES 28 años (DS 14), NL 32 años (DS 13). Evolución al momento del estudio: LES 16 años (DS 10), NL 12 años (DS 8). Cobertura social 39 (81%) Vacunas: Pneumo 13v 36 (77%), 23v 34 (72%), antigripal 2020 12 (25%). Clase histológica (n=35): clase II 5 (14%), III 9 (26%), III + V 2 (6%), IV 14 (40%), V 5 (14%), VI 0. Un (2%) paciente no tenía biopsia. Sin informe 10 (22%). Rebiopsia previa 14/48 (29%) pacientes. Recibió algún tratamiento pre-pandemia: 46/48 (96%); 21 (44%) CTC menor a 7.5 mg/día, 11 (22%) CTC entre 7.5 y 30 mg/día, ninguno mayor a 30 mg/día, CFM 1 (2%), HCQ 43 (89%) e IECAs/ARAI 25 (52%). Síntomas de actividad intrapandemia en 30/48 (62%): artralgias 17 (35%), artritis 9 (19%) astenia/dinamia 9 (19%), rash malar 6 (12%), pérdida de peso 5 (10%) y alopecia 3 (6%). Síntomas nefrológicos: orina con espuma 6 (12%), HTA 3 (6%), oliguria en 2 (4%) y edemas en 1 (2%). De los pacientes sintomáticos consultaron 10/30 (33%). Causas de no consulta: inaccesibilidad 7/15 (47%), subestimó 3/15 (20%) y temor al COVID 2/15 (13%) pacientes, 3 no respondieron. Intrapandemia 25/48 (52%) realizó algún cambio terapéutico. Porcentaje de suspensión: 4-16%, 16% y 13% para HCQ e IECAs, respectivamente. Corticoides 13/25 (52%) realizaron cambios. Iniciaron o aumentaron 32%, disminuyeron 12% y 8% suspendieron. La HCQ se mantuvo en 43/48 pacientes (89%) y 44/48 (92%) pre e intra pandemia, respectivamente. Ciclofosfamida inició en 3/25 (12%). En 10/25 (40%) pacientes, las causas de cambio de tratamiento fueron la indicación médica en 7/25 (28%), falta de accesibilidad 1/25 (4%), no provisión por la obra social 1/25 (4%) y la suspensión por cuenta propia 1/25 (4%). Dos pacientes tuvieron COVID leve. Solo 5/48 (10%) consideró que la pandemia había afectado negativamente el tratamiento y seguimiento de su enfermedad.

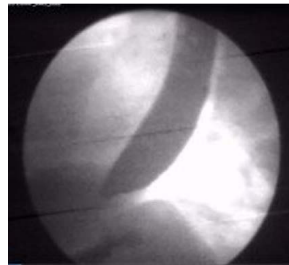
Conclusiones: La adherencia al tratamiento fue alta, podría relacionarse a que la mayoría tenía cobertura social. La mayoría de los cambios terapéuticos fueron por indicación médica. Dos tercios de los pacientes presentaron síntomas compatibles con actividad, un tercio presentó síntomas clínicos de reactivación renal. Un porcentaje significativo presentó síntomas y no consultó por subestimarlo o por temor. Dos pacientes con antecedentes de GNF IV presentaron síndrome nefrítico/nefrotico y reñició pulsos con ciclofosfamida por imposibilidad de realizar biopsia (obesidad mórbida). Una minoría consideró que la pandemia afectó negativamente el seguimiento y tratamiento de su enfermedad. Dos pacientes presentaron COVID19 leve. Hubo pocas intercurencias infecciosas, podría vincularse con la alta cobertura vacunal.

134

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

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

RODRIGUEZ, Anabella PISONI, Cecilia CEMIC



Introducción: La acalasia es una enfermedad poco frecuente del esófago caracterizada por aperistalsis total y falla en la relajación del esfínter esofágico inferior (EEI). Las principales manifestaciones clínicas son disfagia, odinofagia, regurgitación, vómitos, dolor torácico y pérdida de peso. El diagnóstico se realiza a través de una manometría, estudios baritados y videoesofoscopia digestiva alta (VEDA) para descartar diagnósticos alternativos. La fisiopatogenia de la misma no es clara, se propone un mecanismo inflamatorio y autoinmune.

Objetivos: Describir las características clínicas de inicio y evolución de tres pacientes con acalasia y enfermedades demográficas.

Materiales y Métodos: Se presentan tres pacientes con acalasia, dos de ellas tienen diagnóstico de Polimiositis y una de Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Se recaban datos demográficos, edad al diagnóstico, manifestaciones clínicas, enfermedad reumática, perfil inmunológico, curso evolutivo y respuesta a los tratamientos. Resultados: CASO 1: Mujer de 63 años con antecedentes de colitis ulcerosa y enfermedad celíaca en tratamiento con Mesalazina. Presenta diagnóstico de Polimiositis en el año 2018 manifestado como debilidad muscular asociado a disfagia a sólidos y líquidos. Se confirma el diagnóstico con biopsia muscular. Perfil inmunológico: FAN 1/1280 homogéneo con anticuerpos para miositis negativos. Realizó tratamiento con esteroides, metotrexato y gammaglobulina endovenosa. Se descarta compromiso esofágico por enfermedad de base. Videoesofoscopia (VDG) con distensión esofágica en tercio medio e inferior con retraso del vaciamiento esofágico. VEDA: descarta obstrucción intrínseca. Manometría: hipertonia e inadecuada relajación del EEI con aperistalsis esofágica. Realiza tratamiento con dilataciones esofágicas con balón con mejoría parcial de los síntomas. CASO 2: Mujer 65 años con antecedentes de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) manifestado por dolor retro esternal y regurgitación desde el año 2010. Tiene diagnóstico en el año 2011 de Polimiositis con compromiso pulmonar y cirrosis biliar primaria por lo que realizó tratamiento con esteroides, Azaotipina y posteriormente con micofenolato mofetil. Perfil inmunológico: FAN 1/1280 con patrón nuclear homogéneo y citoplasmático granular fino. AMA 2, anti Ku y anti SRP positivo. Comienza 5 años posterior al diagnóstico de la enfermedad reumática con disfagia progresiva a líquidos y sólido. VEDA: esofagitis grado C los angeles. VDG: sin alteraciones de la deglución. Megaesófago, alteración del vaciamiento esofágico. Manometría: EEI hipertensivo con relajación adecuada, aperistalsis del cuerpo esofágico. Por el momento la paciente presenta relajación adecuada del EEI por lo que el tratamiento en estos casos es sintomático y se interpreta como estado temprano de acalasia. Persiste con la misma sintomatología. CASO 3: Mujer de 62 años de edad con antecedentes de hipotiroidismo y ERGE manifestada por dolor retroesternal esporádico. Tiene diagnóstico de LES en 1996 con compromiso renal por lo que realizó tratamiento con ciclofosfamida y micofenolato mofetil. Perfil inmunológico: FAN 1/1280 con anti-Ro positivo. Comienza en el año 2019 con disfagia a líquidos y sólidos, asociado a dolor torácico y distonía progresiva. VEDA sin patología intrínseca. VDG y manometría que evidencian retraso del vaciamiento esofágico e aperistalsis con hipertonia y relajación inadecuada del EEI en la manometría. Se le realizan dilataciones con balón en dos oportunidades sin mejoría de los síntomas por lo que se decide iniciar tratamiento con Inhibidores de la fosfodiesterasa 5 con mejoría parcial. La paciente persiste con sintomatología.

Conclusiones: La acalasia es una patología infrecuente. Si bien está descrita la asociación con enfermedades autoinmunes, la mayoría de los casos reportados presentan hipotiroidismo. No hay casos descritos en la literatura en pacientes con miopatías inflamatorias. Es importante tomarla en consideración como una causa de disfagia en pacientes con enfermedad autoinmune sistémica.

147

0147 - OREJAS CALIENTES

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

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

Objetivos: La oreja o el pabellón auricular es la parte externa del oído del ser humano formada por un repliegue cutáneo sostenido por una lámina cartilaginosa. Si bien no es frecuente su afectación en reumatología ni en las patologías de consulta diaria, cada vez que se nos presenta un paciente con dicho compromiso, nos vemos en una incógnita diagnóstica.

Materiales y Métodos: Recopilamos casos de pacientes con diversas enfermedades de base que simulaban enfermedades autoinmunes con compromiso de pabellón auricular.

Resultados: Se revisaron historias clínicas de 18 pacientes con compromiso del pabellón auricular de diferentes centros de reumatología vistos hasta la actualidad. Se hizo un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y multicéntrico de pacientes que asistieron a los servicios de reumatología del Hospital J. M. Cullen (Santa Fe Capital), Hospital Dra. Olga de Rizzi (Reconquista, Santa Fe), Hospital Ángela I de Llano (Corrientes Capital), Centro de Salud Eva Perón (Formosa) y Servicio de Clínica Médica del Hospital Dr. J. R. Vidal (Corrientes Capital).

Conclusiones: Comunicamos una serie de casos de 18 pacientes con lesiones en Oreja. De ellos, el 61.1% (11/18) fueron mujeres y el 38.8% (7/18) fueron hombres. La edad media del diagnóstico fue de 44.83 años (rango 14 – 70 años). El Compromiso de la oreja fue en su mayoría unilateral con un 66.6% (12/18) de los casos, y solo un 33.3% (6/18) fue bilateral. Dentro de las características de las lesiones se encontró que en un 33.3% fueron condritis, un 27.7% fueron necrosis cutánea, lesiones costrosas, eritematosas y vesiculares 11.1% cada una, y en un 5.5% lesión hipopigmentada cicatrizal. De los 18 pacientes, una se encuentra en estudio, los restantes diagnósticos fueron dos casos de vasculitis por cocaína, dos enfermedad de Lucio, dos Enfermedad Relacionada por IgG4, un mieloma múltiple, una policondritis, dos lupus eritematoso sistémico, dos lupus eritematoso sistémico con herpes zoster, un lupus discóide crónico, un síndrome antifosfolípido primario, un síndrome de Sjögren, una picadura de insecto y un síndrome de Ramsay Hunt.

: Llegamos a la conclusión de que si bien, muchos de los diagnósticos encontrados no pertenecen a enfermedades autoinmunes, muchas veces pueden presentarse en pacientes inmunocomprometidos.

148

0148 - ADENOPATIAS EN REUMATOLOGÍA

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

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

Objetivos: Los nódulos linfáticos son un conglomerado de células que hacen parte del sistema de defensa; de lo cuales se reconocen más de 600, al presentar una anomalía en el tamaño o en el carácter de los nódulos se denominan adenopatías. Las adenopatías pueden obedecer a múltiples condiciones que se recuerdan fácilmente con el acrónimo "MIAMI" (Malignidad, Infecciones; Autoinmunidad, Misceláneas, Iatrogénicas). Un 17,5% corresponden a trastornos malignos, dentro de estos un 11,4% son trastornos linfoproliferativos y un 6,1% son tumores sólidos metastásicos. Un 31% presentan linfadenopatías reactivas benignas y en un 26% se afectan por diversas enfermedades no neoplásicas. Esta manifestación clínica puede configurar un desafío diagnóstico para el reumatólogo, ya que, en ocasiones, el amplio diagnóstico diferencial dificulta una aproximación etiológica clara y temprana.

Materiales y Métodos: Recopilamos casos de pacientes con diversas enfermedades autoinmunes que presentan adenopatías.

Resultados: Se revisaron historias clínicas de pacientes que habían consultado en dos centros de Reumatología, vistos entre Agosto del 2015 y Agosto del 2020. Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y multicéntrico. Los pacientes incluidos asistieron al servicio de Reumatología del Hospital Dr. J. M. Cullen (Santa Fe capital) y Hospital Dra Olga S. de Rizzi (Reconquista, Santa Fe).

Conclusiones: Comunicamos una serie de casos de 15 pacientes que se consultaron al servicio de Reumatología de dos Hospitales. El motivo de consulta fue variado, encontrándose que consultaron por adenopatías en un 26.6% (4/15), seguido por parotidomegalia 13.3% (2/15), otros motivos de consulta fueron afonía, disnea, otorrea, lesiones cutáneas, lumbalgia, diplopía y mareos, dolor abdominal y pseudotumor orbitario. En un 53.3% (8/15) fueron mujeres y en un 46.6% (7/15) fueron hombres. La edad media al momento del diagnóstico fue de 48.3 años (rango 17- 75 años). Según los grupos ganglionares afectados tenemos que el grupo cervical se encontró comprometido en un 60% (9/15), seguido por ganglios axilares 53.3%, submaxilares (40%), supraclaviculares (26.6%), mediastinales y occipitales en 20% cada uno, en un 13.3% se vieron afectados los grupos retroaórtico, inguinal, retroperitoneal, retroauricular y pretraqueal. En un 6.6% mesentéricos, carinal, parahilar y preauricular. La mayoría presentó compromiso bilateral (60%), seguido por compromiso unilateral en un 26.6% y solo dos pacientes presentaron en algunas regiones ganglionares compromiso bilateral y en otros unilateral. Los diagnósticos fueron 10 pacientes con Enfermedad Relacionada con IgG4 (ERIG4), un paciente con Enfermedad de Rosal Dorfman, dos pacientes con Lupus eritematoso sistémico, un paciente con esclerodermia y un paciente con Granulomatosis con Poliangeitis.

: Debido a la variedad de etiologías que pueden presentarse, destacamos la importancia de la obtención de una buena historia clínica, realización de estudio por imágenes, y siempre se deben biopsiar las adenopatías en casos no claros y complementar con Inmunoquímica.

149

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

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

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

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica con predominio de compromiso articular, la cual presenta comorbilidades que son más frecuentes comparadas con la población general (PG). La diabetes mellitus (DM) es 1.4 veces más frecuente en AR vs PG, lo cual podría deberse al uso crónico de corticoides. La detección de DM podría estar infraestimada si se utiliza la glucemia en ayunas (GA), dado que el corticoide produce una hipersulinemia en ayunas que podría compensar la menor sensibilidad a la insulina provocada por el fármaco.

Objetivos: El objetivo primario de este estudio fue determinar la utilidad de la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) vs la GA para el diagnóstico de DM tipo 2 en pacientes con AR.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR (ACR/EULAR 2010), >= 18 años, consecutivos de la consulta ambulatoria. Se excluyeron aquellos con diagnóstico previo de DM, uso de anti-diabéticos o que no desearan participar. Se consignaron datos de la enfermedad, comorbilidades, hábitos y tratamiento previo y actual, incluyendo el uso de prednisona en mg/día. Se realizó cinimetría habitual, incluyendo índices de actividad y capacidad funcional y laboratorio con reactantes de fase aguda y status de anticuerpos. Se definió Glucemia alterada en ayunas (GAA) como un valor >= 126 mg/dl y PTOG positiva a un valor >= a 200 mg/dl luego de la carga con 75 g de Glucosa. Dichas pruebas eran realizadas en el mismo día, al paciente que participaba del estudio. Estadística – se realizó un análisis estadístico descriptivo, se compararon los datos categóricos mediante chi cuadrado o test exacto de Fisher y los cuantitativos mediante test de T o test de Mann-Whitney. Se consideró significativa a una p < 0.05.

Resultados: Se incluyeron 29 pacientes, 24 (82.8%) femeninos, con una mediana de edad de 49 años (RIC 39.7-55.2) y una mediana de tiempo de evolución de 9 años (RIC 4 -19), 16 (55.2%) erosivas, 6 (20.7%) nodulares. Las comorbilidades más frecuentes fueron: dislipemia 7 (24.1%), tabaquismo 8 (27.6%), obesidad 5 (17.2%), HTA 5 (17.2%). Ocho pacientes (27.6%) referían realizar actividad física, y la mediana de BMI fue 28.91 (RIC 24.5-32). Presentaban una mediana de DAS28 3.2 (RIC 2.4-4.5), HAQ 1.2 (RIC 0.7-1.7). Veintinueve pacientes (72.4%), se encontraban en tratamiento con prednisona, y la DMARs más utilizada fue metotrexato en 24 pacientes (82.7%). La mediana de glucemia fue 86.5 mg/dl (RIC: 83-93) y de valor PTOG de 104 mg/dl (RIC 91-125). Dos pacientes (6.9%) presentaron GAA, uno de los cuales consumía corticoides y 5 (17.2%) la PTOG alterada, de los cuales 4 presentaban GAA normal y 3 consumían corticoides.

Conclusiones: El uso de PTOG podría ser una herramienta útil en el diagnóstico de DM tipo 2, en pacientes con AR cuyo valor de GAA fuera normal. La inclusión de mayor número de pacientes podría redundar en resultados con mayor poder que respalden estas conclusiones.

150

0150 - COMPROMISO VASCULAR EN ENFERMEDAD DE BEHCET

Modalidad: Poster Casos Clínicos Adultos
Unidad Temática: VASCULITIS/ POLIMIÁLGIA REUMÁTICA
Unidad Temática 2: SERIE DE CASOS

MORA, Gabriela Fernanda (1) GARCÍA, Patricia(2) CARNEVARO, Oscar(3) AMORE, Miguel Angel(3)

SERVICIO DE INMUNOLOGÍA CLÍNICA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL CIR MY DR COSME ARGERICHI (1); SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL CIR MY DR COSME ARGERICHI (2); SERVICIO DE FLEBOLOGÍA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL CIR MY DR COSME ARGERICHI (3)

Objetivos: La enfermedad de Behçet (EB) es una vasculopatía compleja, con características histológicas, patogénicas y clínicas variadas. Las trombosis venosas superficiales y profundas son sus manifestaciones vasculares más frecuentes, afectando al 15-40% de los pacientes con EB. Estos eventos son más comunes en varones jóvenes, y tienen un carácter recurrente. La trombosis venosa de miembros inferiores es la manifestación más prevalente, seguida de la trombosis de la vena cava inferior. Típicamente, varios tipos de compromiso vascular arterial o venoso pueden presentarse en un mismo individuo. Las trombosis de miembros inferiores y de senos venosos cerebrales pueden estar presentes en un mismo individuo en un primer evento.

Materiales y Métodos: Se presentan 3 casos de EB con compromiso vascular.

Resultados: Caso 1. Varón de 34 años que inicia cuadro de fiebre de bajo grado acompañado de parálisis facial periférica bilateral y cefalea refractaria a tratamiento médico, acompañadas de edema de miembro superior derecho y tercio superior de hemitórax homolateral. No presentaba antecedentes nosológicos de importancia. En RMI de cerebro se observó un refuerzo con gadolinio de paquimeninges y trombosis de seno sagital. El estudio por imágenes de tórax no arrojó alteraciones. Se realizó una venografía radioisotópica donde pudo observarse trombosis de tronco de vena subclavía derecha. El laboratorio general e inmunológico no reveló alteraciones. HLA B27 positivo. Al interrogatorio, el paciente relató más de diez episodios anuales de aftas orales de gran tamaño y difícil cicatrización. Fue tratado con anticoagulación, pulsos de metilprednisona y azatioprina, con recuperación del cuadro y control ambulatorio, sin recurrencias a la fecha. Caso 2. Varón de 44 años que presenta accidente cerebrovascular isquémico temporoparietal derecho y hemiparesia braquiocrural izquierda, sin antecedentes de enfermedad cardiovascular previa. Tratado con fibrinolíticos, recupera cuadro motor, presenta síndrome de secreción inadecuada de HAD, trombosis de vena central de la retina, eritema nodoso y artritis de rodilla derecha y tobillo izquierdo. En el laboratorio general e inmunológico no presenta datos destacables. Al interrogatorio, revela aftas orales recurrentes, mas de 6 episodios anuales. Fue tratado con heparina de bajo peso molecular, bajas dosis de corticoides y etanercept. Continúa tratamiento ambulatorio con clopidogrel y etanercept, sin recurrencias. Caso 3. Varón de 25 años de edad que se interna con cuadro de edema de miembro inferior derecho y dolor lumbar bajo homólogo de 24 h de evolución. Los estudios de laboratorio son normales, ecodoppler mmii: trombosis vena cava inferior retrohepática a femoral común y venas axilares de miembro inferior derecho, confirmado por TC y por angiografía, de arquitectura tortuosa, sugestiva de cambios inflamatorios crónicos. Se realiza tratamiento fibrinolítico, trombectomía, angioplastia de vena iliaca izquierda y colocación de filtro cava inferior a nivel suprarrenal. El laboratorio general e inmunológico fue normal. Al interrogatorio reveló más de seis episodios anuales de aftas orales y nueve de aftas genitales. HLA B27+ y B44+. Se realizó tratamiento con pulsos de metilprednisona y ciclofosfamida. En seguimiento ambulatorio posterior al episodio agudo reciente.

Conclusiones: Realizar el diagnóstico de EB en el contexto de manifestaciones vasculo-trombóticas requiere un alto índice de sospecha, aún en ausencia de manifestaciones típicas de la enfermedad. La demora diagnóstica puede llevar a una evolución tórpida y a una mayor tasa de recurrencias. El tratamiento inmunosupresor es fundamental, y la anticoagulación está indicada en casos de compromiso vascular mayor, como el de la vena cava.

157

0157 - OFERTA DE FORMACIÓN EN REUMATOLOGÍA EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN

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

Table with columns for province, number of centers, and list of centers.



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

Introducción: La frecuencia de enfermedades reumáticas aumenta con la esperanza de vida y se encuentra dentro de las primeras 5 causas de discapacidad tanto para la vida diaria como laboral.

Objetivos: Conocer la oferta de formación en reumatología en el territorio nacional.

Materiales y Métodos: Un reumatólogo (Socio SAR) de cada provincia /filial completó ficha de recolección de datos de su región.

Resultados: Se reportaron en nuestro país 33 centros formadores, con 54 puestos por año para aspirantes a realizar la especialidad. La región centro del país presentó mayor concentración de centros.

Conclusiones: Existe en nuestro país una gran disparidad en cuanto a la posibilidad de acceso a centros de formación, habiendo incluso provincias sin esta oferta. Esto determina un gran desafío para los próximos años considerando el aumento de la demanda de la especialidad.

160

0160 - REUMATOLOGÍA EN ARGENTINA: DISTRIBUCIÓN NACIONAL AÑO 2020

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN

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

Table with columns for province, number of rheumatologists, and list of rheumatologists.

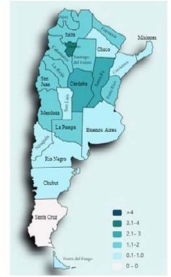


Fig. 1: Distribución de Reumatólogos cada 100 mil Habitantes, Según Provincia
https://paintedmaps.com/es/mapas-de-usuario/2626

Introducción: La OMS reconoce que las patologías reumáticas (artritis, artrosis, lumbalgia) están dentro de las causas más frecuentes de discapacidad laboral, que generan importantes costos directos e indirectos y que van en aumento con la esperanza de vida (1). Se considera que el número ideal es un reumatólogo cada 50 mil habitantes (2).

Objetivos: Conocer la cantidad y distribución de los reumatólogos en el territorio nacional.

Materiales y Métodos: Un reumatólogo (Socio SAR) de cada provincia /filial completó ficha de recolección de datos de su región. Se consideraron los datos del censo 2010 para determinar el número de habitantes.

Resultados: Se reportó en promedio un reumatólogo cada 100 mil habitantes. En la mayoría de las provincias (>80%) trabaja en capitales provinciales. Ver figura y tabla 1.

Conclusiones: La cantidad de reumatólogos por habitantes es menor de lo recomendado, con una distribución dispar según provincia y con concentración en los centros más urbanizados, fundamentalmente CABA.

161

0161 - REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA EN ARGENTINA: DISTRIBUCIÓN NACIONAL AÑO 2020

Modalidad: Póster Reumatología Pediátrica
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN

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

Table with columns for province, number of pediatric rheumatologists, and list of centers.



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

Introducción: La atención de niños con enfermedades reumáticas está mundialmente restringida por la escasa disponibilidad de reumatólogos pediátricos (RP) (1-3).

Objetivos: Conocer la cantidad y distribución de los RP en el territorio nacional.

Materiales y Métodos: Un reumatólogo (Socio SAR) de cada provincia /filial completó ficha de recolección de datos de su región. Se consideró el número de habitantes de 0 a 14 años según censo 2010.

Resultados: Se reportaron un promedio 0,42 RP cada 100 mil habitantes de 0 a 14 años, concentrados en la región centro norte del país. Ver figura y tabla 1.

Conclusiones: En nuestro país existe un escaso número de RP, concentrados en las ciudades más habitadas. En varias provincias no hay acceso a dicha atención. Se plantea la necesidad de acciones que hagan conocer esta subespecialidad y mayor oferta de centros formadores.

162

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

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

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

Table with columns for province, average salary, and average consultation value.

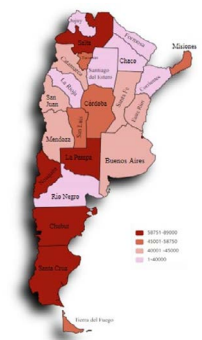


Fig. 1: Sueldo Promedio de Reumatólogo Según Provincia
https://paintedmaps.com/es/mapas-de-usuario/2540

Introducción: Según estudios de costo y otros reportes el sueldo mensual de un especialista en reumatología en América varía de USD 1400 en Méjico hasta USD 5000 en Chile y en Europa desde USD 5000 en España hasta USD 11600 en Alemania. El costo de la consulta es de 22 USD en Alemania y de 12 USD en Colombia (1, 2).

Objetivos: Conocer el sueldo promedio y el costo de la consulta de los especialistas en reumatología en el territorio nacional.

Materiales y Métodos: Un reumatólogo (Socio SAR) de cada provincia /filial completó ficha de recolección de datos de su región.

Resultados: El sueldo promedio de los médicos de planta es de \$ 50270,83 (USD 661,15), de los médicos residentes de \$48428,57 (USD 636,92) y el valor de consulta abonado por prepagos /obras sociales de \$689,37 (USD 7,75). Ver figura y tabla 1.

Conclusiones: En nuestro país el sueldo del especialista en reumatología y el valor de por consulta se encuentra marcadamente por debajo de lo que se reporta en otros países de la región y de otros continentes.

163

0163 - SIMULADORES DE VASCULITIS SISTEMICAS PRIMARIAS: PSEUDOVASCULITIS

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

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

Objetivos: Comunicar una serie de pacientes con cuadros de pseudovasculitis asistidos en el servicio de Reumatología de nuestro hospital.

Materiales y Métodos: Se describen 8 pacientes derivados a nuestra consulta por sospecha de vasculitis primaria sistémica (VPS) con diagnóstico final de cuadros pseudovasculíticos. Criterios de inclusión: sospecha de VPS con confirmación posterior anatomopatológica o serológica de un síndrome pseudovasculítico. Criterios de exclusión: diagnóstico de VPS, una enfermedad diferente a las descritas, o diagnóstico no concluyente. Revisamos una serie de pacientes con los simuladores de VPS más emblemáticos asistidos en nuestro servicio: cocaína, ergotismo, síndrome antifosfolípido (SAF), lepra con fenómeno de Lucio, calcifilaxis no uremíca, enfermedad de Kohnmeier-Degos, Síndrome de Susac y vasculopatía linfoide.

Resultados: Se presenta una serie de 8 pacientes con síndromes pseudovasculíticos. Entre ellos la mayoría presenta afectación cutánea como punto de partida. Comunicamos un paciente con compromiso sistémico por cocaína-levamisol; compromiso de territorios vasculares específicos a nivel de miembros y SNC en un paciente con intoxicación por ergotamina; y un SNC asociado a cido en uno con Síndrome de Susac. En los cuadros de afectación cutánea describimos: necrosis cutánea por SAF, Fenómeno de Lucio en un paciente con lepra, calcifilaxis de tipo no uremíca, enfermedad de Degos y vasculopatía linfoide (tabla 1).

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

Table with 5 columns: Sexo, Edad (años), Manifestaciones clínicas, Complementarios, Sospecha, Diagnóstico final. Rows include cases for Males and Females with various symptoms like fever, rash, and organ involvement.



164

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

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS

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

Introducción: En los últimos años, hubo un gran progreso en el campo de la Espandiloartritis axial (EspAax) en términos de comprensión de los mecanismos de la enfermedad, diagnóstico temprano y tratamiento. Sin embargo, aún quedan varias preguntas sin resolver y necesidades no satisfechas.

Objetivos: evaluar las necesidades insatisfechas en cuanto al diagnóstico y tratamiento de las EspAax referidas por reumatólogos argentinos.

Materiales y Métodos: se llevó a cabo una encuesta en una plataforma on line entre reumatólogos argentinos entre 1/12/2019 y 1/3/2020. Se realizó estadística descriptiva, utilizando mediana y cuartilo 25-75 para variables cuantitativas y frecuencia y % para las cualitativas.

Resultados: Se recibieron 220 respuestas a la encuesta. El 48.6% de los encuestados eran de género femenino, el 44.1 % masculino y el 7.3% otros. La distribución según filial de los encuestados fue la siguiente: ARPBA 28%, ARCA 21%, CATSELAR 5%, Córdoba 7%, Cuyo 6%, Noreste 0.9%, Santa Fe 9.5%, Salta-Jujua 9.5%, Sur 5.5% y Tucumán 4.5%. El 26.4% desempeña su profesión en el ámbito público, 44.5% privado, y 29.1 % ambos. La mediana de pacientes evaluados por mes con (EspAax) es de 4 (2-10). El 65.9% refirió tener acceso al HLA B27 en su medio, 75.5% a resonancia magnética y el 50.5% utilizó protocolos en común con el equipo de diagnóstico por imágenes para la realización de los cortes correspondientes. El 40% considera que el entrenamiento del equipo de diagnóstico por imágenes es adecuado para la lectura de imágenes en EspAax y el 65% refiere que los cortes realizados son los correctos. Con respecto a la derivación de diferentes especialidades: 46.8% refiere recibir pacientes de clínica médica, 32.2% atención primaria, 45% traumatología, 56.1% dermatología, 65.9% oftalmología, 40.9% gastroenterología. En una escala de 0 a 10 para cada pregunta, siendo 0: imposible y 10: sin problemas, los encuestados refirieron una mediana (cuartilo 25-75) de dificultad para indicar tratamiento kinésico de 9 (7-10); prescripción de tratamiento biológico en general 8 (5-9), Adalimumab 8 (6-9), Etanercept 8 (5-9), Golimumab 7 (5-9), Infliximab 7 (3-9), Certolizumab 7 (5-9), Secukinumab 6 (4-8). En el último año, la mediana de actividades realizadas de concientización a otras especialidades y de actividades para pacientes fue de 1 (0-2). Con respecto a las campañas de detección precoz en pacientes (siendo 0: muy mala, 10: excelente), la asistencia a las mismas fue considerada de 5 (3-7) y el impacto percibido por el médico de 5 (4-8). La barrera más importante para el diagnóstico precoz fue la falta de conocimiento de la enfermedad por parte de la población (69%) y la principal barrera para el tratamiento la falta de provisión de medicamentos (63%).

Conclusiones: los reumatólogos reportaron una baja derivación por parte de otras especialidades de pacientes con EspAax, al igual que escasas actividades de concientización a especialidades afines y a pacientes. A pesar de esto, los reumatólogos consideran que la principal barrera para el diagnóstico es el desconocimiento de la enfermedad en la comunidad.

165

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

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

SORRENTINO, Laura(1) REBAK, Jonathan Eliso(1) BRIGANTE, Jorge Alejandro(1) MALDONADO, Federico Nicolás(1) HAMALI, Adriana(1) DUBINSKY, Diana(1) GAMBÁ, María(2) REYES TORRES, Álvaro(2) BERBOTTO, Guillermo(2) PISONI, Cecilia(2) TANTEN, Romina(2) MALDONADO FICCO, Hernán(2) COSATTI, Micaela(2) GERMAN, Noelia(2) ALLE, Gelsomina(2) TISSERA, Yohana(2) BAEZ, Roberto(2) CUSA, María(2) BARBICH, Tatiana(2) ROJAS TESSEL, Inana(2) BELLOMO, Veronica(2) NIETO, Romina(2) SAVIO, Veronica(2) CASALLA, Luciana(2) DE LA VEGA, María(2) PETRUZZELLI, Sandra(2) GARCIA, Mercedes(2) MEDINA, María(2) CONTI, Silvana(2) LAZARO, María(2) PAULA, Alba(2) CALVO, María(2) MAID, Pablo(2) TAKASHIMA, Lorena(2) GUAGLIANONE, Debora(2) MORBIJUCI, Julieta(2) PORTA, Sabrina(2) COGO, Karina(2) SEVERINA, María(2) MOYANO, Sebastian(2) KISLUK, Boris(2) MENESCARDI, María(2) RETAMOZO, Cinthya(2) ALAMINO, Rodolfo(2) DIEGUEZ, Carolina(2) ROBERTS, Karen(3) QUINTANA, Rosana(4) ISNARDI, Carolina(3) PONS-ESTEL, Guillermo(3)

SANATORIO GÜEMES (1); EN REPRESENTACIÓN DE SAR-COVID (2); UNISAR (3); UNISAR (4)

Introducción: La enfermedad Covid-19 puede ser desde asintomática hasta letal. Diversos factores de riesgo (obesidad, patologías respiratorias previas, inmunosupresión) se han mencionado como potencialmente agravantes de cuadros clínicos. El nivel socio-económico influye en el acceso de pacientes a cuidados de salud de alta complejidad. Creemos que un bajo nivel socio-económico podría corresponderse con peores desenlaces de Covid-19.

Objetivos: Establecer valor pronóstico del nivel socio-económico educativo en pacientes con COVID 19 y enfermedades reumatológicas en Argentina.

Materiales y Métodos: Estudio transversal, observacional, retrospectivo, en el cual se incluyeron todos los pacientes del registro SAR-COVID (registro nacional argentino) al 14/10/2020 de pacientes con enfermedades reumatológicas y Covid-19.

Resultados: 215 pacientes incluidos. Mujeres 80%. Edad 51.4 (15.1) años. 48,4% caucásicos. 97% residencia urbana. 51% clase media. Escolaridad 15(5) años. Empleados 47%. Cobertura: otra social 44%, prepagas 28,4%.

Conclusiones: La principal conclusión es que se observó mayor prevalencia de ARM y mortalidad (con significancia estadística) en pacientes con bajo nivel educativo. Podría deberse a una posible consulta tardía por menores pautas de alarma, menor acceso al sistema de salud, o temor a presentarse a ambiente sanitario. También se observó que los pacientes con obra social o prepaga presentaron mayor porcentaje de internación y podría deberse a un menor acceso al sistema de salud de los sectores más carenciados o a un sesgo de selección de internación entre los sistemas de salud público y privado.

Table 2. Resultados según nivel socioeconómico. Columns: Clase baja media/baja (n=64), Clase media/alta (n=111), Clase media/alta - alta (n=35), p.

Table 3. Resultados según nivel educativo. Columns: Primaria Secundaria (<12 años) (n=61), Terciarial universitaria (>12 años) (n=109), p.

166

0166 - MANIFESTACIONES ECOCARDIOGRÁFICAS EN SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

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

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

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) es un trastorno inflamatorio crónico caracterizado por infiltración linfocítica del tejido epitelial en las glándulas exocrinas y los sitios extraglandulares. El SS puede estar asociado con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. La pericarditis y la enfermedad miocárdica pueden ocurrir, pero rara vez son evidentes clínicamente, y el bloqueo cardíaco también es raro, pero puede ocurrir en adultos con SS. La pericarditis aguda y la miocardiitis son complicaciones raras de la SS primario (SSp), pero la evidencia ecocardiográfica de pericarditis previa o distensión diastólica del ventrículo izquierdo es más común. En un estudio ecocardiográfico de 107 pacientes con SSp sin enfermedad cardíaca clínicamente aparente y 112 controles sanos compatibles con la edad y el sexo, la insuficiencia valvular, el derrame pericárdico clínicamente silencioso, la hipertensión pulmonar y el aumento del índice de masa ventricular izquierda fueron significativamente más prevalentes en los pacientes con SSp. La edad, la hipocomplementemia y la crioglobulinemia fueron predictores de algunos de estos hallazgos.

Objetivos: Describir los trastornos cardíacos anatómicos y funcionales evaluados por ecocardiografía en pacientes con SSp e investigar si los hallazgos están asociados con otras manifestaciones clínicas e índices inmunológicos

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, se incluyeron pacientes >18 años con SSp (ACRE/EULAR 2016) que tengan realizado ecocardiograma doppler con datos de función ventricular izquierda, función sistólica del VD, PSAP, estructura y la función valvular. Se recolectaron datos de manifestaciones glandulares y extraglandulares (enfermedad pulmonar, renal, SNC/SNP, cutánea, articular o hematológica); laboratorio: látex AR, FAN, anti Ro/LA, C3 y C4, gammaglobulinas, crioglobulinas y tratamiento recibido. Se excluyeron pacientes con antecedentes de IAM, HTA, fiebre reumática, FA, miocardiopatía hipertrófica, insuficiencia cardíaca.

Resultados: Se identificaron 45 pacientes con SSp de los cuales 21 pacientes tenían ecocardiograma, de 58 años (DE +/-16); mujeres 100%, tiempo de evolución de la enfermedad 5.14 años (DE +/-2.4); con alguna alteración ecocardiográfica el 66%; insuficiencia mitral 23.8%, insuficiencia aórtica 9.5%, estenosis aórtica 9.5%, insuficiencia tricuspídea 38%, insuficiencia pulmonar 4.7%, PSAP >35 mmHg 4.7%, hipertrofia de ventrículo izquierdo 14.2%. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de alteraciones ecocardiográficas con aquellos pacientes C4 bajo (p=0.018), y con hipergammaglobulinemia. OR 15 (95% IC 1.62-138.15; p=0.017). En el presente trabajo no se encontró asociación entre los anticuerpos, otras manifestaciones extraglandulares o medicación recibida con la presencia de alteraciones en el ecocardiograma. (Tabla 1)

Conclusiones: En el presente estudio, a pesar de tener una pequeña muestra de pacientes con SSp con ecocardiograma, se identificaron pacientes con patología valvular leve, principalmente insuficiencia mitral y tricuspídea, y estos hallazgos se asociaron con C4 bajo, lo que puede reflejar la patogénesis de las lesiones del tejido vascular que implican la activación de la vía clásica del complemento a través de inmunocomplejos y, en consecuencia, el proceso inflamatorio extraglandular que provoca fibrosis de las estructuras valvulares y puede ser un marcador de este proceso. Además, encontramos asociación con hipergammaglobulinemia, la misma que en estudios previos se la ha relacionado a mayor prevalencia de manifestaciones extraglandulares. En conclusión, nuestro estudio muestra que la afectación cardíaca silenciosa es más común de lo reportado en pacientes con SSp. Aunque la mayoría de las lesiones fueron leves, se desconoce su impacto clínico y no está claro si estas lesiones pueden evolucionar con el tiempo para causar miocardiopatía manifiesta o lesiones valvulares graves. Se debería considerar estudio ecocardiográfico en aquellos pacientes con SSp que presenten C4 bajo e hipergammaglobulinemia.

Table 1. Con alteración en ecocardiograma n=24 vs Sin alteración en ecocardiograma n=21. Columns: Variables, OR, IC, p.

181

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

Modalidad: Poster Casos Clínicos Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

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

Objetivos: Describir el caso clínico de un paciente que presenta la asociación de artritis reumatoidea y sarcoidosis pulmonar.
Materiales y Métodos: Se incluye un paciente con diagnóstico de artritis reumatoidea (AR) que presenta sarcoidosis pulmonar.



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

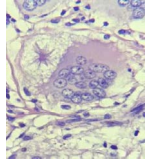


Foto 2. Biopsia de pulmón donde se ve evidencia granuloma con cuerpo asteroide

Resultados: Paciente masculino de 55 años, tabaquista de 30 paq/año, en 2008 inicia con poliartritis bilateral, simétrica, de pequeñas articulaciones asociado a factor reumatoide (FR) positivo y anticuerpos contra peptidos citrulinados (ACCP) positivo. Inicia tratamiento con drogas modificadoras de la enfermedad (metotrexato y leflunomida). En el año 2019 presenta episodio de fiebre y convulsiones por lo cual ingresa a internación donde le realizan RMN y punción lumbar (PL) que resultan normales. Presenta tos y disnea de carácter subagudo, clase funcional III por lo que se realiza tomografía axial computada (TAC) de tórax donde se evidencian ganglios en mediastino y áreas de vidrio esmerilado bilaterales, de bases a vértices, con derrame pleural bilateral mínimo (fotos 1). En la analítica sanguínea presentaba elevación de la eritrosedimentación y de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), el resto dentro de parámetros normales. Con los planteos de compromiso pulmonar por AR, neumonitis por metotrexato, infección por gérmenes atípicos y sarcoidosis se suspende metotrexato y se realiza lavado bronquioalveolar (BAL) y biopsia. Esta última muestra granulomas no caseificantes con cuerpos asteroideos (foto 2) diagnosticándose sarcoidosis pulmonar grado II en la clasificación de Silzbach. El paciente inicia tratamiento con esteroides 1 mg/kg/día y reanuda metotrexato por su AR. Al día de la fecha se encuentra en seguimiento.
Conclusiones: El compromiso pulmonar en un paciente con AR plantea un abanico de posibilidades constituyendo un reto diagnóstico para el equipo tratante (infecciones, toxicidad farmacológica, la asociación con otras patologías) por lo que resaltamos la importancia de no demorar en la realización de biopsia pulmonar.

182

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

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

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

Introducción: Upadacitinib (UPA), a selective JAK1 inhibitor, has demonstrated superior improvement in the clinical signs and symptoms of rheumatoid arthritis (RA) compared with placebo (PBO) and adalimumab (ADA).

Objetivos: To evaluate the effect of UPA vs PBO and vs ADA on patient-reported outcomes (PROs) at Week 12 in SELECT-COMPARE (NCT02629159), a randomised controlled trial (RCT) in an active RA population with inadequate responses to methotrexate (MTX).

Materiales y Métodos: Patients in SELECT-COMPARE, a phase 3 RCT, received UPA (15 mg once daily), PBO, or ADA (40 mg every other week) while on background MTX therapy. The following PROs were collected prospectively: Patient Global Assessment of Disease Activity (PGA) by visual analogue scale (VAS), pain by VAS, Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ-DI), duration and severity of morning (AM) stiffness, health-related quality of life by Short Form-36 (SF-36), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (FACIT-F), and Work Instability Scale for RA (RA-WIS). Least squares mean (LSM) changes from baseline (BL) to Week 12 were based on mixed-effects repeated measures models. The proportions of patients reporting improvements >= minimum clinically important differences (MCID) from BL to Week 12 or scores >= normative values were determined with UPA, PBO, and ADA treatment comparisons used chi-square tests.

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

Conclusiones: Among patients with active RA, treatment with UPA 15 mg QD on background MTX therapy for 12 weeks resulted in statistically significant and clinically meaningful improvements in PROs compared with PBO. Overall, PRO improvements with UPA treatment met or were superior to treatment with ADA, especially in key domains of pain, function and vitality.

Table with 10 columns: PRO, UPA 15 mg (n=651), PBO (n=651), ADA 40 mg (n=327), UPA 15 mg vs PBO (n=651), UPA 15 mg vs ADA (n=651), PBO vs ADA (n=978). Rows include PGA, Pain VAS, HAQ-DI, FACIT-F, Duration AM Stiffness, Swollen AM Joints, Health ASAS, SF-36 PCS, SF-36 SF, SF-36 SF, SF-36 MH.

183

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

Modalidad: Poster Casos Clínicos Adultos
Unidad Temática: Ig G4

NOVATTI, Elisa (1) CUCCHIARO, Natalia Lili(2) BALDERRAMO, Domingo(1) LABORIE, María Victoria(1) ALVAREZ, Ana Cecilia(1) SAURIT, Veronica(1) COLAZO, Marcela(1) VASSAROTTO, Natalia(1) ALVARELLOS, Alejandro(1) BAENAS, Diego Federico(1) CAEIRO, Francisco(1)

HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA (1); HOSPITAL DEL MILAGRO (2)

Objetivos: La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es un trastorno sistémico caracterizado por lesiones inflamatorias difusas o tumorales. El compromiso digestivo es frecuente, como pancreatitis autoimmune (PA) y colangitis esclerosante. Sin embargo, el compromiso gástrico es poco común y ocasionalmente se diagnostica como tumor submucoso gástrico por endoscopia o tomografía. También hay reportes de engrosamiento difuso de la pared gástrica, pólipos y úlceras gástricas únicas o múltiples. La ER-IgG4 puede manifestarse por lesiones gástricas aisladas (menos frecuente) o estar asociada a PA. Cuando el compromiso son lesiones aisladas, son de difícil manejo y suelen diagnosticarse en exámenes histopatológicos del material obtenido por resección quirúrgica por sospecha de malignidad. Se presenta el caso de un paciente con ER-IgG4 que presenta recidiva de la enfermedad con compromiso gástrico.

Materiales y Métodos: Paciente de 67 años de edad, con diagnóstico de ER-IgG4 en diciembre de 2018, con compromiso multiorgánico: atopía (eosinofilia+rinitis), pansinusitis, dacrioadenitis, edema palpebral, sialoadenitis submaxilar, compromiso pulmonar, polidenoopatías, pancreatitis autoimmune tipo 1, diabetes de inicio reciente y prostatitis. Al momento del diagnóstico presentó discreto aumento de reactivantes de fase aguda, leucocitosis con eosinofilia, IgG total: 20856 mg/dl (Valor normal (VN): hasta 1741)), IgG4 subclase 1498 mg/dl (VN 140mg/dl), ANA y FR: negativos. Marcadores tumorales normales: CEA 3.2 ng/ml (VN hasta 5), Ca 19.9 41 UI/ml (VN hasta 37). En la RMN de órbitas se evidenció dacrioadenitis bilateral, pansinusopatia de aspecto inflamatorio con engrosamiento mucoso e imágenes polipoideas que ocupan senos frontales, maxilares, etmoidales y esfenoidales; la TÁCAR TORAX reveló múltiples imágenes nodulares en campo pulmonar derecho y adenopatías mediastínicas; la TAC abdominal con contraste mostro engrosamiento difuso del páncreas con "signo del halo" y adenopatías mesentéricas. Se realizó biopsia de páncreas con aguja gruesa guiada por TAC. El análisis histológico evidenció pancreatitis con infiltrado linfoplasmocitario CD138+, eosinófilos aislados, fibrosis estromal, flebitis obliterante, IgG4 en más de 10 células plasmáticas por campo de gran aumento y cociente IgG/IgG4 mayor al 40%. Se inició tratamiento con prednisona 40 mg/día (con posterior descenso hasta suspensión por hiperglucemia concomitante) más azatioprina 150 mg/día, con remisión clínica, serológica, imagenológica y por IgG4-Responder-Index tras un año de seguimiento. Posteriormente consulta epigastrálica, dispepsia y esteatorrea, asociados a anemia ferropénica. Es evaluado por servicio de gastroenterología y se realiza endoscopia alta donde se evidenció lesión tumoral de aspecto submucoso con erosión superficial a nivel de región prepilórica (resto de estómago normal). Biopsia gástrica: se objetiva severo infiltrado linfoplasmocitario con más de 40 células IgG4+/CAP con abundantes eosinófilos. Se realizaron nuevos estudios complementarios para evaluar extensión y actividad de enfermedad de base: TAC de abdomen reveló aumento difuso y significativo del páncreas con respecto a estudio previo y halo periglandular sin alteración de la vía biliar ni signos sugestivos de fibrosis retroperitoneal o periaortitis; VSG110 mm/h y PCR menor a 6 mg/dl, IgG 4 sérica 520 mg/dl. Se realizaron pulsos de metilprednisolona y rituximab 1 gramo cada 15 días (2 dosis), con posterior mantenimiento con 1 gramo cada 6 meses. Actualmente paciente estable con enfermedad en remisión.

Conclusiones: Este caso destaca la posibilidad de compromiso gástrico en ER-IgG4, que puede ser sintomático o un hallazgo incidental en estudios complementarios. Tener en cuenta esta posibilidad diagnóstica en el contexto clínico adecuado puede evitar gastrectomías innecesarias. Siempre se debe descartar malignidad a través del análisis histopatológico. Los diagnósticos diferenciales incluyen: gastritis eosinofílica, tumor GIST, linfoma, adenocarcinoma, entre otros.

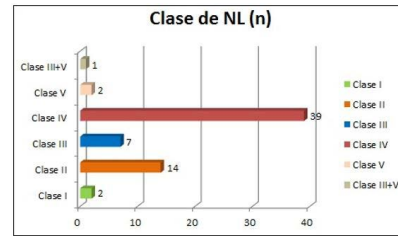
184

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

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

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

HOSPITAL DEL MILAGRO (1); HOSPITAL OÑATIWA (2)



Introducción: La nefropatía lúpica (NL) es una manifestación importante por su prevalencia y su influencia en el pronóstico en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Los subtipos histológicos se asocian con diferencias en el tratamiento y en la evolución.

Objetivos: Describir la frecuencia y características de cada subtipo de NL en pacientes con LES.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de biopsias ingresadas a anatomía patológica, entre el 1/4/2015 y el 31/10/2018. Se extrajeron datos sociodemográficos, clínicos y de laboratorio, de

las historias clínicas correspondientes. Se realizó estadística descriptiva, considerando significativo un valor de p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 65 pacientes 84.6% (55) de sexo femenino, mediana de edad de 33.7 años (RIC 24.75-42.5), edad de inicio del LES 23 años (RIC 18-30) y edad de inicio del compromiso renal de 25 años (RIC 19-36). El 40% (26) presentaban HTA y 6.1 % (4) DBT. La hematuria estuvo presente en el 61.5% (40), 33.8% (22) presentaban proteinuria de rango nefrótico, 36.9% (24) no nefrótica y 29.23% (19) deterioro de la función renal (DFR). Los subtipos de glomerulonefritis hallados se reflejan en la tabla 1. La probabilidad de que la primer biopsia informe una forma proliferativa fue significativa con p=0.03. Se rebiopsiaron 20% (13) de los pacientes: clase II 1.5% (1), clase III 6.2% (4), clase IV 9.2% (6), clase V 1.5% (1); de éstos 3.1% (2) cambian de proliferativa a no proliferativa y 9.2% (6) de no proliferativa a proliferativa. Hubo aumento del índice de actividad en 15.4% (10) y cronicidad 9.2% (6). Quienes requirieron la segunda biopsia, presentaron más frecuentemente formas proliferativas en la primer biopsia (p=0.025). En el análisis univariado, la presencia de HTA y el DFR se asociaron con mayor índice de actividad. Asimismo, el DFR se asoció con mayor índice de cronicidad y de demora en la realización de la biopsia. En el análisis multivariado, la edad y la injuria renal se asociaron independientemente con mayor índice de cronicidad y la injuria renal con mayor índice de actividad en la primera biopsia renal.

Conclusiones: La frecuencia de subtipos de NL es la esperada según otras series. Un tercio de los pacientes presentó DFR, lo cual correlacionó con los índices de actividad y de cronicidad.

196

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

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGIA/INVESTIGACION
Unidad Temática 2: FARMACOLOGIA/INVESTIGACION

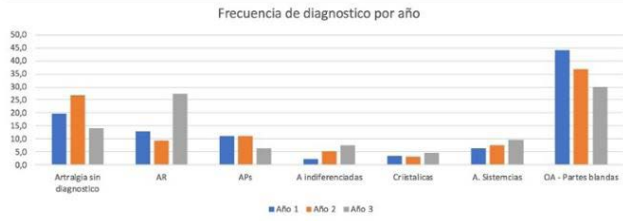
RUTA, Alvaro SANCHEZ PRADO, Eimer TORRES CHICHANDE, Jessica ARGUELLO, Juan SALVATORI, Facundo RUTA, Santiago MAGRI, Sebastian GARCIA SALINAS, Rodrigo
HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

Introducción: Basados en el concepto general del diagnóstico temprano, sabemos que es necesario implementar más y mejores estrategias para evaluar y diagnosticar el dolor articular.

Objetivos: Describir las características y diagnósticos de pacientes que fueron evaluados en nuestro programa Reuma-Check por un periodo de 3 años. Evaluar como fueron los patrones de diagnósticos a través de los años al aplicar mejoras en el proceso.

Materiales y Métodos: Estudio transversal, donde se incluyeron pacientes mayores de 18 años que ingresaron por artralgias, incluyendo artralgias de manos, al programa 'Reuma-check®' desde julio de 2017 a julio de 2020. En este programa, en la primera visita (basa) se realizaba: estudios de laboratorio, Radiografías de manos y pies, ecografía de manos con técnica Doppler de poder (22 articulaciones) y entrevista donde se recabaron datos sociodemográficos (edad, sexo), datos clínicos (tiempo de evolución de las artralgias, comorbilidades) y clinimetría (EVA global del paciente, recuento articular, HAQ); cada evaluador (laboratorio, imágenes y clínico) no conocía los datos de los otros estudios realizados. Se consigno en la historia clínica el diag-

Table with 3 columns: Características, n (%), n (%)



nostico final dividido en las siguientes categorías: artralgias sin diagnostico, AR, APs, artritis indiferenciada, artritis cristalicas, enfermedades autoinmunes sistemicas y artritis/partes blandas. Se estimó la frecuencia de estos diagnósticos durante los tres años y en cada año por separado. Cada año se realizó una evaluación de los diagnósticos y se establecieron mejoras en el programa. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva

Resultados: Un total de 744 pacientes fueron evaluados durante los 3 años, las características clínicas, de laboratorio e imágenes se observan en la tabla 1, cabe destacar que la mediana de demora al diagnóstico fue de 12,9 meses. La cantidad de pacientes por año evaluados fueron: 172, 323 y 249 respectivamente. La frecuencia de diagnóstico a 3 años fue: artralgias sin diagnóstico 20%, AR 16%, APs 9,5%, artritis indiferenciada 5,4%, artritis cristalicas 3,8%, enfermedades autoinmunes sistemicas 8,1% y artritis/partes blandas 36%. Año a año las mejoras realizadas fueron, entrenamiento al personal de admisión y educación a médicos derivadores. En el grafico 1 se observa la frecuencia de estos diagnósticos año a año, donde se puede destacar que en este periodo aumento la pesquisa de AR y de sistemicas, y disminuyó la proporción de artralgias sin diagnóstico y de artritis. El diagnóstico de APs se mantiene constante.

Conclusiones: En un periodo de tres años 744 pacientes fueron evaluados en el programa reumachek, dentro de las características cabe señalar que en forma general la demora al diagnóstico es de un año. El programa mostró un incremento porcentual en los diagnósticos de AR y EAS y disminución en las artralgias sin diagnóstico y otras patologías, demostrando que las mejoras realizadas en la gestión del programa fueron exitosas.

198

0198 - PATRONES ESTACIONALES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA TEMPRANA

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

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

Introducción: Se ha comprobado que los pacientes con AR empeoran su estado en las estaciones extremas (verano-invierno), los datos de estos son generalmente de países del hemisferio norte.

Objetivos: Estimar si existen diferencias clínicas, de laboratorio, clinimétricas e imagenológicas en el comienzo de la AR según la estación de los años.

Materiales y Métodos: Estudio transversal, donde se incluyeron pacientes que fueron diagnosticados de AR desde julio de 2017 a julio de 2020. En la primera visita, se realizó: estudios de laboratorio, Radiografías de manos y pies, ecografía de manos con técnica Doppler de poder (22 articulaciones), ERS, PCR, FR y ACPA. Entrevista donde se recabaron datos socio-demográficos (edad, sexo), datos clínicos (tiempo de

evolución, comorbilidades) y clinimetría (EVA global del paciente, recuento articular, HAQ); cada evaluador (laboratorio, imágenes y clínico) no conocía los datos de los otros estudios realizados. Se consigno en la historia clínica el diagnóstico final, fecha y hora de la evaluación completa. Se distribuyeron a los pacientes en periodo frío (Marzo-Agosto) y Chido (Septiembre-Febrero) y también por cada estación. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, test de Chi2, prueba exacta de Fisher, Test T de student y Mann Whitney (según distribuciones) y test de ANOVA o KW. Se realizaron análisis multivariado de regresión logística, ingresando al modelo las variables que se asociaron a los periodos estudiados y a cada estación del año.

Resultados: En el periodo de 3 años, 118 pacientes fueron diagnosticados con AR 64% en el periodo cálido y 36% en el frío (0,02). Las características diferenciales más relevante entre el periodo cálido y frío fueron: comorbilidades (79%-64% p 0,08), dificultad para cerrar el puño (32% vs 50%, p 0,06), FR positivo (84% vs 70% p 0,05), Rx erosiones (16% vs 33% p 0,03), Rx pinzamiento 20% vs 44% p 0,008, en el análisis multivariado solo el FR positivo se asoció en forma independiente y negativa al inicio en el periodo frío (p 0,024 OR 0,29 IC95% 0,1-0,8). En la Tabla 1 se pueden observar todas las características de AR de los pacientes divididos en cada estación del año, en las casillas resaltadas en gris están aquellas variables que presentaron diferencia estadísticamente significativa con respecto a las demás estaciones. En el análisis multivariado de cada estación encontramos asociación independiente: 1) invierno: test squeeze positivo p 0,02 OR 7,9 (IC95% 1,3-47), 2) Otoño: Comorbilidades p 0,02 OR 0,2 (IC 95% 0,05-0,8), EVA de dolor p 0,007 OR 0,9 (IC95% 0,93-0,99), Rx pinzamiento p 0,017 OR 5 (IC 95% 1,3-19), 3) Primavera: severidad de síntomas por la mañana p 0,04 OR 4,9 (IC 95% 1,04-23,7), dificultad para cerrar el puño p 0,03 OR 0,3 (IC 95% 0,14-0,89), 4) Verano: EPOC p 0,03 OR 7 (IC 95% 1,2-40), Neoplasia p 0,04 OR 10,5 (IC 95% 1,04-106). En el análisis de las variables numéricas con ANOVA o KW la única variable que mostró diferencia significativa fue el score de artralgia mayor a 5 en el invierno (p 0,04)

Conclusiones: Existen diferencias en las características de la AR del inicio de la AR según la estación del año, el 64% se diagnosticaron en los meses cálidos y con mayor proporción de seropositivos. Cada estación del año mostró características distintivas en los grupos de pacientes con AR, invierno: squeeze positivo, otoño: EVA de dolor y alteraciones radiológicas, primavera: síntomas severos por la mañana y en verano más comorbilidades.

199

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

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGIA/INVESTIGACION
Unidad Temática 2: ETC

GANDINO, Ignacio (1) ATAMAÑUK, Andrés Nicolás (1) LITEWKA, Diego(1) LESCANO, Adrián(2) NITSCHKE, Alejandro(3) CATEGARI, Eliana(1) VARELA, Brenda(3) SAURIT, Viviana(4) BABINI, Alejandra(5) GUERRERO, Andrea(6) GIACOMI, Guillermo(7) CORDOVA, Maribel(8) ALVARENGA, Pablo(9) RIOS, Veronica(9) CAZALAS, Mariana(10)

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN A FERNÁNDEZ (1); SANATORIO FINOCHIETTO (2); HOSPITAL ALEMÁN (3); INSTITUTO MODELO DE CORDOBA (4); HOSPITAL ITALIANO CORDOBA (5); SAN LUIS (6); HOSPITAL REGIONAL DE MAR DEL PLATA (7); CLINICA COLON (8); HOSPITAL MADARIAGA (9); HOSPITAL GUTIÉRREZ (10); INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE ROSARIO (11); INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE CORRIENTES (12); HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LA PLATA (13); INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE CORRIENTES (14)

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) es un estado hemodinámico consecuencia de una o más enfermedades vasculares pulmonares. El grupo 1 comprende pacientes con HP precapilar, debiéndose a formas idiopáticas (IPAH) y patologías reumáticas entre otras. La HP puede llevar al trasplante y muerte, siendo las colagenopatías de peor pronóstico. La prevalencia de IPAH es de 5,9 casos por millón de habitantes. Para entender con más profundidad su situación en nuestro país se desarrolló el Registro Colaborativo Argentino de Hipertensión Pulmonar (RECOPILAR), conformado por la Sociedad Argentina

Table with 3 columns: Característica, n (%), n (%)

de Cardiología (SAC), la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AMMR), la Federación Argentina de Cardiología (FAC) y la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR).

Objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes con diagnóstico de HP asociadas a enfermedades reumáticas (HAP-ETC) y comparadas con las IPAH.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de HP en forma prospectiva por 22 provincias de la República Argentina desde julio del 2014 hasta octubre 2018. Los criterios de inclusión fueron: presión arterial media de la pulmonar (mPAp) en reposo = 25 mmHg por cateterismo del ventrículo derecho, y pacientes clínicamente estables con ausencia de hospitalizaciones en el último mes. Se compararon las características clínicas entre los pacientes con causa idiopática y las asociadas a enfermedades del tejido conectivo.

Resultados: Se incluyeron 255 pacientes con HP, de los cuales 160 (63%) tenían IPAH y 95 (37%) tenían HAP-ETC, de estos últimos 49 (52,1%) fueron esclerodermias. En la tabla 1 se muestran las diferencias entre ambas poblaciones. Las IPAH presentaron más frecuencia de síncope, cardiomegalia, y peores valores de presiones pulmonares. Los pacientes con HAP-ETC tuvieron mayor edad, Raynaud, palpitaciones, tos, y signos respiratorios. No hubo diferencias estadísticamente significativas en los metros caminados en el test de la marcha, valores de BNP y la clase funcional, parámetros que habitualmente se usan para estimar pronóstico. Siete pacientes con IPAH se encontraban en lista de trasplante con respecto a cero de las HAP-ETC (p0,04).

Conclusiones: RECOPILAR constituye la primera evidencia de todo el territorio nacional de HP, y si bien en las distintas series las IPAH parecen tener mejor pronóstico que las secundarias a enfermedades reumáticas, este trabajo no encontró diferencias apreciables en cuanto a esto. Con el transcurso del tiempo, la incorporación de más centros y el mayor reclutamiento de pacientes, permitirán comprender que sucede realmente con esta enfermedad en la República Argentina

197

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

Modalidad: Poster Casos Clínicos Adultos
Unidad Temática: ETC

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

Objetivo: Describir un síndrome de superposición infrecuente en la práctica clínica destacando que su abordaje constituye un desafío para los integrantes del equipo de salud

Materiales y Métodos: Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura

Resultados: Mujer de 68 años, antecedentes de hipotiroidismo. Consulta por poli artralgias severas de un año de evolución, acrocianosis y livedo reticularis de reciente comienzo, edema ocasional en manos. Como antecedente de enfermedad actual, consultó un año antes por mismo cuadro, donde se evidenció tumefacción de MCF e IFF. Examen físico: no artritis ni edemas, ligera acrocianosis de manos y pies, adenomegalias cervicales y submaxilares y en la auscultación respiratoria crepitantes tipo velcro en ambas bases. Como datos de jerarquía en laboratorio: VSG de 31 mm en 1ª hora. PCR 23 mg/l, hematócrito 34%, hemoglobina 11 gr%, factor reumatóideo (+) 56, FAN (+) 1/1280 Mo, C3 y C4 disminuidos. Anti Ro, y La negativos, SM y RNP (+) >200. TC de tórax con adenomegalias mediastinales múltiples y engrosamiento intersticial subpleural con reticulación en lóbulos inferiores y sutil patrón en vidrio esmerilado en lóbulo medio asociado a bronquiectasias. Test de función pulmonar con moderada disminución. Luego del inicio del tratamiento con esteroides, hidrocortisona y azatioprina evoluciona con lesiones cutáneas en palmas de manos, de tipo vasculíticas, rasn violáceo palpebral bilateral y eritema en la V del escote. Laboratorio con valores de CPK normales y panel de mioplasmas inflamatorias positivo para Anti Ku. Se instauró tratamiento con pulsos IV de metilprednisolona 1 gr por 3 días y luego rituximab IV (habiendo sido descartadas causas infecciosas y oncológicas), con buena respuesta. La biopsia cutánea reveló en demis papilar y reticular marcado infiltrado inflamatorio eosinofílico de disposición dispersa, perivascular y peri neural, acompañado de leve edema

Conclusiones: El diagnóstico acertado y la elección del tratamiento inmunosupresor en esta rara asociación representa un desafío para el equipo de salud, siendo de vital importancia el tratamiento precoz con el fin de evitar daño a largo plazo.

