

## Posters destacados

1721

### COMPROMISO RENAL EN ENFERMEDAD RELACIONADA CON IgG4 (ER-IgG4)

Roberto Agustín SÁNCHEZ<sup>1</sup>, Romina Calvo<sup>1</sup>, Cristian Froullet<sup>2</sup>, Alberto Ortiz<sup>1</sup>, Sergio Paira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SECCIÓN REUMATOLOGÍA HOSPITAL J. M. CULLEN, SANTA FE, <sup>2</sup>SECCIÓN DIAGNÓSTICO POR IMAGEN HOSPITAL J. M. CULLEN

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad renal relacionada con IgG4 (ERR-IgG4), prevalencia de 8 a 24%, predominio masculino (73-87%) y edad media 65 años. Los síntomas son leves y se asocian con lesiones extrarrenales (inflamación de las glándulas y linfadenopatías) o incidental por imágenes (53%) o laboratorio. El edema es de causa glomerulares o hidronefrosis, hipocomplementemia (50-70%), eosinofilia (47%), inmunoglobulina E elevada (70%), factor reumatoideo (FR) 38% y el anticuerpo antinuclear (ANA) 69%. Takahashi et al. describen 4 patrones de lesiones del parénquima: pequeños nódulos corticales periféricos <1 cm, lesiones redondeadas bien o mal definidas, forma de cuña, afectación parcheada difusa.

**OBJETIVOS:** Evaluar la prevalencia de afección renal en un grupo de pacientes con ER-IgG4, características clínicas, laboratorio, histopatológicas e imagenológicas, y compararlas con pacientes con ER-IgG4 sin compromiso renal.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se revisaron, retrospectivamente, 44 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de ER-IgG4, según los criterios de Umehara et al., Deshpande et al. y ACR/EULAR entre 2014 y 2021. Considerando compromiso renal: 1) laboratorio de injuria renal (creatinina >1,4 mg/dl y/o clearance de creatinina (Clcr) <60 ml/min y/o proteinuria >500 mg/24 hs y/o hematuria >3/campo de gran aumento (CGA), o 2) imágenes renales con múltiples lesiones hipodensas (patrones de Takahashi et al.) y/o infiltración difusa del tejido blando perirrenal y/o nefromegalia y/o masa renal solitaria hipovasculosa y/o lesiones de la pelvis renal, o 3. Biopsia renal con infiltrado linfoplasmocitario denso con células plasmáticas IgG4 positiva >10 cel/CGA o relación IgG4/IgG >40% con fibrosis. La biopsia renal se evaluó con microscopía óptica e inmunohistoquímica, no se realizó tinción con elastina. Eritrosedimentación (VSG) corregida según edad y sexo. Se analizaron características demográficas, laboratorio y órganos involucrados comparando pacientes con ER-IgG4 con y sin compromiso renal. Las variables categóricas se presentaron como frecuencias y porcentajes, las variables continuas como medias con desvío estándar y como mediana con rango intercuartílico. Comparación de proporciones por test de  $\chi^2$  o test exacto de Fisher, y la comparación de medias y medianas con Prueba T o Test U de Mann Whitney. Nivel de confianza de  $\alpha=0,05$ . Se utilizó el software estadístico SPSS versión 19.

**RESULTADOS:** De los 44 con ER-IgG4, 6 tenían compromiso renal (13.63%), 4 de ellos de inicio. 4 eran mujeres, edad media de 50.8 años ( $\pm 17.1$ ); 2 con síntomas constitucionales y todos con compromiso de otros órganos (ganglios 5, glándula submaxilar 4, parótida 3). 4 de ellos cumplieron criterios de laboratorio, Cr >1.4 mg/dl en 2 (media 1,1), proteinuria 3/5.1 de rango nefrótico (media 1501 mg/día), 2 hematíes dismórficos y Clcr <60 ml/min 2/5 (media 72,6 ml/min) y solo 2 cumplieron criterio de imagen. 1 eosinofilia, 2 PCR elevada y 4 VSG elevada. IgG elevada en 4/5 (media 3201.0 mg/dl  $\pm 1606.6$ ), IgG1 e IgG3 en 3/5 e IgG4 en 2 (media 1844.7 mg/dl  $\pm 1728.4$ ), la IgE elevada en 4/4 (media 784.7 mg/dl  $\pm 461.7$ ). Hipocomplementemia 3/5, FR 4/6 y ANA (>1/160) 3/6. Todos tenían tomografía con contraste, lesión en forma de cuña en 4, lesiones redondeadas en 1, parcheado difuso en 1 e imágenes lineales hipodensas cortico medulares en 2. 3 tenían biopsia renal, 2 presentaron NTI (2 infiltrado linfoplasmocitario denso, 1 eosinófilo, 1 fibrosis, 1 fibrosis estoriforme, ambos >10 IgG4+/CGA, 1 rango >40%). Cuando se comparó compromiso renal con no renal solo se observó diferencia estadísticamente significativa, a favor del primero, en la media de IgG2 ( $p=0.038$ ), IgG3 ( $p=0.002$ ) e IgG4 ( $p=0.058$ ) y una tendencia estadística en la positividad del ANA ( $p=0.099$ ).

**CONCLUSIONES:** Los que presentaron ER-IgG4 y compromiso renal eran más jóvenes (Kawano et al. 63.7 años), con predominio femenino, la IgE estuvo elevada en todos y la IgG4 en un menor porcentaje, comparando con la serie de Kawano et al., y Saeki et al. La lesión en forma de cuña fue la más frecuente, coincidiendo con Takahashi et al., de las cuales dos (33%) fueron hallazgos incidentales e imágenes lineales hipodensas corticales o cortico-medulares en 2 casos. El resto de los resultados fue similar a las series antes nombradas, destacando que la enfermedad renal relacionada con IgG4 se presenta en pacientes con compromiso multisistémico y en un porcentaje considerable de manera incidental.

1757

### VACUNACIÓN CONTRA SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PSORIÁSICA: PRIMER REPORTE DEL REGISTRO SAR-COVAC

Jennifer Laura KREIMER<sup>1</sup>, Carolina A. Isnardi<sup>2</sup>, María Eugenia D'Angelo<sup>3</sup>, Ingrid Petkovic<sup>4</sup>, Dora Pereira<sup>3</sup>, Gustavo Rodríguez Gil<sup>4</sup>, Emilce Schneeberger<sup>3</sup>, Yohana Tissera<sup>3</sup>, María de los Ángeles Correa<sup>3</sup>, Nora Kogan<sup>3</sup>, Cecilia Pisoni<sup>3</sup>, Carla Gimena Alonso<sup>4</sup>, Karina Cogo<sup>3</sup>, Micaela Cosatti<sup>3</sup>, Romina Nieto<sup>3</sup>, Zaida Troyano<sup>3</sup>, Alejandra Rollano Perasso<sup>3</sup>, Ana Laura Toledo<sup>3</sup>, Ana Bertoli<sup>3</sup>, Paula Luna<sup>3</sup>, Guillermo Berbotto<sup>3</sup>, Pablo Maid<sup>3</sup>, Carla Matellán<sup>3</sup>, María Agustina Alfaro<sup>3</sup>, Rosana Quintana<sup>3</sup>, Ingrid Strusberg<sup>3</sup>, Cecilia Reimundez<sup>3</sup>, Leila Mariana Muñoz<sup>3</sup>, Leandro Perrotat<sup>3</sup>, Cristina Echeverría<sup>3</sup>, Guillermo J. Pons-Estel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SOARPSO, <sup>2</sup>UNISAR, <sup>3</sup>INVESTIGADOR SAR-COVAC, <sup>4</sup>INVESTIGADOR SAR-COVAC

**INTRODUCCIÓN:** Los pacientes con enfermedad psoriásica (EP) presentan mayor severidad de la infección por SARS-CoV-2. La vacunación se ha convertido en una herramienta fundamental para controlar la pandemia por COVID-19 y evitar formas severas. Sin embargo, existen escasos datos acerca de su eficacia y seguridad en pacientes con EP.

**OBJETIVOS:** Evaluar la eficacia y seguridad de las vacunas para SARS-CoV-2 en pacientes con EP del registro SAR-COVAC.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** SAR-CoVAC es un registro nacional, multicéntrico, longitudinal y observacional, en el que se incluyen de forma consecutiva pacientes  $\geq 18$  años, con diagnóstico de enfermedad reumática y/o psoriasis que hayan recibido al menos una dosis de vacuna para SARS-CoV-2. Para este análisis se incluyeron aquellos con EP desde el 1 de junio de 2021 hasta el 1 de julio de 2022. Se registraron datos sociodemográficos, comorbilidades, enfermedad reumática subyacente y su tratamiento, vacuna aplicada, número de dosis, desarrollo de eventos adversos (EA), brote de la enfermedad psoriásica y manifestaciones inmunomediadas nuevas, así como también la infección por SARS-CoV-2 luego de la vacunación y su gravedad. Análisis estadístico: estadística descriptiva.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 320 pacientes, 54.1% de sexo femenino, con una edad media de 38.3 $\pm$ 14.4 años, de las cuales 61.6% presentaba artritis psoriásica y 46.2% solo psoriasis. La mayoría de los pacientes con EP se encontraba en remisión (27.7%) y en mínima/baja actividad de la enfermedad (47.8%) al momento de la vacunación. El 28.4% recibía tratamiento con drogas modificadoras de la enfermedad (DME) convencionales, siendo el metotrexato el más utilizado (24.7%). El 55.9% se encontraba en tratamiento con DME biológicas, incluyendo 22.5% inhibidores de IL-17, 22.2% inhi-

bidores de TNF y 10.9% inhibidores de IL-12/23 y 23. Asimismo, 2 (0.6%) pacientes usaban inhibidores JAK. Los principales tratamientos tópicos utilizados fueron corticosteroides (11.3%), ácido salicílico (2.19%) y calcipotriol (1.56%). El 16.8% reportó historia de infección por SARS-CoV-2 antes de la aplicación de la vacuna. La mayoría de los pacientes recibieron la vacuna Sputnik V (55.6%) como primera dosis, seguida por AstraZeneca (30.0%) y Sinopharm (11.3%). El 75.3% recibió dos dosis, en la mayoría de los casos con esquemas homólogos (75.5%) (Figura). La mitad de los pacientes (49.1%) recibió tres dosis, las más utilizadas AstraZeneca (60.5%), Pfizer/BioNTech (27.4%) y Moderna (8.3%), completando el 74.5% de ellos el esquema primario de vacunación de tipo heterólogo. El tiempo mediano entre la primera y la tercera dosis fue 243 días (RIC 196-270). En el 62.8% de los casos, la vacuna fue indicada por el médico reumatólogo o dermatólogo tratante y en el 30.2% la decisión fue tomada por el paciente de manera independiente. El 24.6%, 12.2% y 17.2% de los pacientes reportó al menos un EA luego de la primera, segunda y tercera dosis, respectivamente. El síndrome pseudo-gripal 11.1% (80/780) de las dosis aplicadas y la hipersensibilidad local 10.3% (74/718) fueron las manifestaciones más frecuentes. Solo un EA motivó la internación del paciente. La incidencia de EA fue menor en quienes recibieron Sputnik V y Sinopharm y más alta con AstraZeneca y Moderna (Figura). Un total de 8 pacientes (2.9%) reportaron un brote de la enfermedad luego de la vacunación y ningún paciente presentó una nueva manifestación inmunomediada. Se reportaron 10 eventos de infección por SARS-CoV-2 luego de la vacunación, 80% de ellos entre la primera y segunda dosis, y el resto entre la segunda y la tercera. En la mayoría de los casos (70%) la infección fue asintomática y/o de curso ambulatorio. No se reportaron muertes.

**CONCLUSIONES:** En esta cohorte nacional de pacientes con enfermedad psoriásica vacunados para SARS-CoV-2, las vacunas más utilizadas fueron Sputnik V y AstraZeneca. Al momento de este corte, el 75% habían recibido 2 dosis y el 40% completaron el esquema primario de vacunación, en la mayoría de los casos de forma heteróloga. Un cuarto de los pacientes presentó algún EA, mientras que el 3.1% presentó infección por SARS-CoV-2 luego de la vacunación, en la mayoría de los casos leve.

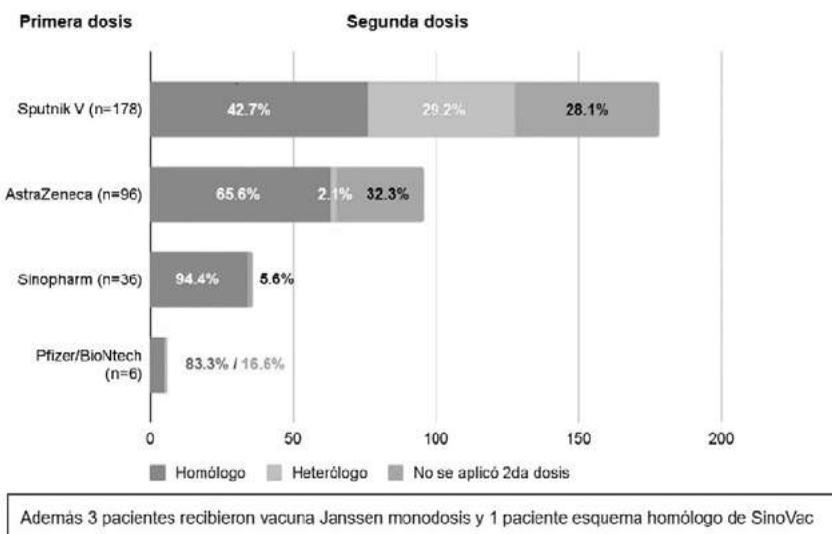


Figura: Tipos de vacunas y esquemas utilizados como primera y segunda dosis.

Tabla: Incidencia de EA según la vacuna utilizada.

	Sputnik V	AstraZeneca	Sinopharm	Moderna	Pfizer/BioNTech
Número de EA	45	64	12	14	8
Número de dosis	255	253	75	56	46
<b>Incidencia de EA (cada 1000 dosis, IC95%)</b>	176 (130-223)	253 (199-307)	160 (77-243)	250 (137-363)	174 (64-283)
Sputnik V		0.046	0.874	0.279	1.000
AstraZeneca			0.128	1.000	0.334
Sinopharm				0.291	1.000
Moderna					0.492
Pfizer/BioNTech					

## COMPLICACIONES SECUNDARIAS AL TRASPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

1775

María Josefina MOLINA<sup>1</sup>, Alejandro Nitsche<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CENTRO GALLEGO, <sup>2</sup>HOSPITAL ALEMÁN

**INTRODUCCIÓN:** La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune, crónica y en algunos casos devastadora donde la rápida progresión de la enfermedad, expresada en meses con severa induración cutánea, evaluada por score de Rodnan modificado (SRm) son predictores de mal pronóstico. EULAR y la Sociedad Americana de Trasplante de Médula Ósea recomiendan el trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas (TACPH) como tratamiento en pacientes con esclerosis sistémica rápidamente progresiva (ES-RP) y riesgo de falla orgánica. El estudio SCOT demostró que el 92% de los pacientes con ES tratados con TACPH estaban sin drogas modificadoras de enfermedad y libres de enfermedad a 11 años de seguimiento. Sin embargo, los 3 estudios abiertos randomizados (ASTIS, ASIST y SCOT) muestran complicaciones infecciosas y una tasa de mortalidad del 3%-10% relacionada al TACPH dentro de los 3 primeros años pos trasplante con mayor riesgo de infecciones dentro del primer año. Por otro lado, el TACPH puede presentar complicaciones no infecciosas como la enfermedad del suero (ESu) y el síndrome de injerto (SIn). La ESu se define como una reacción inflamatoria no infecciosa que cursa con fiebre, rash cutáneo, adenomegalias y poliartritis severa. El SIn ocurre dentro de las 96 horas del prendimiento de las células trasplantadas y se manifiesta por fiebre >38°, erupción cutánea difusa, aumento del peso corporal y síndrome pulmonar con disnea, hipoxia e infiltrados pulmonares bilaterales, relacionado con la liberación masiva de citoquinas. Ambas complicaciones revierten con dosis elevadas de corticosteroides.

**OBJETIVOS:** Describir la frecuencia de complicaciones en pacientes con esclerosis sistémica sometidos a trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo y descriptivo. Se evaluaron las historias clínicas de 7 pacientes con ES difusa (criterios de clasificación ACR-EULAR 2013) tratados con TACPH no mieloablativo. Se determinó sexo, edad, edad al diagnóstico de ES, tiempo de evolución de ES y tiempo de evolución de ES al momento del TACPH. Se definió como ES-RP pacientes con duración de enfermedad de hasta 5 años de evolución con SRm basal mayor a 15 puntos y con variable compromiso orgánico. Se constató el desarrollo de complicaciones relacionadas al trasplante. Se consideraron complicaciones infecciosas y no infecciosas relacionadas con el TACPH, el momento de presentación de las complicaciones, tratamientos recibidos para la complicación y evolución de la misma. Análisis estadístico: frecuencias, medias y medianas.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 7 pacientes con ES difusa sometidos a TACPH, 6/7 fueron definidos con enfermedad rápidamente progresiva, 5 fueron mujeres y 2 varones, con una edad media de 47.4±8.8 años, edad media al diagnóstico de ES de 41.7±5.7 años, tiempo medio de evolución de ES de 5.9±5.1 años y una mediana de tiempo de evolución de ES al momento del TACPH de 3 años (rango 12 años). Cuatro de siete pacientes (57.1%) presentaron complicaciones relacionadas al TACPH. Todas las complicaciones ocurrieron dentro de los 15 días del trasplante. De los 4 pacientes con complicaciones, 1 de ellos presentó *shock* séptico y leucoencefalopatía reversible requiriendo tratamiento con antibióticos de amplio espectro, antivirales y antimicóticos con resolución completa del evento luego de 45 días de internación en unidad de terapia intensiva. Los 3 pacientes restantes presentaron complicaciones no infecciosas: 2 de ellos enfermedad del suero y un paciente síndrome de injerto. Los 3 pacientes evolucionaron favorablemente con dosis elevadas de corticosteroides.

**CONCLUSIONES:** La frecuencia de complicaciones en nuestros pacientes con ES sometidos a TACPH fue elevada, del 57.1%, siendo las complicaciones no infecciosas las más frecuentes. Todos los pacientes respondieron favorablemente a los tratamientos indicados para tales complicaciones. Debido a la alta frecuencia de complicaciones se deben seleccionar cuidadosamente los pacientes con ES candidatos para ser tratados con TACPH para minimizar los riesgos de complicaciones, por ende, es necesario el trabajo de un equipo multidisciplinario comprometido en el manejo de estos pacientes.

1825

## USO DE RECURSOS DE SALUD DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Rodolfo Nicolás ALVARADO<sup>1</sup>, Gelsomina Alle<sup>1</sup>, Mayra Alejandra Tobar Jaramillo<sup>1</sup>, Luis Carlos Palomino<sup>1</sup>, Agustín Gabriel Cáceres<sup>1</sup>, Javier Eduardo Rosa<sup>1</sup>, Gerardo Machnicki<sup>2</sup>, Federico Zazzetti<sup>3</sup>, Enrique Roberto Soriano<sup>1</sup>, Marina Scolnik<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, <sup>2</sup>JANSSEN LATAM, <sup>3</sup>JANSSEN GLOBAL

**INTRODUCCIÓN:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que cursa con períodos de remisión y actividad de severidad variable que influyen sobre el patrón de tratamiento. Existen pocos datos relacionados con el uso de recursos de salud de los pacientes con LES en América Latina.

**OBJETIVOS:** El objetivo primario fue analizar el uso de recursos de salud (URS) de pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) afiliados al plan prepago de un Hospital Universitario de Buenos Aires y compararlos con controles pareados por edad y sexo. El objetivo secundario fue comparar el URS de los pacientes con LES entre períodos de remisión y brote.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron casos incidentes de LES (criterios ACR 1997 o SLICC 2012) diagnosticados entre 2000 y 2020, y 5 controles pareados (edad, sexo y fecha de afiliación), todos afiliados a la misma prepaga. La fecha de diagnóstico de LES se consideró como fecha índice. Se evaluaron las historias clínicas electrónicas de todos los pacientes y se registraron datos clínicos y de URS (consultas ambulatorias médicas y no médicas, pruebas de laboratorio e imágenes realizadas, consultas al servicio de emergencia, hospitalizaciones y drogas prescritas). Para cada paciente con LES se determinó el estado de actividad de la enfermedad en cada mes de seguimiento: brote (BILAG A o 2 BILAG B), baja actividad (LLDAS), remisión (según definición de DORIS) o actividad intermedia (si no cumplía ninguna de los anteriores). Se realizó un análisis descriptivo, se calculó la densidad de incidencia (IR) para cada ítem del URS y luego se calculó la razón de tasas de incidencia (IRR) entre casos y controles, y entre períodos de remisión y brote del LES. Posteriormente se realizó un análisis de regresión logística binomial negativo para identificar las variables asociadas con una mayor utilización de recursos.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 62 LES y 310 controles, 88.7% mujeres, con una mediana de edad en la fecha índice de 46 años, y un seguimiento de más de 8 años. Los casos aportaron 537.2 paciente-años (IC95% 461.1-613.3) y los controles 2761.9 paciente-años (IC95% 2600.9-2922.8). El URS en LES fue significativamente mayor que en los controles en todos los ítems, incluso en períodos de remisión (Tabla). El LES se asoció de forma independiente con un mayor URS en el análisis multivariado. Los pacientes con LES permanecieron el 74.4% del tiempo en remisión, 12.1% en LLDAS, 12.2% en actividad intermedia y 1.3% en brote (hubo 64 brotes en 36 pacientes). El URS fue significativamente mayor durante los períodos de brote comparado con la remisión. En el análisis multivariado, el número de brotes se asoció de forma independiente con más consultas al Servicio de Emergencias, realización de pruebas de laboratorio y radiografías, número de drogas prescritas y hospitalizaciones.

	Densidad de incidencia en controles (paciente-año) (IC95%)	Densidad de incidencia en LES en remisión (paciente-año) (IC95%)	Densidad de incidencia de LES (paciente año) (IC95%)	Densidad de incidencia de LES en actividad intermedia (paciente año) (IC95%)	Densidad de incidencia de LES en brote (paciente año) (IC95%)	IRR (IC95%), P (LES vs. controles)	IRR (IC95%), P (LES en remisión vs brote)
Consultas a Reumatología	0.1 (0.1-0.2)	2.5 (1.9-2.9)	3.8 (1.8-5.9)	6.5 (4.6-8.5)	15.9 (9.1-22.7)	19,4 (17,3-21,7) <0.001	6,5 (5,3-7,8) <0.001
Otras consultas médicas	6.8 (6.2-7.4)	11.1 (6.6-15.5)	9.3 (4.6-14.1)	15.7 (7.7-23.7)	28.9 (18.039.8)	1,7 (1,6-1,7) <0.001	2,6 (2,3-3,0) <0.001
Consultas no médicas	1.4 (0.9-1.8)	1.9 (0.8-3.1)	0.4 (-0.2-1.1)	01 (01-0.3)	4.7 (4.4-13.7)	1,2 (1,1-1,2) <0.001	2,4 (1,6-3,4) <0.001
Consultas a emergencias	3.8 (3.3-4.4)	6.1 (4.18-3)	5.9 (2.5-9.3)	10.6 (5.4-15.8)	8.3 (17.5-59.2)	1,8 (1,7-1,9) <0.001	6,3 (5,5-7,1) <0.001
Pruebas de laboratorio realizadas	2.4 (2.0-2.6)	6.2 (4.2-8.2)	6.9 (3.4-10.5)	14.6 (9.7-19.5)	43.2 (23.4-63.1)	3,2 (3,1-3,4) <0.001	6,9 (6,2-7,8) <0.001
Radiografías realizadas	0.9 (0.8-1.2)	2.2 (1.1-3.2)	1.3 (0.6-2.0)	2.7 (1.5-3.8)	25.5 (6.6-44.1)	2,4 (2,2-2,5) <0.001	11,8 (9,9-13,9) <0.001
Otras imágenes realizadas	2.5 (2.2-2.8)	3.9 (2.7-4.9)	4.2 (1.9-6.5)	4.9 (3.1-6.8)	36.5 (13.1-59.9)	1,7 (1,6-1,8) <0.001	9,4 (8,2-10,8) <0.001
Drogas relacionadas al LES prescriptas	0.2 (0.1-0.3)	8.3 (6.2-10.4)	8.6 (4.8-12.4)	22.3 (11.6-32.9)	40.7 (22.6-58.8)	59,5 (53,9-65,7) <0.001	4,9 (4,3-5,5) <0.001
Otras drogas prescriptas	15.7 (12.9-18.5)	29.8 (18.4-41.3)	17.8 (9.1-26.4)	31.5 (19.8-43.1)	84.8 (37.6-131.9)	1,8 (1,7-1,8) <0.001	2,8 (2,6-3,1) <0.001
Hospitalizaciones	0.2 (0.1-0.2)	0.4 (0.2-0.6)	0.4 (0.1-0.7)	1.1 (0.5-1.7)	11.3 (6.3-16.2)	3,5 (3,0-4,0) <0.001	31,5 (23,7-41,7) <0.001

**CONCLUSIONES:** Se observó un URS significativamente mayor en pacientes con LES comparados con controles pareados, y durante los brotes comparado con la remisión.

## POLIMIALGIA REUMÁTICA CON REACTANTES DE FASE AGUDA NORMALES: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Anabella RODRÍGUEZ<sup>1</sup>, Micaela Cosatti<sup>1</sup>, Cecilia Pisoni<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS "NORBERTO QUIRNO" (CEMIC)

**INTRODUCCIÓN:** La polimialgia reumática (PMR) es un síndrome que afecta a personas mayores de 50 años. Se caracteriza por presentar dolor en cintura escapular y/o pelviana asociado a limitación en el movimiento y rigidez matinal. Los valores elevados de eritrosedimentación (ERS) y de proteína C reactiva (PCR) son hallazgos habituales en el laboratorio, sin embargo, su ausencia no excluye el diagnóstico.

**OBJETIVOS:** Evaluar la prevalencia de PMR con reactantes de fase aguda (RFA) normales, comparar las características y desenlaces clínicos en pacientes con PMR reactantes normales y elevados.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, observacional, donde se incluyeron 145 pacientes con diagnóstico nuevo de PMR entre agosto de 2008 y diciembre de 2021, en un Hospital Universitario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El diagnóstico se realizó con base al juicio clínico del médico reumatólogo tratante. Excluimos a los pacientes que al momento del diagnóstico de PMR presentaban diagnóstico de arteritis de células gigantes en forma simultánea, pacientes que ya estuvieran bajo tratamiento con drogas inmunosupresoras/moduladores y/o esteroides en el último mes. Se recolectó información sobre características demográficas, manifestaciones clínicas, tiempo de evolución, comorbilidades, laboratorio, tratamientos y efectos adversos desde su diagnóstico hasta la última consulta registrada en la historia clínica. Se definió remisión sostenida (ausencia de manifestaciones clínicas +/- normalización de PCR y ESR en paciente sin corticoides), recaída (nuevos síntomas y signos de PMR con o sin aumento de los reactantes de fase aguda que hayan requerido un aumento de la dosis de esteroides) y recurrencia (aparición de los síntomas +/- aumento de VSG o la PCR luego de haber alcanzado la remisión). Los valores de ERS se consideran normales cuando fueron menores a 30 mm/h o elevados ( $\geq 30$  mm/h) tanto para hombres como para mujeres, el valor de PCR se estableció según el valor de corte de cada laboratorio.

**RESULTADOS:** Se incluyó un total de 145 pacientes. Las características demográficas se describen en la Tabla 1. La prevalencia de PMR con RFA normales en nuestra población fue de 18.35%. El grupo de pacientes con PMR y RFA normales presentaron una mayor duración de los síntomas previo al diagnóstico (11 vs 4.4 meses  $p=0.02$ ). No presentaron diferencia en las manifestaciones clínicas, aunque hubo una tendencia a presentar mayor cantidad de síntomas constitucionales en pacientes con RFA altos (31.4% vs 14.8%  $p=0.08$ ). Los pacientes con RFA clásica presentaron más frecuentemente anemia (30.1% vs 4.5%,  $p=0.01$ ). El 50.2% presentó al menos una recaída durante el seguimiento, no se encontraron diferencias en ambos grupos (55.9% vs 51.9%,  $p=0.32$ ). La presencia de 3 o más recaídas fue más frecuente en pacientes con RFA normales ( $p=0.03$ ). No hubo diferencias en los tratamientos recibidos y en relación con los efectos adversos asociados a los esteroides pudimos observar una diferencia significativa en la presencia de fracturas en pacientes con RFA normales (18.5% vs 5.9%,  $p=0.03$ ) (Tabla 2).

**Tabla 1:** Característica demográficas.

Variable	Total (n=145)	RFA altos (n=118)	RFA normal (n=27)	p valor
<b>Sexo femenino, N(%)</b>	102 (70.3)	85 (72)	17 (62)	0.35
<b>Edad, N(DE)</b>	72.1 (81)	72.5 (8)	70.5 (8.4)	0.13
<b>Comorbilidades*</b>				
HTA, N(%)	83 (57.2)	66 (55.9)	17 (62.9)	0.50
DLP, N(%)	69 (47.6)	55 (46.6)	14 (51.8)	0.62
Hipotiroidismo, N(%)	42 (28.9)	32 (27.1)	10 (37)	0.30
ECV-, N(%)	19(13.1)	15 (12.7)	4 (14.8)	0.77
Cáncer, N(%)	24 (16.5)	21 (17.8)	3 (11.1)	0.40
DBT, N(%)	22 (15.2)	17 (14.4)	8 (18.5)	0.59
ERS ,n (DE)**	45.7 (32.4)	52.7 (31.9)	15.7 (10)	<0.01
PCR alta ** (%)	107	107 (96.4)	0 (0)	<0.01
<b>Duración de síntomas previo al diagnóstico en meses, NDE)</b>	5.6 (8.9)	4.39 (6.1)	11 (15.3)	0.02
<b>Tiempo de seguimiento, meses mediana (RIQ)</b>	21 (10.2-37)	21.6 (10.6-37)	17.5 (7.7-37.5)	0.85

\*Infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, enfermedad arterial periférica, insuficiencia cardíaca.\*\*VSG. n=144. \*\*\*PCR n=137.

**Tabla 2:** Manifestaciones y desenlaces clínicos.

Variable	Total (n=145)	RFA altos (n=118)	RFA normal (n=27)	p valor
<b>Manifestaciones clínicas</b>				
Dolor de cuello, N(%)	40 (27.6)	34 (28.8)	6 (22.2)	0.48
Dolor de cintura escapular, N(%)	131 (90.3)	105 (89)	26 (93.3)	0.25
Dolor de cintura pelviana, N(%)	126 (87)	102 (86.4)	24 (89)	0.73
Síntomas constitucionales, N(%)	41 (71.7)	37 (31.4)	4 (14.8)	0.08
Rigidez matinal, N(%)	72 (49.7)	60 (50.8)	12 (44.4)	0.55
Artritis, N(%)	8 (5.5)	8 (6.78)	0 (0.0)	0.16
Pitting edema, N(%)	17 (11.7)	15 (12.7)	2 (7.4)	0.44
Anemia, N(%)	26 (24.8)	25 (30.1)	1 (4.5)	0.01
<b>Total de pacientes con recaídas durante el seguimiento</b>				
1 recaída, N(%)	42 (28)	35 (29.7)	7 (25.9)	0.18
2 recaídas, N(%)	13 (8.9)	12 (10.2)	1 (3.7)	
3 o más recaídas N(%)	12 (8.29)	7 (5.9)	5 (18.5)	
<b>Total de pacientes con recaídas durante el seguimiento</b>				
0-2 recaídas, N(%)	133 (91.8)	111 (94)	22 (81.4)	0.03
≥3 recaídas, N(%)	12 (8.2)	7 (6)	5 (18.5)	
<b>Tratamiento</b>				
Meprednisona, dosis de inicio (mg), media (DE)	16 (5.8)	16 (6.2)	15.8 (3.3)	0.61
Uso de ahorradores de corticoides metotrexato, N(%)	69 (47.6)	56 (47.5)	13 (48.1)	0.95
Luflunomida, N(%)	13 (8.9)	11 (9.3)	2 (7.4)	0.75
<b>Tiempo de tratamiento con esteroides, en meses mediana (RIC)</b>	15.1 (10.2-28.6)	15.4 (10.6-30.8)	12.57 (7.7-27.3)	0.48
<b>Efectos adversos al tratamiento</b>				
HTA, N(%)	44 (30.3)	39 (33)	5 (18.5)	0.14
Hiperglucemia, N(%)	16 (11)	11 (11)	3 (11.1)	0.99
Aumento de peso, N(%)	27 (18.6)	21 (17.8)	6 (22.2)	0.60
Hipercolesterolemia, N(%)	11 (7.6)	10 (8.5)	1 (3.7)	0.40
Osteoporosis(%)	19 (13.1)	16 (13.6)	3 (11.1)	0.70
Fractura, N(%)	12 (8.29)	7 (5.9)	5 (18.5)	0.03
Neuropsicológicas, N(%)	22 (15.2)	17 (14.4)	5 (18.5)	0.59
Infecciones respiratorias, N(%)	20 (13.8)	14 (11.9)	6 (22.2)	0.16
Urinaria, N(%)	19 (13.1)	17 (14.4)	2 (7.4)	0.33
Otras, N(%)	13 (9)	12 (10.2)	1 (3.7)	0.29
Cataratas, N(%)	10 (6.9)	10 (8.5)	0 (0)	0.11
Insuficiencia suprarrenal, N(%)	6 (4.1)	4 (3.4)	2 (7.4)	0.34

**CONCLUSIONES:** Nuestra serie confirma los hallazgos de estudios previos donde se evidencia una frecuencia significativa de PMR y RFA normales. Estos pacientes tendrían las mismas manifestaciones clínicas y evolución que los pacientes con RFA elevados, pero presentan una demora en el diagnóstico con más de 7 meses de diferencia, por lo que sugerimos tener en cuenta estos resultados para no demorar el tratamiento en estos pacientes.

## COMPROMISO OFTÁLMICO EN ENFERMEDAD RELACIONADA CON IgG4

Luisina Victoria ZUNINO<sup>1</sup>, Melina Goette<sup>1</sup>, Romina Calvo<sup>1</sup>, Alejandro Varizat<sup>1</sup>, Marcela Schmid<sup>2</sup>, Jéscica Gallo<sup>3</sup>, Ortiz Alberto<sup>1</sup>, Sergio Paira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL J. M. CULLEN, <sup>2</sup>HOSPITAL ÁNGELA I. DE LLANO, <sup>3</sup>HOSPITAL REGIONAL DE RECONQUISTA

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad oftálmica relacionada con IgG4 (EOR-IgG4) es el compromiso por ER-IgG4 de la órbita y/o sus anexos, incluyendo a la glándula y conducto lagrimal, músculos extraoculares, párpados, tejidos blandos orbitarios, senos paranasales, huesos orbitarios, nervios craneales y esclerótica. No se dispone de estimaciones completas sobre su incidencia. Varios estudios informan una frecuencia de EOR-IgG4 del 11-58.8%.

**OBJETIVOS:** Describir características clínicas, analíticas, imagenológicas y anatomopatológicas de la EOR-IgG4, en 3 centros, analizando su evolución y tratamiento.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se llevó a cabo la visualización de 54 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de ER-IgG4 según el cumplimiento de los criterios integrales de Umehara 2011. Se seleccionaron 16 pacientes con diagnóstico de EOR-IgG4 a los que además se les aplicó los criterios de Goto 2014, de 3 centros, entre los años 2014 a 2021. Se recabaron y analizaron datos concernientes a: perfil demográfico, antecedente de asma, manifestaciones clínicas, analítica, hallazgos histopatológicos, radiológicos, así como tratamiento y evolución de los pacientes con EOR-IgG4. Las determinaciones de laboratorio evaluadas respondieron a los valores de diagnóstico iniciales, incluyendo: eosinofilia, eritrosedimentación, PCR cuantitativa, concentraciones séricas de IgE, IgG y subtipo IgG4 (puntos de corte: eosinófilos > 500; IgG4 ≥ 135 mg/dl, PCR > 5 mg/L y en VSG el límite superior se calculó según edad y sexo: edad en años/2 para hombres y (edad en años + 10)/2 para mujeres). Las muestras anatomopatológicas no contaron con tinción con elastina. Los datos fueron recopilados y organizados en una base de datos en Excel, y para su análisis estadístico se utilizó el software SPSS Statistics 19. Se calcularon frecuencias, medias y medianas acompañadas de su desvío estándar e intervalo de confianza según corresponda.

**RESULTADOS:** De los 16 pacientes, el 75% eran mujeres (n=12), con una edad media de inicio de síntomas de 44.8 años (±15.222). La edad media de diagnóstico fue de 46.38 años (±15.266). La frecuencia de afectación ocular en ER-IgG4 representó un 29.62% (16/54 pacientes). 12 pacientes (75%) presentaron afectación oftálmica bilateral. El 68.75% de los casos presentaron síntomas oculares de inicio, siendo el dolor ocular (45.4%), edema de párpados (36.6%) y proptosis (36.6%) las presentaciones más frecuentes. 11 paciente presentaron niveles elevados de IgG4 sérica. El 57.1% de los casos presentó compromiso orbitario bilateral y la glándula lagrimal fue la estructura anatómica más frecuentemente afectada (71.4%, n=10) en estudios por imágenes. El compromiso de los músculos extraoculares se observó en 5 pacientes (35.71%), de los cuales el 60% mostró afectación del músculo recto lateral, inferior y medial, y en 2 casos se observó compromiso del músculo recto superior. Los tendones de los músculos se respetaron en todos los casos. Se informó engrosamiento de la mucosa de los senos paranasales en 4 pacientes (28.5%). El nervio infraorbitario estuvo afectado en 1 caso. El infiltrado linfoplasmocitario denso fue la característica principal informada (100% de los casos). Se objetivó fibrosis estoriforme en el 44.4%, fibrosis no estoriforme en el 33.3% y flebitis obliterante en el 22.2% de los casos. En cuanto a tratamiento 2 pacientes recibieron monoterapia con glucocorticoides y 12 terapia combinada de glucocorticoides e inmunosupresores. El 57% de los pacientes alcanzaron una respuesta completa y 3 pacientes presentaron recaída.

**CONCLUSIONES:** Los datos recabados en nuestra serie se asemejan a lo publicado hasta la fecha en cuanto a epidemiología, manifestaciones clínicas, exámenes complementarios y anatomopatológicos, con discretas diferencias en relación a la frecuencia de afectación de los músculos recto lateral por sobre los otros músculos; la menor afectación de senos paranasales y del nervio infraorbitario; la mayor frecuencia de fibrosis estoriforme vs no estoriforme en la anatomía patológica y la buena respuesta al tratamiento de inducción junto con la baja tasa de recaída en la afectación de las glándulas lagrimales.

## ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE ENFERMEDAD OFTÁLMICA RELACIONADA CON IgG4 Y ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4 SIN COMPROMISO OCULAR

Luisina Victoria ZUNINO<sup>1</sup>, Melina Goette<sup>1</sup>, Romina Calvo<sup>1</sup>, Alejandro Varizat<sup>1</sup>, Marcela Schmid<sup>2</sup>, Jéscica Gallo<sup>3</sup>, Ortiz Alberto<sup>1</sup>, Sergio Paira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL J. M. CULLEN, <sup>2</sup>HOSPITAL ÁNGELA I. DE LLANO, <sup>3</sup>HOSPITAL REGIONAL DE RECONQUISTA

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad relacionada con IgG4 es una enfermedad fibroinflamatoria sistémica inmunomediada que puede afectar prácticamente a cualquier órgano. Se ha estandarizado la denominación de enfermedad oftálmica relacionada con IgG4 (EOR-IgG4) al compromiso por ER-IgG4 de la órbita y/o sus anexos, incluyendo a la glándula y conducto lagrimal, músculos extraoculares, párpados, tejidos blandos orbitarios, senos paranasales, huesos orbitarios, nervios craneales y esclerótica. La EOR-IgG4 presenta características clínico-patológicas únicas; sin embargo, pocos estudios, entre los que se encuentran los realizados por Zhen Zhao et al. y Linyang Gan et al., describen las disparidades con los pacientes con ER-IgG4 sin compromiso oftálmico.

**OBJETIVOS:** Comparar las características clínicas, analíticas y anatomopatológicas de la EOR-IgG4 con pacientes con ER-IgG4 sin compromiso oftálmico, en 3 centros.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se reclutaron 54 pacientes con diagnóstico de ER-IgG4 según el cumplimiento de los criterios integrales de Umehara 2011. Se seleccionó un subgrupo de 16 pacientes con diagnóstico de EOR-IgG4, de 3 centros, entre los años 2014 y 2021. Se recabaron y analizaron datos comparativamente entre los dos grupos, concernientes a: perfil demográfico, antecedente de asma, manifestaciones clínicas, analítica y hallazgos histopatológicos. Las muestras anatomopatológicas no contaron con tinción con elastina. Los datos fueron recopilados y organizados en una base de datos en Excel, y para su análisis estadístico se utilizó el software SPSS Statistics 19. Las variables categóricas se presentaron como frecuencias y porcentajes, mientras que las variables continuas como medias con su desvío estándar si su distribución era normal, y como mediana y rango intercuartílico en caso de anormalidad. La comparación de proporciones se realizó por test de  $\chi^2$  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:** La muestra estuvo conformada por 38 pacientes con ER-IgG4 sin compromiso ocular y 16 pacientes con EOR-IgG4. Se observó que EOR-IgG4 se presentó con mayor frecuencia en mujeres (75%), a una edad más temprana (46 años), con un tiempo de demora hasta la consulta mayor (18 meses), aunque dichas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Ambos grupos de pacientes presentaron compromiso multiorgánico más frecuentemente. El antecedente de asma se asoció significativamente a la ER-IgG4 extraoftálmica ( $p=0.018$ ) y hubo una tendencia clínica a desarrollar compromiso pulmonar con más frecuencia en este grupo, sin alcanzar la significancia estadística ( $p=0.068$ ). En cuanto a los

datos de laboratorio, los pacientes con EOR- IgG4 presentaron niveles séricos menores de IgE y de IgG total, siendo estadísticamente significativa esta última asociación ( $p=0.069$  y  $p=0.05$ ). Por otra parte, hubo una tendencia a presentar valores IgG4 más elevados en el grupo extraoftálmico (64.7%). Se analizaron las características histológicas de las biopsias de los pacientes con EOR-IgG4 (5 biopsias de glándula lagrimal y 4 de tumores orbitarios) y la de los que no presentaron dicho compromiso (43 biopsias de otros órganos). En ambos casos, predominó el infiltrado linfoplasmocitario (más del 80%) y eosinofílico (55%), pero en las biopsias de tejido oftálmico predominó la fibrosis estoriforme (44%) al contrario que en los tejidos extraoftálmicos, donde resultó más frecuente la fibrosis no estoriforme (46%). Además, no hubo diferencias con respecto a la frecuencia de flebitis obliterante o infiltrado neutrofílico en ambos grupos.

**CONCLUSIONES:** En el presente trabajo no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de comparación con respecto a las características clínicas, analíticas y anatomopatológicas, a excepción de la asociación negativa entre el antecedente de asma y los niveles de IgG total sérica con los pacientes con EOR-IgG4, en discordancia con lo reportado por otros autores, al igual que la tendencia a presentar mayores niveles de IgG4 sérica en el grupo extraoftálmico. En cuanto a los hallazgos histopatológicos, la fibrosis estoriforme fue frecuente en la EOR-IgG4, distinto a lo descripto hasta la fecha, sin embargo, predominó el infiltrado linfoplasmocitario en ambos grupos, similar a lo reportado.

1905

## ASOCIACIÓN ENTRE EL GRUPO Y FACTOR SANGUÍNEO Y LAS CARACTERÍSTICAS Y SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS REUMÁTICAS

Florencia Valdez DONELLI<sup>1</sup>, Virginia Carrizo Abarza<sup>1</sup>, Carolina A. Isnardi<sup>1</sup>, Emilce Schneeberger<sup>1</sup>, Gustavo Citera<sup>1</sup>, María Eugenia D'Angelo<sup>2</sup>, Sofía Ornella<sup>2</sup>, María J. Haye Salinas<sup>2</sup>, Carla Gimena Alonso<sup>2</sup>, María Severina<sup>2</sup>, Gelsomina Alle<sup>2</sup>, Micaela Cosatti<sup>2</sup>, Josefina Gallino Yanzi<sup>2</sup>, María Alejandra Medina<sup>2</sup>, Rodolfo Pérez Alamino<sup>2</sup>, Nicolás Martín Lloves Schenone<sup>2</sup>, María de los Ángeles Correa<sup>2</sup>, María de la Vega<sup>2</sup>, Leandro Carlevaris<sup>2</sup>, Natalia Lili Cuchiaro<sup>2</sup>, Ana Bertoli<sup>2</sup>, María Elena Calvo<sup>2</sup>, Mercedes Cecilia Córdoba<sup>2</sup>, María Victoria Martire<sup>2</sup>, Sandra Petruzzelli<sup>2</sup>, Boris Kisluk<sup>2</sup>, Leila Mariana Muñoz<sup>2</sup>, Graciela Gómez<sup>2</sup>, Mónica Patricia Díaz<sup>2</sup>, Sidney Soares de Souza<sup>2</sup>, Andrea Belén Gómez Vara<sup>2</sup>, José Luis Velasco Zamora<sup>2</sup>, María Sol Castaños Menescardi<sup>2</sup>, Natalia Morales<sup>2</sup>, María Lourdes Mamani Ortega<sup>2</sup>, Gimena Gomez<sup>3</sup>, Karen Roberts<sup>3</sup>, Rosana Quintana<sup>3</sup>, Guillermo J. Pons-Estel<sup>3</sup>

<sup>1</sup>IREP, <sup>2</sup>INVESTIGADOR DEL REGISTRO SAR-COVID, <sup>3</sup>SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA-UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

**INTRODUCCIÓN:** El grupo sanguíneo A ha sido asociado a mayor riesgo de padecer infección por SARS-CoV-2, el efecto sobre la severidad de la misma es discutido.

**OBJETIVOS:** Evaluar si existe asociación entre los antígenos del sistema ABO y Rh, y las características clínicas y la evolución de los pacientes con enfermedades reumáticas e infección por SARS-CoV-2.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** El SAR-COVID es un registro nacional, longitudinal y observacional. Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años y diagnóstico de enfermedad reumática inflamatoria o degenerativa, según criterios del *American College of Rheumatology* (ACR) o la *European League Against Rheumatism* (EULAR), según corresponda, que hayan tenido infección por SARS-CoV-2 confirmada (RT-PCR o serología positiva). Se incluyeron datos desde agosto de 2020 hasta junio de 2022. Se consignaron datos sociodemográficos, clínicos, comorbilidades, diagnóstico de enfermedad reumática de base, actividad de la enfermedad y su tratamiento al momento del diagnóstico de la infección por SARS-Cov-2. Se registraron síntomas de la infección, complicaciones, intervenciones médicas y tratamientos recibidos para COVID-19. Se utilizó la escala ordinal de la OMS (EO-OMS) y se definió COVID-19 severo como EO-OMS  $\geq 5$ . Se determinó el grupo sanguíneo y el factor Rh, y los pacientes fueron divididos en grupos, de acuerdo a la pertenencia o no al grupo A y al factor Rh. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Prueba  $\chi^2$  o test exacto de Fischer y prueba de Student o Mann-Whitney y Kruskal Wallis o ANOVA, según corresponda. Regresión logística múltiple.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 1356 pacientes, 547 presentaban grupo sanguíneo A y 809, no A. Respecto al factor Rh, 1230 eran positivo y 126 negativo. La edad, sexo, etnia y la presencia de comorbilidades fueron comparables entre ambos grupos. En ambos casos, las enfermedades reumáticas más frecuentes fueron la artritis reumatoidea, la osteoartritis y el lupus eritematoso sistémico. Los pacientes del grupo sanguíneo no A presentaron mayor frecuencia de artritis psoriásica y espondiloartritis axial, aunque en este último caso la diferencia no fue significativa. Al momento del diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2, el uso de glucocorticoides y drogas inmunosupresoras e inmunomoduladoras era similar en ambos grupos (Tabla). Durante la infección por SARS-CoV-2, más del 90% de los pacientes en ambos grupos fueron sintomáticos (grupo A 96% vs no A 94.8%,  $p=0.384$ ). Los pacientes del grupo sanguíneo no A presentaron significativamente mayor frecuencia de artralgiás y disgeusia. El 18.5% de los pacientes del grupo A requirió hospitalización, 41% de ellos en unidad cerrada y 5.9% presentó alguna complicación, mientras que en el grupo no A, 16.7%, 31.1% y 5.5%, respectivamente ( $p=NS$  en todos los casos). Las complicaciones más frecuentes en ambos grupos fueron el síndrome de distrés respiratorio del adulto y la sepsis ( $p=NS$ ). La evolución de la infección por COVID-19 se detalla en la Figura. En el análisis multivariado, ajustado para factores de mal pronóstico conocidos, pertenecer al grupo sanguíneo no A y factor Rh positivo se asoció significativamente con menor frecuencia de COVID-19 hospitalizado severo (EO-OMS  $\geq 5$ ) (OR 0.57, IC95% 0.39-0.83,  $p=0.003$  y OR 0.38, IC95% 0.22-0.69,  $p=0.001$ , respectivamente).

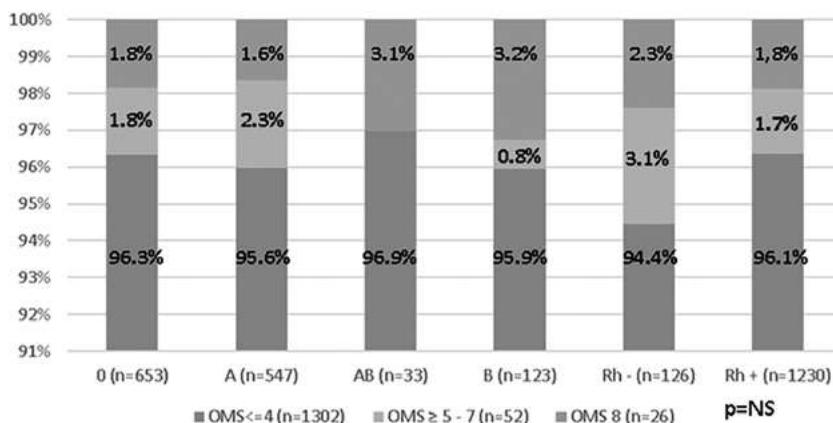


Figura: Evaluación de severidad y mortalidad de infección por SAR-COV-2 según grupo y factor sanguíneo.

**Tabla:** Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes.

	Grupo sanguíneo A (n=547)	Grupo sanguíneo No A (n=809)	p valor	Total (n=1356)
<b>Edad (años), X (DE)</b>	50.5 (14.7)	51.4 (14.3)	0.253	51.0 (14.5)
<b>Sexo femenino, N(%)</b>	447 (81.7)	664 (82.1)	0.923	1111 (81.9)
<b>Etnia</b>				
Caucásica, N(%)	257 (47.0)	382 (47.2)	0.970	639 (47.19)
Mestiza, N(%)	255 (46.6)	373 (46.1)		628 (46.3)
Otra, N(%)	35 (6.4)	54 (6.6)		89 (65.6)
<b>Cobertura médica</b>				
Obra social, N(%)	246 (45.0)	430 (53.2)	0.026	676 (49.9)
Prepaga, N(%)	130 (23.8)	154 (19.0)		284 (20.9)
Prepaga, obra social, N(%)	29 (5.3)	35 (4.3)		64 (4.72)
Pública, N(%)	138 (25.2)	179 (22.1)		317 (23.4)
<b>Comorbilidades</b>				
Hipertensión arterial, N(%)	220 (41.3%)	351 (44.7%)	0.246	571 (43.3%)
Enfermedad pulmonar obstructiva, N(%)	115 (52.5)	201 (58.4)	0.094	316 (56.1)
Dislipidemia, N(%)	24 (11.1)	27 (7.8)	0.412	51 (9.12)
Diabetes, N(%)	64 (29.2)	100 (28.9)	0.740	164 (29.0)
Tabaquismo pasado, N(%)	57 (26.3)	91 (26.5)	0.661	148 (26.4)
Psoriasis, N(%)	29 (13.2)	53 (15.5)	0.374	82 (14.6)
	108 (20.0)	169 (21.2)	0.613	277 (20.7)
	12 (5.4)	40 (11.7)	0.013	52 (9.25%)
<b>Enfermedad reumática de base</b>				
Artritis reumatoidea, N(%)	195 (35.6)	332 (41.0)	0.052	527 (38.9)
Lupus eritematoso sistémico n(%)	100 (18.3)	136 (16.8)	0.530	236 (17.4)
Artritis psoriásica, N(%)	28 (5.1)	71 (8.7)	0.01	99 (7.3)
Espondilolartitis axial, N(%)	22 (4.0)	17 (2.1)	0.056	39 (28)
Osteoartritis, N(%)	54 (9.8)	83 (10.3)	0.888	137 (10.1)
<b>Actividad de la enfermedad reumática al momento de la infección</b>				
Remisión + actividad baja, N(%)	420 (84.0)	617 (82.0)	0.412	1037 (82.8)
Actividad moderada + alta, N(%)	80 (16.0)	135 (18.0)		215 (17.2)
<b>Tratamiento base</b>				
Glucocorticoides, N(%)	170 (31.1)	242 (30.1)	0.758	421 (30.5)
DMEc, N(%)	199 (36.4)	300 (37.1)	0.837	499 (36.8)
Antimaláricos, N(%)	130 (23.8)	61 (19.9)	0.102	291 (21.5)
Sulfasalazina, N(%)	3 (0.5)	8 (0.9)	0.541	11 (0.8)
DMEB, N(%)	79 (14.4)	134 (16.6)	0.329	231 (15.7)
Inhibidores JAK, N(%)	24 (4.3)	40 (4.9)	0.768	64 (4.7)
Inmunosupresores, N(%)	58 (10.69)	70 (8.6)	0.267	128 (9.4)
Apremilast, N(%)	1 (0.1)	1 (0.1)	1.000	2 (0.1)

**CONCLUSIONES:** Pertenecer al grupo sanguíneo no A y Rh positivo se asoció con mejores desenlaces de COVID-19 en esta cohorte nacional de pacientes con enfermedades reumáticas.

## DESENLACES CARDIOVASCULARES Y ONCOLÓGICOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA Y ARTRITIS PSORIÁSICA EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNF-ALFA E INHIBIDORES JAK. DATOS DEL MUNDO REAL DEL REGISTRO BIOBADASAR 3.0

Jorge Alejandro BRIGANTE<sup>1</sup>, Carolina A. Isnardi<sup>2</sup>, Karen Roberts<sup>2</sup>, María Gimena Gómez<sup>2</sup>, Bernardo Pons Estel<sup>3</sup>, Julieta Gamba<sup>4</sup>, María Jezabel Haya Salinas<sup>2</sup>, Joan Manuel Dapeña<sup>5</sup>, Anastasia Secco<sup>6</sup>, Verónica Savio<sup>7</sup>, Jonathan Eliseo Rebak<sup>8</sup>, Carla Andrea Gobbi<sup>9</sup>, Edson Javier Velozo<sup>10</sup>, Erika Roxana Catay<sup>11</sup>, Nora Aste<sup>12</sup>, Gustavo Medina<sup>13</sup>, Ida Elena Exeni<sup>14</sup>, Diana Dubinsky<sup>8</sup>, Graciela Gómez<sup>15</sup>, Dora Aida Pereira<sup>16</sup>, Amelia Granel<sup>17</sup>, Ingrid Petkovic<sup>18</sup>, Cecilia Pisoni<sup>19</sup>, Gustavo Christian Casado<sup>20</sup>, Mónica Sacnun<sup>21</sup>, Guillermo Ariel Berbotto<sup>22</sup>, Mercedes A. García<sup>23</sup>, Malena Viola<sup>24</sup>, Gladys Bovea<sup>25</sup>, Verónica Saurit<sup>26</sup>, Eduardo Kerzberg<sup>27</sup>, María S. Larroude<sup>28</sup>, Mercedes de la Sota<sup>29</sup>, Ana Bertoli<sup>30</sup>, Mónica Patricia Díaz<sup>31</sup>, María Cecilia Castro<sup>32</sup>, Sergio Paira<sup>33</sup>, Gustavo Citera<sup>34</sup>, Enrique Soriano<sup>35</sup>, César E. Graf<sup>36</sup>, Guillermo J. Pons Estel<sup>2</sup>, María Celina de la Vega<sup>37</sup>

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

**INTRODUCCIÓN:** Los eventos cardiovasculares mayores (EACM) y las neoplasias son una preocupación en las enfermedades autoinmunes. La AR y APS son enfermedades donde la inflamación tiene un rol clave en el desarrollo de la enfermedad y producción de daño a corto y largo plazo. El TNF alfa cumple un rol central en la inflamación y la vía de señalización JAK/STAT es una de las cascadas de señalización regulatoria de procesos intracelulares. Es de suma importancia evaluar el efecto de los distintos tratamientos a largo plazo sobre las comorbilidades asociadas a estas enfermedades.

**OBJETIVOS:** El objetivo del presente trabajo es proporcionar datos de la vida real sobre la influencia del tratamiento con anti-JAK, anti-TNFa y DME-cs en eventos cardiovasculares y cáncer en pacientes con AR y APs.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Datos del registro BIOBADASAR 3.0 de pacientes con diagnóstico de AR y APs (ACR-EULAR 2010/CASPAR 2006) desde junio de 2010 hasta mayo de 2022. Se extrajeron datos de pacientes en tratamiento con csDMARDs (grupo control), anti-TNF alfa e inhibidores de JAK. Se registró el antecedente de comorbilidades específicas y la aparición de EA. La supervivencia libre de eventos fue evaluada por curvas de Kaplan Meier y la comparación entre los diferentes tratamientos se realizó por análisis de Log Rank. Un valor de  $p < 0.05$  se consideró significativo. Se utilizó el paquete estadístico R.

**RESULTADOS:** De un total de 6209 pacientes se estudiaron 4817 (77.6%) con AR y 510 (8.2%) con APs. La frecuencia global de cáncer excluyendo melanoma fue de 49 (2.1%) pacientes en el grupo anti-TNFa, 6 (2.6%) en el grupo Anti-JAK y de 52 (2.4%) en el grupo control  $p=0.3$ . Observamos una frecuencia de EACM de 48 (2.2%) en el grupo anti-TNFa, 5 (2.37%) en el grupo Anti-JAK y 38 (1.84%) en el grupo control  $p=0.6$ . La mediana de tiempo hasta la aparición de un evento isquémico mayor o cáncer fue de 0.75 años para el grupo APS mientras que en el grupo AR fue de 3.25 años  $p=0.21$ . La mediana de sobrevida libre de EACM para el grupo anti-JAK fue de 0.5 años (IC95% 0.3 - NA), para el grupo anti-TNFa fue de 1.8 años (IC95% 0.8 - 3.8) y de 4.3 años (IC95% 3 - 6.5) para el grupo control  $p=0.04$ .

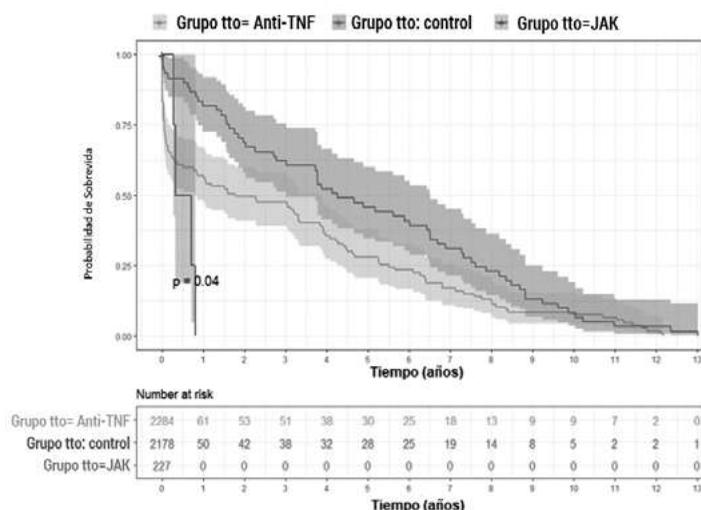


Figura: Sobrevida libre de eventos adversos cardiovasculares mayores estratificados por grupo de tratamiento: anti-TNF alfa, inhibidores JAK y grupo control.

**CONCLUSIONES:** En el presente estudio observamos una sobrevida libre de EACM superior en el grupo no expuesto a drogas biológicas que en el grupo anti-TNFa y una menor sobrevida en el grupo Anti-JAK estadísticamente significativa. Sin embargo, estas diferencias no se observan en el modelo multivariado ajustado por características y comorbilidades previas. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la aparición de los eventos adversos de interés entre los grupos AR y APS.

## SUBTIPOS DE VASCULITIS ANCA: COMBINANDO ANTICUERPOS Y TIPO DE MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Luis Palomino ROMERO<sup>1</sup>, Marina Scolnik<sup>1</sup>, Javier Rosa<sup>1</sup>, Vanesa Bedoya Joaqui<sup>2</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, <sup>2</sup>FUNDACIÓN VALLE DE LILI

**INTRODUCCIÓN:** Una clasificación de las vasculitis asociadas a ANCA (VAA) basada exclusivamente en el tipo de vasculitis, ya sea granulomatosis de Wegener (GPA) o poliangeítis microscópica (PAM) y en el serotipo (ANCA P o C), está lejos de ser perfecta. En 2019, se propuso una subclasificación de fenotipos clínicos de pacientes con VAA basada en el comportamiento clínico de la enfermedad y anticuerpos contra el antígeno específico (mieloperoxidasa-MPO o proteinasa 3-PR3). En esta subclasificación, las manifestaciones clínicas se dividen en aquellas granulomatosas (principalmente el compromiso de la vía aérea superior) y vasculíticas (por ejemplo, el compromiso renal, neuropático, etc.), y se describe que las primeras son aquellas menos severas, pero con mayor riesgo de recaídas, y las segundas, más graves, con mayor mortalidad y menor tasa de recurrencia.

**OBJETIVOS:** Identificar en una cohorte de pacientes con diagnóstico de vasculitis ANCA si una reclasificación basada en el anticuerpo contra el antígeno específico anti-MPO y anti-PR3, asociado a la gravedad de las manifestaciones, es conveniente para identificar la respuesta al tratamiento, riesgo de recaídas y muerte.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional y retrospectivo. Se tomaron registros de bases de datos de la Sección de Reumatología. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con atención registrada desde el 01/01/2000 hasta el 31/12/2021, que cumplieron con los criterios del Consenso de Chapel Hill y criterios clasificatorios ACR/EULAR 2021 para GPA y PAM. Se excluyeron aquellos con criterios de EGPA. Se reclasificaron en 3 grupos: vasculitis ANCA no grave (PR3 positivo o ANCA negativo) de predominio granulomatoso, PR3 grave con manifestaciones mixtas (granulomatosas y/o vasculíticas) y MPO grave con manifestaciones vasculíticas.

**RESULTADOS:** Se incluyeron en total 86 pacientes, con una mediana de seguimiento de 10.4 años (RIC 6.29-16.04) y una mediana de edad al diagnóstico de 68.6 años (RIC 55.8-78.8). En la Tabla se describen las características basales por grupos. 7 pacientes fueron catalogados como VAA no grave, 22 PR3-grave y 56 MPO-grave. El compromiso renal en el grupo de vasculitis PR3-Grave y MPO llevó a un peor desenlace al final del seguimiento, con una mediana de *clearance* de creatinina por MDRD (ml/min/1.73 m<sup>2</sup>) de 63 (RIC 42-79) y 35 (RIC 20-48) respectivamente. Los pacientes con PR3 grave presentaron significativamente más recaídas que los del grupo MPO (57.8%, IC95% 35.3-77.5 vs 23.2%, IC95% 13.8-36.3, p=0,03). Del grupo PR3-grave, 9.1% (IC95%, 2.2-31.1) fallecieron por causa asociada a la vasculitis y dentro del grupo MPO-grave un 10.7% (IC95%, 4.9-22.2). No hubo ninguna muerte en el grupo ANCA no grave relacionada con la enfermedad. En el análisis multivariado de regresión de Cox en relación con la mortalidad el único factor asociado luego de ajustar por sexo, edad y *score* de Charlson basal fue el daño renal acumulado (HR 6.5, IC95% 2.1-19.9). Respecto a recaídas, ajustando por las mismas variables, tener MPO positivo fue protector (HR 0.44 IC95%, 0.19-0.98).

Características	ANCA no grave n=7	PR3 grave n=22	MPO grave n=56	p valor
Sexo masculino, N (IC95%)	1 (14.3,1.6-62.9)	12 (54.6,33.4-74.1)	13 (23.2 13.8-36.3)	0.02
Edad diagnóstica media (DS)	66.7 (47.-78.7)	67.7 (54,5-73.6)	68.7 (56 4-80.9)	0.64
Tiempo de seguimiento en el hospital años (mediana, RIC)	16.4 (11.8-18.0)	11.5 (4.6-17.9)	9.8 (6.7-14.8)	0.23
ANCA C, N (IC95%)	6 (85.7,37.1-98.4)	20 (90.9. 68.8-97.8)	2 (3.6.09-13.6)	<0.001
ANCA P, N (IC95%)	0	1 (4.6,06-27.7)	53 (94.6,84.3-98.3)	<0.001
Anti-PR3, N (IC95%)	5 (83.3,31.4-98.2)	18 (90.066.2-97.6)	0	<0.001
Anti-MOP, N (IC95%)	0	1 (5.00.6-29.9)	49 (69.158.2-99.1)	<0.001
C3 al diagnóstico, mediana (RIC)	138 (124-152)	17 (103-139)	103 (81-120)	0.02
C4 al diagnóstico, mediana (RIC)	31 (26-37)	25 (18-28)	22 (18-26)	0.11
BVAS, mediana (RIC)	7 (5-11)	17 (13-22)	14( 12-19)	<0.001
Compromiso ORL al diagnóstico, N (IC95%)	7 (100)	10 (45.425.8-66.6)	5 (8.9.37-20.1)	<0.001
Compromiso ocular al diagnóstico, N (IC95%)	2 (28.6 6.2-70.7)	3 (13.6,4.3-35.9)	1 (1.8.02-12.1)	0.01
Nódulos pulmonares al diagnóstico N (IC95%)	5 (71.429.3-93.8)	6 (27.3,12.4-49.8)	2 (3.6,0.9-13.6)	<0.001
Hemorragia alveolar al diagnóstico, N (IC95%)	0	5 (22.7.94-45.3)	7 (12.5,5.9-24.3)	0.27
Intersticiopatía al inicio, N (IC95%)	1 (14.3,1.6-62.9)	0	10 (17.9.97-30.4)	0.11
Compromiso renal por biopsia al diagnóstico, N (IC95%)	0	20 (90.0,68.8-97.8)	55 (98.2,87.9-99.8)	0.59
Neuropatía periférica al diagnóstico, N (IC95%)	0	3 (13.6,4.3-35.9)	7 (12.5,5.9-24.3)	0.59
Vasculitis cutánea al diagnóstico, N (IC95%)	1 (14.3,1.6-6.2.9)	3 (13.6-4.3-35.9)	8.9 (3.7-20.1)	0.79
Manifestaciones musculoesqueléticas al diagnóstico, N (IC95%)	3 (42.9,12 7-79.4)	6 (27.3,12.4-49.8)	16 (28.6,18.1-42.0)	0.71
Manifestaciones sistémicas al diagnóstico, N (IC95%)	4 (457.120.5-87.3)	17 (77.3,54.7-90.5)	39 (69.6,56.1-80.4)	0.58
Score de Charlson al diagnóstico, mediana (RIC)	4 (2-5)	4 (2-5)	4 (2-5)	0.96
Pulsos de corticoides, N (IC95%)	2 (28.6.62-70.7)	20 (90.9688-97.8)	49 (87.575.7-94.0)	<0.001
Ciclofosfamida inducción, N (IC95%)	3 (42.9, 12.7-79.4)	19 (86.464.1-95.7)	44 (78.6 65.6-87.6)	0.05
Rituximab inducción, N (IC95%)	0	3 (13.6,4.3-35.9)	7 (12.559-24.3)	0.59
Plasmaféresis, N(IC95%)	0	7 (31.8 15.5-54.2)	12 (21.412.4-34.4)	0.20
Tiempo total de corticoides mediana (RIC)	3.8 (1.2-7.5)	3.2 (1.4-51)	2.8 (0.9-49)	0.45
Recaídas, N (IC95%)	3 (30.0 9.8-62.8)	11 (57.835.3-77.5)	13 (23.213.8-36.3)	0.03
Cl creatinina al diagnóstico, mediana (RIC)	87 (71-109)	40 (14-76)	13 (7-32)	<0.001
Insuficiencia renal KDIGO 4-5, N (IC95%)	1 (14.3 1.6-62.9)	8 (36.4 18.8-58.5)	33 (58.9 45.4-71.2)	0.003
VDI, mediana (RIC)	3 (1-5)	3 (1-4)	2 (2-4)	0.97
Muerte durante el seguimiento, N (IC95%)	2 (28.66.2-70.7)	5 (22.7, 94-45.3)	16 (28.6 18.1-42-0)	0.87
Muerte relacionada con la vasculitis, N (IC95%)	0	2 (9.1 2 2-31.1)	6 (10.7,49-22.2)	0.66

**CONCLUSIONES:** Al clasificar en tres grupos a los pacientes con VAA según el anticuerpo específico y la gravedad de los síntomas, pudimos observar mayor riesgo de recaídas en pacientes del grupo ANCA-PR3, siendo el MPO un factor protector en el análisis multivariado. La mortalidad estuvo asociada a presentar síntomas vasculíticos y no al anticuerpo específico.

## UTILIDAD DE LA ULTRASONOGRAFÍA PARA LA DETECCIÓN DE COMPROMISO INTERSTICIAL PULMONAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Romina TANTEN<sup>1</sup>, Josefina Marín<sup>1</sup>, Johana Zacarías Hereter<sup>1</sup>, Joaquín Maritano<sup>1</sup>, Martín Pablo Fullana<sup>1</sup>, Nicolás Alvarado<sup>1</sup>, Miriam Marcos<sup>1</sup>, Javier Rosa<sup>1</sup>

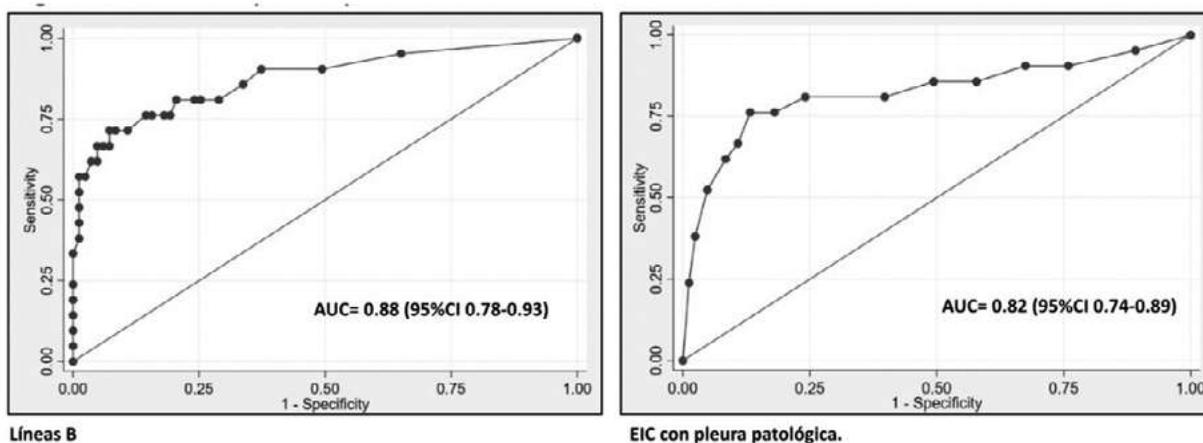
<sup>1</sup>HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una manifestación extraarticular de la artritis reumatoidea (AR) que se asocia con un incremento de la morbimortalidad. La tomografía computada de alta resolución (TCAR) de tórax es el método de elección para detectar la EPI, pero tiene la desventaja de su costo elevado y el riesgo potencial de la radiación ionizante. La ultrasonografía pulmonar (USP) es una herramienta diagnóstica no invasiva, de bajo costo, no ionizante y fácilmente realizable. El diagnóstico de EPI a través de USP se basa en la detección y cuantificación de líneas B (LB) y alteraciones pleurales. El test de la marcha de los 6 minutos (TM6M) es una prueba funcional respiratoria con propiedades pronósticas pero su utilidad diagnóstica en enfermedades reumatológicas con compromiso pulmonar está poco estudiada.

**OBJETIVOS:** Primario: establecer el valor diagnóstico de la USP en la EPI, utilizando como estándar de oro a la TCAR de tórax. Secundario: evaluar la utilidad diagnóstica del TM6M en la EPI.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de AR (ACR/EULAR-2010), atendidos de forma consecutiva en el hospital y que tuvieran una TCAR de tórax dentro de los 12 meses previos a la realización de la USP. Se recopiló datos clínicos y demográficos. A cada paciente se le realizó una USP con examen simplificado (14 espacios intercostales -EIC- bilaterales). Se registró el número de líneas B y la cantidad de espacios con alteraciones pleurales (EPP). Adicionalmente se realizó un TM6M a cada paciente. Para el diagnóstico de la EPI se utilizó la TCAR tomando como punto referencia una extensión  $\geq 10\%$  del compromiso intersticial y definido por un neumólogo experto. Se calculó el rendimiento diagnóstico de los hallazgos de la USP (LB y EPP), (S, E, VPP, VPN, LLR + y -), se realizaron curvas ROC y se determinó el mejor punto de corte para el diagnóstico de la EPI por USP. También se calculó el rendimiento diagnóstico del TM6M, se definió como test alterado a una caída de 4 puntos o más en la saturación de oxígeno.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 104 pacientes (21 con EPI y 83 sin EPI), 82.7% (IC95% 74.0-89.4) mujeres, con una mediana de edad al diagnóstico de AR de 57.5 años (RIC 47.3-67.2) y una mediana de duración de la AR de 8.7 años (RIC 3.3-15.8), 96.2% (IC95% 90.5-98.9) fueron seropositivos para FR y/o ACPA. El 94.2% (IC95% 87.9-97.8) había utilizado metotrexato en algún momento. Al momento de la USP, la mediana de DAS28 fue 3.19 (RIC 2.6-4.6) y el 46.2% (IC95% 36.3-56.2) se encontraba bajo tratamiento biológico/pequeña molécula. Los pacientes con EPI presentaron mayor edad al momento del diagnóstico de la AR (64 vs. 54 años,  $p=0.002$ ). Al momento de la USP, los pacientes con EPI presentaron valores más elevados de eritrosedimentación y proteína C reactiva (48 vs 29 mm/hora y 5.9 vs 3 g/L  $p=0.002$ ) que los pacientes sin EPI. En la USP, los pacientes con EPI presentaron mayor cantidad de LB (mediana 26 vs. 1,  $p<0.001$ ) y EPP (mediana 12 vs 4,  $p<0,001$ ) que los pacientes sin EPI. Las curvas ROC se muestran en la Figura (AUC 0.88 para LB y AUC de 0.82 para EPP). El mejor punto de corte para la detección de EPI fue  $\geq 8$  LB (S 80.9% y E 79.5%) y  $\geq 7$  EPP (S 80.9% y E 75.9%). Estos puntos de corte mostraron un alto VPN (Tabla). El TM6M mostró baja sensibilidad para el diagnóstico de EPI. Los valores de sensibilidad, especificidad y valores predictivos se muestran en la Tabla.



**Figura:** Curvas ROC: rendimiento diagnóstico de líneas B y espacios pleurales alterados en ecografía pulmonar en relación al diagnóstico de enfermedad pulmonar intersticial por tomografía.

**Tabla:** Rendimiento diagnóstico de la UPS y el TC6 para la detección de EPI.

Test	Sensibilidad	Especificidad	LLR positivo	LLR negativo	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo
Líneas B (>8 líneas)	80.9%	79.5%	3.95	0.24	50.00	94.30
Espacios con pleura patológica (>7espacios)	80.9%	75.9%	3.36	0.25	45.95	94.03
Test de la marcha alterado	36.8%	92.3%	4.70	0.68	53.85	85.71

**CONCLUSIONES:** La presencia de 8 LB y/o 7 EPP en la USP mostraron un adecuado rendimiento diagnóstico para EPI, con un buen VPN, siendo una potencial alternativa diagnóstica a la TCAR de tórax, que implica menor costo y radiación para el paciente.

## HIPOGAMMAGLOBULINEMIA SECUNDARIA AL USO DE RITUXIMAB EN ENFERMEDADES HEMATOONCOLÓGICAS Y AUTOINMUNES SISTÉMICAS

Alfredo Leiber VARGAS CASELLES, Diana Carolina Fernández Ávila, Valeria Scaglioni, Marina Scolnik, Javier Eduardo Rosa, Luis Ángel Diguseppe, Gabriela Buela, Karina Elena Álvarez, Enrique Roberto Soriano Guppy

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

**INTRODUCCIÓN:** La presencia de hipogammaglobulinemia (hipogamma) es una complicación frecuente descrita en pacientes con enfermedades hemato-oncológicas (EHO) y autoinmunes sistémicas (EAS) que utilizan rituximab (RTX) dentro de su esquema terapéutico. Existen datos limitados en nuestra población que evalúen la presencia de hipogamma post-RTX y el desarrollo de diferentes desenlaces adversos, por ejemplo, infección seria y muerte.

**OBJETIVOS:** Determinar la prevalencia de hipogamma pre- y posinfusión de RTX, y evaluar su relación con el desarrollo de EA infeccioso serio y muerte. Secundarios: identificar posibles predictores del desarrollo de EA infeccioso serio y de mortalidad. Correlacionar el valor de las gammaglobulinas (gamma) medidas por proteinograma electroforético (PE) y el dosaje sérico de inmunoglobulina G (IgG). Determinar la densidad de incidencia (DI) de EA infeccioso serio y mortalidad en pacientes que recibieron el RTX innovador o el RTX83 (biosimilar).

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes mayores de 18 años de edad, con EHO y EAS, que recibieron al menos una dosis de RTX (enero/2013 a junio/2021). Se definió hipogamma como un valor sérico de gammaglobulinas (fracción gamma del PE) menor de 0.7 g/dl. Las variables categóricas se expresaron en porcentajes e intervalos de confianza del 95% (IC95%); las variables continuas en medias/desvíos estándar (DS) y medianas/rangos intercuartiles (RIQ). Se realizó análisis multivariado para evaluar la asociación de hipogamma post-RTX con el desarrollo de EA infecciosos serios y mortalidad. Se calculó la DI de EA infecciosos serios y muerte en el grupo de EAS (RTX innovador vs RTX83).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 766 pacientes (Tabla). Hubo una correlación positiva entre el dosaje de IgG sérica y el valor de la gamma medido por PE ( $R=0.9249$ ;  $p<0.001$ ). La prevalencia de hipogamma preinfusión (no debida a RTX) fue de 27.08%. La prevalencia de hipogamma postinfusión de RTX fue del 50.11% (media de tiempo al dosaje: 1.75 años (DS: 1.16). Solo al 8.19% de pacientes con hipogamma posinfusión recibió terapia de reemplazo con inmunoglobulina (Ig) (valor medio de gamma de 0.33 g/dl (DS: 0.146). En el análisis univariado la presencia de hipogamma post-RTX se asoció con el desarrollo de infección seria (HR: 1.80; IC95%:1.32-2.45) y muerte (HR: 1.71; IC95%: 0.98-2.98). En el análisis multivariado, ajustado por edad, género, tipo de droga, comorbilidades, tratamiento concomitante y la dosis total, la presencia de hipogamma post-RTX se asoció con un incremento en el riesgo de EA infeccioso serio (HR: 1.59; IC95%:1.14-2.20) y de muerte (HR: 1.97; IC95%: 1.09-3.54). En las curvas ROC, un valor de gamma de 0.56 g/dL medido por PE mostró el mejor valor de corte para discriminar el desarrollo de EA infeccioso serio (sensibilidad: 49%, especificidad: 76%, LR+: 2.0 y LR- 0.67) y muerte (S: 55%, E: 69%, LR+: 1.8, LR- 0.6). El área bajo la curva para el EA infeccioso serio fue de 0.654 (IC95%: 0.60-0.71) y muerte de 0.617 (IC95%:0,54-0,69). Por último, en pacientes con EAS, no se encontraron diferencias en cuanto a la DI de EA infeccioso serio (7.1 vs. 7.4 por cada 100 pacientes año (p/a);  $p=0.919$ ) y la presencia de muerte (2.6 vs. 4.7 por cada 100 p/a;  $p=0.208$ ) entre el grupo del RTX innovador y el RTX83.

**CONCLUSIONES:** La presencia de hipogamma post-RTX es una compilación frecuente y se asocia con el desarrollo de EA infeccioso serio y mortalidad al final del seguimiento. No encontramos diferencias en la DI de EA infeccioso serio y de muerte entre los pacientes que recibieron RTX innovador y el RTX83 en el grupo de EAS.

Tabla: Características generales de la población (n=766).

Edad en años, media (DS)	60.4 (17.57)
Género femenino, N(%)	424 (55.35%)
Diagnóstico por grupos, N(%)	
Enfermedad hemato-oncológica	547 (71.41%)
Enfermedades autoinmunes sistémicas	219 (28.59%)
Medicación, N(%)	
Rituximab RTX83	393 (51.31%)
Rituximab RTX innovador	373 (48.69%)
Comorbilidades	
Hipertensión arterial	324 (42.3%)
Diabetes Mellitus tipo 1 o 2	87 (11.36%)
Insuficiencia renal crónica	54 (7.05%)
Enfermedad hepática	18 (2.35%)
Tiempo de seguimiento en años, media (DS)	5.34 (4.67)
Tratamiento inmunosupresor concomitante, N(%)	701 (91.51%)
Infusiones recibidas, media (DS)	7.62 (6.18%)
Dosis total en gramos recibida, media (DS)	6.03 (5.48%)
Pacientes a quienes se les realizó un PE previo a la infusión, N(%)	576 (75.19%)
Pacientes a quienes se les realizó dosaje de IgG sérica previa a la infusión, N(%)	125 (16%)

## CORRELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS Y HALLAZGOS MANOMÉTRICOS DE ALTA RESOLUCIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA EN ARGENTINA

Graciela BETANCUR<sup>1</sup>, Vanina Forestier<sup>1</sup>, Alejandra Ábalo<sup>1</sup>, María Julia Papagno<sup>1</sup>, Mayra Etcheverry<sup>1</sup>, Tatiana Patricia Velasco Hernández<sup>1</sup>, Sabrina Argüello<sup>1</sup>, Adrián Jorge Estévez<sup>1</sup>, Nicolás Cattaneo<sup>1</sup>, Rosa Ramos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL EL CRUCE NÉSTOR KIRCHNER

**INTRODUCCIÓN:** En la esclerosis sistémica (SSc), el esófago se afecta en un 90% de los pacientes. La medición de presiones por manometría esofágica de alta resolución (MAR) se ha utilizado como un método más sensible para estudiar la función esofágica y la detección temprana de anomalías de la motilidad 3. El patrón de motilidad esofágica característico en SSc es aperistalsis distal e hipotonía del esfínter esofágico inferior. En reportes previos, en pacientes con SSc asintomáticos para compromiso esofágico, el 84% de los pacientes tienen resultados anormales de MAR6, incluso en pacientes con SSc temprana. En un estudio prospectivo de 200 pacientes, el 56% tenían contractilidad ausente, 26% normales y 10% motilidad esofágica ineficaz (MEI). Mientras tanto, en otro estudio, la pérdida de reserva peristáltica evaluada con múltiples degluciones rápidas fue el hallazgo manométrico más frecuente en SSc8.

**OBJETIVOS:** Describir los hallazgos de la MAR en pacientes con SSc y analizar su relación con los síntomas referidos por el paciente. Evaluar las manifestaciones sistémicas de la SSc y sus asociaciones con la función esofágica.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio de corte transversal, retrospectivo, observacional. Se incluyeron pacientes con SSc, que cumplían criterios diagnósticos ACR 2013 8. Se consignaron variables sociodemográficas, características de la enfermedad, índice de masa corporal (IMC), tiempo de evolución, hábitos, comorbilidades, síntomas digestivos y tratamientos. Se realizó capilaroscopia con capilaroscopia digital Dinolite 500x. MAR: sonda de estado sólido, de 12 Fr con 32 sensores de presión circunferencial espaciados a 1 cm y 16 sensores de impedancia (Diversatek Healthcare Insight G3 Denver, CO, USA). Análisis estadístico: estadística descriptiva. T test de Student entre las características de la cohorte y los valores de MAR. Prueba exacta de Fisher o Mann-Whitney o Kruskal-Wallis. Correlación entre los valores de MAR y síntomas digestivos, y diferentes características sociodemográficas y de la enfermedad. Se utilizó un paquete estadístico SPSS Statistics 24.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 24 pacientes con SSc. Capilaroscopia disponible en 10 pacientes: 12.6% cambios tempranos, 8.4% SD *pattern* activo y 20.8% SD *pattern* tardío. VEDA: esofagitis en 6 pacientes y gastritis en 8 pacientes. 45% recibía inmunomodulación (25% metotrexato, 16,7% hidroxicloroquina y 4,2% azatioprina) y 25% corticoides. 45,8% recibían bloqueantes cálcicos y 2 (8,4%) recibían Bosentan. Resultados de MAR: progresión normal en 37.5% (n=9), aperistalsis en 25% (n=6) y MEI en 37.5% (n=9). Diferencia significativa entre el valor de amplitud distal entre pacientes con SSc difusa y limitada (mediana 41.3 vs 94; p=0.004). Correlación negativa entre la historia de úlceras digitales y el valor de IRP, PLES y amplitud proximal (Rho de Spearman -0.64, -0.52 y -0.45, respectivamente). No hallamos diferencias significativas en las medias de presiones esofágicas o faríngeas determinadas por la MAR en pacientes sintomáticos vs asintomáticos.

**CONCLUSIONES:** Encontramos una prevalencia de 62.5% de anomalías funcionales esofágicas en pacientes con SSc. No observamos correlación significativa entre la presencia de síntomas y los valores de la manometría. En todos los pacientes con SSc deberían implementarse estrategias de *screening* del compromiso esofágico sistemático para disminuir la morbimortalidad.

**Tabla 1:** Características sociodemográficas y de la enfermedad.

Características	SSc n=24
Sexo (N% femenino)	20/24 (83.33)
Edad años media (RIC)	48.5 (40.5-54.2)
Tiempo de diagnóstico (años)	4 (0.5-15)
Índice de masa corporal kg/m <sup>2</sup> m (RIC)	22.5 (21.1-26.9)
Bajopeso, N(%)	1 (4.3)
Normopeso, N(%)	13 (56.1)
Sobrepeso, N(%)	6 (26.1)
Obesidad, N(%)	3 (13)
SSc difusa	18 (73.9)
SSc limitada	6 (26.1)
Historia de Raynaud, N(%)	19 (79)
Úlceras digitales positivas, N(%)	7/20 (29.2)
Hipertensión pulmonar n=20, N(%)	6 (25)
EPID n=12, N(%)	4 (16.7)
Anticuerpos antinúcleo positivo, N(%)	17 (70.8)
Anticuerpos anti-Scl70 positivo, N(%)	6 (25)
Anticuerpos anticentrómero, N(%)	7 (29.2)
Tabaquistas, N(%)	7 (30.4)
Diabetes, N(%)	2 (8.33)
Hipotiroidismo, N(%)	3 (12.5)
Pirosis, N(%)	18 (75)
Regurgitación	11 (45.8)
Disfagia orofaríngea, N(%)	9 (37.5)
Disfagia esofágica, N(%)	12 (50)

**Tabla 2:** Características manométricas de la cohorte de SSc.

Características	SSc n=24
Presión faríngea m (RIC)	129.5 (100-217.4)
UESP m (RIC)	64.5 (55.2-93.8)
IRP m (RIC)	14 (9-17)
PLES m (RIC)	24.55 (12.9-33.9)
Amplitud proximal m (RIC)	67.1 (46-97)
Amplitud distal m (RIC)	39 (22.5-93)

1980

## LOS PACIENTES CON EspAax PRESENTAN MENOR SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 COMPARADO CON LOS PACIENTES CON AR: DATOS DEL REGISTRO SAR-COVID

Andrea Carolina BRAVO<sup>1</sup>, Tatiana Barbich<sup>1</sup>, Carolina A. Isnardi<sup>1</sup>, Emilce Schneeberger<sup>1</sup>, Gustavo Citera<sup>1</sup>, Rosana Quintana<sup>2</sup>, Cecilia Pisoni<sup>2</sup>, Mariana Pera<sup>2</sup>, Edson Velozo<sup>2</sup>, Dora Pereira<sup>2</sup>, Paula Alba<sup>1</sup>, Juan Alejandro Albiero<sup>2</sup>, Jaime Villafane<sup>2</sup>, Hernán Maldonado Ficco<sup>2</sup>, Verónica Savio<sup>3</sup>, Santiago Eduardo Agüero<sup>2</sup>, Ivana Romina Rojas Tessel<sup>2</sup>, María Isabel Quaglia<sup>2</sup>, María Soledad Gálvez Elkin<sup>2</sup>, Gisela Pendon<sup>2</sup>, Carolina Aeschlimann<sup>2</sup>, Gustavo Fabián Rodríguez Gil<sup>2</sup>, Malena Viola<sup>2</sup>, Cecilia Romeo<sup>2</sup>, Carla Maldini<sup>2</sup>, Silvana Conti<sup>2</sup>, Rosana Gallo<sup>2</sup>, Leticia Ibáñez Zurlo<sup>2</sup>, María Natalia Tamborenea<sup>2</sup>, Susana Isabel Pineda<sup>2</sup>, Débora Guaglianone<sup>2</sup>, Jonatan Marcos Mareco<sup>2</sup>, Cecilia Goizueta<sup>2</sup>, Elisa Novatti<sup>2</sup>, Fernanda Guzzanti<sup>2</sup>, Gimena Gómez<sup>4</sup>, Karen Roberts<sup>4</sup>, Guillermo J. Pons-Estel<sup>4</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (IREP), <sup>2</sup>INVESTIGADOR DEL REGISTRO SAR-COVID, <sup>3</sup>INVESTIGADOR DEL REGISTRO SAR-COVID, <sup>4</sup>SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA-UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

**INTRODUCCIÓN:** Los pacientes con enfermedades reumáticas pueden presentar mayor severidad de la infección por SARS-CoV-2 en comparación con la población general. Sin embargo, en algunos estudios los pacientes con espondiloartritis axial (EspAax) la hospitalización y mortalidad por COVID-19 fue menor en comparación con otras enfermedades reumatológicas.

**OBJETIVOS:** Evaluar la severidad de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes con EspAax del registro SAR-COVID comparándolos con pacientes con artritis reumatoidea (AR), y determinar los factores asociados a peores desenlaces y muerte.

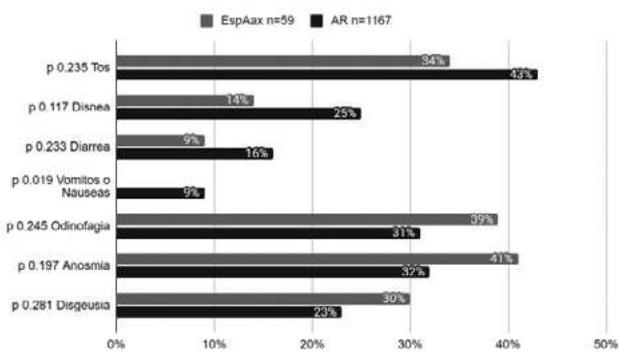
**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes ≥18 años del registro nacional SAR-COVID con diagnóstico de EspAax según los criterios ASAS 2009 y de AR según criterios ACR-EULAR 2010, con infección por SARS-CoV-2 confirmada (RT-PCR o serología positiva) desde agosto de 2020 hasta junio de 2022. Se consideraron datos sociodemográficos, comorbilidades, características clínicas y tratamientos de la enfermedad reumática, evolución de la infección y desenlace de esta. Se utilizó la escala ordinal de la OMS (EO-OMS) para clasificar en ambulatorios (1) y hospitalizaciones leves (2, 3 y 4), hospitalizaciones severas (5, 6 y 7) y muerte (8). Análisis estadístico: estadística descriptiva. Prueba chi<sup>2</sup> o test exacto de Fischer y test T de Student o Mann-Whitney, según corresponda. Modelo lineal generalizado con distribución Poisson.

**RESULTADOS:** Se incluyó un total de 1226 pacientes, 59 (4.8%) con EspAax y 1167 (95.2%) con AR. Los pacientes con AR eran significativamente más añosos, con mayor frecuencia de sexo femenino y tenían mayor tiempo de evolución de la enfermedad. Más de un tercio de los pacientes se encontraba en remisión. Del total de pacientes, el 43.9% presentaron comorbilidades, siendo la hipertensión arterial la más frecuente. Al momento de la infección por SARS-CoV-2 los pacientes con AR utilizaban glucocorticoides y DME-c más frecuentemente que aquellos con EspAax, mientras que el 74.6% de estos últimos se encontraban en tratamiento con DME-b, siendo los anti-TNF los más utilizados (61%) (Tabla). El 94.9% de los pacientes de ambos grupos presentaron síntomas relacionados con la infección por SARS-CoV-2. Si bien las diferencias no fueron significativas, los pacientes con AR presentaron con más frecuencia tos, disnea y síntomas gastrointestinales, mientras que aquellos con EspAax reportaron más frecuentemente odinofagia, anosmia y disgeusia (Figura 1). Durante la evolución, el 6.8% y el 23.5% de los pacientes con EspAax y AR fueron hospitalizados, respectivamente; en el caso de los pacientes con EspAax todos en sala general, mientras que el 26.6% de aquellos con AR fueron ingresados a unidad cerrada. Ningún paciente con EspAax tuvo complicaciones ni presentó COVID-19 severo (EO-OMS≥5) o falleció como resultado de la infección (EO-OMS≥8), mientras que la mortalidad en el grupo con AR fue 3.3% (Figura 2). En el análisis multivariado ajustado para factores de mal pronóstico conocidos, no se encontró asociación entre el diagnóstico de EspAax y la severidad de la infección por SARS-CoV-2 medida por la EO-OMS (OR-0.18, IC95%) (-0.38, 0.01, p=0.074).

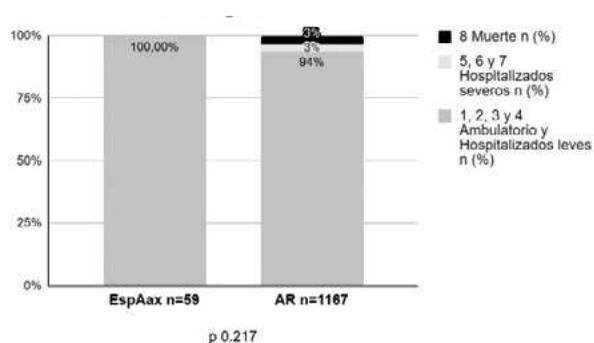
**Tabla:** Características clínicas y basales de los pacientes.

	EspAax n=59	AR n=1167	P	Total n=1226
<b>Edad (años) X (DE)</b>	45.9 ± (12.5)	53.1 ± (13.1)	<0.001	52.7 (13.2)
<b>Tiempo de evolución de la enfermedad (años) mRIC</b>	4 (3.7)	8 (3.14)	<0.001	8 (3.14)
<b>Actividad de la enfermedad</b>				
Remisión, N(%)	26 (44.8)	336 (30.1)	0.146	362 (30.8)
Leve, N(%)	23 (39.7)	515 (46.1)		538 (45.8)
Moderada, N(%)	9 (15.5)	223 (20.0)		232 (19.8)
Alta, N(%)	0 (0)	40 (3.58)		40 (3.41)
<b>Comorbilidades</b>				
Hipertensión arterial (%)	7 (36.8%)	284 (57.5%)	0.032	291(56.7)
Obesidad, N(%)	8 (42.1%)	158 (32.0%)	1	166 (32.4)
DBT, N(%)	2 (10.5%)	92 (18.7%)	0.315	94 (18.4)
Enfermedad pulmonar, N(%)	3 (15.8%)	98 (20.0%)	0.471	101 (19.8)
Enfermedad cardiovascular, N(%)	3 (15.8%)	41 (8.52%)	0.479	44 (8.80)
<b>Tratamiento de la enfermedad reumática</b>				
Glucocorticoides, N(%)	7 (11.9)	464 (40.4)	<0.001	471 (39.0)
DME-c, N(%)	11 (18.6)	848 (72.7)	<0.001	859 (70.1)
DME-b, N(%)	44 (74.6)	295 (25.3)	<0.001	339 (27.7)
DME-sd, N(%)	0 (0)	117 (10.0)	0.005	117 (9.54)

\*x: media; DE: desvío estándar; DME-c:drogas modificadoras de la enfermedad convencionales; DME-b: drogas modificadoras de la enfermedad biológicas; OME-sd: drogas modificadoras de la enfermedad sintéticos dirigidos.



**Figura 1:** Síntomas de la infección por COVID-19 en pacientes con EspAax y AR.



**Figura 2:** Escala ordinal de severidad según la OMS.

**CONCLUSIONES:** Los pacientes con EspAax no presentaron complicaciones por la infección por SARS-CoV-2 y la intensidad de los síntomas fue menor que la de los pacientes con AR.

**PATRONES DE BIOPSIA CONJUNTIVAL PREDICTORES DE SECUELAS EN PENFIGOIDE OCULAR CICATRIZAL**

Ariana RINGER<sup>1</sup>, Andrea María Smichowski<sup>2</sup>, Carlos Siegrist<sup>3</sup>, Daniel Germán Grossi<sup>4</sup>, Eduardo Rubin<sup>4</sup>, Marina Delpiaz<sup>5</sup>, Shirley Caballero<sup>6</sup>, Ramiro Adrián Gómez<sup>7</sup>, Claudia Fabiana Sa<sup>8</sup>, Mauro Martini<sup>9</sup>, Eliana Segretín<sup>9</sup>, Eduardo Premoli<sup>9</sup>, Ignacio Gandino<sup>9</sup>

<sup>1</sup>CLÍNICA Y LABORATORIO INMUNOLÓGICO ESPECIALIZADO (CM/LABI), HOSPITAL DEL CENTENARIO, <sup>2</sup>HOSPITAL MILITAR CENTRAL 601, CIRUJANO MAYOR DR. COSME ARGERICH, CONSULTORIO PRIVADO VICENTE LÓPEZ, <sup>3</sup>CLÍNICA Y LABORATORIO INMUNOLÓGICO ESPECIALIZADO (CM/LABI), <sup>4</sup>GRUPO OFTALMOLÓGICO ALFA, <sup>5</sup>HOSPITAL CHURRUCA VISCA, <sup>6</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND, <sup>7</sup>HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS, <sup>8</sup>REUMA & REHABILITACIÓN, <sup>9</sup>HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

**INTRODUCCIÓN:** El penfigoide ocular cicatrizar (POC) es una enfermedad crónica, inmunomediada y fibrosante, que puede terminar en la ceguera. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y se apoya en los resultados de la biopsia conjuntival. No hay trabajos que hayan estudiado los hallazgos histopatológicos y el riesgo de secuelas clínicas en esta entidad.

**OBJETIVOS:** Describir las biopsias de pacientes con POC. En forma secundaria se tratará de identificar características de las biopsias que puedan asociarse a mayor riesgo de fibrosis y secuelas.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio retrospectivo, multicéntrico en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico de POC por anatomía patológica mayores de 18 años. Se revisaron las historias clínicas y se tomaron datos demográficos, clínicos y de las biopsias. Para valorar si la histología se asociaba a mayor o menor fibrosis (determinada por los estadios de Foster) se dividieron a los pacientes en dos grupos: estadios tempranos (0 y 1) vs los estadios 2, 3 y 4. Se compararon las variables entre ambos grupos. Para determinar riesgo de secuelas se realizó un análisis multivariado de Cox predictivo. Se definió secuelas a una variable multicomponente constituida por queratopía, xeroftalmia, entropión, triquiasis, cataratas, glaucoma, opacidad vítrea, cicatrices retinales, sinequias y ceguera.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 57 pacientes con POC diagnosticados por anatomía patológica. La edad media de presentación al diagnóstico fue 62.7 (DS 13.2) años y 41 (71.9%) fueron mujeres. El tiempo de seguimiento fue 1.5 años (2.9). Los pacientes con Foster temprano (estadios 0 y 1) fueron el 50.9%. La presencia de mastocitos redondeados y fusiformes se asociaron a estadios tempranos, mientras que la presencia de eosinófilos se asoció a estadios más tardíos al momento del diagnóstico. En la inmunohistoquímica e inmunofluorescencia la presencia de IgM fue más frecuente en estadios tempranos y la IgG en los más tardíos, predominando un patrón lineal (92%). La Tabla 1 resume las características basales de los pacientes y la comparación por estadios de Foster. En el análisis multivariado de regresión de Cox se pudo ver que la presencia de IgA y el patrón lineal fueron protectores de secuelas, mientras que la presencia de IgG resultó en riesgo durante el periodo de seguimiento.

**Tabla:** Características de los pacientes y su comparación según el estadio de Foster.

	Total n=57	Foster temprano (0 y 1) 29 (50,9%)	Foster tardío (2,3 y 4) 28 (49,1%)	p valor
Sexo femenino, N(%)	41 (71.9)	19 (69.5)	22 (78.6)	0.7
Edad al diagnóstico, media (DS)	62 (13.2)	62.7 (12.5)	62.8 (14.1)	0.97
Tiempo de seguimiento, mediana (RIC)	1.5 (2.9)	1.5 (2.4)	1.4 (3.8)	0.76
Tiempo desde que comenzó con síntomas hasta el diagnóstico, mediana (RIC)	2.7 (4.6)	1.8 (4.8)	3.1 (3.1)	0.1
AVOD primera consulta sobre 10, media (DS)	8.5 (8.1)	9.6 (8.8)	7.5 (1.9)	<0.001
AVOI primera consulta sobre 10, media (DS)	4.3 (2.2)	9.5 (0.9)	7.3 (2.4)	<0.001
Compromiso extraocular, N(%)	5 (8.7)	3 (10.3)	2 (7.1)	0.99
VSG, media (DS)	12.8 (14.7)	14.7 (15.3)	1.8 (14.2)	0.32
PCR, media (DS)	2.5 (2.4)	17.7 (3.7)	3.3 (6.6)	0.26
Mucosa conjuntival revestida por epitelio estratificado, N(%)	53 (96.4)	27 (96.4)	26 (96.3)	0.99
Cubierta escamosa delgada, N(%)	26 (70.3)	11 (78.6)	15 (65.2)	0.47
Espesor irregular, N(%)	27 (67.3)	11 (61.1)	16 (66.7)	0.71
Sectores hipotróficos, N(%)	30 (65.2)	15 (65.2)	15 (65.2)	1
Disminución y/o ausencia de células calciformes, N(%)	40 (76.9)	21 (80.7)	19 (73.1)	0.74
Paraqueratosis superficial, N(%)	32 (58.2)	18 (64.3)	14 (51.8)	0.35
Carion subyacente con infiltrados, N(%)	44 (91.7)	22 (91.7)	22 (91.7)	1
Infiltrados linfoplasmocíticos, N(%)	48 (94.1)	22 (91.7)	26 (96.3)	0.9
Infiltrados en banda, N(%)	34 (82.9)	13 (76.5)	21 (87.5)	0.42
Infiltrados acúmulos, N(%)	37 (88.1)	15 (88.2)	22 (88)	0.71
Infiltrados en interface mucosa submucosa o corion epitelial, N(%)	37 (88.1)	15 (88.2)	22 (88)	1
Linfocitos T, N(%)	34 (85)	12 (75)	22 (91.7)	0.19
Linfocitos B, N(%)	34 (85)	2 (100)	22 (91.7)	0.19
Mastocitos, N(%)	9 (75)	22 (81.5)	7 (70)	0.9
Mastocitos redondeados, N(%)	35 (63.3)	12 (54.5)	13 (52)	0.04
Mastocitos fusiformes, N(%)	18 (38.3)	9 (45)	6 (24)	0.03
Mastocitos desgranulados, N(%)	18 (40)	1 (73.3)	9 (36)	0.54
Mastocitos neutrófilos, N(%)	32 (80)	11 (73.3)	21 (84)	0.44
Eosinófilos, N(%)	14 (34.8)	2 (14.3)	12 (52.2)	0.03
Fibrosis, N(%)	27 (67.5)	9 (53.2)	18 (75)	0.3
Linfactasis, N(%)	43 (82.7)	23 (85.2)	20 (80)	0.72
Ectasia vascular, N(%)	40 (80)	18 (72)	22 (88)	0.28
Depósitos (lineal)	39 (92.4)	27 (96.4)	22 (88)	0.33
IgG positivo, N(%)	25 (43.8)	9 (31)	16 (57.1)	0.04
IgM positivo, N(%)	21 (36.8)	15 (51.7)	6.21 (4)	0.02
IgA positivo, N(%)	36 (63.2)	21 (72.4)	15 (53.6)	0.12
C3 positivo, N(%)	17 (29.8)	6 (20.7)	11 (39.3)	0.14
Fibrinógeno, N(%)	26 (65.6)	12 (41.4)	14 (50)	0.51

**CONCLUSIONES:** Esta es una de las series más grandes que evaluó las anatomías patológicas en pacientes con POC y aporta información del posible rol que podrían jugar los distintos depósitos de anticuerpos en la mucosa conjuntival. Estudios futuros más extensos y prospectivos podrían contribuir a terminar de definir la detección de distintos patrones clínicos que nos den una idea más acertada sobre el pronóstico y tratamiento en estos pacientes.