

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

Carolina Ayelén ISNARDI¹, Osvaldo L Cerda¹, Margarita Landi², Leonel Cruces³, Emilce E Schneeberger¹, Claudia Calle Montoro², María Agustina Alfaro¹, Brian M Roldán¹, Andrea B Gómez Vara¹, Pamela Giorgis¹, Roberto Alejandro Ezquer¹, María G Crespo Rocha¹, Camila R Reyes Gómez¹, María de los Ángeles Correa¹, Marcos G Rosemffet¹, Virginia Carrizo Abarza¹, Santiago Catalán Pellet², Miguel Perandones¹, Cecilia Reimundes², Yesica Longueira³, Gabriela Turk³, María Florencia Quiroga³, Natalia Laufer³, Rosana Quintana⁴, María Celina de la Vega⁵, Nicolás Kreplak⁶, Marina Pifano⁶, Pablo Maid², Guillermo J. Pons-Estel⁴, Gustavo Citera¹

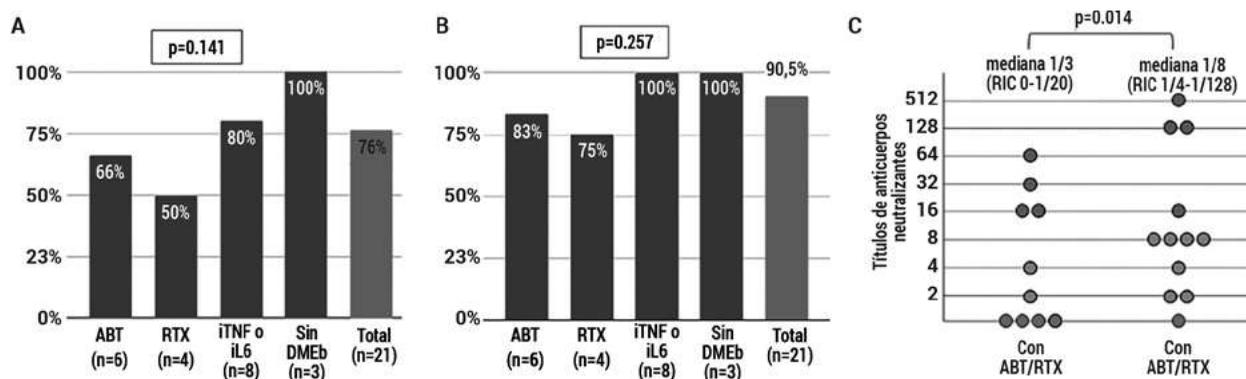
¹INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL, ³UBA, CONICET, INBIRS, FACULTAD DE MEDICINA, ⁴SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, ⁵SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, ⁶MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

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

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

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

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



ABT: abatacept; RTX: rituximab; iTNF: inhibidor de factor de necrosis tumoral; iL6: inhibidor de interleuquina 6; DMEb: drogas modificadoras de la enfermedad biológicas; RIC: rango intercuartil.

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

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

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

Carolina Ayelén ISNARDI¹, Emma Civit², Agustín García Ciccarelli², Jimena Sánchez Alcover², Ingrid Strusberg³, Marcos Baravalle³, Matías Palombo³, María Sol Castañón³, Liliana Morales³, Carla Gobbi⁴, Eduardo Albiero⁴, Rodrigo García Salinas⁵, Sebastián Magri⁵, Edson Vellozo⁶, Enrique Soriano⁷, Nicolás Alvarado⁷, Romina Calvo⁸, Jessica R Gallo⁸, Sergio Paira⁸, Alberto Ortiz⁸, María Julieta Gamba⁹, Rodolfo Pérez Alamino¹⁰, Hernán Maldonado Ficco¹¹, Gustavo Citera¹

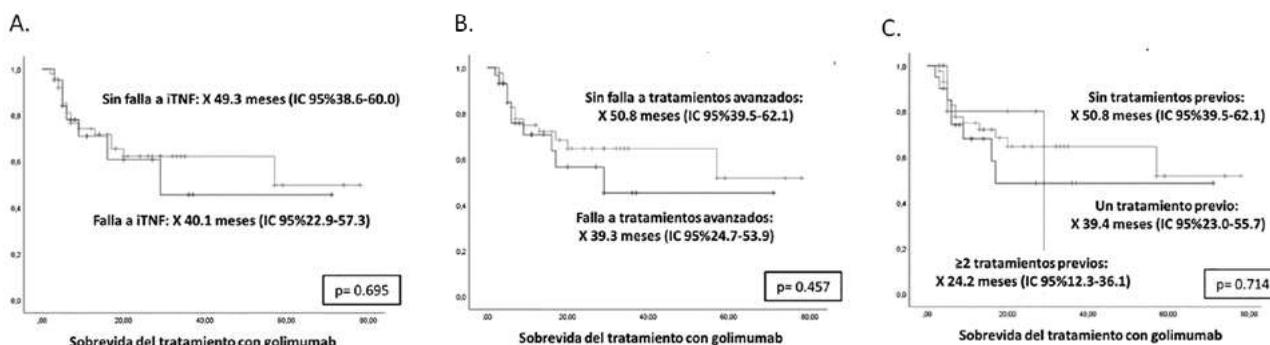
¹INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, ²HOSPITAL EL CARMEN, ³INSTITUTO MÉDICO STRUSBERG, ⁴SANATORIO ALLENDE, ⁵HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, ⁶UNIVERSIDAD Y SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA, ⁷HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ⁸HOSPITAL PROVINCIAL DR. JOSÉ MARÍA CULLEN, ⁹HOSPITAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS,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

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con falla a inhibidores de TNF (iTNF) suelen presentar menor sobrevida y eficacia al utilizar una segunda droga modificadora de la enfermedad (DME) con el mismo mecanismo de acción.

OBJETIVOS: Evaluar la sobrevida, persistencia y eficacia de golimumab (GLM) en pacientes con artritis reumatoidea (AR), artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis axial (EspAax) con falla previa a otros iTNF en comparación con aquellos sin experiencia previa a este tipo de drogas.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio longitudinal. Se incluyeron pacientes consecutivos ≥18 años con AR (ACR/EULAR 2010), EspAax (ASAS 2009) y APs (CASPAR), que hayan iniciado tratamiento con GLM subcutáneo o endovenoso de acuerdo a la indicación médica en cada centro. Se obtuvieron los datos por revisión de historias clínicas. Los pacientes fueron seguidos hasta la suspensión del GLM, pérdida de seguimiento o finalización del estudio (31 mayo de 2022). Se definieron los siguientes grupos según los tratamientos recibidos antes del inicio de GLM: (a) naive, quienes no habían recibido ningún DME; (b) falla a DME-conventionales, quienes habían fallado a drogas convencionales; (c) falla a iTNF, quienes habían recibido tratamiento con al menos un iTNF; (d) falla a DME-biológicas distintas a iTNF o sintéticas dirigidas. Análisis estadístico: test de chi² o test exacto de Fischer, y prueba de T o Mann Whitney y ANOVA o Kruskal Wallis según corresponda. Curvas de Kaplan-Meier para determinar la sobrevida de GLM y las comparaciones según datos sociodemográficos o clínicos se realizaron por análisis de log Rank. Los factores asociados a la supervivencia del tratamiento fueron analizados en modelos de regresión proporcional de Cox.

RESULTADOS: Se incluyeron 236 pacientes, 152 (64.4%) con AR, 48 (20.3%) con EspAax y 36 (15.3%) con APs. Un total de 13 (5.5%) pacientes, 134 (56.8%), 69 (29.2%) y 20 (8.5%) fueron categorizados en los grupos a, b, c y d respectivamente; 21 (8.9%) del grupo c habían recibido otras DME-b/-sd además de iTNF. Todos los pacientes del grupo "a" tenían EspAax y habían fallado al tratamiento con AINEs. Dentro de los grupos "c y d", la mayoría (65.2% y 95%) había fallado a una sola droga avanzada. Al comparar los pacientes del grupo "c" con todos los otros grupos, los primeros tenían significativamente mayor frecuencia de obra social y/o prepaga (100% vs 89.8%, p=0.004) y recibían GLM EV (15.9% vs 4.8%, p=0.007) con mayor frecuencia. Durante el seguimiento (506.6 pte/año), 71 pacientes suspendieron GLM, la mayoría (63,4%) por falta de respuesta al tratamiento, seguido por falta de acceso (21.4%). La sobrevida global fue X 47,8 meses (IC95% 38.4-57.3). Si bien el GLM presentó menor sobrevida en los pacientes del grupo "c" (Figura 1A), esta diferencia no fue significativa. En el análisis multivariado, el uso previo de iTNF no se asoció significativamente con menor sobrevida de GLM (OR 1.7, IC95% 0.6-5.2). La persistencia de GLM fue de 79% y 68% a los 12 y 24 meses, respectivamente. En el grupo "c", la persistencia fue de 76% y 67%, respectivamente (p=0.410). Tampoco se encontró asociación significativa en los pacientes del grupo "c" en la sobrevida y persistencia de GLM al excluir a quienes suspendieron por falta de acceso, ni tampoco al comparar solo grupos "b y c". Los grupos "a y b" fueron comparados con "c y d". Estos últimos tuvieron numéricamente menor sobrevida (Figura 1B) y la misma fue menor a mayor número de tratamientos (Figura 1C). La persistencia a 24 meses fue de 72%, 65% y 48% en quienes no habían sido tratados con drogas avanzadas, aquellos que recibieron 1 tratamiento previo y ≥2 tratamientos previos, respectivamente (p=0.132). En el análisis multivariado, haber recibido un tratamiento con agentes biológicos y/o sintéticos dirigidos se asoció significativamente con menor sobrevida (OR 0.54, IC95% 0.31-0.95), mientras que tener cobertura de salud tuvo el efecto contrario (OR 2.4, IC95% 1.9-5.3). La incidencia de EA fue 6.9 eventos cada 100 pte/año. El 31.4% fue considerado severo. Las infecciones fueron el evento más frecuente.



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

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

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

¡NO HAGA ESTE ESTUDIO SOBRE ARTRITIS REUMATOIDEA!

Nicole Josianne Paris¹, Melissa Serna Góngora¹, Leila Abbas², María Pía Pissani³, Gabriel SEQUEIRA¹, Eduardo Mario Kerzberg¹

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

INTRODUCCIÓN: Solo una minoría de los trabajos presentados en los Congresos Argentinos de Reumatología (CAR) se publica finalmente.

OBJETIVOS: Analizar los estudios sobre artritis reumatoidea (AR) presentados en los CAR para orientar la selección de temas (de futuros trabajos) e incrementar la tasa de publicación.

MATERIALES Y MÉTODOS: Análisis bibliométrico. Fueron analizados todos los resúmenes presentados en los CAR entre 2008-2017 y se seleccionaron aquellos sobre AR como motivo primario de estudio. Se agruparon a los trabajos según el tema de estudio (TDE) y se determinaron los TDE revisitados definidos como, al menos, 2 estudios similares presentados sobre el mismo tema. A través de *Google Scholar* se determinó la tasa de publicación al 30 de abril de 2022. Además se analizó el número de estudios similares por TDE, los TDE con al menos 1 estudio publicado, el número y el rango de pacientes estudiados (RPE) de los estudios.

RESULTADOS: Sobre 2092 trabajos presentados en los CAR se analizaron 346 (16.5%) trabajos sobre AR. Solo 50 (14.5%) de los 346 estudios sobre AR presentados en los CAR fueron publicados. Sobre 346 trabajos presentados en los CAR, 119 (34.4%) correspondieron a TDE revisitados, y 78 de 119 trabajos (65.5%) correspondieron a TDE con (al menos) 3 estudios similares. Que un TDE fuera revisitado no implicó una mayor tasa de publicación: se publicaron 14 (11.8%) de los 119 estudios sobre TDE revisitados vs 36 (15.9%) del resto de los TDE (p:0.4). Los TDE con más estudios presentados en los CAR, pero ningún estudio publicado fue: 1) riesgo cardiovascular y uso de ecografía: 7 estudios (RPE 30-85); 2) anti-CCP y tabaquismo: 4 estudios (RPE 52-73); 3) sobrevida de terapias biológicas: 3 estudios (RPE 187-267); 4) tabaquismo y actividad de la AR: 3 estudios (RPE 60 a 100); 5) síndrome metabólico en AR: 3 estudios (RPE 60-409); 6) manifestaciones extraarticulares: 3 estudios (RPE 33-297); 7) índice de masa corporal: 3 estudios (RPE 44-102); 8) FRAX: 3 estudios (RPE 196-205); 9) fibromialgia y AR: 3 estudios (RPE 60-202); 10) AR y osteoporosis: 3 estudios (RPE 74-196); 11) características clínicas de cohortes: 3 estudios (RPE 50-265); 12) AR en hombres: 3 estudios (RPE 50-106); 13) anti-CCP/antivimentina: 3 estudios (RPE 125-161); 14) dislipidemias: 3 estudios (RPE 91-101).

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

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

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

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

Micaela Cosatti¹, Carolina Ayelén ISNARDI², Ingrid Petkovic³, María de los Ángeles Correa³, Marcos D Zelaya³, María Soledad Gálvez Elkin³, Karina Cogo³, Cynthia Retamozo³, Romina Nieto³, Eduardo Mussano³, Emilia Cavillon³, Verónica Savio³, Brian M Roldan³, Pablo Maid³, Lorena S Fernández², Leila M Muñoz³, María L Leguizamón³, Natalia Herscovich³, María Agustina Alfaro³, Carla Maldini³, Pamela Giorgis³, Camila R Reyes Gómez³, Cecilia Reimundes³, Verónica Saurit³, Osvaldo L Cerda³, María G Crespo Rocha³, Ingrid Strusberg³, Gisele Verna³, María Isabel Quaglia³, Eugenia Picco⁴, Santiago Catalán Pellet³, Mora Galán³, Zaida Troyano³, Miguel Perandones³, Jennifer Kreimer⁵, Paula Luna⁵, Cristina Echeverría⁵, Belén Virasoro², Karen Roberts², Emilce E Schneeberger⁶, Guillermo J. Pons-Estel², Cecilia Pisoni¹

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

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con enfermedades reumáticas (ER) han sido excluidos de los ensayos clínicos de vacunas para SARS-CoV-2. Aunque parecen ser eficaces para disminuir la frecuencia de infección y la severidad de la misma, datos provenientes de esta población son escasos.

OBJETIVOS: Describir las características clínicas y desenlace de la infección por SARS-CoV-2 luego de la vacunación en pacientes con ER del registro SAR COVAC y compararlos con los pacientes del registro SAR-COVID que presentaron infección previa a la vacunación. Además, evaluar factores relacionados con desenlace desfavorable de la COVID-19.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se incluyeron pacientes adultos consecutivos con ER que fueron vacunados contra SARS-CoV-2 en el registro SAR-COVAC entre el 1º de junio y el 21 de diciembre de 2021. La infección confirmada de SARS-CoV-2 (RT-PCR o serología) fue registrada por el médico tratante. Se definió infección luego de un esquema incompleto cuando el evento ocurrió al menos 14 días luego de la primera dosis, y después del esquema completo cuando la misma tuvo lugar al menos 14 días después de la segunda dosis. Se excluyeron aquellos pacientes con historia de infección por SARS-CoV-2 previa a la vacunación. Para comparar las características de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes no vacunados, se incluyeron pacientes del registro SAR-COVID, matcheados 2:1 por edad, sexo y ER. Se utilizó la escala ordinal de la Organización Mundial de la Salud (EO-OMS) con un valor de corte ≥ 5 para definir desenlace desfavorable. Análisis estadístico: estadística descriptiva, test de χ^2 , test exacto de Fischer, Student T test y ANOVA.

RESULTADOS: Se incluyeron 1350 pacientes del registro SAR-CoVAC, 67 (5%) tuvieron infección por SARS-CoV-2 luego de la vacunación. La mayoría eran mujeres (72%), con una edad media de 57 años (DE 15). Las ER más frecuentes fueron la artritis reumatoidea (41%), artritis psoriásica (12%) y lupus eritematoso sistémico (10%). En el momento de la vacunación, la mayoría (75%) estaba en remisión o con baja actividad de la enfermedad, el 19% usaba esteroides, 39% metotrexato, 27% bDMARDs y 6% inhibidores de JAK. Un total de 11 (16%) pacientes tuvo infección por SARS-CoV-2 menos de 14 días luego de la primera dosis, 39 (58%) luego de un esquema incompleto y 17 (25%) después de un esquema completo. En el grupo de esquema incompleto, 59% recibió Gam-COVID-Vac, 31% ChAdOx1 nCov-19 y 10% BBIBP-CorV, mientras que, en el grupo del esquema completo, 47%, 24% y 29%, respectivamente, en todos los casos de tipo homólogo. No se reportó ningún evento luego de la aplicación de un esquema heterólogo. No se encontraron diferencias significativas en las características sociodemográficas, clínicas de la ER y su tratamiento y tipo de vacuna entre los pacientes con y sin infección luego de la vacunación. Solo 8 (12%) de los pacientes infectados tuvieron desenlace desfavorable: 88% luego de un esquema incompleto (5 recibieron Gam-COVID-Vac, 1 ChAdOx1 nCov-19 y 1 BBIBP-CorV) y 1 paciente luego de un esquema homólogo completo con Gam-COVID-Vac. El desenlace desfavorable de la infección de SARS-CoV-2 en pacientes vacunados se asoció con el sexo masculino (63% vs 24%, $p=0.036$), mayor edad (media 70 años [DE 7] vs 55 años [DE 15], $p=0.005$), etnia caucásica (100% vs 54%, $p=0.018$), más años de educación (media 17 años [DE 4] vs 12 años [DE 4], $p=0.010$), tener comorbilidades (100% vs 39%, $p=0.001$, incluyendo enfermedad pulmonar [37% vs 5%, $p=0.019$]), dislipidemia (63% vs 17%, $p=0.011$) e hipertensión arterial (63% vs 24%, $p=0.036$). Asimismo, la ER, los tratamientos, la actividad de la enfermedad y los tipos de vacunas recibidas fueron comparables entre ambos grupos. Cuando se compararon los pacientes con o sin vacunación al momento de la infección por SARS-CoV-2, aquellos incluidos en el primer grupo presentaron enfermedad menos severa (EO-OMS \geq 5 12% vs 24%, $p=0.067$) y menor mortalidad (3% vs 6%, $p=0.498$), sin embargo estas diferencias no fueron significativas.

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

1774

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

Natalia RIUS, Josefina Marín, Javier Rosa, Enrique Soriano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

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

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

MATERIALES Y MÉTODOS: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SpA (criterios de imágenes ASAS, sin psoriasis) y APs (criterios CASPAR) con compromiso axial definido como dolor lumbar inflamatorio según criterios ASAS. Se realizó RM y radiografías de la articulación sacroilíaca, columna cervical, torácica, lumbar y HLA B27 en todos los pacientes ingresados. Se utilizó: 1) definición del grupo de trabajo ASAS MRI para signos de actividad y signos de cambios estructurales; 2) puntuación SPARCC (*The Spondyloarthritis Research Consortium of Canada*) para evaluar el compromiso inflamatorio de las ASI; 3) puntuación SSS (*The Canada-Denmark Scoring System*) para evaluar el daño estructural en la ASI; 4) puntuación Canadá-Dinamarca (CANDEN) para evaluar los cambios inflamatorios, estructurales y los cambios en el nivel de la entesis de la CV.

RESULTADOS: Se incluyeron 37 pacientes con SpA y 20 pacientes con APs. En la Tabla 1 se muestran las características clínicas y demográficas. Los pacientes con APs presentaron significativamente mayor entesitis (MASES $>$ 1), índice de masa corporal y actividad de la enfermedad medida por BASDAI. Un alto porcentaje de pacientes se encontraba bajo tratamiento con metotrexato. Una proporción significativamente mayor de pacientes con SpA presentó HLAB27 positivo. En la Tabla 2 se muestra la distribución de los cambios inflamatorios y estructurales en CV y ASI. Los pacientes con SpA presentaron significativamente mayor edema óseo de la ASI. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a cambios estructurales en columna vertebral y sacroilíacas. Tampoco hubo diferencias en los cambios inflamatorios de CV. Se encontró una correlación considerable (0.33) entre la actividad de la enfermedad y la presencia de inflamación por resonancia en ASI (SPARCC) en pacientes con SpA. Si bien los pacientes con APs presentaron mayor proporción de osteítis en CV de manera aislada no alcanzaron una diferencia estadísticamente significativa (SpA: 21%, APs 43%, $p=0.15$). En cuanto a los hallazgos radiográficos, 45.7% y 20% de los pacientes con SpA y APs respectivamente cumplieron criterios de New York modificados para SpA radiográfica. Por último, 25.7% de los pacientes con SpA y 5% de los pacientes con APs presentaron asimetría en la Rx de articulaciones sacroilíacas (0.06).

Tabla 1

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

Tabla 2

| Objetivo principal | Spa (n=24) | APs (n=14) | p valor |
|--|-----------------|-----------------|----------------|
| Información CV | | | |
| Cervical % (n) | 25 (6) | 50 (7) | 0.11 |
| Torácica %(n) | 50 (12) | 50 (7) | 0.12 |
| Lumbar %(n) | 33 (8) | 36 (5) | 0.09 |
| Cambios inflamatorios en la entesis columna vertebral | | | |
| Sub-score esquinas brillantes de cuerpos vertebrales (0-254), media (DS) | 3.7 (5.4) | 3.7 (4.1) | 0.39 |
| Inflamación de elementos posterolaterales vertebrales, score (0-152), media (DS) | 1.3 (2.4) | 0.9 (1.4) | 0.55 |
| Score CANDEN columna vertebral (0-614), media (DS) | 5.5 (7.4) | 5.14 (5.8) | 0.87 |
| Subscore espondilodiscitis (0-162) media (DS) | 0.25 (0.7) | 0.4(1.1) | 0.55 |
| Subscore inflamación articulaciones facetarias (0-46) mean (SD) | 0.85 (0.81) | 0.071 (0.27) | 0.40 |
| Edema asilado en columna vertebral, % (n) | 21% (5) | 43% (6) | 0.15 |
| SPARCC sacroilíacas | Spa (37) | APs (20) | |
| Edema óseo, % (n) | 81% (30/37) | 55% (11/20) | 0.03 |
| Edema (SPARCC), media (DS) | 12.89 (15.8) | 6.6 (13.3) | 0.03 |
| Intensidad (SPARCC), media (DS) | 1.81 (3.04) | 0.45 (1.19) | 0.06 |
| Profundidad (SPARCC), media (DS) | 1.51 (2.7) | 1.05 (2.9) | 0.16 |
| Objetivos secundarios | | | |
| Cambios estructurales | | | |
| SSS (articulaciones sacroilíacas) | SaP (37) | APs (20) | p valor |
| Metaplasia grasa, media (DS) | 8.6 (8.7) | 9.7 (8.4) | 0.65 |
| Erosiones óseas, media (DS) | 2.1 (3.8) | 3.8 (6.3) | 0.22 |
| Anquilosis, media (SD) | 0.58 (2.3) | 0.62 (2.8) | 0.95 |
| Backfill, media (SD) | 1.9 (3.4) | 1.8 (3.8) | 0.94 |
| Canden (columna vertebral) | SpA (24) | PsA (14) | p |
| Score metaplasia grasa (0-510), media (DS) | 9.7 (14.3) | 5 (6.7) | 0.25 |
| Score erosiones (0-208), media (DS) | 1.66 (3.17) | 0.5 (1.16) | 0.19 |
| Score neoformación ósea (0-460), media (DS) | 4.8 (8.9) | 2.9 (6.8) | 0.50 |

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

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

Romina Estefanía NIETO¹, Sabrina Porta¹, Rosa Serrano¹, Karen Roberts², Rosana Quintana², Luis Lema¹, Carla Maldini¹, María Cecilia Goizueta¹, Verónica Savio¹, Yohana Tissera¹, Marina Scolnik¹, Natalia Lili Cucchiaro¹, Adrián Estévez¹, Vanesa Castro Coello¹, Verónica Bellomio¹, María Lilia Leguizamón¹, Cecilia Pisoni¹, María Noelia Antoniol¹, Mercedes García¹, Carla Gobbi¹, Débora Guaglianone¹, Florencia Vivero¹, Verónica Saurit¹, Laura Julieta Sorrentino¹, Diana Fernández Ávila¹, María Laura de la Torre¹, Ignacio Bazzalo¹, Mónica Sacnun¹, Maximiliano Machado Escobar¹, Gonzalo Javier Pacheco¹, María Constanza Danielsén¹, Nadia Benzaquén¹, Susana Visentini¹, Victoria Lobo¹, Ariel Broll¹, Aurelia Luissi¹, Erika Palacios¹, Alejandra Abalo¹, Mayra Etcheverry¹, Diego Rinesi¹, Silvia Perés¹, Jorge Alejandro Brigante¹, Diana Dubinsky¹, Pía Izaguirre¹, Carlos Perandones¹, María Sofía Velloso¹, Horacio Berman¹, Nadia Riscanevo¹, Graciela Remondino¹, Verónica Neman¹, Graciela Gómez¹, Alejandra Babini¹, Paula Alba¹, Guillermo Pons-Estel¹

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1865

ACTIVIDAD FÍSICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Patricia Belén DOMÍNGUEZ LEIVA¹, Joan Manuel Dapeña¹, Juan Manuel Bande¹, María Alejandra Medina¹, José Ángel Caracciolo¹, Diana Silvia Klajn¹, Julia Morbiducci², Anastasia Secco², Julia Sosa³, Paula Kohan⁴, Dora Pereira⁵, Silvia Beatriz Papisidero¹

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

INTRODUCCIÓN: La actividad física en pacientes con artritis reumatoidea (AR) se asocia a una mejor capacidad funcional, actitud física, salud cardiovascular y menor fatiga. El *International Physical Activity Questionnaire-Short Form* (IPAQ-SF) es un cuestionario autoadministrado de 7 ítems que informa el grado de actividad física medida en minutos y en equivalentes metabólicos (MET) en la última semana.

OBJETIVOS: Describir la actividad física de una cohorte de pacientes con AR y evaluar su asociación con características de los pacientes, de la enfermedad y su tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, de corte trasversal y analítico. Se incluyeron pacientes consecutivos ≥de 18 años con diagnóstico de AR (ACR-EULAR 2010). Se recabaron datos sociodemográficos, hábitos, comorbilidades, índice de masa corporal (IMC), características de la AR, clinimetría y tratamiento. Además, se consignó la práctica deportiva y todos completaron el IPAQ-SF. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Se compararon los resultados del IPAQ-SF con características de la población mediante prueba de T de Student, Wilcoxon, Pearson, ANOVA o Spearman, según corresponda. Se consideró significativa $p \leq 0.05$.

RESULTADOS: Se incluyeron 101 pacientes de 5 centros. El 86.1% eran mujeres con una edad promedio de 53.7 años (DE 11.2) y con una media de educación de 11.5 años (DE 3). Un 12.9% era tabaquista y 67.3% tenía comorbilidades. La media del IMC fue 27 Kg/m² (DE 4.4). La mediana del tiempo de evolución de la AR fue de 72 meses (RIC 36-172). El 84.2% presentaba seropositividad para FR y 92% para ACPA, y el 65.3% enfermedad erosiva, 14.8% nodular y 12.9% otras manifestaciones extraarticulares. En cuanto a la clase funcional (CF), 34.6% pertenecía a la CF I, 33.7% II, 28.7% III y 3% IV. Un 27.7% requería asistencia en sus actividades de la vida diaria. La mediana de la escala visual analógica de dolor (EVAD) fue 20 mm (RIC 10-50), general del médico (EVAGM) 20 mm (RIC 10-20), general del paciente (EVAGP) 20 mm (RIC 10-60) y fatiga 10 mm (RIC 0-40). La mediana del DAS28 fue 3.1 (RIC 2.2-4.3), HAQ-A 0.88 (RIC 0.4-1.7) y *Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale II* (QOL-RA II) 6.8 (RIC 5.5-8.7). Un 50% recibía glucocorticoides (GC), 92.1% drogas modificadoras de la AR (DMAR) sintéticas convencionales, 24.7% biológicos y 6.9% sintéticos dirigidos. El 30.7% practicaba deporte, con una media de tiempo de 24.4 meses (DE 8.5). El IPAQ-SF informó una mediana en la actividad física total de 1386 MET (RIC 594-3066), con una periodicidad promedio de 7 días (RIC 3-7) y de 119 minutos (DE 94.9) semanales. La mediana del tiempo sentado fue de 4.4 horas (RIC 2-7) diarias. En las categorías de actividad física: 41.6% tenía baja actividad, 30.7% moderada y 27.7% alta actividad. La mediana de los MET total se asoció con años de estudio ($p=0.008$) y tiempo de práctica deportiva ($p<0.0001$). La correlación fue negativa con IMC ($p=0.01$), CF ($p=0.002$), EVAD ($p=0.008$), EVAGP ($p=0.01$), EVA fatiga ($p=0.02$), DAS28 ($p=0.009$) y HAQ-A ($p<0.0001$). La media de MET total fue mayor en los que no requerían asistencia ($p=0.0005$). Además, la cantidad de minutos de actividad física semanal mostró una asociación negativa con EVAGM ($p=0.02$). La media de los minutos fue mayor en los que practicaban deportes ($p=0.0001$), no tenían comorbilidades ($p=0.04$) y no requerían asistencia ($p=0.01$). La media de los días de actividad física fue mayor en aquellos pacientes no fumadores ($p=0.02$), en los que realizaban deporte ($p=0.002$), no presentaban enfermedad erosiva ($p=0.002$) y no requerían asistencia ($p=0.001$). Se observó actividad física alta en los pacientes sin comorbilidades

(p=0.02), en aquellos que practicaban deporte (p<0.001) y en los que no requerían asistencia (p=0.004). Los pacientes que no recibían GC (p=0.012) y aquellos que no presentaban enfermedad erosiva (p=0.012) mostraron mayor proporción de actividad física moderada/alta.

CONCLUSIONES: En los pacientes evaluados, el 58.4% realizaba actividad física moderada/alta, la cual se asoció en forma positiva a la práctica deportiva, a menores valores de actividad de la AR y a una mejor capacidad funcional. Se evidenció además en dicho grupo un mayor número de pacientes sin comorbilidades y con menor requerimiento de GC.

CUANDO LOS PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SE CONVIERTEN EN ADULTOS

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

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

INTRODUCCIÓN: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad autoinmune inflamatoria crónica más común de la infancia y puede permanecer activa en la adultez, no manteniendo siempre la misma forma clínica inicial. Al no poder clasificarse fácilmente dentro de las enfermedades reumáticas del adulto, es difícil lograr una comprensión completa del cuadro, y en ocasiones establecer un tratamiento y seguimiento adecuado.

OBJETIVOS: Identificar a los pacientes con diagnóstico de AIJ seguidos en nuestro hospital que continuaron seguimiento en Reumatología de adultos, y evaluar las características clínicas y serológicas, analizando si cumplen criterios clasificatorios para las enfermedades reumatológicas del adulto.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, analítico, retrospectivo, de un solo centro. Se incluyeron pacientes mayores a 18 años con diagnóstico de AIJ (criterios ILAR 2001) con al menos una visita en Reumatología Pediátrica y una en Reumatología de adultos. Se revisaron las historias clínicas electrónicas y se analizaron características demográficas, parámetros clínicos, de laboratorio y datos de tratamiento, tanto en la infancia como en la adultez, entre 2000 y 2021. Se realizó un análisis descriptivo y se evaluó el cumplimiento de criterios de clasificación de distintas enfermedades reumáticas del adulto (artritis reumatoidea -AR-, -ACR/EULAR 2010, artritis psoriásica -APs-, criterios CASPAR, enfermedad de Still- criterios de Yamaguchi 1992 y espondiloartritis -SpA-, criterios ASAS 2009).

RESULTADOS: Se incluyeron 39 pacientes, 30 mujeres (76.9%), con una mediana de edad al diagnóstico de AIJ de 12,9 años (RIC 7.6-16.5), y una mediana de tiempo de seguimiento total de 9.2 años (RIC 4,1-14,4). La categoría de AIJ más frecuente fue la oligoartricular con 19 pacientes (48.7%). Los pacientes con AIJ presentaron factor antinuclear (FAN) positivo en un 51.3% y factor reumatoideo (FR) positivo en un 17.9%. La mediana de edad al momento del pasaje a Reumatología de adultos fue de 20.4 años (RIC 18,6-24,1). En la adultez, 5 pacientes cumplieron criterios clasificatorios de AR, 7 de SpA y 2 APs. Además, 25 pacientes (64.1%) no cumplieron ninguno de los criterios clasificatorios, siendo 16 de categoría oligoartricular y 7 poliarticular FR negativo. El 46.2% recibió tratamiento con drogas modificadoras de la enfermedad convencionales (csDMARD) en la adultez y un 28,2% tratamiento biológico. Las infiltraciones articulares fueron frecuentes tanto en la infancia (43,6%) como en la adultez (38,5%).

Tabla 1: Características de 39 adultos con AIJ.

| Variables | Cohorte (n=39) |
|--|-------------------------|
| Sexo femenino, n (%; IC95%) | 30 (76.9; 60.4-87.9) |
| Edad al comienzo de la enfermedad, años, mediana (RIC) | 10.9 (7.3-16.2) |
| Edad al diagnóstico, años, mediana (RIC) | 12.9 (7.6-16.5) |
| Edad a la última consulta, años, mediana (RIC) | 24.7 (20.7-28.7) |
| Tiempo de seguimiento total, años, mediana (RIC) | 9.2 (4.1-14.4) |
| Edad al pasaje a Reumatología adultos, años, mediana (RIC) | 20.4 (18.6-24.1) |
| Consultorio de transición, n (%; IC95%) | 8 (20.5%; 10.3-36.8) |
| Primera consulta en adultos antes de los 6 meses, n (%; IC95%) | 15 (38.5%; 24.1-55.1) |
| Categoría de AIJ | |
| Oligoartricular, n (%; IC95%) | 19 (48.7%; 32.9-64.7) |
| Poliarticular con FR+, n (%; IC95%) | 7 (17.9%; 8.5-33.9) |
| Poliarticular con FR-, n (%; IC95%) | 7 (17.9%; 8.5-33.9) |
| Artritis/entesitis, n (%; IC95%) | 4 (10.3%; 3.7-25.2) |
| Artritis psoriásica, n (%; IC95%) | 1 (2.5%; 0.3-17.4) |
| Artritis indiferenciada, n (%; IC95%) | 1 (2.5%; 0.3-17.4) |
| Sistémica, n (%; IC95%) | 0 (0%) |
| Laboratorio | |
| FAN+ en Pediatría, n (%; IC95%) | 20 (51.3%; 35.3-67.0) |
| FR+ Pediatría, n (%; IC95%) | 7 (17.9%; 8.5-33.9) |
| Anti-CCP+ en Pediatría, n/n solicitado, (%; IC95%) | 3/24 (12.5%; 3.7-34.5) |
| FAN+ en adultos, n (%; IC95%) | 16 (41.0%; 26.3-57.6) |
| FR+ en adultos, n (%; IC95%) | 4 (10.3%; 3.7-25.2) |
| Anti-CCP+ en adultos, n/n solicitado, (%; IC95%) | 3/31 (9.7%; 2.9-27.4) |
| HLA B27, n/n solicitado, (%; IC95%) | 5/11 (45.4%; 16.8-77.4) |

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

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

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

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

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

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

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

Florencia VIVERO¹, Emilio Buschiazzo², Juan Ignacio Enghelmayer³, Fabiana Montoya⁴, Marina Oliver⁵, María Celina De la Vega⁶, José Luis Velasco Zamora⁷, Alejandro Nistche⁸, Diana Lancellotti⁹, Guillermo Pons-Estel⁹, Patricia Aru¹⁰, Marcela Usandivaras¹¹, María Luz Martín¹², Ana Lucía Barbaglia¹³, Federico Campins¹⁴, María Otaola¹⁵

¹HOSPITAL COMUNITARIO DE PINAMAR, ²HOSPITAL SR. DEL MILAGRO, SALTA, ³HOSPITAL DE CLÍNICAS. UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, ⁴HOSPITAL RAMOS MEJÍA, ⁵HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, ⁶HOSPITAL ARGERICH, ⁷HOSPITAL DE QUILMES, ⁸HOSPITAL ALEMÁN, ⁹CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS DE GRUPO OROÑO, ¹⁰INSTITUTO INVESTIGACIONES CLÍNICAS ALFREDO LANARI, ¹¹SANATORIO 9 DE JULIO, TUCUMÁN, ¹²HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA, ¹³HOSPITAL PADILLA DE TUCUMÁN, ¹⁴CLÍNICA 25 DE MAYO, MAR DEL PLATA, ¹⁵INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades pulmonares intersticiales (EPI) constituyen un grupo de trastornos caracterizados por inflamación y/o fibrosis del parénquima pulmonar. Las EPI de mecanismo autoinmune (EPI-Ai) incluyen las EPI asociadas a enfermedades del tejido conectivo (EPI-ETC), EPI asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (EPI-ANCA) y la neumonía intersticial con hallazgos autoinmunes (IPAF). Es imprescindible la evaluación multidisciplinaria ya que optimiza la interpretación de cada caso y la calidad asistencial de los pacientes. Actualmente solo existe consenso para la identificación y el manejo de la EPI asociada a esclerosis sistémica. En las demás EPI-Ai, toda estrategia de *screening*, diagnóstico, tratamiento y seguimiento suele realizarse a criterio del equipo tratante.

OBJETIVOS: Describir las características basales sociodemográficas, clínicas, serológicas, funcionales y de tratamiento en pacientes con EPI-Ai.

MATERIALES Y MÉTODOS: EPIMAR 2 es un registro de la vida real de pacientes con EPI-Ai, prospectivo, observacional y multicéntrico de Argentina, iniciado en abril de 2022. Se incluyeron pacientes >de 18 años con diagnóstico de EPI-Ai de ≤5 años de evolución, definida por hallazgos en tomografía computada de alta resolución (TCAR). Fueron clasificados en 3 subgrupos: EPI asociada a enfermedad del tejido conectivo (EPI-ETC), neumonía intersticial con hallazgos autoinmunes (IPAF) o EPI asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (EPI-ANCA). Se incluyó la EPI-subclínica (ausencia de síntomas respiratorios). Análisis estadístico: se realizó un análisis descriptivo, las variables categóricas se compararon con el test exacto de Fisher y las continuas test de Wilcoxon. Se utilizó el *software* estadístico R y un nivel de significación del 5%.

RESULTADOS: Desde el 1° abril al 20 julio de 2022 se registraron datos de 42 pacientes, 36 (86%) mujeres, edad promedio 55 años (DS 12.8), 11 (26%) tenían antecedentes de tabaquismo actual o previo. Los subtipos de EPI-Ai fueron: 34 (81%) EPI-ETC, 7 (12%) IPAF y 3 (7%) EPI-ANCA. Los diagnósticos de ETC en el subgrupo EPI-ETC fueron: esclerosis sistémica 17 (50%), artritis reumatoidea 5 (15%), síndrome de Sjögren 5 (15%), lupus eritematoso sistémico 5 (15%) y miopatía inflamatoria 4 (12%). Los parámetros de función pulmonar promedio basales fueron los siguientes: CVF

mediana: 2.26 (1.68, 2.92) litros, 70% (57, 82.3), DLCO mediana: 13.5 (11, 16.8) ml/min/mmHg, 55% (51, 75). Los tratamientos más utilizados fueron: glucocorticoides 28 (82%), micofenolato mofetil 19 (54%), ciclofosfamida endovenosa 13 (37%), azatioprina 8 (25%), metotrexato 7 (22%), hidroxiclo-roquina 7 (22%) y nintedanib 3 (9%). Hubo 18 (42,8%) pacientes con EPI subclínica y al compararlos con los sintomáticos hubo mayor frecuencia de ETC definida en EPI subclínica (89% vs 75%, p0.06) y menor afectación de parámetros funcionales en espirometría basal (CVF 75% vs 65.6%, p0.1, DLCO 64,5% vs 52%, p0.075), aunque sin alcanzar significancia estadística.

CONCLUSIONES: Este es el primer reporte del registro prospectivo EPIMAR2. El subtipo de EPI-Ai más frecuente fue EPI-ETC en 8 de cada 10 pacientes ingresados. El grupo de pacientes con EPI-subclínica tuvo una tendencia a mayor frecuencia de ETC definida y de menor afectación en la espirometría basal, lo cual podría indicar que se pesquisa activamente la EPI en pacientes con diagnóstico de ETC, hallando EPI en estadios tempranos. *Agradecimientos:* Rosana Quintana, Karen Roberts, UNISAR.

1902

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

Luisina Victoria ZUNINO¹, Melina Goette¹, Romina Calvo¹, Alejandro Varizat¹, Marcela Schmid², Jesica Gallo³, Alberto Ortiz¹, Sergio Paira¹

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

INTRODUCCIÓN: La enfermedad relacionada con IgG4 es una enfermedad fibroinflamatoria, sistémica, inmunomediada que puede afectar prácticamente a cualquier órgano. Se denomina como enfermedad oftálmica relacionada con IgG4 (EOR-IgG4) al compromiso de la órbita y/o sus anexos, incluyendo glándula y conducto lagrimal, músculos extraoculares, párpados, tejidos blandos, senos paranasales, huesos orbitarios, nervios craneales y esclerótica. A su vez, hay un amplio espectro de patologías que pueden afectar a la órbita y sus anexos, como la inflamación orbital idiopática, amiloidosis, mieloma múltiple (MM), enfermedad de Erdheim Chester (EEC), enfermedad de Rosai Dorfman, granulomatosis con poliangeitis, sarcoidosis, enfermedad xantogranulomatosa, orbitopatía tiroidea, entre otras.

OBJETIVOS: Comparar las características clínico-analíticas, imagenológicas y anatomopatológicas de la EOR-IgG4 con otras enfermedades que presenten afectación ocular (NO EOR-IgG4).

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se llevó a cabo la recolección de datos mediante la visualización de historias clínicas. Se seleccionaron 16 pacientes con diagnóstico de EOR-IgG4 según el cumplimiento de los criterios integrales de Umehara 2011, de 3 centros y 10 pacientes con NO EOR-IgG4 entre los años 2014 a 2021, conformando 2 grupos. Se analizó perfil demográfico, manifestaciones clínicas, analíticas, hallazgos histopatológicos y radiológicos. Se utilizó el software SPSS Statistics 19. Las variables categóricas se presentaron como frecuencias y porcentajes, y las continuas como medias con su desvío estándar o mediana con rango intercuartílico. La comparación de proporciones se realizó por test de χ^2 y la comparación de medias y medianas con la prueba T y con test no paramétricos. Se seleccionó un nivel de confianza de $\alpha=0,05$.

RESULTADOS: Se analizó un total de 26 pacientes. 16 pacientes con EOR-IgG4 y 10 con NO EOR-IgG4. Cuatro de ellos con histiocitosis (3 con EEC y 1 con xantogranuloma del adulto asociado a asma), 3 con amiloidosis (1 además presentaba MM), 2 con secundarismo maligno (cáncer de pulmón y de mama respectivamente) y 1 con oftalmopatía tiroidea. El 75% en el grupo EOR IgG4 eran sexo femenino. La edad media de presentación fue de 43 años, sin diferencia entre los grupos. El compromiso fue bilateral en el 90% del grupo NO EOR IgG4. La proptosis, el dolor ocular (68,8%), la xeroftalmia y el edema palpebral (50% respectivamente) fueron los síntomas predominantes en EOR IgG4, mientras que el edema palpebral y la alteración de la motilidad ocular (70% y 40% respectivamente) lo fueron en NO EOR-IgG4. Se halló una significancia estadística entre el dolor ocular y la xeroftalmia con la EOR-IgG4 ($p=0.045$). En las manifestaciones extraoftálmicas, el compromiso parotídeo fue significativo en el grupo EOR-IgG4 (37.5%, $p=0.035$), mientras que el compromiso renal predominó en el otro grupo (20%). Serológicamente, hubo predominio de niveles elevados de IgG4 en el grupo EOR-IgG4 (68.8%, $p=0.006$), sin diferencias significativas entre los grupos en los valores de IgE, IgG, VSG, en cambio se halló una significancia entre la presencia de eosinofilia y el grupo NO EOR-IgG4 ($p=0.05$). Radiológicamente se observó que el compromiso bilateral y de edema de párpados fue mayor en el grupo NO EOR IgG4 ($n=8$), siendo este último significativo ($p=0.032$). Por el contrario, la afectación de la glándula lagrimal se asoció con EOR-IgG4 ($n=14$, $p=0.048$). Histopatológicamente se halló una asociación entre el infiltrado linfoplasmocitario, la fibrosis estoriforme y la presencia de eosinófilos con la EOR-IgG4 ($p=0.007$; $p=0.030$; $p=0.006$ respectivamente), siendo el primero, el hallazgo más frecuente en ambos grupos (93.3% en EOR-IgG4 y 40% en NO EOR-IgG4).

CONCLUSIONES: En este estudio, la EOR-IgG4 se asoció significativamente con manifestaciones clínicas como xeroftalmia, dolor ocular y compromiso parotídeo, elevación sérica de IgG4, afección glandular lagrimal en estudios por imágenes y un infiltrado linfoplasmocitario, fibrosis estoriforme y eosinófilos en anatomía patológica. Por el contrario, la presencia de eosinofilia sérica y edema palpebral en estudios por imágenes se relacionaron estadísticamente con el grupo NO EOR-IgG4.

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

María Victoria MARTIRE¹, Josefina Marin², Pamela Giorgis³, Diego Vila⁴, Hernán Maldonado Fico⁵, Julieta Gamba⁶, Javier Federico Flores Trejo⁷, Rodolfo Pérez Alamino⁸, Antonio Jorge Chemez⁷, Leandro Ferreyra², Emilio Buschiazzo⁹, María de los Ángeles Correa³, Rodrigo Aguila¹⁰, Micaela Ana Cosatti¹¹, Brian Roldan³, Camila Lizarraga¹², María Agustina Alfaro³, Julieta Morbiducci¹³, Lía Ingolotti¹³, Gisela Paola Pendón¹⁴, Romina Nieto¹⁵, Sofía Velloso¹⁶, Alejandro Martínez Muñoz¹⁷, Nicolás Martín Lloves Schenone¹⁸, Ana Carolina Costi¹⁰, Mariana Benegas¹⁹, Natalia Zamora²⁰, Etel Saturansky¹⁹, María Jezabel Haye Salinas²¹, Ana Inés Marcos¹, Carla Airolodi²², Amelia Granel¹

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

INTRODUCCIÓN: Secukinumab (SEC) ha demostrado ser eficaz en espondiloartritis axial (EspAax) y en artritis psoriásica axial (APs axial) en estudios de fase III. Sin embargo, estos datos pueden no ser extrapolables a la vida real. No existen datos en Argentina de su uso en la práctica diaria.

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad, supervivencia, seguridad y accesibilidad de SEC en pacientes de Argentina con EspAax y APs axial.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio multicéntrico, observacional, de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes adultos con EspAax (según criterios ASAS 2009) y APs (según criterios CASPAR) con compromiso axial según criterio del médico tratante que hayan recibido al menos una dosis de secukinumab. Se recolectaron datos sociodemográficos, características de la enfermedad y del tratamiento con SEC. Se definió efectividad como BASDAI <4 a los 6 meses de tratamiento. Para evaluar la accesibilidad se contabilizaron los días entre la solicitud y la primera aplicación de SEC. Se calculó el índice LUNDEX para los 6 meses de tratamiento. Las variables categóricas se compararon por chi² y las continuas por T de Student o Mann Whitney. Se evaluó la supervivencia por curvas de Kaplan-Meier, comparaciones por log Rank y análisis de factores asociados a supervivencia por regresión de Cox. Consideraciones éticas: aprobado por el comité de ética. Estudio no patrocinado.

RESULTADOS: Se incluyeron 117 pacientes 72 (61.5%) con APs axial y 45 (38.5%) con EspAax. En la Tabla se detallan las características de los pacientes incluidos. La población era en gran parte refractaria a la terapia biológica: SEC fue la primera línea de tratamiento en solo 27 pacientes (23.1%), la segunda línea en 57 (48.7%) y la tercera o mayor línea en 33 (28%). La efectividad de SEC a los 6 meses se alcanzó en 72 (61.5%) pacientes, 44 (61.5%) pacientes con APs axial y 28 (62.2%) con EspAax, (p=0.9). La mediana de supervivencia de SEC fue de 20 meses (RIC 32), con una tasa de retención a los 6 meses de 95%, al 1 año del 78% y a 2 años del 64%, sin diferencias entre APs axial vs EspAax (log Rank 0. p=0.78) (Figura). No se encontraron diferencias entre los pacientes que continuaron vs los que discontinuaron SEC con respecto a: edad, género, escolaridad, vivir solo o acompañado, cobertura de salud, diagnóstico, HLA B27 +, IMC, edema en RM de sacroilíacas ASAS +, daño radiográfico ni la presencia de artritis, entesitis, dactilitis, BASDAI, ASDAS-PCR, BASFI, línea de tratamiento biológico, ni uso concomitante de cDMARDs (p>0.05). El índice LUNDEX global fue de 57%; 58% para APs axial y 59% para EspAax. La principal causa de suspensión del SEC fue la falla primaria (31.6%) seguida por falla secundaria (23.7%) y falta de provisión (21.1%). Los efectos adversos más frecuentes fueron infecciones de la vía aérea superior (7%), dolor/eritema en sitio de aplicación (4%) y candidiasis leve (2.6%). Se reportó una neoplasia cerebral y no se reportaron casos de enfermedad inflamatoria intestinal ni tuberculosis. La mediana de días entre solicitud y aplicación fue de 60 (RIC 60), siendo mayor la demora en pacientes con cobertura pública 90 (RIC 90) días vs obra social 40 (RIC 35) días, (p=0.012) y vs prepaga 48 (RIC 60), (p=0.009).

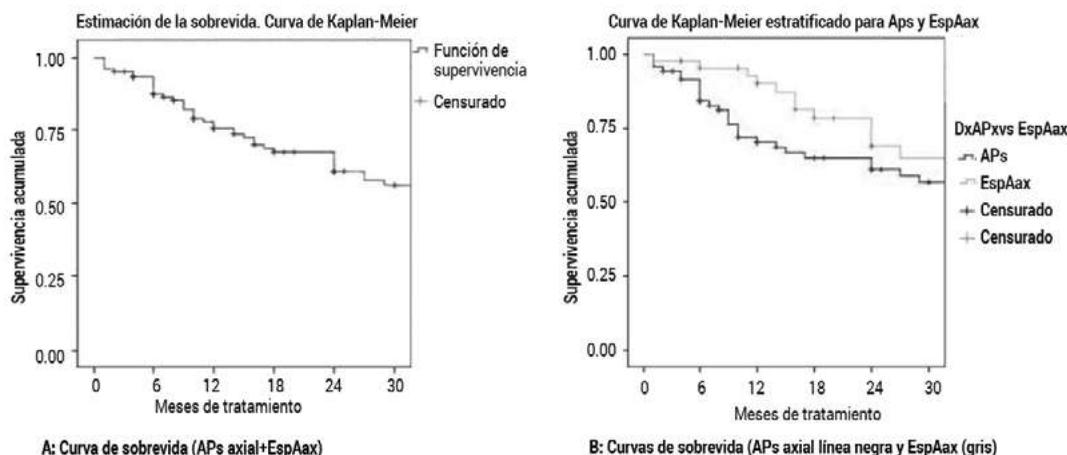


Figura: Curvas de supervivencia global (A) y estratificadas por enfermedad (B).

Tabla: Características de los pacientes incluidos.

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

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

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

1944

APERISTALSIS ESOFÁGICA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA SISTÉMICA

Analía SÁNCHEZ LEGUIZAMO¹, Rocío Lema², Rosa Javier¹, Enrique Soriano¹, María Julieta Arguero², Marina Scolnik¹

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

INTRODUCCIÓN: La ausencia de contractilidad esofágica o aperistalsis esofágica (AP) es un hallazgo poco frecuente en una manometría de alta resolución (MAR) y esta condición se ha asociado con trastornos autoinmunes.

OBJETIVOS: Describir las características de los pacientes con diagnóstico de AP en nuestro hospital y determinar su asociación con enfermedades reumatológicas y otras patologías.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se identificaron todos los estudios manométricos con AP realizados en un hospital universitario de Buenos Aires entre 2017 y junio de 2022. Se excluyeron aquellos pacientes sin seguimiento clínico en el hospital. Se recolectaron de la historia clínica electrónica datos demográficos, manométricos, clínicos y de laboratorio. Los mismos fueron evaluados en forma conjunta entre Reumatología y Gastroenterología. Se realizó estadística descriptiva de los datos.

RESULTADOS: Se revisaron 1437 manometrías esofágicas de alta resolución. El 5.8% (n=84) presentó el diagnóstico de AP. La media de edad fue 53 años (DE 17.6). El 63.8% fue mujer. Se excluyeron 19 pacientes por no tener seguimiento en nuestra institución. Se incluyeron 67 pacientes con AP, 44 mujeres (65.7%), con una media de edad al momento del estudio de 55.5 años (DE 17.6). 27 (40.3%) pacientes presentaban enfermedad reumatológica asociada (12 esclerodermia limitada, 7 esclerodermia difusa, 3 Sjogren, 1 lupus, 3 enfermedad mixta/superposición), 38 (56.7%) fueron aperistalsis idiopáticas y 2 pacientes presentaron aperistalsis asociada a diabetes. En la Tabla se presentan los parámetros clínicos, de laboratorio y los funcionales esofágicos de pacientes con AP idiopática (API), en comparación con la asociada a enfermedades reumatológicas (APR). Considerando las características demográficas, los pacientes con APR eran más frecuentemente de sexo femenino en comparación con API (p=0.003). En el análisis de variables manométricas, los pacientes con APR tuvieron presiones de la unión gastroesofágica significativamente menores que las API, tanto en reposo como durante las degluciones, y un mayor retardo en el vaciamiento esofágico comparado con los pacientes con API. Dentro del grupo de pacientes con APR, en 5 pacientes (18.5%) la disfagia (y la manometría con aperistalsis) fue la manifestación clínica inicial que llevó al diagnóstico de la enfermedad de base (3 esclerodermia limitada, 1 Sjögren, 1 lupus). Dentro del grupo de pacientes con API, al 60.5% se les solicitó un FAN y un 37.8% fueron evaluados por Reumatología.

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

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

1955

MANIFESTACIONES PULMONARES CLÍNICO IMAGENOLÓGICAS EN ER-IgG4

Jésica GALLO¹, Cristian Froullet², Alejandro Varizat³, Alberto Ortiz⁴, Romina Calvo⁴, Cecilia Pisoni⁵, Micaela Cosatti⁵, Ana Bertoli⁶, Sergio Oscar Paira⁴

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

INTRODUCCIÓN: La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es una enfermedad fibroinflamatoria, multiorgánica que puede incluir la afectación del pulmón. Las características patológicas de las lesiones pulmonares y pleurales relacionadas con IgG4 han sido poco documentadas.

OBJETIVOS: Ver los hallazgos tomográficos (TC) pulmonares y su frecuencia en los pacientes con ER-IgG4. Comparar las características demográficas, clínicas, datos de laboratorios y tratamientos entre los pacientes con ER-IgG4 que presentan afectación pulmonar en imágenes tomográficas versus pacientes con tomografías de tórax normales.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de grupo GESAR-IgG4, descriptivo y comparativo. Se incluyeron pacientes que cumplieran criterios de inclusión *Comprehensive Diagnosis Criteria 2011*, vistos desde 2014 hasta 2021. A los centros integrantes del Grupo GESAR-IgG4 se les solicitó que enviaran TC pulmonares de los pacientes. Exclusión: pacientes con historia familiar o personal de patologías linfoproliferativas, infecciosas, sarcoidosis y otras enfermedades del tejido conectivo, tumores y/o Epop. TC pulmonar revisadas por dos imagenólogos ciegos, clasificación en 4 patrones: 1) nódulos sólidos (grande ≥ 1 cm; pequeño 3 cm), solitarios (2 a 5) y múltiples (más de 5); 2) opacidad en vidrio esmerilado; 3) compromiso intersticio alveolar; 4) broncovascular. Otros, pleural y adenopatías. Se evaluaron variables como: datos demográficos, tiempo de evolución y seguimiento, compromiso clínico, datos de laboratorio, historia de tabaquismo, antecedentes alérgicos, asma, sinusitis, y síntomas respiratorios (tos, fiebre, disnea, dolor pleurítico), considerándolos como sintomáticos o asintomáticos, evolución y tratamiento de los pacientes con compromiso pulmonar y posteriormente se los comparó con los pacientes con ER-IgG4 sin esta afección (TC normal). En los pacientes que tuvieron biopsias de pulmón se describieron las características histológicas de los mismos (tinción HE). Método estadístico: se utilizó el software estadístico SPSS Statistics 19. Las variables categóricas se presentaron como frecuencias y porcentajes, las continuas como medias con desvío estándar o mediana y rango intercuartílico. Las comparaciones se realizaron por test de χ^2 , Prueba T o test no paramétricos, según corresponda. Nivel de confianza $\alpha=0,05$.

RESULTADOS: Se recibieron 30 tomografías (exclusión 2 paciente faltan datos), grupo analizar=28. 17/28 (61%) presentaron imágenes compatibles y 11/28 (39.3%) normales. Patrones hallados: opacidad en vidrio esmerilado 9 (53%), engrosamiento septal 9 (53%), aumento del tejido broncovascular 8 (47%) y bronquiectasias 7 (41%). Menos frecuentes nódulos sólidos 4 (23%), adenopatías 4 (23%), lesiones pleurales 2 (12%) y masas 1 (6%). 10/17 (58,8%) sexo femenino. La edad media de consulta 48 años, edad media de inicio de los síntomas 45 años y tiempo de evolución de 15 meses y de seguimiento de 20 meses. Alergia/asma desde el diagnóstico en 3 pacientes (17%), rinitis en 5 (29%). 10 pacientes síntomas constitucionales, 8 astenia y 8 pérdida de peso (47%) y 2 fiebre (12%). De los 17 pacientes, 8 (47%) presentaron síntomas respiratorios, 3 de ellos como manifestación inicial. Tres pacientes tabaquistas, sin relación con compromiso pulmonar ($p=0.21$). Al comparar estos grupos no encontramos diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables ni en las variables serológicas. El valor de la IgE resultó mayor en los pacientes con compromiso pulmonar, sin significancias estadísticas. Los valores séricos de IgA, IgG, y subclases de IgG1, IgG2, IgG3 e IgG4 resultaron ser mayores en los pacientes que no presentaron compromiso pulmonar, solo el valor del dosaje de IgG4 resultó mayor estadísticamente significativo ($p=0.022$). Dos biopsias de pulmón, un paciente presentó infiltrado linfoplasmocitario, fibrosis no estoriforme y en el restante infiltrado linfoplasmocitario, fibrosis

estoriforme, infiltrado eosinofílico y focos de neutrófilo. Tratamiento sin diferencias. Evolución no malignidad, un paciente falleció (sepsis) grupo TC anormal.

CONCLUSIONES: 17/28 (61%) compromiso pulmonar. Más frecuentes, opacidad en vidrio esmerilado y engrosamiento septal (53%), aumento del tejido broncovascular (47%). No hubo diferencias entre ambos grupos, a excepción de la IgG4 sérica.

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

Carla Gimena ALONSO¹, Verónica Savio¹, Carla Maldini¹, Mariana Ittg¹, Rosa Figueroa¹, Juan Pablo Avila¹, Carla Gobbi², Alejandro Albiero¹, Marcela Demarchi³, Agustina Racca³, Daniela Lewis⁴, María Elena Castrillon⁴, Paula Alba¹

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

INTRODUCCIÓN: La enfermedad psoriásica (EPs) describe un abanico de manifestaciones que afecta a personas con psoriasis (PsO). Estos pacientes tienen mayor riesgo que la población general de padecer obesidad, insulinoresistencia, síndrome metabólico (SMet), hipertensión arterial (HTA), dislipemias (DLP) y enfermedad cardiovascular. El índice neutrófilo-linfocito (INL) es un biomarcador inflamatorio asociado con aterosclerosis y predictor de eventos cardiovasculares. Es simple y económico, reflejando la carga inflamatoria global sistémica, así como también la subclínica. Escasos estudios han evaluado la relación entre el INL con la EPs.

OBJETIVOS: Evaluar la aplicación del INL en pacientes con EPs, su relación con la inflamación sistémica y el riesgo cardiovascular.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se estudiaron prospectivamente pacientes con APs mayores de 18 años con criterios CASPAR asistidos en un Servicio de Reumatología, desde el 03/07/2019 al 23/03/2022, y dos grupos control: un grupo con PsO y uno sano, apareados por edad y sexo. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades y hábitos tóxicos. La actividad de la enfermedad fue medida mediante PASI, DAPSA y MDA. La aterosclerosis subclínica (ATEsc) fue evaluada mediante la presencia de engrosamiento miointimal (EMI) y/o la presencia de placa por ultrasonido carotídeo. El INL fue separado en 4 grupos: <1.5, 1.5 <2.5, 2.5 <3.5 y ≥3.5. Análisis estadístico: variables categóricas nominales expresadas en proporciones, para cada variable mensurable discreta o continua se calculó la media y desviación estándar. Se utilizó el test de χ^2 o Fisher según correspondiera. Para cada variable mensurable discreta o continua se realizó test de Student o Wilcoxon. $p < 0.05$ se consideró significativa.

RESULTADOS: Se incluyeron 165 pacientes, 112 con EPs (70 con APs y 42 con PsO) y 53 controles. 58% era de sexo femenino con una media de edad de 49.6 ± 13.01 años ($p = NS$). La frecuencia de enfermedad cardiometabólica fue mayor en EPs: DBT (30% vs 2%; $p = 0.0001$), HTA (47% vs 27%; $p = 0.01$), DLP (83% vs 77%; $p = 0.33$) y obesidad (57% vs 34%; $p = 0.06$). 28% de los pacientes con EPs era fumador y el 4% de los controles ($p = 0.0004$). El 73% de los pacientes con EPs tenía 2 o más comorbilidades vs 38% de controles ($p = 0.0001$). El tiempo de evolución del compromiso cutáneo fue de 14.85 ± 12.66 años y de la APs 5.62 ± 9.53 . El PASI fue mayor en PsO (8.36 ± 7.72 vs 6.10 ± 7.67 ; $p < 0.0001$). El 51% de los pacientes presentaba un DAPSA bajo o en remisión, y se encontraban en MDA o VLDA el 41%. El 65% de los pacientes con EPs presentaba ATEsc (APs 62%; PsO 72%) vs. el 40% de los controles ($p = 0.004$). El INL fue mayor en la EPs que en los controles (APs 2.11 ± 0.94 ; PsO 2.28 ± 0.92 ; controles 1.57 ± 0.72 ; $p < 0.0001$). La media del INL fue de 2.12 para el grupo con ATEsc y de 1.7 para el grupo sin ATEsc ($p = 0.04$) (Figura). El INL en pacientes que no presentaban ATEsc fue numéricamente mayor en la EPs: APs 1.70 ± 0.46 ; PsO 2.52 ± 1.37 ; control 1.53 ± 0.58 ; ($p = 0.06$). El 68% de pacientes con APs recibía cDMARD vs el 29% de PsO ($p = 0.0001$); bDMARD el 33% de los pacientes con APs y ninguno con PsO.

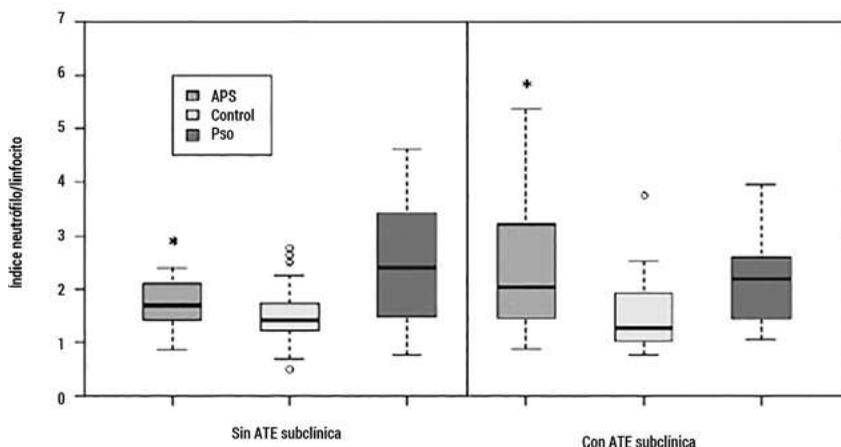


Figura: Índice neutrófilo-linfocito en pacientes con APs, PsO y controles con y sin ATE subclínica (*= $p < 0.03$).

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

NUEVA HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET

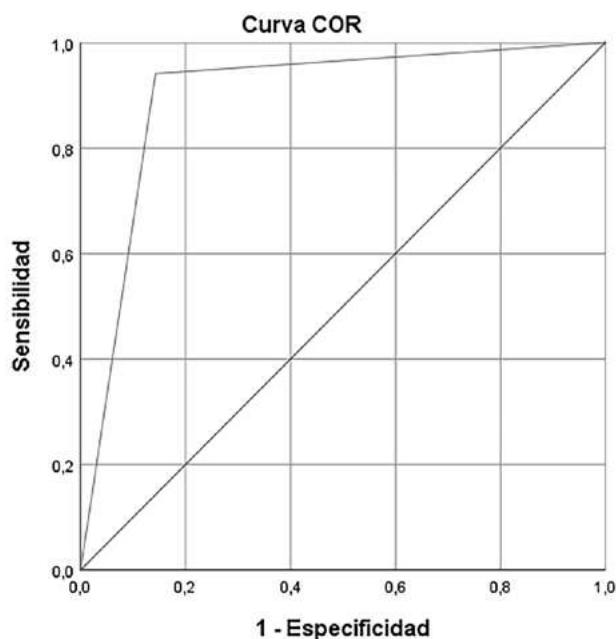
Carola SOLIZ CORDERO, Alejandro Brigante, Jonathan Eliseo Rebak, Laura Lucía Holguín Arias, Laura Sorrentino, Adriana Hamaui, Diana Dubinsky
SANATORIO GÜEMES

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Behçet (EB) se caracteriza por manifestaciones orales, genitales y gastrointestinales, y se usa el fenómeno de patergia como una herramienta diagnóstica objetiva, pero esta no es específica de la EB, ya que se puede encontrar en otras enfermedades e igualmente puede ser negativa aún teniendo EB. Otra característica descrita de la EB es el compromiso inflamatorio venoso predominante, valorado en un estudio realizado en centros de Turquía, donde la medición del espesor de vena femoral común (VFC) mostró ser una prueba diagnóstica para EB con sensibilidad y especificidades superiores al 80% para el valor de corte de 0.5 mm.

OBJETIVOS: Evaluar la *performance* diagnóstica del espesor de la pared posterior de la vena femoral común, medida por ecografía Doppler para el diagnóstico de enfermedad de Behçet.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de corte transversal de evaluación de un test diagnóstico. Se recopilaron datos por revisión de historias clínicas recolectados de pacientes que pertenecen a la asociación "Síndrome de Behçet Argentina", pacientes de consultorios particulares y de la institución donde se realizó el estudio, que presentaban diagnóstico de EB, y se compararon con una población de sanos. Se realizó ecografía doppler venosa de miembros inferiores utilizando un protocolo de evaluación ecográfica, considerándose el espesor de la pared posterior de la VFC ≥ 0.5 mm como positivo. Se descartó adicionalmente TVP.

RESULTADOS: De 32 pacientes que presentaban diagnóstico de EB, 19 cumplieron criterios de inclusión y se obtuvieron datos de 19 controles sanos. La edad media de pacientes con EB fue 47 (DE 12.6), y la mediana de sanos fue 41 años (RIC 36.5-48.5). La prevalencia del sexo femenino fue 58% en el grupo de EB, y 42.1% en sanos. La mediana del retraso en el diagnóstico de EB fue de 19 meses (RIC 11-36). Los pacientes que cumplieron con los Criterios de Mason y Barnes fueron 89.47%. Al momento del diagnóstico, la presencia de úlceras orales fue 97.3%, úlceras genitales 78.94%, y compromiso ocular 42.1%, compromiso cutáneo (eritema nodoso) fue del 21% y neurológico 10.52%. La presencia de HLA B51 en pacientes con EB fue 63.15% y el fenómeno de patergia positivo se encontró 31.57%. Al momento del estudio, el 42.10% presentaba actividad de la enfermedad y la media (en años de enfermedad) fue 8.8. La etnia en EB fue 57.89% mestiza y caucásica 42.1%, y en el grupo de sanos 68.42% mestizos y 31.57% caucásicos ($p < 0.5$). En la valoración ecográfica de la VFC, fue positivo en 89.4% de pacientes con EB y 10.5% en el grupo de sanos, observándose una sensibilidad de 94.1% y una especificidad de 94.7%, con un área bajo de la curva 0.89 ($p < 0.0001$), VPP 94.1% y VPN 94.7%. Observamos una probabilidad post-test de 0.059. El test presenta LR + 17.8 (IC95% 2.5-127) y un LR - 0.06 (IC95% 0.008-0.4).



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

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

Jorge Alejandro BRIGANTE¹, Karen Roberts², Carolina Isnardi², María Gimena Gómez², María Jezabel Haya Salinas², Mercedes A. García³, Carla Andrea Gobbi⁴, Gustavo Christian Casado⁵, Jonathan Eliseo Rebak⁶, Joan Manuel Dapeña⁷, Silvia Papisidero⁷, Guillermo Ariel Berbotto⁸, Malena Viola⁹, Verónica Saurit¹⁰, Ingrid Petkovic¹¹, Ana Bertoli¹², Mónica Patricia Díaz¹³, Erika Roxana Catay¹⁴, Ida Elena Exeni¹⁵, Bernardo Pons-Estel¹⁶, Sergio Paira¹⁷, Gladys Bovea¹⁸, Mercedes De La Sota¹⁹, María S. Larroude²⁰, Dora Aida Pereira²¹, Amelia Granel²², Gustavo Medina²³, Cecilia Pisoni²⁴, Mónica Sacnun²⁵, Edson Javier Velozo²⁶, Nora Aste²⁷, María Cecilia Castro²⁸, Eduardo Kerzberg²⁹, Verónica Savio³⁰, Julieta Gamba³¹, Anastasia Secco³², Gustavo Citera³³, Enrique Soriano³⁴, César E Graf³⁵, Guillermo Pons-Estel³⁶, María Celina De La Vega³⁷

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

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

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

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

RESULTADOS: Analizamos un total de 5676 pacientes del registro. Obtuvimos tres *clusters* diferentes: *cluster* 1: 1041 pacientes. Observamos mayor tiempo de evolución de la enfermedad en años 30.5 (Q1 25.8; Q3 35.6) y mayor demora de inicio al tratamiento 18.3 años (Q1 14.4; Q3 24) p<0.0001. *Cluster* 2: 2136 pacientes. Observamos mayor frecuencia de pacientes con lupus eritematoso sistémico: 156 (7.3%) p< 0.0001. En este subgrupo observamos menor frecuencia de AA 190 (8.9%) p <0.0001. *Cluster* 3: 2499 pacientes. Observamos una edad media mayor que en los otros dos *clusters* 57.3 (DE 8.3) p<0.001. La utilización de corticoides sistémicos se distribuyó de manera homogénea entre los 3 *clusters*.

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