

## Posters

1502

### FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA Y ESTATINAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DATOS DEL REGISTRO NACIONAL DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (RELESSAR-T)

José Simón ALCIVAR NAVARRETE<sup>1</sup>, Joan Manuel Dapeña<sup>1</sup>, Juan Manuel Bande<sup>1</sup>, María Alejandra Medina<sup>1</sup>, Silvia Beatriz Papisidero<sup>1</sup>, José Ángel Caracciolo<sup>1</sup>, Rosana Quintana<sup>2</sup>, Lucila García<sup>3</sup>, Carla Andrea Gobbi<sup>3</sup>, Marina Micelli<sup>3</sup>, Paula Beatriz Alba Moreyra<sup>3</sup>, Susana Roverano<sup>3</sup>, César Enrique Graf<sup>3</sup>, Heber Matías Figueredo<sup>3</sup>, María Celina de la Vega<sup>3</sup>, Emma Civit de Garignani<sup>3</sup>, María Victoria Martire<sup>3</sup>, Oscar Luis Rillo<sup>3</sup>, Romina Nieto<sup>3</sup>, Vanina Gongora<sup>3</sup>, Agustina D'amico<sup>3</sup>, Cristina Guadalupe Battagliotti<sup>3</sup>, Diana Dubinsky<sup>3</sup>, Mariana Pera<sup>3</sup>, Valeria Arturi<sup>3</sup>, Florencia Vivero<sup>3</sup>, María Marcela Schmid<sup>3</sup>, Ramiro Gómez<sup>3</sup>, María Eugenia Bedoya<sup>3</sup>, Nadia Domínguez<sup>3</sup>, Graciela Nora Rodríguez<sup>3</sup>, Marisa Jorfen<sup>3</sup>, Zaida Noemi Bedran<sup>3</sup>, Judith Sarano<sup>3</sup>, Marina Werner<sup>3</sup>, Pablo Finucci Curi<sup>3</sup>, Ana Carolina Curti<sup>3</sup>, María Emilia Sattler<sup>3</sup>, Noelia Giselle Hojberg<sup>3</sup>, Silvia Mabel Babin<sup>3</sup>, Bernardo Pons-Estel<sup>3</sup>, Mercedes Argentina García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, <sup>2</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (UNISAR), <sup>3</sup>GRUPO DE ESTUDIO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (GESAR-LES)

**INTRODUCCIÓN:** El pronóstico del lupus eritematoso sistémico (LES) ha mejorado notablemente gracias a los avances terapéuticos; sin embargo, las tasas de morbilidad por enfermedad cardiovascular continúan siendo elevadas. La detección temprana y el manejo de las comorbilidades forman parte del abordaje integral de estos pacientes. Por su frecuencia se destacan la hipertensión arterial (HTA) y las dislipidemias (DLP), existiendo pocos reportes sobre el uso general de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y estatinas en nuestra población.

**OBJETIVOS:** Describir la frecuencia del uso de IECA y estatinas en una cohorte de pacientes con LES; determinar su asociación con comorbilidades, características de la enfermedad, morbilidad y tratamiento.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y analítico. Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años con LES (ACR 1997), provenientes de la base de datos del registro nacional de LES de la Sociedad Argentina de Reumatología (RELESSAR T). Se registraron datos sociodemográficos, características del LES, tratamiento y morbilidad. Se consignaron comorbilidades (empleándose el índice de Charlson para medirlas), tratamientos de las mismas, así como perfil lipídico. Se realizó un análisis descriptivo según el grupo de pacientes tratados con IECA, estatinas o una combinación de ambas. Se compararon mediante test  $\chi^2$ , Fisher, Anova o Kruskal-Wallis, según corresponda. En los casos que se encontraron diferencias significativas, se realizaron comparaciones *post hoc*. Se utilizó un nivel de significación del 5%.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 1515 pacientes: 91.7% mujeres, con una edad media de  $39.4 \pm 13.8$  años y un tiempo de evolución del LES de  $105 \pm 110$  meses. Las manifestaciones más frecuentes fueron: rash lúpico (65.1%), leucopenia (49.7%), alopecia (44.2%), nefritis lúpica (NL) (42.2%: 12.2% recaída renal y 2% enfermedad renal terminal [ERT]), Raynaud (35.7%), pleuritis (27.2%) y pericarditis (21%). Un 67% tenían anti-ADNdc+ y 84.3% hipocomplementemia. La media de actividad por SLEDAI fue  $3.1 \pm 4.4$  y daño por SLICC (SDI)  $0.99 \pm 1.4$ . El 97.4% recibió antipalúdicos, 96.1% corticoides, 35% azatioprina (AZA), 33.2% ciclofosfamida (CFM) y 26.9% mofetil micofenolato (MMF). Un 51.4% requirió hospitalizaciones y 13.9% tuvo infecciones graves. Las comorbilidades más frecuentes fueron: 23.2% HTA, 20.1% DLP, 16.9% tiroiditis, 7.5% cataratas, 5.1% úlcera gástrica, 2.9% diabetes (DBT), 3.7% accidente cerebrovascular (ACV), 2% EPOC, 2% insuficiencia cardíaca (IC) y 1.2% cardiopatía isquémica (CI). La media de colesterol fue  $173 \pm 47.3$  mg/dl y triglicéridos  $117 \pm 73.3$  mg/dl. La media del índice de Charlson fue  $2 \pm 1.5$ . La frecuencia del uso de IECA fue 37.2% y la de estatinas de 14.3%. El 26.3% tomaban solo IECA, 3.4% solo estatinas y 10.9% una combinación de ambos, mientras que 47% ninguno de estos. Un 55.6% de los pacientes que recibían tratamiento combinado y 38.9% solo con IECA, tenían diagnóstico de HTA. Además, 59.3% en tratamiento combinado y 57.4% solo con estatinas, tenían diagnóstico de DLP. El 19% de los pacientes con HTA y 51.3% con DLP no recibían tratamiento farmacológico. Los pacientes que recibían IECA y/o estatinas vs los que no recibían dichos tratamientos tenían más edad ( $p < 0.001$ ), mayor duración del LES ( $p < 0.001$ ), diagnóstico más tardío ( $p < 0.001$ ), mayor prevalencia de pleuritis ( $p < 0.001$ ), SDI ( $p < 0.001$ ) e índice de Charlson ( $p < 0.001$ ). Estos se asociaron a hepatopatía leve ( $p < 0.001$ ), DBT ( $p = 0.001$ ) y cataratas ( $p < 0.001$ ). Además, presentaron más hospitalizaciones ( $p < 0.001$ ) e infecciones graves ( $p < 0.001$ ). En el grupo combinado y con estatinas, se encontró asociación con: EPOC ( $p < 0.001$ ), úlcera gástrica ( $p < 0.001$ ), CI ( $p = 0.001$ ), ACV ( $p < 0.001$ ) y un perfil lipídico elevado ( $p < 0.001$ ). En el grupo combinado y con IECA se asoció con NL ( $p < 0.001$ ) recaída renal ( $p < 0.001$ ) y ERT ( $p = 0.004$ ), pericarditis ( $p < 0.001$ ) y cardiomiopatía ( $p = 0.003$ ), anti-DNAc+ e hipocomplementemia ( $p < 0.001$ ). Se correlacionó con el uso de CFM ( $p < 0.001$ ), MMF ( $p < 0.001$ ), AZA ( $p < 0.001$ ) y diuréticos ( $p < 0.001$ ). El tratamiento combinado también se asoció a la IC ( $p = 0.001$ ).

**CONCLUSIONES:** La frecuencia del uso de IECA fue 37.2% y de estatinas 14.3%. El 19% de los pacientes con HTA y un 51.3% con DLP no recibía tratamiento farmacológico. Su indicación se asoció a comorbilidades, morbilidad y un mayor daño del LES. Los IECA se asociaron a NL y a su tratamiento.

1670

### PREVALENCIA DE DISFAGIA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

Jimena Benicie YAHUITA MAYTA, Natalia Perrotta, Marina García Carrasco, Mayra Grosso, Ana María Beron, Cecilia Battaglia, Gustavo Medina

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Sjögren primario (SSp) es un trastorno inflamatorio crónico autoinmune caracterizado por la infiltración linfocítica de las glándulas exocrinas que ocasiona disfunción de las glándulas salivales y lagrimales causando sequedad y potencial afectación sobre otros órganos. Dentro de las manifestaciones extraglandulares descritas se incluyen las gastrointestinales como la disfagia, con una frecuencia del 23-80%. Entre los métodos de cribado sobre la disfagia se encuentran el interrogatorio dirigido y uso de cuestionarios como por ejemplo el EAT-10 (*Eating Assessment Tool-10*, Tabla), utilizado en patologías del sistema circulatorio, nervioso, locomotor, tejido conectivo, endocrinas, metabólicas, inmunitarias y neoplasias, siendo validado en diferentes idiomas, con una gran reproductibilidad, excelentes propiedades psicométricas y sensibilidad al cambio en términos de evaluación de los síntomas asociado a la disfagia. Además, este cuestionario podría ser utilizado para la detección temprana de la disfagia, clasificar la gravedad de los síntomas y evaluar la respuesta a las intervenciones. Fue validado en países como España, Italia, Turquía, China, Colombia, Brasil y Chile. Esta es la primera vez que se implementa en una cohorte argentina.

**OBJETIVOS:** Primario: describir la prevalencia de disfagia en una cohorte de pacientes con SSp. mediante el cribado por el cuestionario EAT-10 para detectar compromiso orofaríngeo y esofágico. Secundario: correlacionar la disfagia con los datos clínicos, serológicos, sialometría y actividad de la enfermedad: ESSDAI, ClinESSDAI y ESSPRI.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Es un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años con SSp (criterios ACR/EULAR 2016). Se estudiaron las variables: tiempo de evolución, comorbilidades, manifestaciones clínicas, datos de laboratorio y resultados de sialometrías. La disfagia orofaríngea/esofágica se evaluó con el cuestionario EAT-10 compuesto de 10 preguntas, cada respuesta con un rango de 0-4 (0 no lo afecta/4 afecta mucho). Posibilidad de tener disfagia:  $\geq 3$  puntos.

**RESULTADOS:** Sexo femenino: 60/60 (100%); edad: 57.1 años (DE+/- 15.7). Promedio de inicio de síntomas SICCA: 47.6 años (DE+/- 15.4). Tiempo de evolución: 4 años (RIC 0-32). 60 pacientes completaron el cuestionario EAT-10 y 31 (50%) tuvieron un EAT-10  $\geq 3$ . Frecuencia de comorbilidades: dislipemia 19 (31.7%), HTA: 15 (25%), oncológicos: 9 (15%), osteoporosis 9 (15%), DBT 7 (11.7%), celiaquía 2 (3.3%) y afección tiroidea 19 (31.7%). Tabaquismo: no 36 (60%), ex-tbq 13 (21.7%), sí 3 (5%). Inmunoserología: grupo EAT-10  $\geq 3$ : 100% FAN (+), 28 (90.3%) Anti SSA/Ro, 21 (67.7%) hipergammaglobulinemia policlonal, 17 (54.8%) crioglobulinemia, 17 (54.8%) anti SSB/La, 14 (45.16%) FR (+), 5 (16%) C4 bajo, 3 (9.7%) C3 bajo, 4 (13%) C3 y C4 bajos. Sin diferencia estadísticamente significativa entre grupo EAT 10  $\geq 3$ /EAT  $\leq 2$  ( $p > 0.05$ ). Patrón del FAN (+): grupo EAT 10  $\geq 3$ /EAT  $\leq 2$  ( $p = 0.65$ ). Sialometrías alteradas: grupo EAT-10  $\geq 3$  comparado con el otro grupo (71% vs 58,6%,  $p = 0.32$ ) respectivamente. 29% refirió disfagia con sialometría normal. Las manifestaciones más relevantes entre los grupos fueron el raynaud: EAT 10  $\geq 3$ : 10(32.3%) / EAT  $\leq 2$ : 2 (6,9%) ( $p < 0,05$ ). Xerovagina: EAT 10  $\geq 3$ : 7(22,6%)/ EAT  $\leq 2$ : 1(3,4%) ( $p < 0,05$ ) ESSDAI 45/60(75%); 19 (65%) EAT-10  $\leq 2$  y 24 (77%) EAT-10  $\geq 3$ , sin diferencia entre los grupos ( $p = 0,44$ ). ClinESSDAI N: 60 (100%) tampoco se observó diferencia estadísticamente significativa entre grupos EAT10  $\geq 3$ /EAT  $\leq 3$  ( $p = 0,51$ ). ESSPRI 60/60 (100%) fue significativamente mayor en el grupo EAT-10  $\geq 3$  (6,14 SD+/- 2,11) vs EAT-10  $\leq 2$ . (3,55 SD+/- 2,17) ( $p = 0,01$ ).

**CONCLUSIONES:** Este es el primer estudio realizado en Argentina que evaluó disfagia mediante el cuestionario EAT-10 en un grupo de pacientes con SSp por criterios ACR/EULAR 2016. Se detectó disfagia en la mitad de la cohorte. ESSPRI fue significativamente mayor en el grupo EAT-10  $\geq 3$  similar a lo reportado en otros estudios. La xerostomía podría no ser la única causa atribuible de disfagia en SSp. Consideramos importante realizar otros estudios que evalúen las diferentes causas de disfagia en pacientes con SSp. debido a que ocasiona una importante repercusión en la calidad de vida.

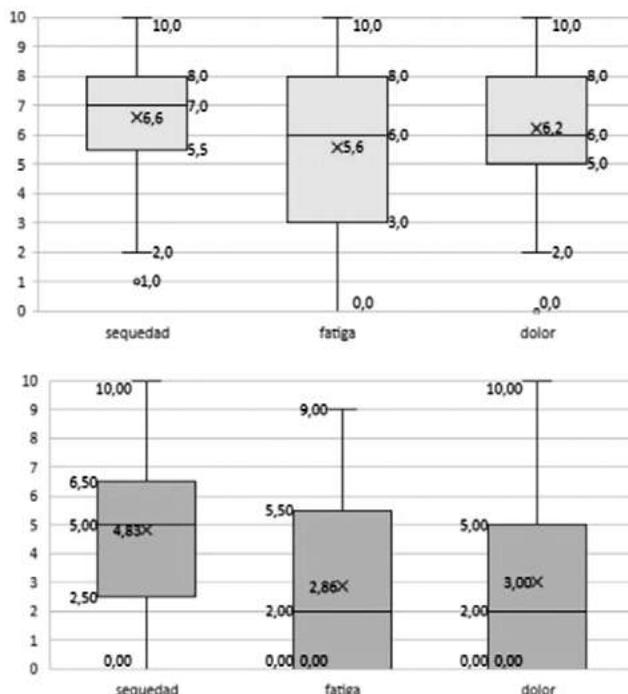


Figura: Distribución de los componentes del ESSPRI en ambos grupos.

Tabla: Cuestionario Eating Assessment Tool-10.

Realizar un círculo en la respuesta más apropiada	0: sin problema 4: severa dificultad				
1) Mi problema de deglución me ha hecho perder peso	0	1	2	3	4
2) Mi problema de deglución interfiere con mi capacidad para salir a comer	0	1	2	3	4
3) Ingerir líquidos requiere un esfuerzo adicional	0	1	2	3	4
4) Comer sólidos requiere un esfuerzo adicional	0	1	2	3	4
5) Pasar píldoras requiere un esfuerzo adicional	0	1	2	3	4
6) Deglutir es doloroso	0	1	2	3	4
7) El placer de comer se ve afectado al deglutir	0	1	2	3	4
8) Al deglutir la comida se pega a la garganta	0	1	2	3	4
9) Toso cuando como	0	1	2	3	4
10) Comer es estresante	0	1	2	3	4

## CAUSAS Y FACTORES ASOCIADOS A HOSPITALIZACIONES EN PACIENTES CON LUPUS DEL REGISTRO ARGENTINO RELESSAR-T

1683

Lucila GARCÍA<sup>1</sup>, Rosana Quintana<sup>2</sup>, Carla Gobbi<sup>2</sup>, Paula Alba<sup>2</sup>, Susana Roverano<sup>2</sup>, Analía Álvarez<sup>2</sup>, Alberto Spindler<sup>2</sup>, Cecilia Pisoni<sup>2</sup>, Catalina Gómez<sup>2</sup>, César Graf<sup>2</sup>, Heber Matías Figueredo<sup>2</sup>, Silvia Papisidero<sup>2</sup>, Raúl Paniego<sup>2</sup>, María Celina de la Vega<sup>2</sup>, Emma Civit<sup>2</sup>, Luciana González Lucero<sup>2</sup>, Victoria Martire<sup>2</sup>, Rodrigo Aguila Maldonado<sup>2</sup>, Sergio Gordon<sup>2</sup>, Marina Micelli<sup>2</sup>, Romina Nieto<sup>2</sup>, Gretel Rausch<sup>2</sup>, Vanina Gongora<sup>2</sup>, Agustina Damico<sup>2</sup>, Diana Dubinski<sup>2</sup>, Alberto Orden<sup>2</sup>, Johana Zacarias<sup>2</sup>, Mariana Pera<sup>2</sup>, Julia Romero<sup>2</sup>, Oscar Rillo<sup>2</sup>, Mario Goñi<sup>2</sup>, Roberto Báez<sup>2</sup>, Valeria Arturi<sup>2</sup>, Graciela Rodríguez<sup>2</sup>, Graciela Gómez<sup>2</sup>, Victoria Collado<sup>2</sup>, Andrea González<sup>2</sup>, Florencia Vivero<sup>2</sup>, María Eugenia Bedoya<sup>2</sup>, Marcela Schmid<sup>2</sup>, Víctor Caputo<sup>2</sup>, María Larroudé<sup>2</sup>, Nadia Domínguez<sup>2</sup>, Josefina Marin<sup>2</sup>, Marisa Jorfen<sup>2</sup>, Zaida Bedran<sup>2</sup>, Ana Curti<sup>2</sup>, Victoria Gazzoni<sup>2</sup>, Bernardo Pons-Estel<sup>2</sup>, Mercedes García<sup>2</sup>

<sup>1</sup>HIGA GENERAL SAN MARTIN LA PLATA, <sup>2</sup>GESAR LES

**INTRODUCCIÓN:** La hospitalización en lupus eritematoso sistémico (LES) es considerada una complicación en sí misma y se asocia a aumento de costos en salud. Por esta razón, y con el objeto de mejorar manejo de la enfermedad, es valioso conocer los motivos de internación, así como los potenciales factores asociados.

**OBJETIVOS:** Describir frecuencia, causas de hospitalización y factores asociados.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio analítico de corte transversal del registro RELESSAR-T. Se recolectaron datos sociodemográficos, anticuerpos, manifestaciones clínicas y tratamientos que los pacientes se encontraban recibiendo al momento de la internación. Se determinaron número, causas de hospitalizaciones y factores asociados a la misma. Se realizó analítica descriptiva y análisis uni y multivariado para evaluar asociación de las variables.

**RESULTADOS:** Se analizaron 1515 pacientes. Un 53.7% pacientes (n: 815) cursó al menos una hospitalización: 203 (24.9%) por infección grave, 612

(75%) por actividad de la enfermedad y 162 (19.8%) por ambos motivos. Los pacientes que requirieron internación eran más jóvenes (38.2 vs 40.6, OR 0.99 IC95% 0.98-0.99, p<0.001), mayor proporción de hombres (10% vs 6%, OR 1.78 IC95% 1.22-2.63, p 0.004), menor nivel educativo (11.9 años vs 12.7 años, OR 0.95 IC95% 0.92-0.97, p<0.001) y mayor proporción de pacientes con nivel socioeconómico medio-bajo/bajo (OR 1.96 IC95% 1.39-2.78, p<0.001). Los pacientes hospitalizados presentaron mayor proporción de pleuritis (OR 3.24 IC95% 2.57-4.18, p<0.001), pericarditis (OR 3.50 IC95% 2.65-4.67, p<0.001), nefritis lúpica (OR 4.04 IC95% 3.24-5.04, p<0.001) y manifestaciones neurológicas graves: convulsiones (OR 2.87 IC95% 1.84-4.65, p<0.001) y psicosis (OR 3.49 IC95% 1.80-7.45, p<0.001). La ausencia de anemia hemolítica autoinmune mostró ser protectora de las hospitalizaciones, siendo la *chance* de hospitalizarse 63% menor para los que no tienen anemia que para los que sí la presentan (OR 0.37 IC95% 0.26-0.53 p <0.001), mientras que la leucopenia (OR 1.71 IC95% 1.39-2.10, p <0.001), linfopenia (OR 1.77 IC95% 1.42-2.21, p <0.001) y trombocitopenia (OR 2.41 IC95% 1.82-3.21, p <0.001) confieren un riesgo aumentado para las internaciones. Hubo una mayor proporción de pacientes hospitalizados con anticuerpos anti-DNA, Sm y La positivos e hipocomplementemia, SAF y que mostraban índices de daño y de comorbilidades más altos que los que no presentaron internaciones: SLICC 1.29 vs 0.66 (OR 1.50 IC95% 1.37-1.66 p<0.001) y Charlson 2.07 vs 1.85 (OR 1.10 IC95% 1.03-1.18 p 0.006). En la Tabla se muestra el análisis multivariado. Con respecto a los esteroides, las dosis por día de prednisona o su equivalente también se asociaron a las hospitalizaciones. La *chance* de hospitalizarse es aproximadamente 3 veces mayor para los pacientes con dosis de esteroides menores a 10 mg/día respecto a los que no lo utilizan, aumentando dicho riesgo a 11 veces con dosis entre 10 y 30 mg y a 21 veces con dosis entre 30 y 60 mg/día.

**CONCLUSIONES:** Más de la mitad de los pacientes se hospitalizó al menos una vez durante la evolución de la enfermedad, siendo la principal causa la actividad del LES seguida por infecciones. Los factores de riesgo asociados fueron el bajo nivel educativo, la pericarditis, el compromiso renal y hematológico, así como la hipocomplementemia, el uso de IVIG y el daño acumulado. Con respecto a la corticoterapia, el riesgo aumenta a medida que aumenta la dosis, incluso con dosis por debajo de los 10 mg. Remarcamos, por lo tanto, la importancia de lograr la remisión o baja actividad de la enfermedad y de minimizar la dosis de corticoides para disminuir el riesgo de hospitalizaciones y con ello las potenciales complicaciones asociadas a las mismas.

**Tabla:** Análisis multivariado.

Características	Univariado			Multivariado		
	n	OR	IC95%	p valor	OR	IC95%
Nivel educativo	1.515	0.95	0.92, 0.97	<0.001	0.95	0.91, 0.98
Pericarditis	1.501	3.50	2.65, 4.67	<0.001	2.52	1.72, 3.73
Ausencia cilindros celulares	1.480	0.27	0.21, 0.34	<0.001	0.66	0.48, 0.91
Complemento bajo	1.459	2.64	1.97, 3.57	<0.001	1.92	1.26, 2.95
Score SLICC	1.515	1.50	1.37, 1.66	<0.001	1.25	1.10, 1.41
Corticoide dosis máxima	1.291					
≤10 mg/d de prednisona o equivalente		3.08	1.94, 5.02	<0.001	2.89	1.75, 4.91
10-30 mg/d		15.8	10.3, 25.1	<0.001	11.6	7.25, 19.3
30-60 mg/d		34.9	21.7, 58.2	<0.001	21.7	12.7, 38.2
Igiv	1.380	13.0	4.71, 53.7	<0.001	5.87	1.92, 26.4

## EVALUACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA: COHORTE DE PACIENTES DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUENOS AIRES

Tamara ARIAS<sup>1</sup>, María Milena Pertuz Rebolledo<sup>1</sup>, Verónica Barcos<sup>2</sup>, María Cielo Gutiérrez<sup>1</sup>, Cecilia Battaglia<sup>1</sup>, Gustavo Medina<sup>1</sup>, María José López Meiller<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA MATANZA

**INTRODUCCIÓN:** La esclerosis sistémica (ES) se caracteriza por daño microvascular, disregulación inmunitaria y fibrosis en piel y otros órganos. El tracto gastrointestinal es el segundo órgano afectado en ES limitada y difusa. La afectación fibrótica puede generar alteración de la motilidad, digestión, absorción de nutrientes y excreción. El resultado suele ser la malnutrición, habitualmente subdiagnosticada. Existen diferentes herramientas para su evaluación: cuestionarios, criterios, valoraciones antropométricas, datos de laboratorio. El Grupo Canadiense describió una prevalencia de 30% de riesgo moderado a alto de malnutrición utilizando el cuestionario *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST). Demostraron asociación de malnutrición con duración corta de la enfermedad, compromiso gastrointestinal y severidad. La importancia de su detección temprana radica en su asociación con mayor morbilidad y mortalidad.

**OBJETIVOS:** Describir la prevalencia de malnutrición y riesgo de malnutrición evaluado con MUST en pacientes con diagnóstico de ES.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional. Datos de pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de ES (criterios 2013 ACR-EULAR), seguidos en la División Reumatología. Se excluyeron: enfermedad oncológica activa, trastornos de la conducta alimentaria, superposición con miomatosis, embarazo, enfermedad celíaca sin tratamiento. Valoración nutricional realizada por licenciada en nutrición. Definición de malnutrición: índice de masa corporal (IMC) <18.5 kg/m<sup>2</sup> o valoración global subjetiva (VGS) B o C. Se realizó en la consulta: cuestionario MUST de riesgo nutricional (puntuación global: 0, riesgo bajo; 1, intermedio; 2 o más, alto); cuestionario UCLA SCTC GIT 2.0 (6 esferas: reflujo gastroesofágico, distensión abdominal, incontinencia fecal, diarrea, funcionamiento social, bienestar emocional, puntaje mínimo 0, máximo 2,83; mayor puntaje, mayor afectación gastrointestinal); talla y peso, cálculo de IMC; medidas antropométricas: circunferencia de pantorrilla y cintura; test de la silla (*Five times sit to stand test*) sarcopenia probable >15 segundos, ambos sexos; fuerza de agarre con dinamómetro, sarcopenia probable: <27 kg en hombres y 16 kg en mujeres; VGS del estado nutricional A=bien nutrido, B=sospecha de desnutrición o desnutrición moderada, C=desnutrición severa; score de Rodnan modificado; actividad de la enfermedad (*EUSTAR activity index*). Análisis estadístico: variables numéricas como media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC) según corresponda; variables categóricas, en porcentaje. Los datos se procesaron mediante Epi Info v. 7.2.

**RESULTADOS:** Se analizaron datos preliminares de pacientes evaluados entre enero y junio de 2022. Estudio en curso, fin del reclutamiento en diciembre de 2022. Asistieron 54 pacientes y 43 cumplieron criterios de inclusión. 39 (93%) mujeres, edad media 61.5 años (DE±12.2). Mediana de tiempo de evolución de la enfermedad 6.5 años (RIC 3-15). Subtipo ES: limitada 32 (76%). Mediana Rodnan modificado 4.5 (RIC 2-8.5). Cuestionario UCLA: mediana 0.48 (RIC 0.1-0.9). IMC promedio 26 (DE±5.2). Tres (7%) IMC <18.5. Promedio circunferencia de cintura 80 cm (SD±15.4) y de pantorrilla 35 cm (DE±3.03). VGS: 75% valor A y 25% valores B o C. Cuestionario MUST: 10 (27%) riesgo nutricional intermedio-alto. Siete (18%) prueba de la silla >15 segundos y ocho (21%) test de agarre <16 kg.

**CONCLUSIONES:** Encontramos que la cuarta parte de los pacientes presentó un riesgo intermedio-alto de malnutrición por MUST, en concordancia con el diagnóstico de desnutrición moderada a severa por VGS y de sarcopenia probable. El cuestionario MUST constituye una herramienta confiable para detectar en forma rápida pacientes en riesgo de desnutrición y nos permite el inicio a tiempo de la intervención nutricional. El manejo multidisciplinario es vital para mejorar la sintomatología gastrointestinal, la calidad de vida y evitar la desnutrición.

## RESPUESTA INMUNE HUMORAL Y CELULAR A LA VACUNACIÓN CONTRA EL SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Carolina Ayelén ISNARDI<sup>1</sup>, Emilce E Schneeberger<sup>1</sup>, Margarita Landi<sup>2</sup>, Leonel Cruces<sup>3</sup>, Claudia Calle Montoro<sup>2</sup>, María Agustina Alfaro<sup>1</sup>, Brian M Roldán<sup>1</sup>, Andrea B Gómez Vara<sup>1</sup>, Pamela Giorgis<sup>1</sup>, Roberto Alejandro Ezquer<sup>1</sup>, María G Crespo Rocha<sup>1</sup>, Camila R Reyes Gómez<sup>1</sup>, María de los Ángeles Correa<sup>1</sup>, Osvaldo L Cerda<sup>1</sup>, Marcos G Rosemffet<sup>1</sup>, Virginia Carrizo Abarza<sup>1</sup>, Santiago Catalán Pellet<sup>2</sup>, Miguel Perandones<sup>1</sup>, Cecilia Reimundes<sup>2</sup>, Yesica Longueira<sup>3</sup>, Gabriela Turk<sup>3</sup>, María Florencia Quiroga<sup>3</sup>, Natalia Laufer<sup>3</sup>, Rosana Quintana<sup>4</sup>, Karen Roberts<sup>4</sup>, María Celina de la Vega<sup>5</sup>, Pablo Maid<sup>2</sup>, Gustavo Citera<sup>1</sup>, Guillermo J. Pons-Estel<sup>4</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, <sup>2</sup>HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL, <sup>3</sup>UBA, CONICET, INBIRS, FACULTAD DE MEDICINA, <sup>4</sup>SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, <sup>5</sup>SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

**INTRODUCCIÓN:** Los pacientes con enfermedades inmunomediadas logran tasas de seroconversión a las vacunas para COVID-19 más bajas en comparación con los controles sanos.

**OBJETIVOS:** Evaluar las respuestas humoral y de células T específica anti-SARS-CoV-2 después de un régimen de dos dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 en pacientes con artritis reumatoidea (AR).

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional. Se incluyeron pacientes con AR (ACR/EULAR 2010), ≥18 años, de dos centros reumatológicos de AMBA, que fueron vacunados según la estrategia de vacunación del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 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 después de la primera y segunda dosis.

**RESULTADOS:** Se incluyó un total de 120 pacientes con AR, el 90% mujeres con una edad mediana de 61.6 años (RIC 50.2, 69.6). Un total de 7 (5.8%) pacientes

Tabla: Características de la AR y el régimen de vacunación.

	Total n=120
<b>Tratamientos, n (%)</b>	
Glucocorticoides	29 (24.2)
Metotrexato	79 (65.8)
Leflunomida	26 (21.7)
Hidroxicloroquina	4 (3.3)
Azatiopina	2 (1.7)
Inhibidores de TNF	35 (29.2)
Inhibidores de IL-6	11 (9.2)
Abatacept	11 (9.2)
Rituximab	4 (3.3)
Inhibidores de JAK	16 (13.3)
<b>Actividades de la AR, N(%)</b>	
ChAdOx1/ChadOx1	29 (24.2)
ChAdOx1/ BNT162b2	1 (0.8)
BNT162b2/ BNT162b2	1 (0.8)
BBIBP-CorV/BBIBP-CorV	27 (22.5)
Gam-COVID/Vac/ChAdOx1	3 (2.5)
Gam-COVID/Vac/mRNA-1273	26 (21.7)
Gam-COVID/Vac/ Gam-COVID-Vac/	33 (27.5)
<b>Régimen heterólogo, n (%)</b>	
	30 (25.0)
<b>Tiempo entre 1° y 2° dosis (días), m (RIC)</b>	81.0 (57.0-108)

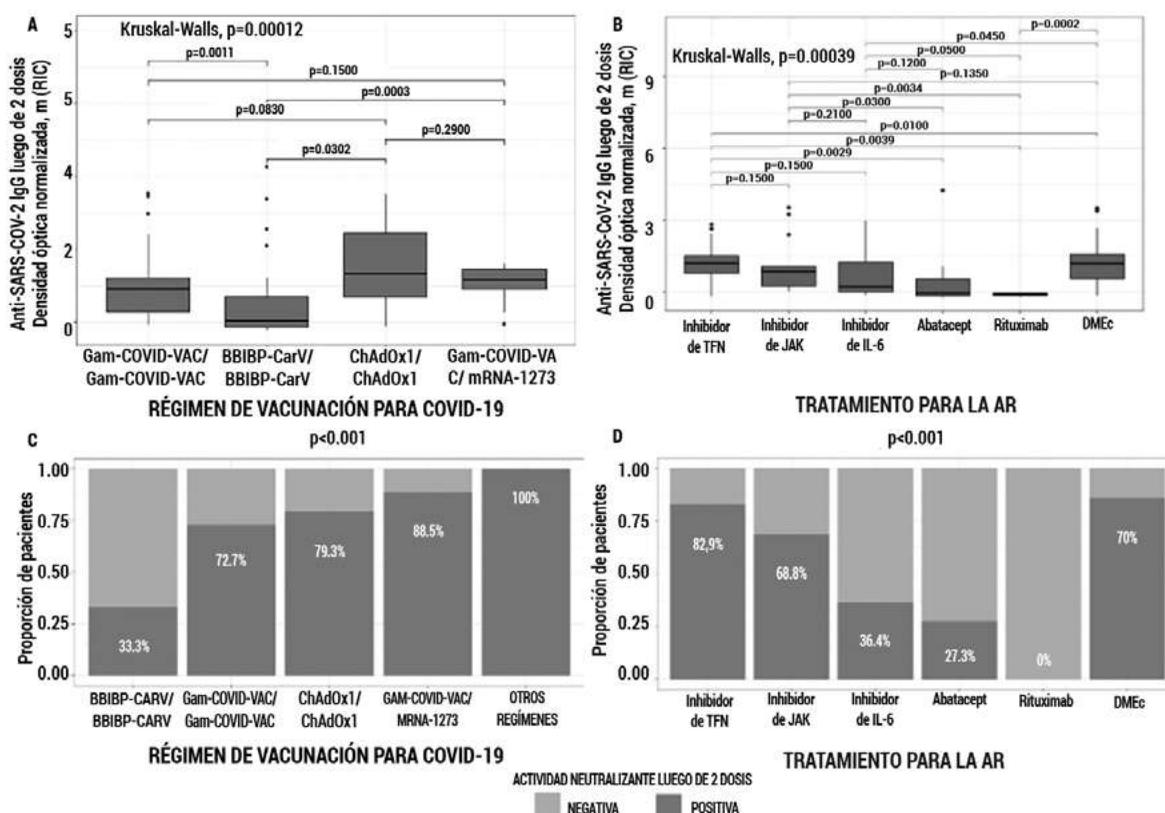


Figura: IgG anti-SARS-CoV-2 y actividad neutralizante luego de la segunda dosis según los tratamientos de la AR y el régimen de vacunación.

tenía historia de infección por SARS-CoV-2. Las características de la vacunación y los tratamientos para la AR se describen en la Tabla. Tras la segunda dosis, el 81.7% presentó anticuerpos anti-SARS-CoV-2, el 65% actividad neutralizante (título mediano 1/32, RIC 1/4-1/128) y 83% de respuesta de células T específica. El uso de BBIBP-CorV, el tratamiento con abatacept (ABT) y rituximab (RTX) se asociaron con la ausencia de anticuerpos anti-SARS-CoV-2 (Figuras 1A y B) y de actividad neutralizante. El uso de inhibidores de IL-6 fue más frecuente entre quienes no desarrollaron actividad neutralizante (Figuras 1C y D). Todos los pacientes con infección previa desarrollaron anticuerpos y actividad neutralizante. Asimismo, BBIBP-CorV y la mayor edad se asociaron con la ausencia de respuesta de células T específica (OR 0.24, IC95% 0.06- 0.87 y 0.96, IC95% 0.93- 1.00, respectivamente). En total, el 66.7% de los que recibieron ABT, el 61.3% del grupo de inhibidores de TNF, el 58.3% de inhibidores de JAK, el 55.6% de inhibidores de IL-6 y el 50.0% de RTX presentó respuesta específica de células T (p=NS en todos los casos). La incidencia total de eventos adversos fue de 357.1 eventos/1000 dosis; significativamente menor con BBIBP-CorV (166.7 eventos/1000 dosis, p<0.02). Cinco pacientes (4.2%) informaron un brote de la enfermedad.

**CONCLUSIONES:** En esta cohorte de pacientes con AR, 2 de cada 10 pacientes no desarrollaron IgG anti-SARS-CoV-2. El uso de la vacuna inactivada BBIBP-CorV se asoció con una respuesta humoral y celular deficiente, mientras que el tratamiento con ABT y RTX afectó el desarrollo de anticuerpos y actividad neutralizante.

**PACIENTES REUMÁTICOS TRATADOS CON INHIBIDORES DEL JAK. REGISTRO LATINOAMERICANO**

Nicolás Marín ZÚCARO<sup>1</sup>, María L Brance<sup>2</sup>, Daniel Fernández Ávila<sup>3</sup>, Gilda Ferreira<sup>4</sup>, Gabriel Maciel<sup>5</sup>, Luisa Servioli<sup>6</sup>, Rodrigo García Salinas<sup>7</sup>, Reyna Amparo Galaviz Pérez<sup>8</sup>, Javier Quagliato<sup>2</sup>, Rocío Gamboa<sup>9</sup>, Jossiel Then Báez<sup>10</sup>, Pamela Giorgis<sup>11</sup>, Carlos Enrique Toro Gutiérrez<sup>12</sup>, Paola Gottschalk<sup>13</sup>, Rene Donizet<sup>14</sup>, Claiton Viegas Breno<sup>15</sup>, Vander Fernández<sup>16</sup>, Manuella Lima Gomes Octrop<sup>17</sup>, Cristiano Lupo<sup>18</sup>, Inés Silveira<sup>19</sup>, Pedro Santos Moreno<sup>20</sup>, Bárbara Stadler Kahlow<sup>21</sup>, Enrique Julio Giraldo Ho<sup>22</sup>, Enrique Roberto Soriano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, <sup>2</sup>REUMATOLOGÍA Y ENFERMEDADES ÓSEAS, ARGENTINA <sup>3</sup>HOSPITAL SAN IGNACIO, COLOMBIA, <sup>4</sup>HOSPITAL DAS CLÍNICAS, UNIVERSIDA DE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BRASIL, <sup>5</sup>HOSPITAL MACIEL, MONTEVIDEO, URUGUAY, <sup>6</sup>HOSPITAL MILITAR, DNSFFAA, MONTEVIDEO, URUGUAY, <sup>7</sup>HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, ARGENTINA, <sup>8</sup>HOSPITAL NAVAL, CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO, <sup>9</sup>HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA ESSALUD, PERÚ, <sup>10</sup>HOSPITAL METROPOLITANO DE SANTIAGO, REPÚBLICA DOMINICANA, <sup>11</sup>INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, ARGENTINA, <sup>12</sup>CENTRO DE ESTUDIOS DE REUMATOLOGÍA Y DERMATOLOGÍA SAS, CALI, COLOMBIA, <sup>13</sup>CLÍNICA UNIÓN MÉDICA, SANTIAGO, REPÚBLICA DOMINICANA, <sup>14</sup>HOSPITAL DAS CLÍNICAS, USP-RP, RIBEIRÃO PRETO/SP, BRASIL, <sup>15</sup>HOSPITAL DAS CLÍNICAS, PORTO ALEGRE/RS, BRASIL, <sup>16</sup>HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO, CUIABA/MT, BRASIL, <sup>17</sup>HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO, UERJ, RIO DE JANEIRO/RJ, BRASIL, <sup>18</sup>FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO/SP, BRASIL, <sup>19</sup>HOSPITAL SÃO LUCAS PUC, PORTO ALEGRE/RS, BRASIL, <sup>20</sup>BIOMAB, CENTRO DE ARTRITIS REUMATOIDE, BOGOTÁ, COLOMBIA, <sup>21</sup>HOSPITAL UNIVERSITARIO EVANGÉLICO MACKENZIE DE CURITIBA, BRASIL, <sup>22</sup>CLINIC ALL EN CONSULTORIOS PUNTA PACÍFICA, PANAMÁ.

**INTRODUCCIÓN:** El tratamiento de la artritis reumatoidea (AR), artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis axial (EA) ha experimentado un cambio radical en los últimos 20 años gracias al advenimiento de nuevas terapias. Los inhibidores del JAK (iJAK) se han posicionado como una alternativa válida, aunque con ciertas consideraciones de seguridad.

**OBJETIVOS:** Con el objetivo de evaluar la eficacia y seguridad de los iJAK en la vida real, PANLAR desarrolló un registro de pacientes latinoamericanos con enfermedades reumáticas tratadas con iJAK.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se diseñó un registro, una cohorte prospectiva con 36 meses de seguimiento (9 visitas) que incluyó a pacientes mayores de 18 años con AR, APs y EA que iniciaron alguna terapia aprobada con iJAK, DMARDs convencionales (cDMARDs) o DMARDs biológicos (bDMARDs). El registro comenzó en noviembre de 2021 y aquí presentamos un análisis parcial de los primeros resultados.

**RESULTADOS:** Se realizó un total de 848 registros en la primera etapa, correspondientes a 305 pacientes de Latinoamérica (32.5% de Brasil, 29.8% de Argentina, 21.3% Uruguay, 13.4% de Colombia, 1.3% de México, 0.7% de Panamá, 0.7% de Perú y 0.3% de República Dominicana). 82% fue mujer, con una mediana de edad al diagnóstico de la enfermedad de 44.81 (RIC 22.2) y una mediana de edad al inicio de la nueva terapia de 53.65 (RIC 22.35). Del total de pacientes el 49.7%, el 36.8% y 13.5% fueron tratados con iJAK, bDMARDs y cDMARDs, respectivamente. La AR fue el diagnóstico principal representando el 87.5% del total, seguido por APs (6.6%), EA (4.6%) y otros diagnósticos (1.3%). En la Tabla se resumen las características demográficas y clínicas segmentadas por diagnóstico. Un total de 59.5% recibió corticoides con el nuevo tratamiento y el 65.6% cDMARDs en combinación, principalmente metotrexato (60.33%). La distribución de uso de iJAK fue: tofacitinib (41.6%-71.4% droga innovadora-) upadacitinib (34.9%-100% droga innovadora-) y baricitinib (23.5%-100% droga innovadora-). Los iJAK se utilizaron en el 40.94%, 26.85%, 14.77%, 15.44% como segunda, tercera, cuarta y >4 línea de tratamiento, respectivamente. El 95.95% de los iJAK fue administrado luego de la falla a cDMARDs, 58.76% luego de la falla a bDMARDs y 2.03% luego de la falla de otro iJAK. 2.62% de los pacientes discontinuó el tratamiento, 0.98% en el grupo de los iJAK y 1.64% en los bDMARDs) debido a eventos adversos relacionados a la medicación. No se reportaron infecciones, neoplasias, eventos adversos serios o muertes en ambos grupos.

**Tabla:** Características demográficas y clínicas segmentadas por diagnóstico.

	AR	APs	EA
Edad de diagnóstico mediana (RIC)	45,63 (22,23)	43,03 (21,83)	36,6 (24,06)
Edad al inicio de la medicación, mediana (RIC)	56,25 (21,68)	46,11 (16,72)	36,99 (23,3)
Género femenino, %	87,20%	55%	28,60%
Positividad FR, %	67,60%	-	-
Positividad CCP, %	55,80%	-	-
Positividad HLA B27, %	-	-	27,30%
Actividad de la enfermedad	DAS28ERS >3.2:68,2%	DAPSA >14:47,6%	BASDAI >4: 83,35%
	DAS28PCR >3.2:58,5%	MDA <5:81%	ASDASPCR >2: 77,8%
	CDAI >10:58,5%	-	-
	SDAI >11:66%	-	-
Manifestación extraarticular, %	10,70%	0%	0%

**CONCLUSIONES:** Los iJAK son utilizados con frecuencia en Latinoamérica. Tofacitinib y upadacitinib son los más indicados, especialmente en segunda línea de tratamiento y luego de falla a cDMARDs. No se reportaron eventos mayores de seguridad a la fecha.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN ARGENTINA: DATOS DEL REGISTRO NACIONAL SAR-COVID

Carolina Ayelén ISNARDI<sup>1</sup>, Karen Roberts<sup>1</sup>, Yohana Tissera<sup>2</sup>, Ingrid Petkovic<sup>2</sup>, Guillermo Berbotto<sup>2</sup>, Carla Gobbi<sup>2</sup>, Romina Tanten<sup>2</sup>, Karina Cogo<sup>2</sup>, Cecilia Asnal<sup>2</sup>, Andrea Baños<sup>2</sup>, Florencia Vivero<sup>2</sup>, María Marcela Schmid<sup>2</sup>, María Alicia Lázaro<sup>2</sup>, Noelia German<sup>2</sup>, Lorena Takashima<sup>2</sup>, Julia Scafati<sup>2</sup>, Marina Laura Werner<sup>2</sup>, Luciana Casalla<sup>2</sup>, Carla Matellan<sup>2</sup>, Diana M Castrillon<sup>2</sup>, Florencia Rodríguez<sup>2</sup>, Sebastián Moyano<sup>2</sup>, María Luz Martín<sup>2</sup>, Vanesa Cosentino<sup>2</sup>, Natalia Herscovich<sup>2</sup>, Elda R Tralice<sup>2</sup>, Tatiana Barbich<sup>2</sup>, Dora L Vásquez<sup>2</sup>, Emilio Buschiazzo<sup>2</sup>, Pablo Maid<sup>2</sup>, Ana C Ledesma<sup>2</sup>, Víctor Yohena<sup>2</sup>, Gimena Gómez<sup>1</sup>, Rosana Quintana<sup>1</sup>, Guillermo J Pons-Estel<sup>1</sup>

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

**INTRODUCCIÓN:** Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) presentan mayor severidad de la infección por SARS-CoV-2 en comparación con la población general, particularmente aquellos con glomerulonefritis y que se encuentran en tratamiento con glucocorticoides. Asimismo, la alta actividad de la enfermedad y algunos inmunosupresores se han asociado a peores desenlaces.

**OBJETIVOS:** Describir las características de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes con LES del registro SAR-COVID y establecer factores asociados a peor desenlace de la misma.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES con infección confirmada por SARS-CoV-2 (RT-PCR y/o serologías positivas) del registro SAR-COVID. Los datos fueron recabados desde agosto de 2020 hasta marzo de 2022. El desenlace de la infección fue medido mediante la escala ordinal de la Organización Mundial de la Salud (EO-OMS). Se definió COVID-19 severo con un valor EO-OMS $\geq$ 5. Análisis descriptivo, test T de Student, Mann Whitney U, ANOVA, chi<sup>2</sup> y Fisher. Regresión logística múltiple.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 399 pacientes, el 93% de sexo femenino, con una edad media de 40.9 años (DE 12.2). El 39.6% tenía al menos una comorbilidad, siendo hipertensión arterial (18.0%) y obesidad (12.4%) las más frecuentes, y el 7.8% presentaba síndrome antifosfolípido (SAF) concomitante. Al momento de la infección, 54.9% recibía glucocorticoides, 72.7% hidroxyclo-roquina, 30.8% inmunosupresores, incluyendo 16.5% micofenolato y 13% azatioprina. Solo 4 pacientes usaban rituximab y 9 belimumab. En el 76.0% de los casos el diagnóstico se hizo por RT-PCR, en la mayoría de los casos durante una consulta externa (55.1%) o en el departamento de urgencias (27.3%). El 94.2% desarrolló síntomas de infección, los más frecuentes: fiebre, cefalea y tos (50.1%, 39.1%, 39.1%, respectivamente). El 22.1% fue hospitalizado durante la infección por SARS-CoV-2, la mayoría (44.3%) sin requerimiento de O<sub>2</sub> y en menor medida, el 34.1% utilizó O<sub>2</sub> por máscara o cánula nasal. El 2.3% y el 19.3% requirió ventilación mecánica no invasiva e invasiva, respectivamente. Un total de 11 (2.8%) pacientes fallecieron por COVID-19. En el análisis multivariado, el diagnóstico de SAF, tener hipertensión arterial y el uso de glucocorticoides se asoció significativamente con COVID-19 severo (Tabla).

**CONCLUSIONES:** En esta cohorte de pacientes con LES con infección por SARS-CoV-2 confirmada, la mayoría cursó de manera sintomática, un quinto fue hospitalizado y 5% requirió ventilación mecánica. La mortalidad fue cercana al 3%. El diagnóstico de SAF, tener hipertensión arterial y el uso de glucocorticoides se asoció significativamente con COVID-19 severo.

Tabla: Factores asociados a COVID-19 severo en pacientes con LES del registro SAR-COVID.

Variables	Análisis no ajustado OR (IC95%)	Análisis Ajustado # OR (IC95%)
Edad >60 años (ref <60 años)	4.26 (1.15 – 12.9)	p=NS
<b>Comorbilidades</b> (ref sin comorbilidades)		
Una comorbilidad	1.74 (0.36-6.78)	p=NS
Dos o más comorbilidades	5.52 (2.03-16.5)	p=NS
<b>Hipertensión arterial</b>	6.42 (2.03-16.5)	5.11 (1.76-15.0)
<b>Obesidad</b>	1.97 (0.54-572)	p=NS
<b>Diabetes</b>	6.07 (0.86 – 27.5)	p=NS
<b>Enfermedad pulmonar</b>	0.80 (0.04-4.13)	p=NS
<b>Enfermedad cerebrovascular</b>	22.7 (395-132)	p=NS
<b>Insuficiencia renal crónica</b>	7.91 (2.03-26.0)	p=NS
<b>Síndrome antifosfolípídico</b>	4.53 (1.39-12.80)	4.68 (1.23-15.80)
<b>Antimaláricos</b>	0.35 (0.14-0.89)	p=NS
<b>Glucocorticoides</b> (ref sin tratamiento)		
Dosis <10 mg/día	1.88 (0.58-6.15)	1.75 (0.46-6.73)
Dosis $\geq$ 10 mg/día	5.36 (1.79-16.9)	5.48 (1.56-20.5)

#Ajustado para edad, género, comodidades, características sociodemográficas, tratamientos y actividad del LES. \*EO-OMS: escala ordinal de la Organización Mundial de la Salud; OR Odds Ratio; IC: intervalo de confianza; ref: referencia; NS: no significativo.

## PROGRESIÓN RADIOGRÁFICA DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA A RADIOGRÁFICA. RESULTADOS DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO, INTERNACIONAL A 5 AÑOS

Marcos David ZELAYA<sup>1</sup>, Denis Poddubnyy<sup>2</sup>, Joachim Sieper<sup>2</sup>, Servet Akar<sup>3</sup>, Santiago Muñoz-Fernández<sup>4</sup>, Hildrun Haibel<sup>2</sup>, Torsten Diekhoff<sup>2</sup>, Mikhail Protopopov<sup>2</sup>, Elisabeth Altmaier<sup>5</sup>, Fabiana Ganz<sup>6</sup>, Robert D. Inman<sup>7</sup>

<sup>1</sup>ABBVIE S.A., <sup>2</sup>CHARITÉ-UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN, <sup>3</sup>IZMIR KATIP CELEBI UNIVERSITY, <sup>4</sup>HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA, <sup>5</sup>GKM GESELLSCHAFT FÜR THERAPIEFORSCHUNG MBH, <sup>6</sup>ABBVIE INC, <sup>7</sup>SCHROEDER ARTHRITIS INSTITUTE

**INTRODUCCIÓN:** La espondiloartritis axial (EspAax) se clasifica en radiográfica (EspAax-r) y no radiográfica (EspAax-nr) según la presencia o ausencia de sacroileitis radiográfica. Un 20-80% de los casos de EspAax de reciente diagnóstico presentan EspAax-nr y el 8-40% de los pacientes progresan a EspAax-r entre los 2 y 10 años siguientes.

**OBJETIVOS:** Evaluar la progresión de EspAax-nr a EspAax-r a lo largo de 5 años en una cohorte multicéntrica prospectiva.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** PROOF fue un estudio observacional, prospectivo, del mundo real, realizado en 29 países en 6 regiones geográficas. Participaron adultos con dolor lumbar crónico de  $\geq$ 3 meses de evolución iniciado antes de los 45 años de edad. El análisis incluyó a pacientes con diagnóstico de EspAax que además cumplían con los criterios de clasificación para EspAax de la *Assessment of SpondyloArthritis International*

Society (ASAS). Las visitas se realizaron al inicio y, posteriormente, con una frecuencia anual. Las radiografías de articulaciones sacroilíacas (ASI) tomadas al inicio y durante el seguimiento en pacientes con diagnóstico inicial de EspAax-nr fueron evaluadas independientemente por dos lectores centrales según los criterios modificados de Nueva York. En caso de desacuerdo (EspAax-r o EspAax-nr), las imágenes se adjudicaban a un tercer lector. Para evaluar la progresión radiográfica se utilizó el análisis de Kaplan-Meier. Se realizaron análisis de regresión de riesgos proporcionales de Cox para el tiempo hasta la progresión radiográfica de EspAax-nr a EspAax-r. En el modelo 1, la variable independiente fue "grupo de imágenes vs. grupo de clínica", mientras que en el modelo 2 se utilizó la "inflamación activa en la resonancia magnética altamente sugestiva de sacroileitis asociada con EspA". Los factores pronóstico potenciales incluidos en los modelos fueron edad, sexo, duración del dolor lumbar, número de parámetros de EspA, tabaquismo, PCR, buena respuesta a AINEs, estado del HLA-B27 y tratamiento actual con AINEs e inhibidores del TNF.

**RESULTADOS:** De los 2633 pacientes reclutados, 2165 (82%) tenían diagnóstico de EspAax y cumplían con los criterios de la clasificación de ASAS. De ellos, 1612 (74%) fueron clasificados como EspAax-r (1050 [65%]) o EspAax-nr (562 [35%]) según las lecturas centrales. La mayoría de los pacientes con EspAax-nr (77%) reunía los criterios de clasificación de ASAS debido a los hallazgos en imágenes (y ≥1 signo de EspA) y el 23% fue clasificado según el grupo de la clínica. El análisis incluyó a un total de 246 pacientes con EspAax-nr que tenían ≥1 radiografía de ASI correspondiente al seguimiento. De estos 246 pacientes, 40 (16%) presentaron progresión de la EspAax-nr inicial a EspAax-r en cualquiera de las visitas de seguimiento a lo largo de 5 años. La media del tiempo hasta la progresión radiográfica fue de 2.4 años (rango: 0.9-5.1) en el análisis descriptivo. En el modelo 1 del análisis de regresión de Cox, el sexo masculino (cociente de riesgo [HR]: 3.16 [IC95%: 1.22-8.17]; p=0.0174), el cumplimiento de los criterios del grupo de imágenes (HR: 6.64 [1.37-32.25]; p=0.0188) y la buena respuesta a los AINEs (HR: 4.66 [1.23-17.71]; p=0.0237) se asociaron significativamente con la progresión a EspAax-r. En el modelo 2, se observó una asociación significativa entre la positividad del HLA-B27 y la progresión (HR: 3.99 [1.10-14.49]; p=0.0353).

**CONCLUSIONES:** En este estudio, el 16 % de los pacientes con EspAax-nr progresó a EspAax-r dentro de los 5 años. La media del tiempo hasta la progresión de la enfermedad fue de 2.4 años. Los factores pronósticos de la progresión radiográfica fueron el sexo masculino, la buena respuesta a los AINEs y el cumplimiento de los criterios del grupo de imágenes, además de la positividad del HLA-B27.

## CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DURANTE LA PANDEMIA. DESCRIPCIÓN A TRAVÉS DE AUTOCUESTIONARIOS

Julieta Daniele, Boris Kisluk, **Rosana M. QUINTANA**, Romina Nieto, Soledad Conte, Guillermo Berbotto

UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES, HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, GRANADERO BAIGORRIA

**INTRODUCCIÓN:** La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad crónica que afecta la calidad de vida de los pacientes. La pandemia por COVID-19 ha tenido un gran impacto en todas las personas, y especialmente en pacientes con enfermedades crónicas e inmunomediadas. La calidad del sueño y la ansiedad se han afectado durante la pandemia, interfiriendo en la vida cotidiana de los pacientes.

**OBJETIVOS:** Describir las características generales de un grupo de pacientes atendidos en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes del Hospital Escuela Eva Perón durante el año 2021, en pandemia, y particularmente describir los diferentes dominios del EQ-5D y su influencia en estos pacientes en concordancia con las horas de sueño.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio

de corte transversal, observacional y descriptivo, de pacientes evaluados consecutivamente con diagnóstico de AR, cumpliendo con criterios ACR 2010, durante el período de pandemia (desde febrero a junio de 2021). Las variables consignadas fueron: edad, sexo, lugar de procedencia, presencia de hábito tabáquico, actividad física diaria, horas de sueño diario (según recomendación OMS), años de evolución de la enfermedad, valor de factor reumatoideo (FR) y anticuerpos antipéptidos citrulinados (anti-CCP), tratamiento con corticoides, drogas modificadoras de la enfermedad (DARMES) convencionales y biológicas. La valoración del nivel sociodemográfico fue medida a través de la escala de Graffar-Méndez. La actividad de AR fue medida por DAS-28 con velocidad de eritrosedimentación y la calidad de vida a partir de los 5 los dominios del EQ-5D (EuroQol-5D) y del *Health assessment questionnaire* (HAQ). El nivel de ansiedad fue evaluado a través del *score Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7). Se realizó un análisis descriptivo de las variables incluidas. Las variables cualitativas

	>8 hs de sueño (n=6,15%)	≤ 8 hs de sueño (n=34,58%)	p valor	Total (n=40)
Edad, media (DE)	55.7 (7.09)	48.7 (9.24)	0.065	49.7 (9.22)
Sexo femenino, n(%)	5 (83.3)	28 (82.4)	1.000	33 (82.5)
Escala de Graffar, medida (DE)	14.5 (3.02)	14.3 (2.20)	0.878	14.3 (2.29)
Consumo de alcohol, n(%)	1 (16.7)	8 (23.5)	1.000	9 (22.5)
Tabaquismo, n(%)	5 (83.4)	25 (73.6)	0.199	30 (75.0)
Actividad física, n(%)	0 (0)	11 (32.4)	0.162	11 (27.5)
Evolución de la enfermedad en años, n mediana (Q1,Q3)	23.0 (13.5,28.8)	7.00 (3.00,12.0)	0.009	8.00 (5.00,15.0)
Tratamiento con corticoides, n(%)	5 (83.3)	25 (73.5)	1.000	30 (75.0)
Tratamiento con DARMES biológicos, n(%)	0 (0)	2 (5.8)	1.000	2 (5.0)
Tratamiento con DARME convencionales(%)	5 (83.3)	29 (85.3)	1.000	34 (85.0)
VES, Mediana (Q1,Q3)	15.0 (7.25,25.8)	8.00 (4.00,15.0)	0.098	8.00 (4.00, 16.0)
Compromiso de los dominios de EuroQol-5D movilidad	4 (66.7)	16 (47.1)	0.661	20 (50.0)
Cuidado personal	2 (33.3)	8 (23.5)	0.690	10 (25.0)
Actividades cotidianas	2 (33.3)	14 (41.2)	1.000	16 (40.0)
Dolor/malestar	4 (66.7)	18 (52.9)	0.132	22 (55.0)
Ansiedad/depresión	2 (33.3)	8 (23.5)	0.132	10 (25.0)
Escala visual análoga sobre mejor estado, mediana (Q1,Q3)	77.5 (71.3, 80.0)	65.0 (50.0, 80.0)	0.535	70.0 (50.0, 80.0)
DAS 28, mediana (Q1, Q3)	3.48 (2.72, 4.47)	3.29 (2.17,4.04)	0.607	3.29 (2.19, 4.06)
Remisión según DAS 28	1 (16.79)	11 (33.3)	0.645	12 (30.8)
HAQ mediana (Q1,Q3)	1.13 (0.25, 1.91)	0.750 (0.313, 1.25)	0.955	0.750 (0.250, 1.53)
GAD 7, mediana (Q1,Q3)	2.50 (2.00, 6.75)	6.50 (3.50, 13.3)	0.087	6.00 (3.00, 11.0)

se expresaron como porcentajes, las variables cuantitativas de distribución simétrica como medias y desvíos estándar ( $\pm$ ), y las cuantitativas de distribución asimétrica como medianas y rango intercuartilo (Q3-Q1). Las comparaciones se realizaron en base a las horas de sueño. Para comparación de medias se usó t de Student o U de Mann Whitney. Se consideró significativa  $p \leq 0.05$ .

**RESULTADOS:** Se incluyó un total de 40 pacientes. Solo el 15% de los pacientes tenía más de 8 horas de sueño. No hubo diferencias entre ambos grupos, salvo la evolución de la enfermedad en años en el grupo de más de 8 horas de sueño: 23.0 (13.5, 28.8) vs 7.00 (3.00, 12.0);  $p=0.009$ . A pesar de esto, se puede observar que los pacientes con menor cantidad de horas de sueño, presentaban mayor porcentaje del compromiso de sus actividades cotidianas medido por el EuroQol 5-D, así como menor percepción del estado de su salud. Además, presentaban un score de GAD 7 mayor (Tabla).

**CONCLUSIONES:** Nuestros pacientes presentan características similares más allá de las horas de sueño. Son pacientes con bajo nivel socioeconómico, con compromiso de su vida cotidiana medido a través de los autocuestionarios pero con un nivel bajo de ansiedad medido por GAD-7. Es primordial aumentar el número de pacientes e intentar volver a medir estos instrumentos al momento actual, luego de la suspensión de las medidas de aislamiento social preventivo.

1726

## EXPERIENCIA SOBRE LAS BIOPSIAS RENALES REALIZADAS Y PREVALENCIA DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES. DATOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Mariela Fernández<sup>1</sup>, Leonardo González<sup>1</sup>, Natalia Vanesa Dolce<sup>1</sup>, Rosana M. QUINTANA<sup>2</sup>, Romina Nieto<sup>3</sup>, Julieta Daniele<sup>3</sup>, Boris Kisluk<sup>3</sup>, Soledad Conte<sup>3</sup>, Guillermo Berbotto<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UNIDAD DE NEFROLOGÍA Y DIÁLISIS, HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, GRANADERO BAIGORRIA, <sup>2</sup>CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (GO-CREAR), ROSARIO, <sup>3</sup>UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES, HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, GRANADERO BAIGORRIA

**INTRODUCCIÓN:** La conformación de unidades especializadas en la atención de pacientes complejos es primordial para mejorar el pronóstico de los mismos. La necesidad de contar con herramientas diagnósticas y recursos humanos idóneos es fundamental. El trabajo interdisciplinario es uno de los pilares para mejorar la calidad de la atención de los pacientes.

**OBJETIVOS:** Describir la experiencia desde la conformación de la Unidad de Nefrología y Diálisis de un hospital de tercer nivel en la ciudad de Granadero Baigorria sobre nuevos diagnósticos en pacientes que han requerido de una biopsia renal (BR) como parte de la batería de métodos diagnósticos complementarios. Además, describir la prevalencia de enfermedades autoinmunes dentro de los diagnósticos.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se recolectaron los datos de los pacientes que requirieron de una BR como parte del diagnóstico desde 2015 a 2022. El procedimiento fue realizado por los especialistas de diagnóstico por imágenes, de manera percutánea y guiado bajo tomografía. Se consignaron los siguientes datos: edad, sexo, indicación de la BR, necesidad de diálisis al inicio del cuadro clínico, diagnóstico histológico, representatividad de la muestra definida como aquellas con igual o más de 8 glomérulos, y presencia de complicaciones.

**RESULTADOS:** Se incluyó un total de 43 pacientes, la edad media fue de 38.9 años, el 55.8% fueron mujeres. Las principales indicaciones de la BR fueron: síndrome nefrótico (35.8%), proteinuria aislada (30.2%) y el antecedente de lupus eritematoso sistémico (25.5%). Un 9.3% requirió diálisis de inicio, el 69.5% de las BR fueron representativas y hubo asociadas complicaciones en el 11.6% de los casos. Los principales diagnósticos histológicos fueron nefritis lúpica, siendo la tipo IV la más frecuente, seguida por la membranosa idiopática. Un 13.9% fueron muestras insuficientes (Tabla).

**CONCLUSIONES:** Nuestros resultados ponen de manifiesto la importancia de las enfermedades autoinmunes y su compromiso renal. La necesidad de conformar grupos de trabajo, mejorando el rédito de la BR para acercarnos a mejores resultados en nuestros pacientes, debe ser una prioridad.

Variables	n=43
Edad, media (DS)	38.9 (13,1)
Sexo femenino, n(%)	24 (55,8)
Indicación de la BR n(%)	
Síndrome nefrótico	15 (35,8)
Proteinuria aislada	13 (30,2)
Insuficiencia rápidamente progresiva	6 (16,9)
Proteinuria y hematuria	3 (6,9)
Insuficiencia renal aguda	3 (6,9)
Síndrome nefrítico	2 (4,6)
Insuficiencia renal crónica	1 (2,3)
Antecedentes de lupus eritematoso sistémico	11 (25,5)
Necesidad de diálisis, n(%)	4 (9,3)
Muestra representativa (cantidad de glomérulos), n(%)	30 (69,7)
Diagnóstico histológico, n(%)	
Nefritis lúpica III	2 (4,6)
Nefritis lúpica IV	9 (20,9)
Nefritis lúpica V	2 (4,6)
GNF membranosa idiopática	6 (13,9)
GNF proliferativa extracapilar	3 (6,9)
GNF focal y segmentaria	2 (4,6)
GNF pauciinmune	2 (4,6)
GNF cambios mínimos	3 (6,9)
GNF por depósitos de C3	2 (4,6)
GNF anti C1q	1 (2,3)
Muestra insuficiente	6 (13,9)
Nefroangioesclerosis	3 (6,9)
GNF IgA	1 (2,3)
Complicaciones asociadas a la BR, n(%)	5 (11,6)

## PACIENTES CON DIAGNÓSTICO TEMPRANO VERSUS TARDÍO EN VASCULITIS ASOCIADA A ANCA: ¿DOS FENOTIPOS DISTINTOS? ESTUDIO RETROSPECTIVO MONOCÉNTRICO

León SILVERY, Carla Muñoz Torres, Ignacio López, Gonzalo Barros, Cecilia Battaglia, Diego Marino, Gustavo Medina

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

**INTRODUCCIÓN:** Las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) (VAA) son un grupo heterogéneo de enfermedades inflamatorias que comprometen principalmente los vasos de pequeño tamaño. Se ha estudiado en VAA las diferencias entre los pacientes en los que la enfermedad se presenta en menores de 60 años (comienzo temprano) vs mayores de 60 años (comienzo tardío), encontrándose en algunas series que los pacientes de mayor edad tenían más afectación renal, hipertensión, dislipemia, mayor mortalidad, niveles de glóbulos rojos y ferritina más bajos. Podría tratarse de dos fenotipos diferentes, sin embargo, al momento hacen falta más estudios para definir las características, y si esto tendría implicancia en el pronóstico y terapéutica.

**OBJETIVOS:** Estudiar las diferencias entre aquellos pacientes con VAA con diagnóstico antes y después de los 60 años.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo desarrollado en un hospital universitario de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Se incluyeron pacientes que cumplían los criterios de clasificación para VAA del *American College of Rheumatology*. Estos pacientes se dividieron en 2 grupos: diagnóstico tardío con edad  $\geq 60$  (tardíos) y diagnóstico temprano con edad  $<60$  años (tempranos). Se compararon variables como tiempo de retraso diagnóstico, manifestaciones clínicas, tipo de vasculitis, eritrosedimentación y proteína C reactiva, inmunoserología (ANCA por IFI y ELISA), función renal, tratamiento de inducción recibido y actividad de la enfermedad medida por la BVAS y FFS. Se excluyeron pacientes diagnosticados con vasculitis secundaria a neoplasias, enfermedades infecciosas y enfermedad autoinmune concomitante.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 105 pacientes, 69 (65%) mujeres y 36 (35%) varones. Se realizó un diagnóstico antes de los 60 años en 79/105 (75%) pacientes y en 26/105 (24%) pacientes después de los 60 años. Los antecedentes cardiovasculares se observaron en 13/26 (50%) para tardíos vs 17/79 (21%) para tempranos ( $p < 0.001$ ). El tipo de VAA más frecuente fue la GPA en 68/105 (68%) pacientes, seguido por 23/105 (22%) PAM y 14/105 (13%) EGPA. Al comparar entre grupos, los tardíos tienen mayor frecuencia de PAM 8/26 (38%) vs 10/79 (15%),  $p < 0.02$ . Con respecto a la inmunoserología, 85/93 (91%) fueron positivos (ANCA o MPO o PR3), 74/90 (82%) fueron ANCA positivos. De los ANCA negativos ( $n=8$ ) 4 (50%) fueron positivos para MPO y 4/8 (50%) positivos para PR3. No se observó diferencia entre los grupos estudiados. La eritrosedimentación media fue de 83 mm/h en tardíos vs 64 mm/h en tempranos, con diferencia significativa. La creatinina media al ingreso en tardíos fue de 3,7 vs 1,6 mg/dL en tempranos, 0.004. El compromiso orgánico más frecuente fue el nefrourológico en 85/105 (81%) de los pacientes, sin diferencias significativas entre grupos. En tardíos el compromiso de vía aérea superior fue de 12/26 (46%) vs 56/79 (71%) ( $p < 0.03$ ). El compromiso oftalmológico se observó en 23/79 (29%) de los tempranos y en ningún paciente con diagnóstico tardío,  $p < 0.0005$ . La evaluación de la actividad medida por BVAS no tuvo diferencias significativas entre ambos grupos. En pacientes con diagnóstico tardío el FFS de 0 se encontró en 36% vs 63% de los tempranos,  $p < 0.02$ . El VDI medio fue de 1,8 en el total de los pacientes, no hubo diferencias entre los grupos. En cuanto al tratamiento de inducción y mantenimiento, el uso de los diferentes fármacos se vio en similar proporción en ambos grupos.

**CONCLUSIONES:** Los pacientes con diagnóstico tardío tienen más antecedentes cardiovasculares, principalmente hipertensión. Presentan con mayor frecuencia PAM y mayor deterioro de la función renal al diagnóstico, muestran un fenotipo más inflamatorio con reactantes de fase aguda más elevados y mayor anemia. Se evidenció menor frecuencia (no significativa) de GPA, por lo que pudo haber tenido influencia en el menor compromiso de VAS (senos paranasales principalmente) y en el menor compromiso oftalmológico (más frecuente en GPA). De la misma forma, presentan con menor frecuencia FFS de 0 y mayor de 1 y 2 (diferencia no significativa esta última). No hubo diferencias significativas en cuanto al tratamiento realizado en ambos grupos, ni en inducción ni en mantenimiento. Finalmente, los pacientes con VAA de comienzo tardío tienen un fenotipo clínico y bioquímico diferente, fuertemente influenciado por la mayor frecuencia de PAM.

## EFICACIA Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO DE UPADACITINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA REFRACTARIA A LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS: RESULTADOS A 2 AÑOS DEL ESTUDIO DE FASE III SELECT-PSA 2

Marcos David ZELAZA<sup>1</sup>, Philip J. Mease<sup>2</sup>, Arathi Setty<sup>3</sup>, Kim Papp<sup>4</sup>, Filip Van den Bosch<sup>5</sup>, Shigeyoshi Tsuji<sup>6</sup>, Mauro Keiserman<sup>7</sup>, Xianwei Bu<sup>3</sup>, Liang Chen<sup>3</sup>, Reva Mccaskill<sup>3</sup>, Erin McDearmon-Blondell<sup>3</sup>, Peter Wung<sup>3</sup>, William Tillett<sup>8</sup>

<sup>1</sup>ABBVIE S.A., <sup>2</sup>SWEDISH MEDICAL CENTER/PROVIDENCE ST. JOSEPH HEALTH, <sup>3</sup>ABBVIE INC, <sup>4</sup>PAPP CLINICAL RESEARCH AND PROBITY MEDICAL RESEARCH, <sup>5</sup>GHENT UNIVERSITY, <sup>6</sup>NATIONAL HOSPITAL ORGANIZATION, OSAKA MINAMI MEDICAL CENTER, <sup>7</sup>PONTIFICAL CATHOLIC UNIVERSITY, <sup>8</sup>ROYAL NATIONAL HOSPITAL FOR RHEUMATIC DISEASES

**INTRODUCCIÓN:** Upadacitinib (UPA) demostró su eficacia y seguridad en pacientes con artritis psoriásica (APs) y respuesta inadecuada o intolerancia a  $\geq 1$  fármaco antirreumático modificador de la enfermedad biológico (FARMEb) en la semana 56 del estudio SELECT-PsA 2.

**OBJETIVOS:** Evaluar la eficacia y la seguridad de UPA hasta la semana 104 en la extensión a largo plazo de SELECT-PsA 2.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Los pacientes fueron randomizados para recibir UPA 15 mg (UPA15), UPA 30 mg (UPA30) o placebo (PBO) durante 24 semanas; aquellos tratados con PBO luego cambiaron a UPA15 o UPA30. En los grupos que continuaron recibiendo UPA, se evaluaron los criterios de valoración de eficacia a la semana 104 mediante la imputación de no respondero (INR) y según lo observado (AO) (criterios binarios) o mediante el modelo de efectos mixtos para medidas repetidas (MMRM) y AO (criterios continuos). Se informaron los eventos adversos (EA) emergentes del tratamiento de los pacientes que recibieron  $\geq 1$  dosis hasta la fecha de cierre de datos.

**RESULTADOS:** En total, 641 pacientes recibieron  $\geq 1$  dosis. A la semana 104, el 38.4% había discontinuado la medicación; la tasa más alta se observó en pacientes asignados inicialmente a PBO (todo PBO: 46,7%). Los motivos de discontinuación más frecuentes fueron la falta de eficacia (UPA15: 12.3%, UPA30: 8.7%, todo PBO: 21.7%) y los EA (UPA15: 10.9%, UPA30: 13.3%, todo PBO: 12.7%). La proporción de pacientes tratados con UPA que alcanzaron ACR20/50/70, actividad mínima de la enfermedad (MDA), PASI75/90/100 y resolución de dactilitis y entesitis fue mayormente similar, o mejoró, a las 104 semanas vs. 56 semanas (Tabla). La media del cambio desde el inicio en HAQ-DI, la evaluación del dolor por parte del paciente, BASDAI y ASDAS mejoraron con UPA. A las 104 semanas, las respuestas clínicas alcanzadas fueron similares con UPA15 y UPA30. En general, los datos de seguridad obtenidos hasta la semana 104 coincidieron con lo informado a la semana 56. Las tasas de infección grave, herpes zóster, trastorno hepático, anemia, neutropenia, linfopenia y elevación de CPK fueron numéricamente superior con UPA30 vs. UPA15, mientras que las tasas de

neoplasias malignas, eventos cardiovasculares mayores y tromboembolismo venoso fueron similares para ambos grupos de UPA. Se informó una muerte en el grupo de UPA15 (sin explicación debido a falta de datos; no obstante, la paciente tenía diagnóstico reciente de cáncer de ovario) y 2 muertes con UPA30 (pancitopenia y neumonía por COVID-19).

**Tabla:** Criterios de valoración de eficacia de la semana 104.

Criterio de valoración	UPA15 (n=221)		UPA30 (n=218)	
	INR	AO	INR	AO
Proporción de pacientes (%)				
ACR20	55.5	80.3	54.6	81.8
ACR50	44.5	62.9	39.9	59.4
ACR70	23.9	32.2	21.6	31.5
Actividad mínima e la enfermedad	29.4	41.3	33.9	49.3
PASI175	47.7	69.8	52.7	81.1
PASI90	37.7	55.2	44.3	67.8
PASI100	23.1	35.4	35.9	55.6
Resolución de entesitis según el LEI	39.8	67.8	37.5	68.4
Resolución de dactilitis según el LDI	54.5	97.4	52	96.9
<b>Cambio desde el basal</b>	<b>MMRM</b>	<b>AO</b>	<b>MMRM</b>	<b>AO</b>
HAQ-DI	-0.36	-0.39	-0.5	-0.53
Evaluación del dolor (escala numérica)	-2.7	-3	-2.9	-3.1
BASADAI	-2.6	-3	-2.6	-2.9
ASDAS	-1.4	-1	-1.3	-1.5

**CONCLUSIONES:** Las respuestas clínicas se mantuvieron por hasta 2 años con UPA15 y UPA30 en los pacientes con APs y respuesta inadecuada o intolerancia previa a  $\geq 1$  FARMEb. No se identificaron nuevas señales de seguridad en esta fase de extensión a largo plazo.

1731

## CONCLUSIONES DE UN GRUPO DE EXPERTOS ARGENTINOS SOBRE VISCOSUPLEMENTACIÓN. RECOMENDACIONES ARGENVISCO 2022

Gustavo CASADO<sup>1</sup>, Juan José Scali<sup>2</sup>, Gustavo Nasswetter<sup>3</sup>, Ramón Víctor Castro<sup>4</sup>, Yung Chi Ju<sup>2</sup>, Osvaldo Daniel Messina<sup>5</sup>, Oscar Rillo<sup>6</sup>, Augusto Martín Riopedre<sup>5</sup>, Daniel Sevilla<sup>2</sup>, Mario Berenstein<sup>7</sup>, Ramiro Ezequiel Berrueto<sup>8</sup>, Damián Ariel Siano<sup>9</sup>, Roberto Alejandro Boyd<sup>10</sup>, José Racca<sup>11</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL MILITAR CENTRAL, <sup>2</sup>HOSPITAL DURAND, <sup>3</sup>HOSPITAL DE CLÍNICAS, <sup>4</sup>CLÍNICA PRIVADA PROVINCIAL MERLO, <sup>5</sup>HOSPITAL ARGERICH, <sup>6</sup>HOSPITAL PIROVANO, <sup>7</sup>SWISS MEDICAL GROUP, <sup>8</sup>CLÍNICA ADVENTISTA BELGRANO, <sup>9</sup>CONSULTORIO PRIVADO, <sup>10</sup>CLÍNICA DIM, <sup>11</sup>FACULTAD DE MEDICINA BARCELÓ

**INTRODUCCIÓN:** Médicos clínicos, reumatólogos, traumatólogos, osteólogos y especialistas en medicina del deporte, con experiencia clínica en terapia intraarticular (IA) por viscosuplementación (VS), desarrollaron un panel multidisciplinario.

**OBJETIVOS:** Implementar algoritmos, discusiones y efectividad del citado tratamiento en osteoartritis (OA) de rodilla y cadera.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Revisión de la literatura mundial, aclarar dudas y confirmar la efectividad del tratamiento IA. Búsqueda en PubMed, EMBASE, Google Scholar y Cochrane Databases de los términos VS, ácido hialurónico, Hyaluronan, OA de rodilla y cadera, con niveles de evidencia 1 y 2. Se prepararon, discutieron y votaron 18 preguntas. Para fundamentar cada afirmación, cada miembro del panel dio su score entre 0 a 10 (escala de Lickert; cero significaba “estoy en total desacuerdo” mientras que 10 representaba “estoy en total acuerdo”) indicando nivel de aprobación para cada pregunta y concepto final. Después de votar, se agruparon los scores en 3 categorías: de 1 a 3 significaba “desacuerdo”, entre 4 y 6 se consideraban como “actitud indiferente” y de 7 a 9 indicaban “acuerdo”. Preguntas sobre la VS: 1) ¿La mejor indicación es para OA de rodilla o cadera (leve a moderada)? 2) ¿Puede ser indicada en OA grave de rodilla y cadera? 3) ¿La utilización previa o concomitante de hexacetonida de triancinolona IA complementa y potencia su efecto? 4) ¿Los resultados varían de acuerdo con las características moleculares de los viscosuplementos utilizados? 5) ¿Existen diferencias de efectividad entre los viscosuplementos de bajo/alto PM? 6) ¿Puede ser realizada como un procedimiento aislado en el tratamiento de la OA o asociado a medidas rehabilitadoras y farmacológicas? 7) ¿El número de aplicaciones dependerá de las condiciones clínicas del paciente y del viscosuplementador utilizado (ácido hialurónico empleado)? 8) ¿Tiene efecto condroprotector en OA leve de rodilla/cadera? 9) ¿Una mejor técnica (infiltración) de VS de rodilla debe basarse en las referencias anatómicas guiadas por ultrasonido? 10) ¿Una mejor técnica para infiltración de VS de cadera deberá basarse en referencias anatómicas acopladas a técnicas guiadas por US? 11) ¿En rodilla requiere obligatoriamente ser guiada por US? 12) ¿Genera reducción de costo para el Sistema de Salud (procedimiento costo-efectivo)? 13) ¿Promueve efecto analgésico? 14) ¿Promueve efecto antiinflamatorio? 15) ¿Promueve una mejoría de la función articular y de la calidad de vida del paciente con OA? 16) En caso de sinovitis, ¿es necesario realizar previamente artrocentesis e inyección con GC? 17) ¿Existe algún número útil de aplicaciones y periodo de tiempo interaplicación? 18) ¿Reduce los costos en salud en forma relevante o la artroplastia resultaría finalmente más económica?

**RESULTADOS:** Pregunta 1: Acuerdo mayoritario con fuerte nivel de consenso ( $\bar{X}$  9,5; Mediana:9); 2: Acuerdo mayoritario con un moderado nivel de consenso ( $\bar{X}$  4,2; Mediana: 5); 3: Acuerdo mayoritario con un moderado nivel de consenso ( $\bar{X}$  5,8; Mediana:7); 4: Acuerdo mayoritario afirmativo con un fuerte nivel de consenso ( $\bar{X}$ :8,5; Mediana:8); 5) Acuerdo mayoritario afirmativo con un fuerte nivel de consenso ( $\bar{X}$ :8,9; Mediana: 9); 6: Acuerdo mayoritario con un fuerte nivel de consenso ( $\bar{X}$  :9,7; Mediana:10); 7: Acuerdo mayoritario con un fuerte nivel de consenso ( $\bar{X}$ :9,1; Mediana:9); 8: Acuerdo mayoritario afirmativo con un fuerte nivel de consenso ( $\bar{X}$ :7,8; Mediana:8); 9: Acuerdo mayoritario con un moderado nivel de consenso ( $\bar{X}$  :7,2; Mediana:8);10: Acuerdo mayoritario con un fuerte nivel de consenso ( $\bar{X}$  :8,8; Mediana:9); 11: Desacuerdo total con esta afirmación ( $\bar{X}$  :0,6; Mediana:0); 12: Acuerdo mayoritario con un fuerte nivel de consenso ( $\bar{X}$  :7,8; Mediana:7); 13: Acuerdo mayoritario con un fuerte nivel de consenso ( $\bar{X}$ :7,9; Mediana: 8); 14: Acuerdo mayoritario con un fuerte nivel de consenso ( $\bar{X}$ :7; Mediana:7); 15: Acuerdo mayoritario con un fuerte nivel de consenso ( $\bar{X}$  :9; Mediana:9); 16: Acuerdo mayoritario con un fuerte nivel de consenso ( $\bar{X}$  :8,9; Mediana:9); 17: Acuerdo mayoritario con un fuerte nivel de consenso ( $\bar{X}$ :7,8; Mediana:8); 18: Acuerdo mayoritario con un fuerte nivel de consenso con esta afirmación ( $\bar{X}$ :8; Mediana:8).

**CONCLUSIONES:** Según datos de la medicina basada en la evidencia y experiencia clínica de los miembros de ARGENVISCO se proponen recomendaciones en la VS de rodilla y cadera.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON MIOSITIS INFLAMATORIAS EN ARGENTINA: DATOS DEL REGISTRO NACIONAL SAR-COVID

Carolina Ayelén ISNARDI<sup>1</sup>, Micaela Cosatti<sup>2</sup>, Verónica Saurit<sup>3</sup>, Roberto M Báez<sup>3</sup>, Vanessa Castro Coello<sup>3</sup>, Álvaro A Reyes Torres<sup>3</sup>, María Julieta Gamba<sup>3</sup>, Marcos D Zelaya<sup>3</sup>, Romina Nieto<sup>3</sup>, Federico N Maldonado<sup>3</sup>, Rosa M Figueroa<sup>3</sup>, Aixa L Mercé<sup>3</sup>, María Alejandra Cusa<sup>4</sup>, Julieta S Morbiducci<sup>4</sup>, Verónica Bellomio<sup>4</sup>, Fabián Risueño<sup>4</sup>, Luciana González Lucero<sup>4</sup>, Mercedes García<sup>4</sup>, Eugenia Picco<sup>4</sup>, Pablo Finucci Curi<sup>4</sup>, Cristina Amitrano<sup>4</sup>, Laura Raiti<sup>4</sup>, Marianela E Mauri<sup>4</sup>, María Victoria Borgia<sup>4</sup>, Jessica L Tomas<sup>4</sup>, María Daniela Alonso<sup>4</sup>, Jonathan E Rebak<sup>4</sup>, Gisela Subils<sup>4</sup>, Sabrina Porta<sup>4</sup>, Hernán A Molina Merino<sup>4</sup>, Sabrina S De la Vega Fernández<sup>4</sup>, María Eugenia Bedoya<sup>4</sup>, Gimena Gómez<sup>1</sup>, Karen Roberts<sup>1</sup>, Rosana Quintana<sup>1</sup>, Guillermo J Pons-Estel<sup>1</sup>, Cecilia Pisoni<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, <sup>2</sup>CEMIC, <sup>3</sup>INVESTIGADOR DEL REGISTRO SAR-COVID, <sup>4</sup>INVESTIGADOR DEL REGISTRO SAR-COVID

**INTRODUCCIÓN:** Los pacientes con enfermedades reumáticas inmunomediadas presentan mayor severidad de la infección por SARS-CoV-2 en comparación con la población general. Sin embargo, los datos actuales acerca de la evolución de aquellos con miositis inflamatorias (MI) son escasos.

**OBJETIVOS:** Describir las características de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes con MI del registro SAR-COVID y establecer factores asociados a peor desenlace de la misma.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de MI con infección confirmada por SARS-CoV-2 (RT-PCR y/o serologías positivas) del registro SAR-COVID. Pacientes con artritis reumatoidea (AR) (ACR/EULAR 2010) macheados por edad, sexo y fecha de diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2 fueron incluidos como grupo control. Los datos fueron recabados desde agosto de 2020 hasta marzo de 2022. El desenlace de la infección fue medido mediante la escala ordinal de la Organización Mundial de la Salud (EO-OMS). Se definió COVID-19 severo con un valor EO-OMS≥5. Análisis descriptivo, test T de Student, Mann Whitney U, ANOVA, chi<sup>2</sup> y Fisher. Regresión logística múltiple.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 191 pacientes, 51 (26.7%) con MI y 140 (73.3%) con AR. Los primeros tenían significativamente menor duración de la enfermedad, usaban con mayor frecuencia y mayores dosis de glucocorticoides, azatioprina y micofenolato (Tabla). La mayoría de los pacientes presentó síntomas asociados a la infección por SARS-CoV-2, 96.0% y 97.1%, respectivamente (p=NS). Los pacientes con MI reportaron numéricamente mayor frecuencia de fiebre (60.8% vs 50.7%, p=0.284) y de mialgias (47.1% vs 37.9%, p=0.327). Los pacientes con MI fueron hospitalizados y requirieron ventilación mecánica no invasiva con mayor frecuencia, aunque esta diferencia no fue significativa. De igual modo, la mortalidad en este grupo fue mayor (5.9% vs 2.2%, p=0.194) (Figura 1A). El uso de tratamientos para COVID-19 en los hospitalizados fue comparable entre grupos. El 7.9% de los pacientes con MI y el 4.2% de aquellos con AR presentaron COVID-19 severo (p=NS) (Figura 1B). En el análisis multivariado, usando como referencia a la AR, el diagnóstico de MI no se asoció significativamente con COVID-19 severo (OR 1.89, IC95% 0.47-6.90, p=0.300).

**Tabla:** Características de los pacientes con MI Y AR con infección por SARS-CoV-2.

	Misitis inflamatoria (n=51)	Artritis reumatoidea (n=140)	p valor	Total (n=191)
<b>Sexo femenino, n(%)</b>	37 (72.5%)	102 (72,9%)	1	139 (72.8%)
<b>Edad (años), m(Q1-Q3)</b>	50.0 (38.0-58.5)	50.0 (38.0-58.0)	0.894	50.0 (38.0-58.0)
<b>Etnia, n(%)</b>				
Caucásica	27 (52.9%)	36 (45.0%)	0.273	90 (47.1%)
Mestiza	19 (37.3%)	69 (49.3%)		88 (46.1%)
Otra	5 (9.80%)	8 (5.71%)		13 (6.81%)
<b>Tiempo de duración de la enfermedad (años), m(Q1-Q3)</b>	3.0 (2.0-8.0)	7.0 (3.0-13.8)	0.003	6.0 (2.0-12.0)
<b>Actividad de la enfermedad, n(%)</b>				
Alta	3 (6.1)	5 (3.7)	0.092	8 (4.3)
Moderada	12 (24.5)	22 (16.4)		34 (18.6)
Baja	16 (32.7)	72 (53.7)		88 (48.1)
Remisión	18 (36.7)	35 (26.1)		53 (29.0)
Desconocido	2 (3.9)	6 (4.3)		8 (4.2)
<b>Comorbilidades, n(%)</b>	20 (40.8)	48 (35.8)	0.655	68 (37.2)
<b>Tratamiento de la enfermedad reumática, n(%)</b>				
<b>Glucocorticoides (equiv mg PDN)</b>				
0 mg/día	17 (33.3)	82 (58.6)	<0.001	99 (51.8)
<10 mg/día	20 (39.2)	48 (34.3)		68 (35.6)
≥10 mg/día	14 (27.5)	10 (7.14)		24 (12.6)
Metotrexato	18 (35.3)	87 (62.1)	0.002	105 (55.0)
Leflunomida	1 (1.9)	28 (20.0)	0.004	29 (15.2)
Antimaláricos	8 (15.7)	15 (10.7)	0.495	23 (12.0)
Azatioprina	9 (17.6)	-	<0.001	9 (4.7)
Micofenolato	8 (15.7)	-	<0.001	8 (4.2)
Inhibidor de TNF	-	29 (20.7)	<0.001	29 (15.2)
Inhibidor de IL-6	-	5 (3.6)	0.327	5 (2.6)
Inhibidor de CD-20	4 (7.84%)	3 (2.1)	0.083	7 (3.7)
Abatacept	2 (3.92%)	3 (2.1)	0.611	5 (2.6)
Inhibidor JAK	-	5 (3.6)	0.327	5 (2.6)

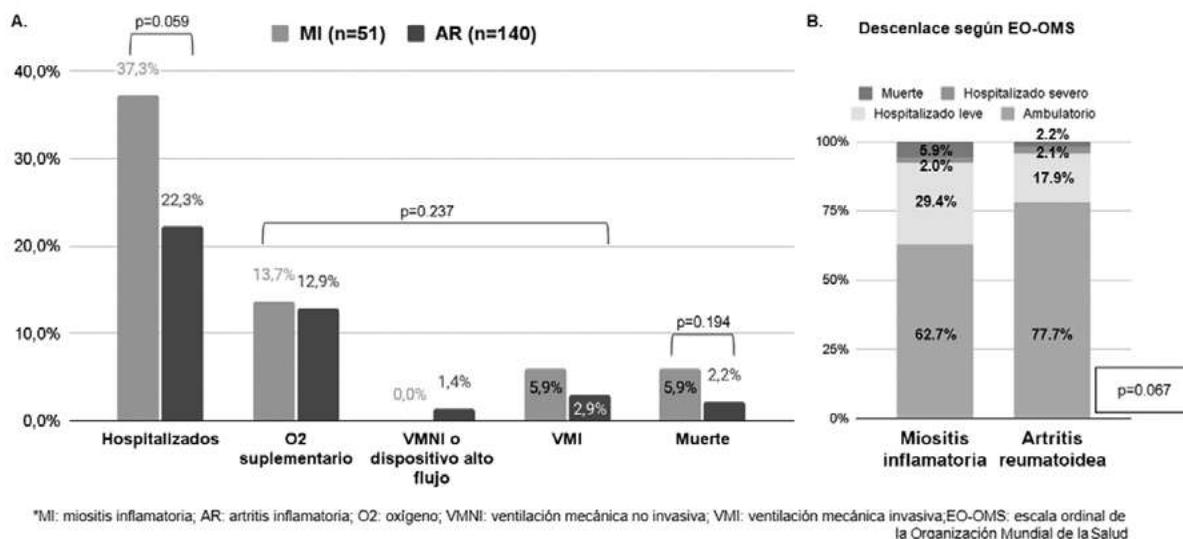


Figura 1: Evolución y desenlace de la infección por SARS-CoV-2.

**CONCLUSIONES:** En esta cohorte de pacientes con MI con infección por SARS-CoV-2 confirmada, la mayoría cursó de manera sintomática, cerca del 40% fue hospitalizado y 6% requirió ventilación mecánica invasiva. La mortalidad fue cercana al 6%.

1733

## PREDICTORES DE USO, SOBREVIDA Y SEGURIDAD DE TOFACITINIB EN MONOTERAPIA VS. EN TERAPIA COMBINADA CON DMARDS-C EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DE LA VIDA REAL

Rodolfo PÉREZ ALAMINO<sup>1</sup>, Carolina A Isnardi<sup>2</sup>, Enrique Soriano<sup>3</sup>, Luciano Lo Giudice<sup>3</sup>, Johana Zacarías<sup>3</sup>, Gustavo Christian Casado<sup>4</sup>, Víctor Daniel Caputo<sup>4</sup>, Andrea María Smichowski<sup>4</sup>, Cecilia Beatriz Romeo<sup>4</sup>, Estela Mercedes Rivero<sup>4</sup>, Florencia Savy<sup>5</sup>, Mercedes García<sup>5</sup>, Olga Romano<sup>1</sup>, Hernán Maldonado Ficco<sup>6</sup>, Gustavo Citera<sup>2</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL DE CLÍNICAS PTE. DR. NICOLÁS AVELLANEDA, <sup>2</sup>IREP, <sup>3</sup>HOSPITAL ITALIANO, <sup>4</sup>HOSPITAL MILITAR CENTRAL, <sup>5</sup>HIGA SAN MARTÍN, <sup>6</sup>HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA

**INTRODUCCIÓN:** Diferentes guías locales e internacionales recomiendan el uso de tofacitinib ya sea en monoterapia o combinado con metotrexato (terapia combinada) en pacientes con artritis reumatoidea (AR) con respuesta inadecuada a DMARDs convencionales (DMARDs-c) o DMARDs biológicos. Aunque la evidencia originada de los ensayos clínicos no muestra diferencias notables en términos de eficacia y seguridad con respecto al uso de tofacitinib monoterapia o terapia combinada, datos provenientes de la vida real son limitados.

**OBJETIVOS:** Evaluar la frecuencia, predictores de utilización, supervida y seguridad de tofacitinib en monoterapia comparada con terapia combinada en una cohorte de pacientes con AR de la vida real en nuestro país.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio de corte transversal, encestado en una cohorte de seguimiento longitudinal, de pacientes con diagnóstico de AR (criterios ACR/EULAR 2010) de diferentes centros de Reumatología que iniciaron tratamiento con tofacitinib, según indicación del médico tratante. Datos sociodemográficos, clínicos y de tratamiento fueron recolectados e ingresados en la base de datos. Análisis estadístico: estadística descriptiva, test de chi<sup>2</sup>, test exacto de Fisher, test T de student y Mann Whitney según naturaleza de las variables. Se aplicó método de Kaplan-Meier y Log Rank test para estimar y comparar supervida de tratamiento en monoterapia vs. terapia combinada. Se utilizó análisis de regresión de Cox para evaluar variables asociadas a menor supervida. Se calculó la incidencia de eventos adversos (EA) en eventos cada 100 pacientes/año (p/y). Se consideró significativa una p menor a 0.05.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 269 pacientes, 87% sexo femenino, edad media 56.3 años (DE 13.6), de los cuales 111 pacientes (41.3%) iniciaron tratamiento con tofacitinib en monoterapia. Las principales causas de uso de monoterapia fueron EA previos con DMARDs-c (16%) y la decisión del médico (16%). En el análisis univariado, no se encontró asociación significativa entre el uso en monoterapia y

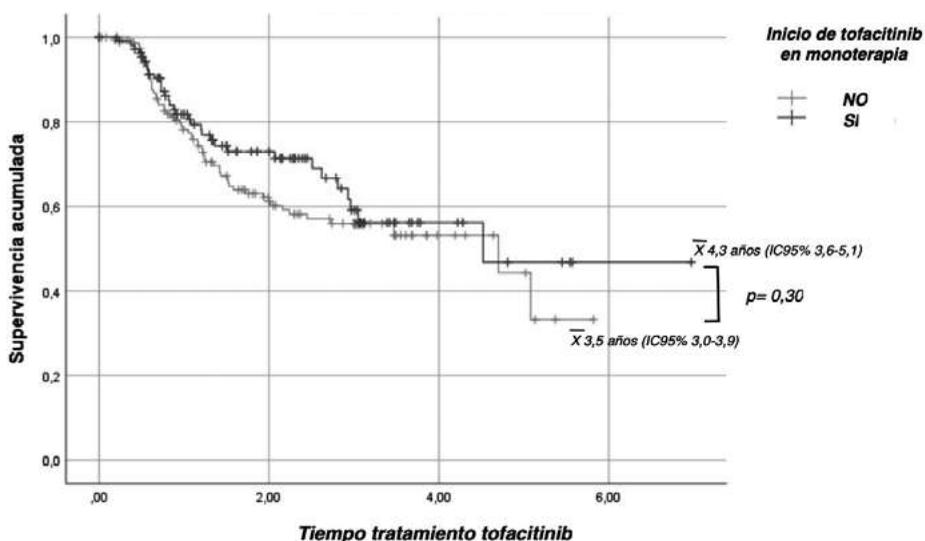


Figura: Análisis de supervida acumulada de tofacitinib monoterapia vs. terapia combinada.

variables como edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, tipo de cobertura médica, tabaquismo, manifestaciones extraarticulares, nódulos, enfermedad pulmonar intersticial (EPI), positividad para FR y anti-CCP. En el análisis multivariado, el menor número de tratamientos previos con combinación de DMARDs-c y el uso previo de tratamiento con agentes biológicos estuvo asociado en forma significativa con el inicio de tofacitinib en monoterapia (p menor a 0,05, en ambos casos). Durante el seguimiento (502,4 ptes/año), no se encontraron diferencias significativas en la sobrevida entre los dos grupos: monoterapia X 4,3 años (IC95% 3.6-5.1) vs. terapia combinada X 3,5 años (IC95% 3.0-3.9) (log-rank test, p=0.30) (Figura). En cuanto a la seguridad, 110 pacientes (40.9%) tuvieron al menos 1 EA, con un total de 210 EA reportados, siendo los más frecuentes: infecciones (57.6%), otros (16.7%) y gastrointestinales (9.5%). Al evaluar la tasa de incidencia (TI) de EA, no se encontraron diferencias significativas entre la monoterapia con tofacitinib y terapia combinada: X 47,2 (IC95% 38.6-57.5) vs. X 38,05 (IC95% 31.6-45.7), respectivamente (p=NS).

**CONCLUSIONES:** En este estudio de la vida real observamos que el uso de tofacitinib en monoterapia fue casi del 40%, estando asociado al menor tratamiento previo con DMARDs-c y al uso previo de agentes biológicos. La estrategia de tofacitinib en monoterapia demostró una sobrevida similar al uso de tofacitinib combinado, pudiendo ser una opción válida para los pacientes con AR de la vida real.

1735

## PREVALENCIA DE ALTERACIONES CAPILAROSCÓPICAS EN PACIENTES CON FENÓMENO DE RAYNAUD: RESULTADOS DE LA CAMPAÑA DE DETECCIÓN DE RAYNAUD EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

**Ignacio LÓPEZ,** Tamara Arias, María Milena Pertuz Rebolledo, María Florencia Milesi, Mayra Grosso, León Silvery, Antonio Davila, Jimena Yahuita, Luciana Grassi, Gonzalo Barros, Carla Muñoz Torres, Bley Zuñiga, Cecilia Battaglia, Cecilia Medina Gustavo, María José López Meiller

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

**INTRODUCCIÓN:** El fenómeno de Raynaud (FR) es el cambio de coloración de los dedos de manos y pies, secundario a la alteración de la microvasculatura. Puede presentarse en otras regiones del cuerpo, como orejas y nariz, siendo desencadenado por diversos factores como el frío o el estrés. Se caracteriza por presentar tres fases de cambio de coloración: palidez, cianosis y rubor. Se clasifica en Raynaud primario cuando se presenta en forma aislada generalmente de curso benigno, y secundario cuando está asociado a alguna enfermedad autoinmune. La capilaroscopia es un estudio que permite visualizar los capilares del lecho ungueal, siendo el examen complementario más utilizado para detectar cambios en la microcirculación. Es simple, no invasivo, y se realiza con un videocapilaroscopio o microscopio digital USB. La observación del número de capilares disminuidos, la presencia de megacapilares y microhemorragias conforma los diferentes patrones esclerodérmicos (SD) que se clasifican en temprano, activo o tardío, de acuerdo al predominio de cada una de las características. La presencia de FR y un patrón esclerodérmico en la capilaroscopia constituyen los primeros indicios de una posible esclerodermia siendo su búsqueda y estudio la base para el diagnóstico de esclerodermia muy temprana.

**OBJETIVOS:** Describir los hallazgos capilaroscópicos, las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con fenómeno de Raynaud que concurren a la campaña de detección temprana de Raynaud 2022 de un hospital universitario de la Ciudad de Buenos Aires.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo con datos obtenidos en la campaña de detección de Raynaud realizada durante 3 días en junio de 2022. Concurrieron pacientes con FR primario o secundario, se consignaron las características clínicas y demográficas mediante un formulario. Se realizó una capilaroscopia a todos los participantes con microscopios digitales USB de magnitud 50-1000X, del 2 al 5to dedo de ambas manos, evaluando 4 campos consecutivos de 1 mm de extensión en el centro del lecho ungueal. Se describieron las variables clínicas, demográficas y patrón capilaroscópico. Ante un patrón anormal en la capilaroscopia se solicitó un examen de laboratorio (FAN, Scl-70, ACA, VSG, PCR) y se indicó control por consultorios de Reumatología. Análisis estadístico: las variables categóricas se expresaron en porcentaje y las numéricas en media (SD) y mediana (RIC) según correspondiera de acuerdo a su distribución.

**RESULTADOS:** Concurrieron 203 pacientes, 165 (81.3%) mujeres. Edad promedio 46 (SD±19) años. 163 refirieron FR no asociado a enfermedad autoinmune conocida. De los 40 (20%) restantes, 10 esclerodermia, 7 artritis reumatoide, 6 Sjögren, 5 lupus eritematoso sistémico y 12 hipotiroidismo. La mediana del tiempo de evolución de FR fue de 4 años (RIC: 2-8). El 57% de los pacientes eran fumadores activos o habían sido tabaquistas. La forma de presentación más frecuente del FR fue palidez "dedos de color blanco" 110 (55%), color azul 44 (22%), rojizo 28 (14%), hinchazón de manos 14 (6.8%) y sensación de hormigueo 5 (2.4%). 73,8% de los pacientes contaban con cobertura en salud, 42% estudios universitarios, 27% estudios secundarios, 20% estudios terciarios y 11% estudios primarios. 45% refería tener trabajo, 23% estudiantes, 20% jubilados y 12% no realizaban ninguna actividad. Los patrones capilaroscópicos observados en los 163 pacientes sin enfermedad autoinmune asociada fueron: inespecífico 68/163 (42%), esclerodérmico 56/163 (34%) y normal 39/163 (24%). De los patrones esclerodérmicos: patrón temprano 41 (25%), activo 14 (8%) y tardío 1 (0.6%).

**CONCLUSIONES:** El FR aparece en forma temprana en algunas enfermedades autoinmunes, como esclerosis sistémica. La importancia de su detección y la realización de una capilaroscopia en busca de patrones SD ayudan al diagnóstico de esclerodermia temprana y permite el inicio precoz del tratamiento. Se destaca la importancia de realizar acciones de difusión para dar visibilidad a esta enfermedad poco frecuente y conocida.

**Tabla:** Patrones capilaroscópicos.

Patrón capilaroscópico	n=163
Normal	39 (24%)
Inespecífico	68 (42%)
Total de patrones SD	56 (34%)
SD temprano	41 (25%)
SD activo	14 (8%)
SD tardío	1 (0,6%)

## ENCUESTA SOBRE MALAS NOTICIAS EN REUMATOLOGÍA

Ariel Brene, Ignacio Ragozzini, María Pía Izaguirre Germain, **Gabriel SEQUEIRA**, Eduardo Mario Kerzberg

HOSPITAL J.M. RAMOS MEJÍA

**INTRODUCCIÓN:** Las enfermedades reumáticas incluyen patologías crónicas de gran impacto en la calidad de vida y que eventualmente acortan la expectativa de vida. Sin embargo, existe escasa información acerca de cómo se preparan los reumatólogos para la comunicación de malas noticias.

**OBJETIVOS:** Determinar si dar malas noticias es un evento frecuente en la especialidad. Determinar cuáles son las limitaciones a las que se enfrentan los profesionales al tener que dar una mala noticia. Obtener información acerca de cómo fue y como debería ser el entrenamiento para dar malas noticias en el futuro.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Encuesta anónima, de preguntas cerradas a través de medios digitales. a) Se propusieron 5 situaciones para evaluar la frecuencia con la que se dan malas noticias. b) Se preguntó sobre la forma en que fueron entrenados para dar malas noticias y las limitaciones a las que se enfrentan en la práctica diaria ante la eventualidad de dar malas noticias. c) Por último se preguntó acerca de cuáles serían las mejores herramientas para entrenar en la comunicación de malas noticias. El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética. Los encuestados dieron su consentimiento en forma digital. Se reportan los resultados preliminares de las primeras 236 invitaciones enviadas.

**RESULTADOS:** Contestaron la encuesta 123 profesionales de los cuales 76 (61.8%) eran mujeres y el resto hombres. Tenían menos de 10 años como reumatólogos 51 (41.5%) encuestados. Tenían práctica hospitalaria 92 (74.8%) de los encuestados y el resto trabajaba en el sector privado. 1) Malas noticias que se dan a menudo, en forma frecuente o muy frecuente. Dar el diagnóstico de una enfermedad crónica y potencialmente debilitante: 92.68%. Informar que el tratamiento ha tenido menor respuesta a la esperada: 70.73%. Informar sobre un efecto adverso moderado o grave: 46.34%. Informar sobre una condición que amenaza la vida del paciente: 37.40%. Informar sobre el fallecimiento de un paciente: 10.6% 2) ¿Cómo fue el entrenamiento en dar malas noticias? a) No recibió ningún entrenamiento: 25.20%; b) Entrenamiento no formal acompañando e imitando a profesionales de mayor experiencia en el tema: 53.66%; c) Algún tipo de entrenamiento formal: 21.14%. Se observó que el entrenamiento formal (en cualquiera de sus formas) fue superior en profesionales de menor experiencia: 29.17% en profesionales de menos de 10 años de recibidos vs 9.80% en el resto (p0.02). 3) ¿Cuáles son las limitaciones al tener que dar malas noticias? a) No haber recibido entrenamiento para comunicar malas noticias: 43.90%; b) No disponer de un lugar ni tiempo adecuado: 40.65%; c) No saber como manejar las reacciones del paciente: 30.89%; d) No estar preparado emocionalmente: 28.46%; e) No poder ofrecer opciones realistas al considerar las expectativas del paciente y los tratamientos disponibles: 27.64%; f) No disponer de toda la evidencia científica: 19.51%; g) No poder adecuar el lenguaje y la información a los diferentes niveles culturales: 19.51%; h) No contar con todos los datos clínicos: 13.82% No saber como manejar las respuestas del paciente fue señalado por profesionales con menos de 10 años de experiencia en 37.50% vs 21.57 en el resto (p 0.09). 4) ¿Cómo debería ser el entrenamiento en malas noticias en el futuro? El 61.6% de los encuestados descartó a un entrenamiento no formal y prefirió un entrenamiento formal a través de diferentes modalidades multidisciplinarias. Esta decisión no estuvo influenciada por el sexo, el trabajar en ámbito público o privado o por los años de experiencia como reumatólogo. Cuando se preguntó a los participantes si se inscribirían en el curso que habían sugerido en la pregunta anterior, el 25.20% contestó que no. El porcentaje fue significativamente mayor entre profesionales de 10 o más años de experiencia: 43.14% vs 12.5% en los mas jóvenes (p<0.001). Por último, un 17% contestó que no se debería incluir el entrenamiento en malas noticias en la currícula de los reumatólogos en formación. Este porcentaje fue significativamente mayor en profesionales de 10 o más años de experiencia: 23.53% vs 6.94% en los mas jóvenes (p0.009).

**CONCLUSIONES:** Dar malas noticias es una práctica habitual que se aprende, mayoritariamente, acompañando e imitando a profesionales de mayor experiencia en el tema. Sin embargo, hay un cambio de tendencia, liderado por los profesionales más jóvenes, hacia la búsqueda de un entrenamiento formal en el tema.

## EVALUACIÓN DE DIVERSOS BIOMARCADORES DE AUTOINMUNIDAD EN PERSONAS CON OBESIDAD

Thomas Benjamín BEVAN, Valeria Pedano, H Ramos

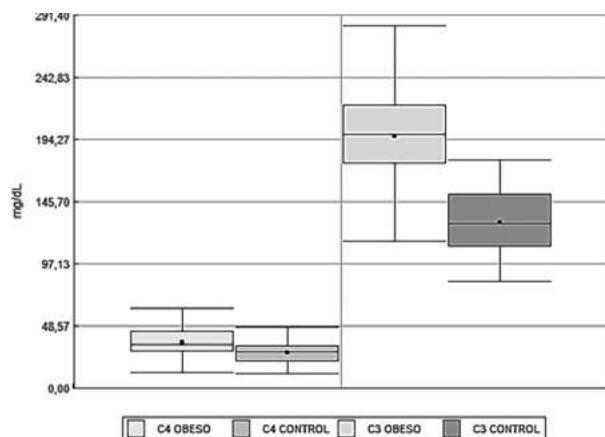
HOSPITAL SAN ROQUE

**INTRODUCCIÓN:** En las últimas décadas la prevalencia de obesidad se ha incrementado exponencialmente, lo que representa un importante problema de salud pública. Se ha descrito una fuerte relación entre la obesidad/inflamación crónica y autoinmunidad.

**OBJETIVOS:** Evaluar la presencia de proteínas asociadas a distintas enfermedades autoinmunes en pacientes obesos e investigar la relación entre obesidad y enfermedades autoinmunes.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio transversal y prospectivo en 63 pacientes obesos y 21 controles no obesos de entre 18 a 65 años de ambos sexos. Las muestras de suero fueron obtenidas durante los años 2018 a 2020 y se les determinó: anticuerpos antinucleares (ANA) por inmunofluorescencia indirecta (IFI), anticuerpos antinucleares extraíbles (ENA) por inmunoensayo lineal (LIA) y enzimoimmunoanálisis (ELISA), factor reumatoide (FR), fracción 3 y 4 del complemento (C3 y C4) por inmunoturbidimetría, anticuerpos antipeptido citrulinado (CCP) y vitamina D (VD) por electroquimioluminiscencia.

**RESULTADOS:** El grupo de pacientes obesos mostró mayor porcentaje de resultados positivos para ANA (22%) y ENA (ELISA 3% y LIA 9%) que el grupo control. También el porcentaje de sujetos positivos para CCP y FR fue mayor en obesos (8% y 33% respectivamente) que en los controles. Sin embargo, los resultados anteriores no fueron estadísticamente significativos. Las fracciones del complemento mostraron valores elevados con diferencias estadísticamente significativas (p<0.0001) entre los grupos. Los valores de VD fueron menores de 20 ng/mL en 43 pacientes obesos (67%) que fueron considerados deficientes en VD; solo 8 sujetos obesos (13%) tuvieron valores óptimos de VD, mayores o iguales a 30 ng/mL.



El borde superior de la caja representa el tercer cuartil (percentil 0,75), el borde inferior representa el primer cuartil (percentil 0,25), la línea dentro de la caja es la mediana y el punto dentro de la caja representa la media. Los bigotes representan los percentiles 0,05 y 0,95. Valores considerados como extremos se muestran como puntos por fuera de los extremos de los bigotes. \*:  $p < 0,05$ . (C4 OBESO: Fracción 4 del complemento en pacientes obesos, C4 CONTROL: Fracción 4 del complemento en el grupo control, C3 OBESO: Fracción 3 del complemento en pacientes obesos, C3 CONTROL: Fracción 3 del complemento en el grupo control).

Figura: Box-plot con valores de C3 y C4 en pacientes obesos y grupo control.

Tabla: Asociación entre resultados de ANA y LIA en pacientes obesos.

		ANA				
		Negativo	Centrómetro	Moteado fino	Nuclear	Total
LIA	Negativo	48	0	7	2	57
	RO-52	1	0	-	0	1
	RO-60	0	0	3	0	3
	Scl-70	0	1	0	0	1
	Sm	1	0	0	0	1
Total		50	1	10	2	63
		<b>13 pacientes obesos con ANA positivo</b>				

ANA: anticuerpos antinucleares; LIA: inmunoensayo lineal; Ro-52: anticuerpos anti-Ro52; Ro60: anticuerpos anti-Ro 60; Scl-70: anticuerpos anti-Scl70; Sm: anticuerpos anti-Sm).

**CONCLUSIONES:** Se observó una tendencia en pacientes obesos a presentar marcadores de autoinmunidad. Si bien los resultados no fueron estadísticamente significativos, esta relación podría ser demostrada en trabajos futuros aumentando el número poblacional.

## CARACTERIZACIÓN DEL USO DE INMUNOGLOBULINAS ENDOVENOSAS EN PACIENTES INTERNADOS CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES DEL TEJIDO CONECTIVO. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Carla Andrea MUÑOZ TORRES<sup>1</sup>, Servio Antonio Dávila Jurado<sup>1</sup>, Ignacio López<sup>1</sup>, Cecilia Battaglia<sup>1</sup>, Nicolás Benia<sup>2</sup>, Beatriz Goyheneche<sup>2</sup>, Gustavo Medina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>DIVISIÓN REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, UBA, <sup>2</sup>DEPARTAMENTO DE FARMACIA Y ESTERILIZACIÓN, HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, UBA

**INTRODUCCIÓN:** Las enfermedades autoinmunes del tejido conectivo (EATC) son un grupo heterogéneo de desórdenes que tienden a la cronicidad y al compromiso multisistémico, conduciendo muchas veces a un daño estructural y funcional irreparable, por lo que un diagnóstico y tratamiento precoz pueden cambiar el curso de estas entidades y mejorar la sobrevida. En la actualidad se dispone de un amplio arsenal terapéutico para tratar las enfermedades de origen inmunológico, dentro del cual las inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) se han transformado en una opción terapéutica de primera línea o cuando el tratamiento estándar fracasa.

**OBJETIVOS:** Describir la frecuencia de uso de inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) para el tratamiento de enfermedades del tejido conectivo, las características clínicas asociadas a su uso, los motivos de indicación de las mismas y los posibles eventos adversos.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio de tipo retrospectivo, descriptivo y de corte transversal. Se evaluó la dispensa total de IGIV de un único centro hospitalario de referencia durante el período 2017-2021. Se evaluaron las historias clínicas de pacientes internados con ETC que recibieron IGIV. Se describieron el tipo de enfermedad, las características clínicas y evolutivas, medicación concomitante y dosis de IGIV recibida durante la internación.

**RESULTADOS:** Se registraron 1841 hospitalizaciones por EATC, correspondientes a 634 pacientes, de los cuales 28 pacientes (4.4%) recibieron infusión de IGIV. Se dispensaron desde farmacia 2342 (18067 gramos) frascos de IGIV, de estos, 555 (4338 gramos), 23.7%, fueron destinados a los 28 pacientes con EATC. La mayoría mujeres (86%) con un promedio de edad de 48.5+/-18 años. 16/28 (57.1%) poseían algún tipo de cobertura de salud. En 13/28 (46%) se detectaron comorbilidades siendo las más frecuentes: disfunción tiroidea (39%), trastornos cardiovasculares (31%) y diabetes (15%). Las EATC que requirieron IGIV fueron, en orden de frecuencia, miopatías inflamatorias (MII) en 14/28 (50%), lupus eritematoso sistémico 9/28 (32.1%), vasculitis 2/28, artritis reumatoidea 2/28 y SAF 1/28. El 85% de las MII correspondieron a dermatomiositis. Las manifestaciones clínicas al momento de la infusión de IGIV se exponen en la Tabla. 17/28 pacientes (61%) recibieron IGIV por refractariedad a otros tratamientos, y dentro de este grupo, algo más de la mitad, 10/17, eran recaída de la enfermedad. La dosis media de IGIV administrada durante la internación fue 120 gramos (RIQ 100-155). Excepto

un paciente el resto usaba concomitantemente dosis altas de esteroides. Solo 4 pacientes cursaron internación en UTI y el resto en sala 24/28 (86%). La mayoría 24/28 (85.7%) evolucionó con resolución total o parcial de la sintomatología que motivó el uso de IGIV y fueron externados. No se registraron eventos adversos secundarios a la administración de IGIV. Hubo 3 muertes, no relacionadas con la infusión.

**Tabla 1:** Características de los pacientes con ETAC que recibieron IGIV n=28.

<b>Sexo</b>	
Femenino	24
Masculino	4
<b>Edad en años, media ± DE</b>	
	48.5±17.6
<b>Cobertura social, n(%)</b>	
Sí	16
No	12
<b>Tipo de enfermedad de tejido conectivo n(%)</b>	
Miopatía inflamatoria	14 (50)
Lupus eritematoso sistémico	9 (32,1)
Artritis reumatoidea	2 (7.1)
Vasculitis sistémica	2 (7.1)
Síndrome antifosfolipídico	1 (3.6)
<b>Comorbilidades(%)</b>	
Tiroideopatía	5
Cardiovasculares	4
Diabetes	2
Osteoporosis	2
Dislipidemia	1
Otras	3
<b>Condición de enfermedad base</b>	
De novo	14
Recaída	14
<b>Manifestaciones clínicas</b>	
Miositis	15
Trombocitopenia	10
Dermatitis	7
Púrpura	3
Polineuritis	3
Glomerulonefritis	3
Hemorragia pulmonar	2
Anemia hemolítica	2
Mononeuritis múltiple	1
Neutropenia autoinmune	1
<b>Motivo de la primera aplicación de IGIV</b>	
Falla al tratamiento	17
Primera línea	9
Infección	1
Disponibilidad	1
<b>Dosis de IGIV en gramos totales, media (RIQ)</b>	
	120 (100-155)
<b>Medicación concomitante</b>	
Glucocorticoides orales altas dosis	7
Glucocorticoides pulsos 1 g	8
Glucocorticoides pulsos 500 mg	12
Ciclofosfamida	5
Metotrexato	3
Azatioprina	1
Rituximab	2
<b>Condición alta</b>	
Remisión	12
Respuesta parcial	12
Óbito	3
Sin respuesta	1

<b>EATC</b>	<b>n</b>	<b>IGIV</b>	<b>% de uso de IGIV</b>
Miopatías inflamatorias idiopáticas	31	14	45,2%
Síndrome antifosfolipídico	17	1	5,9%
Lupus eritematoso sistémico	271	9	3,3%
Vasculitis	102	2	2,0%
Artritis reumatoidea	139	2	1,4%
Esclerodermia	74	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>634</b>	<b>28</b>	<b>4,4%</b>

**CONCLUSIONES:** A pesar de la heterogeneidad de los pacientes estudiados y los distintos regímenes de dosificación utilizados, los datos recopilados en nuestro trabajo sugieren que el uso de IGIV para tratar las diversas manifestaciones de las EATC resultó ser una opción terapéutica beneficiosa, especialmente en aquellos pacientes que habían fallado a otras líneas de tratamiento. El uso de IGIV fue segura, no registrándose efectos adversos. La falta de disponibilidad de IGIV en nuestro medio y su alto costo, destaca la necesidad de un uso responsable, por lo que se necesitan más estudios clínicos controlados que establezcan las indicaciones exactas, las pautas terapéuticas para evaluar dosis óptima, frecuencia de las infusiones y la necesidad de terapias de mantenimiento para prolongar la eficacia que en la actualidad se encuentran insuficientemente documentadas.

## USO Y ACEPTABILIDAD DE UN NUEVO DISPOSITIVO AUTOINYECTOR Y SU APLICACIÓN ASOCIADA EN PACIENTES ARGENTINOS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Gustavo CITERA<sup>1</sup>, Andrés Mario Belini<sup>2</sup>, Cecilia Borlenghi<sup>2</sup>, David Gruben<sup>3</sup>, Mark Latymer<sup>4</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, <sup>2</sup>PFIZER ARGENTINA, <sup>3</sup>PFIZER GROTTON CT, <sup>4</sup>PFIZER LTD, SANDWICH REINO UNIDO

**INTRODUCCIÓN:** SMARTCLIC® es un nuevo autoinyector reutilizable que incluye un cartucho dispensador de dosis para la administración subcutánea de medicamentos bioterapéuticos, aprobado para su uso en pacientes con artritis reumatoidea (AR) y otras enfermedades en Argentina, Colombia, Europa, Japón y Australia. El dispositivo de inyección puede conectarse a la aplicación para móviles opcional *SmartClic* con el fin de llevar un registro de las inyecciones, además de otros datos sobre tratamientos o síntomas.

**OBJETIVOS:** Analizar la opinión de los pacientes respecto de la facilidad de uso y usabilidad del inyector *SmartClic* y su aplicación.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** El presente estudio presenta datos de pacientes argentinos extraídos de un análisis global. Luego de completar un cuestionario de caracterización del paciente, adultos (>18 años) diagnosticados con AR, artritis psoriásica (AP) o artritis idiopática juvenil (AIJ), a los que se les recetó un fármaco biológico inyectable, se los capacitó para utilizar el dispositivo/cartucho, y se aplicaron 2 o más inyecciones simuladas. Los participantes completaron un cuestionario con su valoración de las categorías del dispositivo: "facilidad de uso" (14 preguntas), "efectividad del uso" (11 preguntas), "beneficios de las características principales del dispositivo" (8 preguntas) "características de la forma" (7 preguntas). Además, se les entregó una descripción gráfica que resume las características principales de la aplicación, que podían probar en un dispositivo Android/iOS, antes de completar las 15 preguntas sobre la conectividad y usabilidad. Las respuestas a las preguntas sobre el dispositivo/aplicación se registraron en una escala de calificación de Likert del 1 (extremadamente negativa) al 7 (extremadamente positiva). También se proporcionaron estimaciones sobre el tiempo de capacitación del paciente para el uso del dispositivo. Se informaron valores promedio, y se determinaron los porcentajes de respuestas negativas (calificación en escala de Likert de 1-2), neutrales (3-5) y positivas (6-7) para cada categoría.

**RESULTADOS:** El estudio incluyó 50 pacientes (edad promedio [rango], 47 [20-79] años; de los cuales 74% eran mujeres). Los pacientes tenían diagnóstico de AR (52%), AP (38%) o AIJ (10%), y eran diestros (86%), zurdos (12%) o ambidiestros (2%). La mayoría de los pacientes (70%) se autoinyectaban; el 16% solía precisar asistencia durante la inyección, y el 14% jamás se había autoinyectado. El 80% de los pacientes utilizó su mano dominante para darse las inyecciones simuladas, mientras que el 4% usó su mano no dominante, y el 16% se inyectó con ambas manos. El sitio de inyección fue el abdomen (46%), el muslo (46%), o ambos (8%). La mayoría de los pacientes (64%) calificó el uso del equipo digital como "extremadamente cómodo", el 32% manifestó que le pareció "algo cómodo", y al 4% le resultó "extremadamente o muy incómodo". El impedimento en la destreza de los pacientes, según su autodiagnóstico, durante la evaluación, fue nulo (88%), leve (2%), y moderado (10%). La calificación de funcionalidad en la mano, de acuerdo con el Índice Funcional Medio de Osteoartritis de Mano, fue de 6,3 (rango 0-22), mientras que el dolor en la mano debido a la artritis en la mano usada para dar la inyección fue de 3,2 (rango 1-7). La fuerza de prensión promedio (rango) fue de 21.3 (3.9-60.3) kg y 18.9 (6.7-48.1) kg en la mano dominante y no dominante, respectivamente. Un análisis preliminar llevado a cabo en los 50 pacientes del estudio arrojó las siguientes puntuaciones promedio de Likert (porcentaje de respuestas positivas): facilidad de uso del dispositivo de 6.56 (90.9%), efectividad del uso de 6.60 (91.5%), beneficios de las características principales del dispositivo de 6.73 (96.6%), características de la forma de 6.51 (90.3%), y una conectividad y beneficio de la aplicación de 6.41 (84.7%). El tiempo promedio (rango) estimado para la capacitación de un paciente para su uso eficiente del dispositivo y el cartucho fue de 9.5 (0-20) minutos.

**CONCLUSIONES:** Los pacientes argentinos diagnosticados con AR, AP o AIJ, tratados con fármacos biológicos debido a su condición, respondieron positivamente al nuevo dispositivo autoinyectable y su aplicación para móviles en todas las categorías. Estas características podrían contribuir a una mejor experiencia durante la autoinyección.

## SEGURIDAD DE LAS VACUNAS CONTRA EL SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS: DATOS DEL REGISTRO NACIONAL SAR-COVAC

Cecilia Pisoni<sup>1</sup>, Carolina Ayelén ISNARDI<sup>2</sup>, Micaela Cosatti<sup>1</sup>, Emilce Schneeberger<sup>3</sup>, D'Angelo María Eugenia<sup>3</sup>, Nora Kogan<sup>3</sup>, Dora Pereira<sup>3</sup>, Yohana S Tissera<sup>3</sup>, Carla Alonso<sup>3</sup>, Lucila García<sup>3</sup>, María de los Ángeles Severina<sup>3</sup>, Marcos Rosemffet<sup>3</sup>, Ana Bertoli<sup>3</sup>, María C De la Vega<sup>3</sup>, Vanesa Cosentino<sup>3</sup>, Hernán Maldonado Ficco<sup>3</sup>, Claudia Calle Montoro<sup>3</sup>, Guillermo Berbotto<sup>3</sup>, Carla Matellan<sup>3</sup>, Alejandra Rollano Perasso<sup>3</sup>, Andrea B Gómez Vara<sup>3</sup>, Margarita Landi<sup>3</sup>, Edson Velozo<sup>3</sup>, María Emilia Sattler<sup>3</sup>, Leandro Perrotat<sup>3</sup>, Roberto A Ezquer<sup>3</sup>, Javier F Flores Trejo<sup>3</sup>, Patricia Farfan Rojas<sup>3</sup>, Virginia Carrizo Abarza<sup>3</sup>, Ivana R Rojas Tessel<sup>3</sup>, Juan M Bande<sup>3</sup>, Bárbara A Hernández<sup>3</sup>, María Julia Papagno<sup>3</sup>, Luis Rodríguez<sup>3</sup>, Vanesa Martin Koller<sup>3</sup>, Sandra F Montoya<sup>3</sup>, Belén Virasoro<sup>2</sup>, Karen Roberts<sup>2</sup>, Jennifer Kreimer<sup>4</sup>, Cristina Echeverría<sup>4</sup>, Guillermo J Pons-Estel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CEMIC, <sup>2</sup>SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, <sup>3</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, <sup>4</sup>INVESTIGADOR DEL REGISTRO SAR-COVAC, <sup>5</sup>SOCIEDAD ARGENTINA DE PSORIASIS

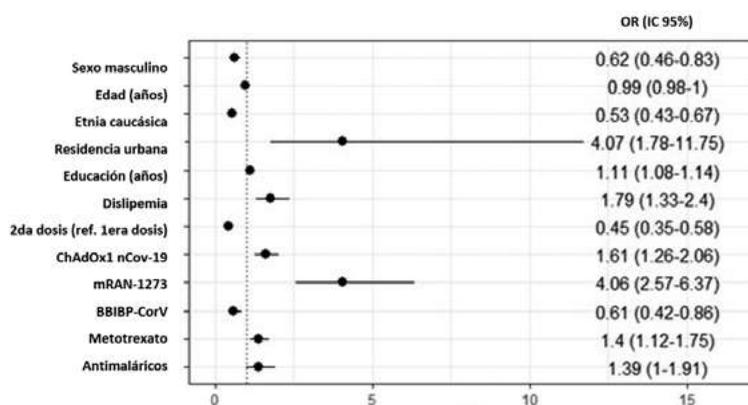
**INTRODUCCIÓN:** Los pacientes con enfermedades reumáticas (ER) han sido excluidos de los ensayos clínicos de la vacuna contra el SARS-CoV-2. Aunque los datos de otros estudios parecen mostrar seguridad y eficacia en pacientes con ER, en su mayoría la evidencia pertenece a las vacunas de ARNm. En nuestro país se utilizan con frecuencia vacunas con vectores adenovirus, virus inactivado y de esquema heterólogos.

**OBJETIVOS:** Describir la seguridad de las vacunas contra el SARS-CoV-2 en pacientes con ER del Registro Nacional SAR-CoVAC, y evaluar los factores sociodemográficos y clínicos asociados al desarrollo de EA y brotes de la enfermedad.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Todos los pacientes adultos con ER vacunados contra el SARS-CoV-2, enrolados en el Registro de Vacunas de la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR-CoVAC) entre el 1 de junio y el 21 de diciembre de 2021 fueron incluidos en este análisis. El registro SAR-CoVAC es un registro observacional multicéntrico nacional que incluye pacientes que han recibido al menos una dosis de cualquier vacuna contra el SARS-CoV-2 disponible en Argentina. Los datos son recopilados voluntariamente por el médico tratante. Se utilizó la escala de Naranjo para evaluar la asociación entre la EA y la vacunación. Se utilizó estadística descriptiva, prueba de chi<sup>2</sup>, prueba de Fischer, Student T test, ANOVA y modelo de regresión logístico multivariado.

**RESULTADOS:** Se incluyó un total de 1679 pacientes, con 2795 dosis de vacuna contra el SARS-CoV-2. Las más utilizadas fueron: Gam-COVID-Vac (1227 dosis, 44%), ChAdOx1 nCov-19 (872 dosis, 31%), BBIBP-CorV (482 dosis, 17%) y mRAN-1273 (172 dosis, 6%). En total, 510 EA fueron reportados por 449 (27%) pacientes. El síndrome pseudogripal fue el más frecuente (11%), seguido de la reacción en el sitio de inyección (7%). Los mismos fueron significativamente más frecuentes después de la primera dosis en comparación con la segunda (13% vs 7% y 9% vs 5%, respectivamente,

p=0.001 en ambos casos). Todos los EA fueron leves o moderados y ningún paciente fue hospitalizado debido a un EA. Un caso de anafilaxia moderada fue reportado por un paciente que recibió Gam-COVID-Vac. No se observaron casos de trombocitopenia inducida por la vacuna. Se notificaron 25 brotes de la enfermedad, 17 (68%) casos de artritis. Entre los pacientes con dos dosis, aquellos que recibieron un esquema heterólogo presentaron EA asociados a la segunda dosis más frecuentemente (39% vs 17%, p=0.001). La incidencia de EA fue de 182.5 eventos/1000 dosis, significativamente menor para BBIBP-CorV (105.9 eventos/1000 dosis, p=0.002 para todos los casos). La mayor incidencia de EA se observó para mRAN-1273 (261.6 eventos/1000 dosis) y ChAdOx1 nCov-19 (232.8 eventos/1000 dosis). Los pacientes con EA eran más jóvenes (media 55 años (DE 14) vs 59 años (DE 14), p=0.010), de etnia no caucásica (48% vs 35%, p=0.001), tenían un nivel de educación superior (media 13.8 años (DE 4) vs 11.9 años (DE 5), p=0.001), estaban empleados con mayor frecuencia (54% vs 44%, p=0.001) y vivían principalmente en áreas urbanas (99% vs 95% p=0.001). El lupus eritematoso sistémico [11% vs 7%, p=0.039] y el síndrome de Sjögren [6% vs 2%, p=0.001] fueron más frecuentes entre ellos, mientras que las enfermedades no inflamatorias fueron menos prevalentes [19% vs 31%, p=0.001]. Aquellos con EA recibían con mayor frecuencia esteroides [24% vs 18%, p=0.007], antipalúdicos [17% vs 10%, p=0.001] y metotrexato [41% vs 31%, p=0.001]. En el análisis multivariado, mRAN-1273 y ChAdOx1 nCov-19 se asociaron con la presencia de EA, mientras que BBIBP-CorV con menor probabilidad de tener uno (Figura).



\*IC: intervalo de confianza; OR: Odds ratio; ref: referencia.

Figura: Variables sociodemográficas y clínicas asociadas al desarrollo de eventos adversos. Modelo de regresión logística multivariado.

**CONCLUSIONES:** La incidencia de EA fue de 1825 eventos/1000 dosis, mayor para mRAN-1273 y ChAdOx1 nCov-19 y menores para BBIBP-CorV. El EA más frecuente fue el síndrome de pseudogripal.

1762

## FRECUENCIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. DATOS DEL REGISTRO RELESSAR TRANSVERSAL

Lucila García<sup>1</sup>, Carla Gobbi<sup>1</sup>, **Rosana M. QUINTANA**<sup>2</sup>, Paula Alba<sup>1</sup>, Susana Roverano<sup>1</sup>, Analía Patricia Álvarez<sup>1</sup>, César Enrique Graf<sup>1</sup>, Cecilia Pisoni<sup>1</sup>, Alberto Spindler<sup>1</sup>, Catalina Gómez<sup>1</sup>, Heber Matías Figueredo<sup>1</sup>, Silvia Papisidero<sup>1</sup>, Raúl Paniego<sup>1</sup>, María Celina de la Vega<sup>1</sup>, Emma Civit<sup>1</sup>, Luciana González Lucero<sup>1</sup>, María Victoria Martire<sup>1</sup>, Rodrigo Aguila Maldonado<sup>1</sup>, Sergio Gordon<sup>1</sup>, Marina Micelli<sup>1</sup>, Romina Nieto<sup>1</sup>, Gretel Rausch<sup>1</sup>, Vanina Gongora<sup>1</sup>, Agustina Damico<sup>1</sup>, Diana Dubinsky<sup>1</sup>, Alberto Orden<sup>1</sup>, Johana Zacarías<sup>1</sup>, Julia Romero<sup>1</sup>, Mariana Pera<sup>1</sup>, Mario Goñi<sup>1</sup>, Oscar Rillo<sup>1</sup>, Roberto Báez<sup>1</sup>, Valeria Arturi<sup>1</sup>, Andrea González<sup>1</sup>, Florencia Vivero<sup>1</sup>, María Eugenia Bedoya<sup>1</sup>, María Marcela Schmid<sup>1</sup>, Víctor Caputo<sup>1</sup>, María Silvia Larroude<sup>1</sup>, Nadia Domínguez<sup>1</sup>, Graciela Noemí Gómez<sup>1</sup>, Graciela Nora Rodríguez<sup>1</sup>, Josefina Marin<sup>1</sup>, Victoria Collado<sup>1</sup>, Marisa Jorfen<sup>1</sup>, Zaida Bedran<sup>1</sup>, Ana Curti<sup>1</sup>, María Victoria Gazzoni<sup>1</sup>, Judith Sarano<sup>1</sup>, Pablo Finucci Curi<sup>1</sup>, Romina Rojas Tessel<sup>1</sup>, Maira Arias Saavedra<sup>1</sup>, María Emilia Sattler<sup>1</sup>, Maximiliano Augusto Machado Escobar<sup>1</sup>, Pablo Astesana<sup>1</sup>, Úrsula Paris<sup>1</sup>, Juan Manuel Vandale<sup>1</sup>, María Julia Santa Cruz<sup>1</sup>, Bernardo Pons-Estel<sup>1</sup>, Mercedes Argentina García<sup>1</sup> <sup>1</sup>GESAR LES, <sup>2</sup>CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (GO-CREAR), ROSARIO

**INTRODUCCIÓN:** La evidencia apoya la participación del sistema inmunológico en la generación de la placa aterosclerótica, así como la conexión entre enfermedad autoinmune y cardiovascular. El progreso en los tratamientos para el LES resultó en una disminución de la mortalidad debido a la actividad de la enfermedad; sin embargo, la enfermedad cardiovascular y las complicaciones infecciosas siguen siendo las principales causas de muerte en estos pacientes. El proceso aterosclerótico se acelera en pacientes con LES debido a una interacción compleja de factores de riesgo tradicionales y específicos del lupus. Se sabe que el LES es un factor de riesgo independiente de disfunción endotelial.

**OBJETIVOS:** Describir la frecuencia de eventos cardiovasculares (ECV) en el registro RELESSAR transversal, así como sus principales factores de riesgo asociados.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, transversal, utilizando los pacientes ingresados en el registro RELESSAR transversal. Se describieron las variables sociodemográficas, variables clínicas del LES, tratamientos instaurados, comorbilidades a través del índice de Charlson, score de actividad (SLEDAI) y score de daño (SDI). ECV fue definido como la presencia de al menos uno de los siguientes: enfermedad arterial periférica (diagnóstico previo o clínica compatible más prueba de imagen confirmatoria), cardiopatía isquémica (diagnóstico de angor o IAM, diagnóstico clínico y/o alteraciones en ECG y/o elevación enzimática y/o alteraciones en cateterismo cardíaco) o ACV (diagnóstico previo o en la presencia de manifestaciones clínicas, apoyado por un procedimiento de imagen). El evento clasificado para el análisis fue aquel posterior al diagnóstico del LES. Se conformaron dos grupos matcheados por edad 1:2. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, las comparaciones entre grupos según la presencia de ECV y un modelo de regresión logística para evaluar cuáles fueron los factores asociados.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 240 pacientes, 80 presentaron ECV. Los grupos fueron pareados por edad y sexo. La edad media fue de 47.8 (14.4) y 47.6 (14.2) en el grupo con ECV y sin, respectivamente y la prevalencia de sexo femenino fue de 71 (88.8%) y 151 (94.4%) respectivamente. Los pacientes con ECV tuvieron mayor duración del LES en meses (136 [27.1, 253] vs 81.4 [29.3, 184]; p= 0.029), mayor índice de Charlson (4.00 [2.00, 5.25] vs 2.00 [1.00, 3.00]; p<0.001) y mayor SLICC (2.00 [1.00, 3.00] vs 1.00 [0, 2.00]; p<0.001). Además, tuvieron mayor frecuencia de manifestaciones neurológicas severas como psicosis (8 [10.1%] vs 4 [2.5%]; p=0.023) y convulsiones (11 [14.3%] vs 8 [5.0%]; p=0.029). Mayor frecuencia de síndrome antifosfolípido (38 [50.0%] vs 19 [12.9%]; p<0.001), mayor frecuencia de hospitalizaciones (52 [66.7%] vs 83 [52.5%]; p=0.054) y mayor uso de ciclofosfamida EV (30 [42.3%] vs 37 [25.2%]; p=0.016). Las únicas variables que mantuvieron una significancia estadística en el análisis multivariado fueron índice de Charlson (OR 1.37, IC95% 1.11-1.73; p=0.004) y el SLICC (OR 1.57, IC95% 1.23-2.07; p<0.001).

**CONCLUSIONES:** Los ECV influyen significativamente en nuestros pacientes, asociándose a mayor posibilidad de daño irreversible, hospitalizaciones y comorbilidades.

## EVOLUCIÓN DEL SCORE DE RODNAN MODIFICADO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA SOMETIDOS A TRASPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

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. Existe una correlación directa entre la extensión del compromiso cutáneo y el potencial daño orgánico subyacente. 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) con riesgo de falla orgánica. Tres estudios abiertos randomizados en pacientes con ES compararon la eficacia del TACPH vs. ciclofosfamida. Demostraron que los pacientes tratados con TACPH tuvieron mayor sobrevida libre de eventos, mayor sobrevida general, mejoría del compromiso cutáneo y pulmonar a largo plazo. El estudio SCOT demostró que el 92% de los pacientes con ES tratados con TACPH estaban sin drogas modificadoras de enfermedad y libre de enfermedad a 11 años de seguimiento.

**OBJETIVOS:** Describir la evolución del score de Rodnan modificado en pacientes con esclerosis sistémica sometidos a trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo. 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, tiempo de evolución de ES al momento del TACPH e indicación para recibir 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. Previo y posterior (6 y 12 meses) al TACPH se evaluó en todos los pacientes SRm, capilaroscopia, perfil de autoanticuerpos y tratamientos recibidos previos al TACPH. Análisis estadístico: se evaluaron 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). Las indicaciones para recibir tratamiento con TACPH fueron en todos los pacientes la rápida progresión del compromiso cutáneo y en 4/7, además, enfermedad pulmonar intersticial limitada. En el total de los pacientes el SRm medio previo al TACPH fue de 33.1±7.3 puntos. En 6/7 pacientes el SRm medio a los 6 meses posterior al TACPH fue de 17.2±7.0 puntos y en 5/7 con más de un año de seguimiento pos trasplante, el SRm medio fue de 12.6±7.6 puntos. En la Figura 1 se muestra el descenso marcado del puntaje del SRm en los diferentes pacientes hasta 48 meses de seguimiento. Todos los pacientes tuvieron SD *pattern* tardío en la capilaroscopia previa y posterior al TACPH, excepto un paciente que mejoró el patrón capilaroscópico desde basal: SD *pattern* tardío a SD *pattern* activo a los 6 meses pos trasplante y a hallazgos inespecíficos a los 12 meses del mismo. Todos los pacientes tuvieron FAN positivo siendo los patrones moteado y nucleolar los más frecuentes, 2/7 pacientes tuvieron anticentrómero y anti-Scl70 negativos, 1 de estos pacientes tuvo anti-RNA polimerasa II positivo y 5/7 tuvieron anti-Scl70 positivo. Tratamientos previos al TACPH: 7 pacientes recibieron metotrexato, 3/7 micofenolato mofetil, 2/7 rituximab y 1/7 ciclofosfamida. Una paciente considerada no respondedora recibió, al año posterior al trasplante, tratamiento con micofenolato mofetil y nintedanib.

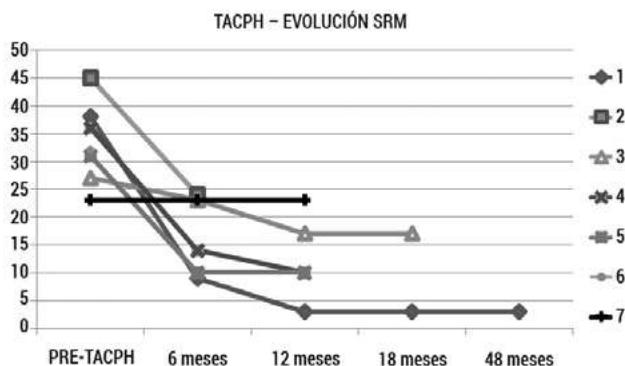


Figura: Evolución de SRm en pacientes con ES tratados con TACPH.

**CONCLUSIONES:** En pacientes con ES difusa, el TACPH logró un rápido y sostenido descenso en el puntaje del SRm evidenciado ya al sexto mes del trasplante, excepto en una paciente que fue considerada no respondedora al mismo. Consideramos que los pacientes sometidos a TACPH deben ser seguidos en forma periódica ya que existe un porcentaje de recaída entre el 5-20% de los casos.

## APLICACIÓN DE SCORE CHA2DS2-VASC EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

**Julia SCAFATI**, Lucila García, Rosana Quintana, Carla Gobbi, Paula Alba, Susana Roverano, César Enrique Graf, Cecilia Pisoni, Catalina Gómez, Heber Matías Figueredo, María Celina De la Vega, Emma Civit, Rodrigo Aguila Maldonado, Romina Nieto, Gretel Rausch, Vanina Gongora, Alberto Orden, Johana Zacarías, Julia Romero, Mariana Pera, Mario Goñi, Roberto Báez, Valeria Arturi, Andrea González, Florencia Vivero, Víctor Caputo, María Silvia Larroude, María Victoria Martire, Nadia Domínguez, Josefina Marin, Victoria Collado, María Victoria Gazzoni, Pablo Finucci Curi, Romina Rojas Tessel, Maira Arias Saavedra, María Emilia Sattler, Maximiliano Augusto Machado Escobar, Pablo Astesana, Úrsula Paris, María Julia Santa Cruz, Juan Manuel Vandale, Graciela Nora Rodríguez, Analía Patricia Álvarez, Alberto Spindler, Silvia Papisidero, Raúl Paniego, Luciana González Lucero, Sergio Gordon, Agustina D'Amico, Marina Micelli, Diana Dubinsky, Oscar Rillo, María Eugenia Bedoya, Alberto Allievi, María Marcela Shmid, Graciela Noemí Gómez, Zaida Bedran, Ana Curti, Bernardo Pons-Estel, Mercedes Argentina García

GESAR LES

**INTRODUCCIÓN:** El aumento del riesgo cardiovascular en pacientes con LES se explica por diversos fenómenos tales como aterosclerosis acelerada, la propia respuesta inflamatoria y los fármacos utilizados para el tratamiento. El score de CHA2DS2-VASc fue diseñado como predictor de accidente cerebrovascular (ACV) isquémico en pacientes con fibrilación auricular a fin de iniciar anticoagulación en quienes presentaran valores mayores a 2. Luego el mismo fue utilizado en otras patologías con base autoinmune. Dicho score es una herramienta que puede ayudar a detectar aquellos pacientes con LES con mayor riesgo de padecer evento cardiovascular, permitiendo instaurar medidas oportunas. Creemos interesante comparar el desempeño del mismo en pacientes con LES de la cohorte RELESSAR-T.

**OBJETIVOS:** Evaluar la puntuación del Score de CHA2DS2-VASc en pacientes LES sin fibrilación auricular

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio de corte transversal de pacientes mayores de 18 años con LES (ACR 1982/97 modificados) incluidos en la base RELESSAR-T. Se excluyeron aquellos pacientes con fibrilación auricular. Se recolectaron variables sociodemográficas y clínicas asociadas al LES, y scores de actividad (SLEDAI), daño (SDI-SLICC) y comorbilidades (Charlson). Se calculó el score de CHA2DS2-VASc asignando 1 punto a la historia de insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, diabetes, enfermedad vascular, sexo femenino y edad entre 64 y 75 años respectivamente; y 2 puntos a la historia de ACV/ accidente isquémico transitorio (AIT) y a la edad mayor de 75 años. El mismo se analizó según el SLEDAI a fin de determinar si existían diferencias en el CHA2DS2-VASc según actividad de la enfermedad.

**RESULTADOS:** Se incluyeron un total de 1.515 pacientes con diagnóstico de LES, de los cuales 1.390 (91.7%) eran mujeres, siendo la media de edad al diagnóstico 39.3 (DE 13.9) años. Del total de pacientes 685 (45.2%) era de raza mestiza y 666 (44%) caucásicas. La mediana del score de CHA2DS2-VASc fue de 1 punto (RIC 1-2), presentando 1 punto en 1028 (67.9%) pacientes y 2 puntos en 287 (18.9%). Dicho score fue mayor

en pacientes adultos, de sexo femenino, diabéticos e hipertensos y con enfermedad cardiovascular establecida ( $p < 0.05$ ). Cincuenta y tres (3,5%) pacientes presentaron ACV en algún momento de la evolución de la enfermedad. En dichos pacientes, se vieron puntajes más altos del score CHA2DS2-VASc respecto a los que no presentaron ACV: 3 puntos (43.4% vs 3.6%), 4 puntos (41.5% vs 0.9%), 5 puntos (11.3% vs 0.1%) y 6 puntos (1.9% vs 0.1%), lo que implica mayor presencia de comorbilidades en los pacientes que presentaron el evento. La Tabla muestra la relación entre variables analizadas y el score CHA2DS2-VASc (dividido según mayor o menor a 2 puntos) de pacientes con LES. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre el score CHA2DS2-VASc  $> 2$  y las internaciones dadas por brotes del LES [228 (56.9%) vs 546 (50.3%)], infecciones graves [73 (18.7%) vs 130 (12.3%)  $p = 0.002$ ], score de Charlson [3.00 (RIQ 2.00, 4.00) vs 1.00 (RIQ 1.00, 2.00)  $p < 0.001$ ], como así también mayor score de daño [1 (RIQ 0, 2.00) vs 0 (RIQ 0, 1.00)  $p < 0.001$ ] y dislipemia [43 (10.9%) vs 2 (0,18%)  $p < 0.001$ ]. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre valor del score y la actividad de la enfermedad (SLEDAI 2.00 [RIQ 0, 4.00] ni el tabaquismo, sin embargo, sí se vio asociación con diagnóstico de EPOC [20(5%) vs 10 (0,9%)  $p < 0.001$ ]. Encontramos asociación estadísticamente significativa con otras manifestaciones no contempladas en el score como afectación renal: piuria, hematuria, proteinuria y necesidad de hemodiálisis ( $p < 0.05$ ).

**CONCLUSIONES:** Se evidenció que los pacientes con puntajes más altos de CHA2DS2-VASc presentaron mayor edad como también diagnóstico de HTA, diabetes, insuficiencia cardíaca, ACV y enfermedad vascular periférica, ratificando la utilidad del score para evaluar riesgo cardiovascular. Cabe destacar que, además, se encontró asociación entre el puntaje del score con otras variables no contempladas como compromiso renal, infecciones severas y hospitalizaciones que impactan en el riesgo cardiovascular de los pacientes con LES.

	CHA2DS-VASc<2 (n=1107)	CHA2DS-VASc<2 (n=408)	p valor
Edad Mean (SD)	35.8 (11.0)	48.6 (16.3)	<0.001
Sexo femenino	991 (89.5%)	399 (97.8%)	<0.001
EPOC	10 (0.932%)	20 (5.01%)	<0.001
Diabetes	2 (0.187%)	43 (10.9%)	<0.001
Dislipemia	135 (14.0%)	135 (36.5%)	<0.001
HTA	29 (2.72%)	313 (77.1%)	<0.001
C isquémica	8 (0.753%)	11 (2.78%)	0.005
Insuficiencia cardíaca congestiva	2 (0.188%)	29 (7.29%)	<0.001
ACV	0 (0%)	53 (13.3%)	<0.001
Enfermedad arterial periférica	1 (0.0950%)	18 (4.59%)	<0.001
Hemiplejia	5 (0.467%)	12 (3.02%)	<0.001
Hospitalizaciones	546 (50.3%)	228 (56.9%)	0.028
Infecciones graves	130 (12.3%)	73 (18.7%)	0.002
Score Charlson Median (RIQ)	1.00 (1.00,2.00)	3.00 (2.00, 4.00)	<0.001
SLICC Median (RIQ)	0 (0,1.00)	1.00 (0, 2.00)	<0.001
SLEDAI Median (RIQ)	2.00 (0, 4.00)	2.00 (0, 4.00)	0.847
Ciclofosfamida	318 (31.0%)	147 (39.8%)	0.002
Aspirina	235 (24.2%)	148 (42.9%)	<0.001
Acenocumarol	87 (8.55%)	70 (19.1%)	<0.001
Hematuria	357 (36.1%)	170 (46.%)	<0.001
Piuria	198 (20.2%)	95 (27.1%)	0.008
Proteinuria	31 (3.07%)	23 (6.07%)	0.015
Enfermedad renal crónica terminal	13 (1.29%)	19 (4.92%)	<0.001
Diálisis	13 (1.29%)	13 (3.53%)	0.007

## DATOS PRELIMINARES DE LA ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN DEL LUPUS IMPACT TRACKER EN ARGENTINA

Pablo David IBÁÑEZ PEÑA, Fernando David Arizpe, Sofía Ornella, Lucila García Var, Graciela Rodríguez, Mercedes Argentina García

HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA

**INTRODUCCIÓN:** En el lupus eritematoso sistémico (LES) el análisis de la actividad y severidad de la enfermedad realizada por el médico no siempre coincide con la percepción del paciente. El *Lupus Impact Tracker* (LIT) es un cuestionario de resultados de salud reportados por el paciente (RRP), que consta de 10 preguntas sobre la calidad de vida en relación a su enfermedad y tratamientos durante las últimas 4 semanas, que se desarrolló ante la necesidad de contar con scores que conlleven menor tiempo y sean más sencillos de realizar para los pacientes. Diseñado por Rush University y publicado en distintas muestras poblacionales para su validación, durante 2017 en una cohorte australiana y cinco países europeos. Los resultados demostraron su confiabilidad en la práctica clínica habitual para la evaluación y seguimiento de estos pacientes con el fin de mejorar la brecha comunicacional médico-paciente.

**OBJETIVOS:** Realizar una adaptación transcultural y reproducibilidad el cuestionario LIT en pacientes con LES en Argentina.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se solicitó la autorización de los autores. Estudio observacional, analítico. Se incluyeron 10 pacientes mayores de 18 años con LES (criterios ACR/EULAR 2019), se excluyeron pacientes analfabetos, no videntes o que cumplieran criterios de clasificación para otra enfermedad autoinmune. En esta primera etapa se realizó la adaptación transcultural en una muestra de 10 pacientes de la consulta ambulatoria u hospitalizados. Se evaluaron las dificultades de interpretación, y que los ítems e instrucciones sean correctamente comprendidos. Se registró el tiempo necesario para la ejecución del cuestionario. Se analizó la reproducibilidad del cuestionario en un período de 7 días por medio del índice de correlación intraclase (ICC). Se realizó estadística descriptiva. En la segunda etapa del estudio, con una participación multicéntrica, se llevará a cabo la validación del score, evaluando el grado de correlación entre el LupusQoL y el LIT de esta manera se analizará la correlación con SELENA-SLEDAI y el score de daño SLICC.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 10 pacientes, 9 (90%) eran mujeres, con una edad media de 40 años (DE 16.6); de etnia caucásica en el 60% y mestiza en 40%. Se les realizó el cuestionario a ocho pacientes ambulatorios y a dos hospitalizados. Los pacientes presentaban una media de SLEDAI de 2.1 (DE 3.95), PGA=1 (DE 0.48) y SLICC=1 (DE 0.5). Los pacientes no tuvieron dificultades de interpretación, a excepción de la pregunta número 5: "el lupus afectó mi capacidad para planificar actividades y programar eventos", que en dos pacientes debió ser explicada. El tiempo promedio para realizar el cuestionario fue de 2,1 minutos. La media del puntaje total del LIT basal fue de 57.1 (DE 24.2), y la media a los 7 días fue de 51.5 (DE 25.5). Se encontró una alta concordancia en las dos mediciones en el índice de correlación intraclase (ICC) fue de 0.808 (IC95% 0.431-0.948).

**CONCLUSIONES:** En esta primera etapa de la validación del LIT en pacientes argentinos con LES, el cuestionario demostró ser fácil de comprender y rápido de completar, además presentó una buena reproducibilidad. Se seguirá ampliando la muestra para lo cual invitamos a centros de Reumatología del resto del país a participar del proyecto de validación del score.

Variables	Resultados (n=10)
<b>Edad</b>	
Media (min, máx)	40 (18.68)
DE	16.6
<b>Género</b>	
Femenino	9 (90%)
Masculino	1 (10%)
<b>Etnia</b>	
Caucásica	6 (60%)
Mestiza	4 (40%)
<b>Atención del paciente</b>	
Ambulatorio	8 (80%)
Internado	2 (20%)
<b>Resultado de escala de Graffar</b>	
III Clase media	4 (40%)
IV Clase media baja	5 (50%)
V Clase baja	1 (10%)
SLICC <i>Damage Index</i> media (DE)	1.00 (DE 0.5)
SELENA-SLEDAI. media (DE)	2.1 (DE 3.95)
PGA (DE)	0.48
Normal	7 (70%)
Leve	3 (30.0%)

## TRASPLANTE RENAL EN PACIENTES CON VASCULITIS ASOCIADA A ANCA Y GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA: EXPERIENCIA DE UN ÚNICO CENTRO

Sofía ORNELLA<sup>1</sup>, Lucila García<sup>1</sup>, Alan Raschi<sup>1</sup>, Marcelo Fabián Taylor<sup>2</sup>, Julio Martín Ciappa<sup>2</sup>, Gustavo Pichinelli<sup>3</sup>, Mercedes García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HIGA SAN MARTÍN, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, <sup>2</sup>HIGA SAN MARTÍN, UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL DEL CENTRO REGIONAL DE ABLACIÓN E IMPLANTE (CRAI SUR), <sup>3</sup>HIGA SAN MARTÍN, SERVICIO DE INMUNOLOGÍA

**INTRODUCCIÓN:** Entre el 60-80% de las glomerulonefritis rápidamente progresivas (GNRP) se asocian a vasculitis ANCA pudiendo llevar a enfermedad renal terminal (ERCT) en días o semanas si no se diagnostica y se trata precozmente. En caso de culminar en ERCT, el trasplante renal es la mejor terapia disponible. Sin embargo, se desconoce el pronóstico posterior al mismo.

**OBJETIVOS:** Evaluar la supervivencia del injerto renal y de los pacientes con GNRP y en particular los asociados a ANCA, trasplantados en un Hospital de la Provincia de Buenos Aires

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio analítico, retrospectivo de pacientes con GNRP sometidos a trasplante renal entre los años 1998-2022.

**RESULTADOS:** Se analizaron 29 pacientes con GNRP, de los cuales el 34.48% (n=10) se asociaron a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), el 10.39% (n=3) a anticuerpos antimembrana basal glomerular (MBG), el 6.89% (n=2) fueron posinfecciosas con anticuerpos ASTO y el 48.27% (n=14) de causa no filiada por no haberse realizado biopsia renal diagnóstica. Los pacientes fueron predominantemente hombres (51.72% vs 48.28%), con una mediana de edad al momento del trasplante de 49,73 años (RIQ 30.59; 59.76) y una mediana de tiempo en diálisis de 7.60 años (RIQ 4,58; 10,21). Las características generales se describen en la Tabla. Previo al trasplante, el 100% utilizó la hemodiálisis como terapia de reemplazo renal y el 72.41% de los injertos procedían de donantes cadavéricos. Siete pacientes (24.13%) perdieron el injerto y volvieron a hemodiálisis. Ninguno fue retrasplantado. Las pérdidas del injerto fueron asociadas a nefropatía crónica del injerto (NCT) en 5 pacientes (por mala adherencia al tratamiento) y a trastornos vasculares en 2 pacientes (imposibilidad de realizar anastomosis del injerto y trombosis de vena renal). La mediana de tiempo de supervivencia del injerto fue de 92,56 meses (IQR 21,92; 118,96). Particularmente en las GN ANCA (5 ANCA-C y 5 ANCA-P), la pérdida del injerto ocurrió en 4/10 pacientes (40%). Las causas fueron por nefropatía crónica del injerto (n=2) y vasculares (n=2). En este subgrupo, la media de supervivencia del injerto fue de 40.10 meses [RIQ 6.40;101.34]. No se identificaron reactivaciones de la enfermedad sobre el injerto. Fallecieron 13

pacientes (44.82%), por causas infecciosas en el 20.68% (n=6), cardiovasculares en el 10.34% (n=3), oncológicas 10.34% (n=3) y uno por causa desconocida. La mediana de tiempo de sobrevida de los pacientes posterior al trasplante fue de 103,26 meses [RIQ 48.81; 136.45]. Con respecto a los pacientes con VAA, falleció el 40% (4/10) siendo por causas infecciosas (n=2), cardiovascular (n=1) y oncológica (n=1). La mediana de sobrevida de este subgrupo fue de 106.01 meses [RIQ 40.33;122.85].

Características	Total (n=29)	GN ANCA (n=10)	GN ANTI MBG (n=3)	GN POS infecciosa (n=2)	GN no filiadas (n=14)
<b>Sexo</b>					
Hombres	51.72% (n=15)	10% (n=1)	66.66% (n=2)	50% (n=1)	78.57% (n=11)
Mujeres	18.28% (n=14)	90% (n=9)	33.33% (n=1)	50% (n=1)	21.42% (n=3)
<b>Nacionalidad</b>					
Argentina	89.65% (n=26)	90% (n=9)	100% (n=3)	100% (n=2)	85.71% (n=12)
Paraguay	6.89% (n=2)	10% (n=1)	-	-	7.14% (n=1)
Boliviana	3.44% (n=1)	-	-	-	1,14% (n=1)
<b>Edad al trasplante</b> (mediana en años)	49,73 [RIC 30.59;59.76]	56,10 [RIC37,9;6195]	31.79 [RIQ 16.05;37.39]	37.39 [RIQ 16.05;37.39]	43.36 [RIQ 27.64;57.00]
<b>Tiempo en diálisis</b> (mediana en años)	7,60 [RIQ 4,58;10,12]	7,20 [RIQ 4.62; 10.20]	5.33 [RIQ 5.21;5.33]	5.73 [RIQ 3.20;5.73]	8,97 [RIQ 2.44 13.17]
<b>Sobrevida del paciente</b> (mediana en meses)	103.26 [RIQ 48, 81; 136; 45]	106.01 [RIQ 40,3;122,85]	137.13 [RIQ 123.6; 137.13]	59,86 [RIQ 1.03;59.86]	113,66 [RIQ 37.22;191.79]
<b>Sobrevida del injerto</b> (mediana en meses)	92,56 [RIQ 21,92; 118,96]	40.10 [RIQ6.40;101.34]	33.76 [RIQ14.40;33.76]	59 [RIQ7.03;59.86]	114.91 [RIQ 56.35;149.19]
<b>Pérdida del injerto (n%)</b>	24.13% (n=7)	40% (n=4)	66.66% (n=2)	0	7.14% (n=1)
NCT	17.24% (n=5)	20% (n=2)	66.66% (n=2)	-	7,1% (n=1)
Vascular	6.89% (n=2)	20% (n=2)	-	-	-
<b>Fallecidos (n%)</b>	44.82% (n=13)	40% (n=4)	0	0	64.28% (n=9)
Infecciosa	20,68% (n=6)	20% (n=2)	-	-	28.57% (n=4)
Cardiovascular	10,34% (n=3)	10% (n=1)	-	-	14.28% (n=2)
Oncológica	10,34% (n=3)	10% (n=1)	-	-	14.28% (n=2)
Desconocida	3,44% (n=1)	-	-	-	7.14% (n=1)

**CONCLUSIONES:** En este análisis de pacientes con GNRP que recibieron un trasplante renal vemos que la sobrevida de los pacientes fue similar a otras patologías que llevan a la ERCT. Alrededor de un 25% de los pacientes perdieron el injerto mientras que en los pacientes con vasculitis ANCA esta evolución fue mayor (40%). Sin embargo, las causas de pérdida del injerto no estuvieron relacionadas a reactivación de la enfermedad sino que predominó la nefropatía crónica del trasplante. Este estudio apoya el concepto de que el trasplante renal es una opción terapéutica efectiva en pacientes con fallo renal terminal secundaria a vasculitis y destacamos la importancia de trabajar en mejorar la adherencia a los tratamientos para evitar las recaídas y la eventual pérdida del injerto.

1805

## PATRONES Y CAMBIOS EN LA VIDEOCAPILAROSCOPIA DURANTE LA EVOLUCIÓN DE LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS. RESULTADOS PRELIMINARES

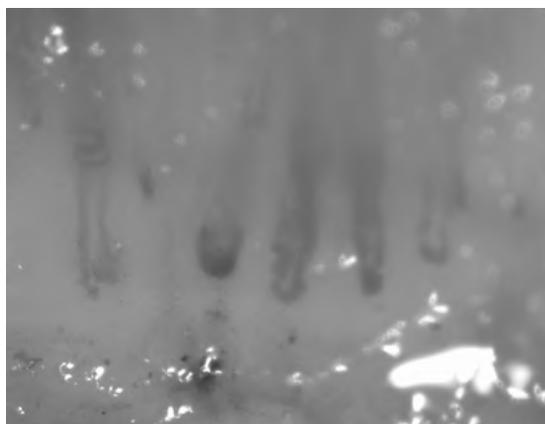
Natalia Lili CUCCHIARO<sup>1</sup>, Mariana Mabel Aciar<sup>2</sup>, Romina Ivana Rojas Tessel<sup>2</sup>, Rivero Mariano<sup>3</sup>, Eugenia Lara<sup>4</sup>, Daniel Bottone<sup>1</sup>, Ana Carolina Costi<sup>5</sup>, Fernando Arispe<sup>6</sup>, Analía Gervilla<sup>6</sup>, Verónica Lesser<sup>2</sup>, Graciela Gómez<sup>7</sup>, Nicolás Pérez<sup>7</sup>, Daniela Alonso<sup>2</sup>, Amelia Granel<sup>8</sup>, Ana Carolina Ralle<sup>2</sup>, Cinthya Retamozo<sup>9</sup>, Belén Lecumberri<sup>2</sup>, Juan Manuel Luna Murillo<sup>2</sup>, Laila Belbruno<sup>2</sup>, Vicente Juárez<sup>2</sup>, Emilio Buschiazzo<sup>2</sup>, María Elena Crespo Espíndola<sup>2</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL, <sup>2</sup>HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, <sup>3</sup>HOSPITAL MUNICIPAL DE ALBERTI, <sup>4</sup>HOSPITAL L. LAGOMAGGIORE, <sup>5</sup>HIGA SAN MARTÍN LA PLATA, <sup>6</sup>HOSPITAL SAN ROQUE, <sup>7</sup>INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN ALFREDO LANARI, <sup>8</sup>SAN ROQUE DE GONNET, <sup>9</sup>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

**INTRODUCCIÓN:** Las miopatías inflamatorias (MI) son un grupo heterogéneo de patologías de origen autoinmune, caracterizadas por debilidad e inflamación muscular, entre los cuales la dermatomiositis (DM) es la forma más prevalente. Presentan también síndrome de Raynaud y patrón capilaroscópico esclerodermia-like (SSc-like), encontrándose asociación en algunos estudios, entre estos hallazgos y el compromiso de la enfermedad, sin estar bien definido, que el uso rutinario de la videocapilaroscopia (VC) deba usarse como herramienta predictiva o pronóstica de daño.

**OBJETIVOS:** Evaluar los hallazgos en la VC de manera basal. Correlacionar los hallazgos capilaroscópicos con las características clínicas, serológicas y terapéuticas.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se diseñó un estudio observacional, multicéntrico, transversal y longitudinal, de pacientes con diagnóstico de DM, polimiositis (PM) y miopatía por cuerpos de inclusión (MNIM) que cumplan criterios EULAR 2017, de ambos sexos, mayores a 18 años, independientemente del tiempo de evolución de la enfermedad. Se excluirán miopatías por cuerpos de inclusión, asociada a enfermedad neoplásica, de origen no autoinmune, y aquellos que



**Imagen:** VC con presencia de megacapilares y hemorragia antigua.

tengan superposición con otra enfermedad autoinmune o embarazo en el momento del reclutamiento. Se analizaron datos sociodemográficos, comorbilidades, tipo de miopatía, síntomas de la enfermedad, compromiso pulmonar (EPI) o de hipertensión pulmonar (HTP), presencia de patrón SD en la VC y subclasificación según Cutuolo, concordancia en el índice de avascularidad por VC medida por dos expertos centralizados con buena concordancia previa, anticuerpos específicos, tratamientos.

**RESULTADOS:** Se analizaron 23 pacientes, 69.2% de sexo femenino (13), media de edad en años de 52,9 (18.1), media de edad de inicio de la enfermedad de 46.8 (17.2), 7 pacientes con PM y 16 con DM. Todos presentaron debilidad muscular proximal y 56.52% (13) disfagia, 17.4% (4) compromiso articular, 3 presentaron EPI y ninguno HTP, encontrándose asociación entre la presencia de pápulas de Gottron ( $p=0.039$ ) y aproximado con las manos de mecánico ( $p=0.07$ ), con la presencia de Patrón SD. No se encontró asociación con comorbilidades, 13% (3) usaba estatinas con  $p=0.06$ . Presentaron patrón SD 56.5% pacientes (13=6 temprano, 5 activo, 2 tardío) encontrándose asociación significativa con la forma DM 69.6% (16) con  $p=0.01$ , sin encontrarse asociación con los anticuerpos o el tratamiento. Se analizó el score de avascularidad de 12 pacientes, presentando 5 grado 0, 2 grado 1 y 5 grado 2, sin relación con la presencia de patrón SD.

**CONCLUSIONES:** La presencia de patrón SD se asoció a la forma DM y a la presencia de pápulas de Gottron como síntoma más significativo.

*Agradecimientos:* a UNISAR por su colaboración en la elaboración del protocolo y análisis de resultados. A CONUPRO por la beca que posibilitó la compra de los anticuerpos para el presente estudio.

1811

## FRECUENCIA DE LOS ANTICUERPOS ANTI-RO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DATOS DEL RELESSAR (REGISTRO DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA)

Lucía Margarita MENDOZA MARTÍNEZ<sup>1</sup>, Joan Manuel Dapeña<sup>1</sup>, Juan Manuel Bande<sup>1</sup>, María Alejandra Medina<sup>1</sup>, Silvia Beatriz Papisidero<sup>1</sup>, José Ángel Caracciolo<sup>1</sup>, Rosana Quintana<sup>2</sup>, Lucila García<sup>3</sup>, Carla Andrea Gobbi<sup>3</sup>, Sandy Sapag Durán<sup>3</sup>, Alberto Soindler<sup>3</sup>, Analía Patricia Álvarez<sup>3</sup>, Cecilia Pisoni<sup>3</sup>, Catalina Gómez<sup>3</sup>, Raúl Héctor Paniego<sup>3</sup>, María Julia Santa Cruz<sup>3</sup>, Luciana González<sup>3</sup>, Rodrigo Aguila Maldonado<sup>3</sup>, Sergio Gordon<sup>3</sup>, Julia Romero<sup>3</sup>, Gretel Rausch<sup>3</sup>, Alberto Allievi<sup>3</sup>, Alberto Omar Orden<sup>3</sup>, Johana Belén Zacarías Hereter<sup>3</sup>, Roberto Báez<sup>3</sup>, Andrea Vanesa González<sup>3</sup>, Juan Manuel Vandale<sup>3</sup>, Mario Alberto Goñi<sup>3</sup>, Víctor Daniel Caputo<sup>3</sup>, María Silvia Larroude<sup>3</sup>, Graciela Gómez<sup>3</sup>, Josefina Marin<sup>3</sup>, Victoria Collado<sup>3</sup>, María Victoria Gazzoni<sup>3</sup>, Marcos David Zelaya<sup>3</sup>, Mónica Sacnún<sup>3</sup>, Romina Rojas Tessel<sup>3</sup>, Maira Alejandra Arias Saavedra<sup>3</sup>, Maximiliano Machado Escobar<sup>3</sup>, Pablo Astesana<sup>3</sup>, Úrsula Vanesa Paris<sup>3</sup>, Bernardo Pons-Estel<sup>3</sup>, Mercedes Argentina García<sup>3</sup>

<sup>1</sup> HOSPITAL DR. ENRIQUE TORNÚ, <sup>2</sup> UNISAR, <sup>3</sup> GESAR LES

**INTRODUCCIÓN:** Los Ac. anti-Ro se presentan hasta en el 40% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Su presencia se ha asociado a diferentes manifestaciones clínicas de la enfermedad y a complicaciones materno-fetales.

**OBJETIVOS:** Describir la frecuencia de Ac. anti-Ro en una cohorte de pacientes con LES y determinar su asociación con características de la enfermedad, complicaciones materno-fetales, morbilidad, mortalidad y tratamiento.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y analítico. Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años con diagnóstico de LES (ACR 1997) pertenecientes al Registro Nacional de la Sociedad Argentina de Reumatología (RELESSAR transversal). Se consignaron datos sociodemográficos, comorbilidades, manifestaciones clínicas, complicaciones materno-fetales, morbimortalidad relacionada al LES, actividad y daño. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Se llevaron a cabo asociaciones con pruebas de  $\chi^2$ , Fisher, T de Student o Wilcoxon, según correspondiera. Se realizó análisis uni y multivariado de regresión logística para detectar factores asociados a los Ac. Anti-Ro. Se consideró significativa  $p \leq 0.05$ .

**RESULTADOS:** Se incluyeron 1513 pacientes, 91.8% fue mujer, 45.2% mestizos, con una edad media de 39.2 años (DE 13.4). La media del tiempo de evolución del LES fue de 102 meses (DE 96.4). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (23.2%), dislipemia (20.1%) y tiroiditis crónica (17.1%). Las complicaciones materno-fetales fueron parto prematuro (2.6%), aborto espontáneo (2.6%) y muerte fetal (2.1%). El 52% requirió hospitalización por la enfermedad y el 14% presentó infecciones graves. La mortalidad fue de 2.7%. Respecto del tratamiento, el 97.5% recibía anti-palúdicos, 96.2% corticoides, 34.8% azatioprina y 21.1% metotrexato. Se solicitó Ac. anti-Ro al 88% ( $n=1331$ ), el 41.5% ( $n=552$ ) fue positivo, siendo el 93% mujeres, 44.6% mestizos, con una edad media de 39.3 años (DE 13.2) y con un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 98.7 meses (DE 93.7). El 85% tenía hipocomplementemia; 69.4% presentó positividad para Ac. anti-DNAc, 43.7% anti-La, 41.8% anti-Sm y 32.5% anti-RNP. Las manifestaciones clínicas más frecuentes en este grupo fueron fotosensibilidad (71.7%), exantema inflamatorio (66.2%), alopecia (55.4%), úlceras mucosas (53.9%), leucopenia (50.9%), fenómeno de Raynaud (42%), nefritis lúpica (38.8%), pleuritis (28.5%) y pericarditis (24.4%). El 7.2% presentó síndrome de Sjögren asociado. La presencia de Ac. anti-Ro se asoció con hipocomplementemia ( $p<0.05$ ), Ac. anti-La ( $<0.001$ ), anti-Sm ( $p<0.001$ ), anti-RNP ( $p<0.001$ ) así como con la presencia de Síndrome de Sjögren ( $p<0.001$ ). En relación con las manifestaciones clínicas, se asoció con fenómeno de Raynaud ( $p<0.004$ ), pericarditis ( $p<0.005$ ) y neumonitis intersticial ( $p<0.02$ ). Además, presentaban un mayor número de infecciones ( $p<0.01$ ). Respecto del tratamiento, se asoció a un mayor uso de corticoides ( $p<0.04$ ) y metotrexato ( $p<0.04$ ). No se encontraron asociaciones con otras variables. En el análisis univariado, se asoció a la positividad de Ac. anti-Sm (OR 1.9 IC95 1.5-2.4), anti-La (OR 54 IC95 30-106), anti-RNP (OR 2 IC95 1.6-2.7), y con el antecedente de tiroiditis crónica (OR 1.3 IC95 1.01-1.81), la presencia de fenómeno de Raynaud (OR 1.5 IC95 1.2-1.8) y neumonitis intersticial (OR 2 IC95 1.1-3.4), además, con el uso de corticoides (OR 0.5 IC95 0.2-0.9) y metotrexato (OR 0.7 IC95 0.6-0.98). Por otro lado, en el modelo multivariado, las variables independientes fueron los Ac. anti-Sm (OR 1.9 IC95 1.4-2.5), anti-La (OR 48 IC95 26-99), la tiroiditis crónica (OR 1.9 IC95 1.3-2.7) y el uso de metotrexato (OR 0.66 IC95 0.5-0.9).

**CONCLUSIONES:** En esta cohorte de pacientes con LES, la positividad de Ac. anti-Ro se asoció a la presencia de otros anticuerpos, a la tiroiditis crónica y al tratamiento con metotrexato, no así, a un perfil particular de manifestaciones clínicas, complicaciones materno-fetales ni morbimortalidad relacionadas al LES.

## LA CAPILAROSCOPIA COMO ELEMENTO CLAVE EN EL ABORDAJE DE LOS PACIENTES CON FENÓMENO DE RAYNAUD

Fernanda GUZZANTI, Florencia Gordillo, Silvina Nasi, Agustín García Ciccarelli

HOSPITA EL CARMEN, MENDOZA

**INTRODUCCIÓN:** El fenómeno de Raynaud (FR) es un trastorno vasoespástico desencadenado por la exposición al frío o estrés emocional. Se manifiesta por cambio de coloración en zonas acras (palidez, cianosis y eritema). Su importancia radica en que se presenta en el 90-95% de los pacientes con esclerosis sistémica (ES) y es frecuentemente el síntoma inicial, precediendo incluso en años al resto de los síntomas. La capilaroscopia (CP) es la técnica empleada para el estudio del FR y ha adquirido tal relevancia en los últimos años, que forma parte de los criterios de clasificación de la ES ACR-EULAR 2013. Los hallazgos específicos se denominan "patrón de esclerodermia" (*SD pattern*) y se caracterizan por la presencia de megacapilares, hemorragias, áreas avasculares y neoangiogénesis. La CP es un método de imagen no invasivo, de bajo costo y reproducible, que contribuye con el diagnóstico temprano y seguimiento evolutivo de los pacientes con FR.

**OBJETIVOS:** Describir hallazgos capilaroscópicos, características clínicas y de laboratorio en pacientes con FR.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional de corte transversal. Se documentaron: edad, tiempo de evolución del FR, enfermedad reumática asociada, laboratorio inmunológico, examen físico y características capilaroscópicas. Las CP se informaron según PANLAR 2019 y EULAR SG MC/RD 2020, como: patrón normal, inespecífico o SD temprano, activo o tardío. Se realizó estadística descriptiva. Para variables categóricas se empleó  $\chi^2$  o test de Fisher, considerando estadísticamente significativa  $p < 0.05$ .

**RESULTADOS:** Se analizaron los informes de CP realizados entre junio de 2018 y junio de 2022. Se incluyeron 216 pacientes de los cuales 173 (80.09%) tenían FR. Los datos presentados a continuación corresponden a pacientes con FR: 143 (82.66%) eran mujeres, media de edad: 48.26 ( $\pm 18.11$ ) años. 68 pacientes (39.31%) tenían diagnóstico previo de enfermedad reumática (24 ES, 18 lupus, 10 Sjögren, 16 otros), en 5 pacientes se llegó al diagnóstico de ES temprana gracias a la CP. En cuanto a las características del FR: 74 (42.77%) trifásico, edad media de aparición 48 ( $\pm 18.11$ ) años, tiempo medio de evolución 10.02 ( $\pm 12.99$ ) años y en 76 de ellos (44.19%) el FR tenía más de 5 años de evolución. Localización: 169 (97.69%) en manos, 89 (51.45%) pies, 3.47% nariz, 2,31% orejas y 1,74% lengua. Al examen físico: 4 pacientes (2,31%) presentaban *puffy hands*, 16 (9.25%) esclerodactilia, 9 (5.20%) telangiectasias, 6 (3.47%) úlceras digitales y ninguno calcinosis. De los 109 pacientes que tenían perfil inmunológico, encontramos positividad para FAN en 61 pacientes, anticentrómero en 24 y Scl-70 en 1. Hallazgos en CP (Figura). Comparación de hallazgos en CP y características clínicas y de laboratorio: (Tabla). Cabe destacar que se encontró patrón SD tanto en el grupo de pacientes con FR como en los que refirieron acrosíndrome al interrogatorio dirigido, siendo la probabilidad mayor en el primer grupo ( $p=0.00011$ ). De los 43 pacientes con acrosíndrome, 5 (11.63%) tuvo SD *pattern* y de estos 3 (6.98%) tuvieron anticuerpos anticentrómero positivos.

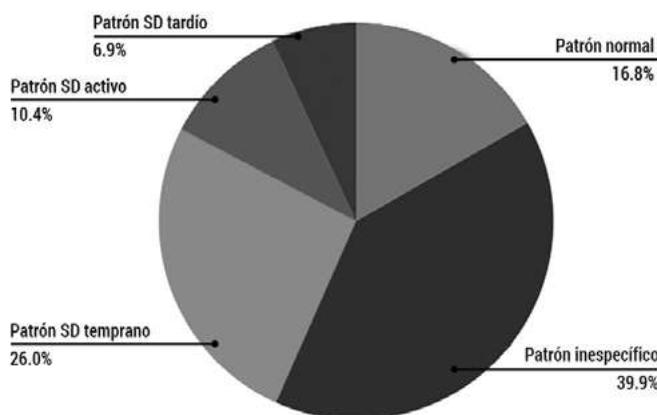


Figura: Hallazgos capilaroscópicos (n=173).

Tabla: Hallazgos estadísticamente significativos en patrones capilaroscópicos.

Patrón capilaroscópico	Características clínicas	Laboratorio
Patrón normal	No encontrado	FAN ( $p=0.0087$ )
Patrón inespecífico	No encontrado	No encontrado
SD temprano	No encontrado	No encontrado
SD activo	<i>Puffy hands</i> ( $p=0.0000$ ) Telangiectasia ( $p=0.0006$ ) Esclerodactilia ( $p=0.045$ )	Anticentrómero ( $p=0.03$ )
SD tardío	Esclerodactilia ( $p=0.00000$ ) Úlceras digitales ( $p=0.00000$ )	Ac anti Scl-70 ( $p=0.00005$ ) FAN ( $p=0.0072$ )
<b>Otros hallazgos estadísticamente significativos:</b> ACA positivo. Presencia de telangiectasia ( $p=0.0008$ ) Scl-70 positivo. Presencia de esclerodactilia ( $p=0.0057$ )		

**CONCLUSIONES:** En nuestra serie, el hallazgo capilaroscópico más frecuente en los pacientes con FR fue el patrón SD (43.3%), ponderando la importancia de la CP para el abordaje del mismo. La presencia de anticuerpos específicos y de signos clínicos de ES solo se relacionó con los patrones SD activo y tardío. Más de un tercio de nuestros pacientes tenía diagnóstico de enfermedad reumática al momento de realizarse la CP, pero en 5 pacientes fue la CP la que permitió llegar al diagnóstico (ES temprana). Finalmente, aunque la muestra de nuestros pacientes con acrosíndrome es pequeña, el 11% de ellos tuvieron patrón SD, por lo que cabe plantearse para futuros trabajos si a estos pacientes no Raynaud se debería también incluirlos en las indicaciones para la realización de la CP.

## ENCUESTA SOBRE PENFIGOIDE OCULAR CICATRIZAL EN AMÉRICA

Ariana RINGER<sup>1</sup>, Andrea Smichowski<sup>2</sup>, Carlos Siegrist<sup>1</sup>, Germán Daniel Grossi<sup>3</sup>, Eduardo Rubin<sup>4</sup>, José Martínez<sup>5</sup>, Ignacio Javier Gandino<sup>6</sup>

<sup>1</sup>CLÍNICA DE MEDICINA Y LABORATORIO INMUNOLÓGICO ESPECIALIZADO, HPC, UNR, <sup>2</sup>CONSULTORIO DE REUMATOLOGÍA, <sup>3</sup>GRUPO OFTALMOLÓGICO ALFA, HPC., <sup>4</sup>GRUPO OFTALMOLÓGICO ALFA, <sup>5</sup>HOSPITAL LUIS VERNAZA, GUAYAQUIL, <sup>6</sup>HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

**INTRODUCCIÓN:** El penfigoide de membranas mucosas es una enfermedad inflamatoria sistémica, crónica y cicatrizal, de etiología autoinmune poco frecuente. El compromiso ocular aislado ha sido denominado clásicamente penfigoide ocular cicatrizal (POC). Esta entidad puede conducir a la ceguera irreversible si no se trata tempranamente. El tratamiento siempre es sistémico, por lo cual los oftalmólogos acuden al apoyo de reumatólogos o dermatólogos y/o a veces a algún clínico con orientación en autoinmunidad. Dada la falta de datos epidemiológicos en nuestra región, la gravedad que implica esta patología y su supuesto desconocimiento por profesionales médicos, se plantea realizar este estudio.

**OBJETIVOS:** Conocer la familiaridad de reumatólogos y oftalmólogos con el POC y su interacción interdisciplinaria en nuestra región.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó una encuesta *online* a la que se accedió a través de un enlace a un formulario Google. Este cuestionario estuvo dirigido principalmente a reumatólogos y oftalmólogos pertenecientes a las sociedades científicas afines de América. Se envió por correo electrónico el enlace a las sociedades de reumatología de los países miembros de PANLAR para que a través de las mismas pueda ser accesible a todos los reumatólogos del continente. Se realizó lo mismo con la Sociedad Panamericana de Enfermedades Inflamatorias Oculares (SPEIO). El cuestionario constó de 13 preguntas. Se preguntó sobre edad, sexo, país, especialidad, lugar principal de trabajo de los encuestados (institución pública, privada, o consultorio particular), si está o no familiarizado con la entidad, cuántos pacientes ve anualmente, las especialidades con las cuales trabaja cada encuestado para abordar estos pacientes, metodología diagnóstica (clínica vs biopsia), los tratamientos empleados y las dificultades para el abordaje de estos pacientes en la práctica diaria. Para considerar que el médico se encontraba familiarizado y actualizado con la enfermedad se consideró como tal a los que vieron al menos dos pacientes con POC en el último año y contestaron que estaban familiarizados en el cuestionario.

**RESULTADOS:** Se recibieron 463 encuestas y se incluyeron 433, excluyendo las duplicaciones y aquellos encuestados que no pertenecían a un país americano. Trescientos siete (70.9%) resultaron reumatólogos y 112 (25.9%) oftalmólogos. Otras especialidades fueron dermatólogos, inmunólogos y clínicos. La mayoría de los participantes pertenecían a Argentina, seguidos por Colombia, Chile, y México. La Tabla 1 describe las características generales de los encuestados. El 40% de los encuestados refirieron estar familiarizados con el POC, siendo el 66.1% de los oftalmólogos y el 31.3% de los reumatólogos. En la Tabla 1 se puede ver que en general los médicos que se desempeñan en instituciones privadas están más al tanto de la enfermedad, y que la especialidad en que más se apoyan los oftalmólogos familiarizados con el POC para su manejo multidisciplinario son los reumatólogos. Los tratamientos más utilizados en el último año fueron: metotrexato (54.4%), azatioprina (26.8%), micofenolato (17.4%) y rituximab (16.1%). En la Tabla 2 se puede ver que las principales dificultades reportadas para diagnosticar y/o tratar estos pacientes fueron: la poca información, conocimiento y/o difusión del POC en las distintas actividades científicas y textos de las especialidades involucradas para tratar esta entidad; la dificultad en el acceso y realización de la biopsia de conjuntiva ocular; y las dificultades en la comunicación entre especialistas para poder realizar un seguimiento apropiado. Si bien el orden de frecuencia no fue el mismo para las distintas especialidades, estos tres inconvenientes fueron los más prevalentes tanto para oftalmólogos como reumatólogos.

**Tabla 1:** Características generales de los participantes agrupados según si están familiarizados o no con el penfigoide ocular cicatrizal.

	Total n=433	Familiarizados con el POC*, n=173 (39.9%)	No familiarizados con el POC, n=260 (60.1%)
Sexo femenino, n(%)	252 (58.6)	92 (36.5)	160 (63.4)
Edad en años, media (DS)	46.6 (11.6)	47.8 (11.2)	45.8 (11.8)
Especialidades			
Reumatólogos, n(%)	307 (70.9)	96 (31.3)	211 (68.7)
Oftalmólogos, n(%)	112 (25.9)	74 (66.1)	38 (33.9)
Otras especialidades, n(%)	14 (3.2)	3 (1.7)	11 (4.2)
Sector de desempeño			
Instituciones públicas, n(%)	231 (53.3)	79 (45.6)	152 (58.5)
Instituciones privadas, n (%)	269 (62.1)	121 (69.9)	148 (56.9)
Consultorio privado, (n%)	203 (46.9)	85 (49.1)	118 (45.4)
Pacientes atendidos con POC en el último año:			
Entre 0-1, n(%)Entre 2-10,n(%)	23 (5.4)	0	23 (8.8)
Más de 10, n(%)	379 (88.7)	147 (84.9)	232 (89.2)
	25 (5.8)	24 (13.8)	1(0.4)
<b>Especialidades que evalúan conjuntamente con los oftalmólogos a los pacientes con POC:</b>			
Reumatología, n(%)	229 (52.8)	140 (80.9)	89 (34.2)
Dermatología (%)	100 (23.1)	48 (27.7)	52 (20)
Otras,n(%)	17 (3.9)	16 (9.2)	1 (0.4)
Medicamentos sistémicos usados:			
Metotrexato, n(%)	220 (50.8)	133 (76.9)	87 (33.5)
Azatioprina, n(%)	113 (26.1)	68 (39.3)	45 (17.3)
Micofenolato, n(%)	72 (16.6)	51(29.5)	21 (8.1)
Ciclofosfamida, n(%)	55 (12.7)	39 (22.5)	16 (6.1)
Rituximab, n(%)	63 (14.5)	46 (26.5)	17 (6.5)
Dapsona, n(%)	33 (7.6)	27 (15.6)	6 (2.3)
Gammaglobulina, n (%)	11(2.5)	10 (5.7)	1 (0.4)
AntiTNF,n(%)	31 (7.2)	21 (12.1)	10 (3.8)
Diagnóstico por biopsia	196 (45.5)	121(69.9)	75 (28.8)

POC: penfigoide ocular cicatrizal; n: número; DS desvío estándar.

\*Familiarizado con el POC se definieron a los médicos que vieron al menos dos pacientes con POC en el último año y contestaron que estaban familiarizados con el cuestionario.

**Tabla 2:** Inconvenientes en el manejo de estos pacientes por especialidad.

	Reumatología n=307 (70.9%)	Oftalmología n=125 (29.1%)
Insuficiente información y difusión de la enfermedad, (n%)	135 (43.9)	49 (38.9)
Dificultad en el acceso y realización de la biopsia, n(%)	59 (19.2)	51(40.4)
Dificultades en el acceso a la medicación, n(%)	26 (8.4)	28 (22.2)
Dificultades en la comunicación entre especialistas, n(%)	77 (25.1)	38 (30.1)
Reticencia de los pacientes a la biopsia y/o aceptar el diagnóstico, n (%)	22 (7.2)	20 (15.8)
Sin inconvenientes en la atención diaria de estos pacientes, n(%)	8 (2.5)	2 (1.5)

**CONCLUSIONES:** Observando el alto porcentaje de desconocimiento de esta entidad por los reumatólogos (70%), y la gran derivación de estos pacientes a Reumatología por parte de los oftalmólogos familiarizados con el POC (80%), resulta imperioso trabajar en ampliar su conocimiento, difusión y trabajo conjunto entre ambas especialidades para mejorar y protocolizar el abordaje de esta entidad, que produce secuelas irreversibles en la superficie ocular.

1836

## COVID-19 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS REUMÁTICAS DE AMÉRICA: DIFERENCIAS Y SIMILITUDES ENTRE MÉXICO Y ARGENTINA

Carolina Ayelén ISNARDI<sup>1</sup>, Deshire Alpizar-Rodríguez<sup>2</sup>, Marco Martínez-Martínez<sup>3</sup>, Rosana Quintana<sup>1</sup>, Ingrid Petkovic<sup>4</sup>, Sofía Ornella<sup>4</sup>, Vanessa Castro Coello<sup>4</sup>, Edson Velozo<sup>4</sup>, Marcos D Zelaya<sup>4</sup>, María de los Ángeles Severina<sup>4</sup>, Karina Cogo<sup>4</sup>, Romina Nieto<sup>4</sup>, Dora Pereira<sup>4</sup>, Greta Reyes-Cordero<sup>5</sup>, Tatiana Rodríguez-Reyna<sup>5</sup>, Fedra Irazoque-Palazuelos<sup>5</sup>, Cassandra Michel Skinner Taylor<sup>5</sup>, Ingrid M Juárez-Mora<sup>5</sup>, Iris Colunga-Pedraza<sup>5</sup>, José A Veloz Aranda<sup>5</sup>, Beatriz E Zazueta Montiel<sup>5</sup>, Atzintli Martínez<sup>5</sup>, César Pacheco-Tena<sup>4</sup>, Guillermo J. Pons-Estel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, <sup>2</sup>REGISTRO CMR-COVID, COLEGIO MEXICANO DE REUMATOLOGÍA, <sup>3</sup>REGISTRO CMR-COVID, COLEGIO MEXICANO DE REUMATOLOGÍA, <sup>4</sup>INVESTIGADOR DEL REGISTRO SAR-COVID, <sup>5</sup>INVESTIGADOR DE CMR-COVID

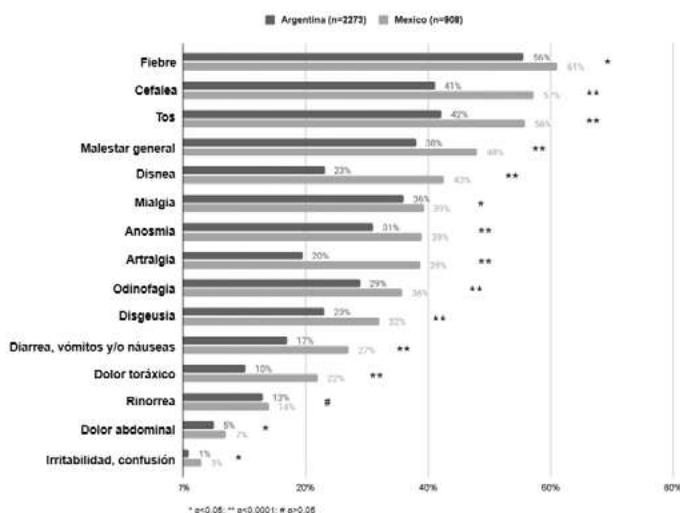
**INTRODUCCIÓN:** Los pacientes con enfermedades reumáticas inmunomediadas (ERI) presentan mayor severidad de la infección por SARS-CoV-2 en comparación con la población general.

**OBJETIVOS:** Evaluar y comparar el curso clínico, la severidad y las complicaciones de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes con ERI de México y Argentina.

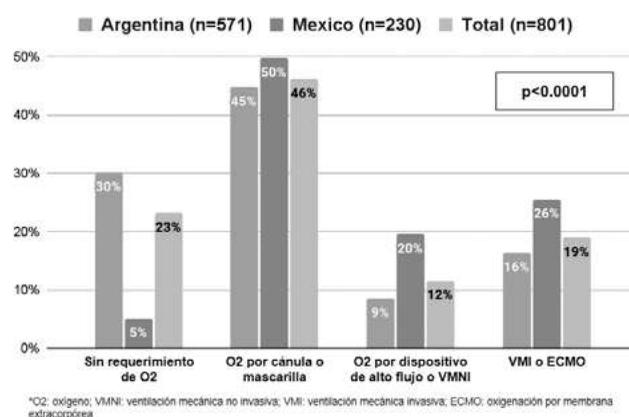
**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se combinaron los datos de ambos registros nacionales, CMR-COVID (México) y SAR-COVID (Argentina). Brevemente, se reclutaron pacientes adultos con ERI con infección por SARS-CoV-2 entre 08/2020 y 02/2022 en SAR-COVID y entre el 04/2020 y 02/2022 en CMR-COVID. Se registraron datos sociodemográficos, comorbilidades y fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), así como características clínicas, complicaciones y tratamiento para la infección por SARS-CoV-2. Análisis descriptivo. Se realizaron pruebas chi<sup>2</sup>, Fisher, Student T test, Mann Whitney U y análisis de regresión logística múltiple.

**RESULTADOS:** Se incluyó un total de 3181 pacientes, 908 (28.5%) del registro CMR-COVID y 2273 (71.5%) del registro SAR-COVID. La mayoría (81.7%) eran mujeres, con una edad media de 50.4 años (DE 14.3). Las ERI más frecuentes fueron la artritis reumatoidea (48.7%) y el lupus eritematoso sistémico (18.6%). Los pacientes mexicanos fueron significativamente mayores, con mayor frecuencia de sexo femenino y presentaban más frecuentemente síndrome antifosfolípido y espondiloartritis axial, mientras que los argentinos presentaron con mayor frecuencia artritis psoriásica. En ambas cohortes, aproximadamente el 80% estaban en remisión o baja actividad de la enfermedad al momento de la infección. Los mexicanos tomaban glucocorticoides (47% vs 38%, p<0.0001) y rituximab (5% vs 2%, p<0.0001) con mayor frecuencia. También reportaron más comorbilidades (48% vs 40%, p<0.0001). El 95% de los pacientes presentaron síntomas relacionados con la infección por SARS-CoV-2 (Figura 1). La frecuencia de hospitalización fue comparable entre los grupos (25.2%), sin embargo, los mexicanos presentaron enfermedad más grave (Figura 2) y mayor tasa de mortalidad (10% vs 4%, p<0.0001). Asimismo, estos últimos recibieron tratamiento para la COVID-19 con más frecuencia (60% frente a 29%, p<0,0001), en particular con glucocorticoides (41%) y azitromicina (29%). Luego de ajustar para factores de mal pronóstico conocidos, los mexicanos tuvieron más probabilidades de morir por COVID-19 (OR 2.2, IC 95% 1.5-3.1).

**CONCLUSIONES:** En esta cohorte de pacientes con ERI de México y Argentina con infección por SARS-CoV-2, la mayoría tuvo síntomas, una cuarta parte fue hospitalizada y el 6% falleció a causa de COVID-19. Los mexicanos presentaron una enfermedad más grave y dos veces más probabilidades de morir.



**Figura 1:** Frecuencia de síntomas de infección por SARS-CoV-2 en pacientes con ERI de México y Argentina.



**Figura 2:** Requerimientos de oxígeno entre los pacientes hospitalizados.

## EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ESCLEROSIS SISTÉMICA

Julietta Morbiducci<sup>1</sup>, Fabiana Montoya<sup>2</sup>, María Pía Izaguirre Germain<sup>2</sup>, María Natalia TAMBORENEA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL RIVADAVIA, <sup>2</sup>HOSPITAL RAMOS MEJÍA

**INTRODUCCIÓN:** Se han desarrollado guías nacionales e internacionales que tienen como objetivos asistir al médico reumatólogo durante su práctica diaria en el manejo de pacientes con esclerosis sistémica (ES).

**OBJETIVOS:** Conocer la adherencia de los médicos reumatólogos a las recomendaciones vigentes en la atención de pacientes con ES.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se envió un cuestionario anónimo diseñado específicamente para evaluar el objetivo propuesto a través de la casilla de correo electrónico de la SAR a todos los socios durante el mes de julio de 2022. Se realizó estadística descriptiva.

**RESULTADOS:** 93 profesionales respondieron a la encuesta. La edad promedio fue de 43 SD (11.9) años. La mediana de tiempo como especialista en Reumatología fue de 10 RIC (1-50) años. La atención promedio fue de 5 SD (5.23) pacientes con ES en un mes habitual de trabajo. El 58% (n:54) ejercen su profesión en la región de AMBA. Con respecto al control ginecológico anual, el 81.7% (n:76) de los médicos refirió solicitarlo de rutina a sus pacientes con ES, mientras que el 18.2% (n:17) manifestó no hablar de este control con sus pacientes. En relación al control de salud bucodental, solo el 62.3% (n:58) indica control odontológico anual. El 94.6% (n:88) recomienda a sus pacientes la aplicación de vacunas antigripal, antineumococo, hepatitis B, doble adultos y esquema para COVID-19. Con respecto a los controles cardiovasculares recomendados, el 85% (n:79) de los médicos solicita un ecocardiograma doppler en forma anual y el 7.5% (n:7) en forma semestral. El 53.7% (n:50) solicita evaluación por un cardiólogo solo si detecta alteraciones en los estudios previos. Se interrogó sobre el uso de cardioRMN en la práctica habitual: el 64.5% (n:60) no lo solicita y el 18% (n:17) no tiene disponibilidad para hacerlo. Con respecto al examen funcional respiratorio, el 48% (n:45) expresó solicitarlo en forma anual, el 27% (n:25) en forma semestral y el 1% (n:1) en forma trimestral. El 16% (n:15) deriva al especialista en Neumología para realizar esta evaluación. El 57% (n:53) respondió solicitar test de la caminata en forma anual. Con respecto al control tomográfico, el 100% solicita TAC de tórax con cortes de alta resolución, el 82.7% (n:77) en forma basal y luego anualmente; el resto manifestó repetir el estudio en caso de deterioro funcional respiratorio. Con respecto al uso de ecografía pulmonar, el 67.7% (n: 63) refiere no tener disponibilidad para este estudio. En relación el estudio gastrointestinal, el 53% (n: 50) solicita video deglución y endoscopia digestiva alta y baja solamente si el paciente refiere síntomas digestivos. El 43% (n:40) solicita manometría esofágica anualmente. En relación al estudio de la microvasculatura, el 47% (n:44) solicita videocapilaroscopia al diagnóstico, el 33% (n:31) la repite anualmente y el 15% (n:14) cada 6 meses. El 32% (n:30) realiza score de Rodnan modificado en forma anual, el 19% (n:18) semestral y el 9% (n:9) cada 3 meses en su práctica habitual. El 73% (n:68) solicita laboratorio inmunológico solo al momento diagnóstico, y con respecto al laboratorio general, el 48% (n: 45) médicos lo repite cada 3 meses y el 38% (n:36) cada 6 meses. Se interrogó sobre el uso de escalas de clinimetría para la evaluación de actividad, severidad y calidad de vida en el cuidado del paciente con ES, y solo el 32% (n:30) refirió utilizar alguna de ellas en su práctica habitual.

**CONCLUSIONES:** En este estudio encontramos una alta adherencia a la vacunación, control cardiológico y pulmonar por tomografía de alta resolución. Baja aplicación de la evaluación de piel la cual constituye un marcador subrogado de mortalidad y daño orgánico en esta patología y de la microvasculatura a pesar de que la capilaroscopia constituye una herramienta útil para el diagnóstico precoz y seguimiento de estos pacientes. El compromiso gastrointestinal es una manifestación frecuente, temprana en el curso de esta patología y muchas veces asintomática por lo cual es importante intensificar el *screening* de este compromiso orgánico. Mejorar la frecuencia en los controles funcionales respiratorios permitirá identificar más tempranamente la progresión del compromiso pulmonar lo cual es importante ya que constituye la causa más frecuente de mortalidad en este grupo.

## REGISTRO INTERNACIONAL DE EMBARAZOS EN VASCULITIS (VPREG): DATOS BASALES DE LOS PRIMEROS 3 AÑOS

Marina SCOLNIK<sup>1</sup>, Jon Golenbiewski<sup>2</sup>, Cristina M Burroughs<sup>3</sup>, Kalen Larson<sup>4</sup>, Joyce Kullman<sup>4</sup>, Peter A Merkel<sup>5</sup>, Megan E B Clowse<sup>2</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, <sup>2</sup>DUKE UNIVERSITY MEDICAL CENTER, <sup>3</sup>UNIVERSITY OF SOUTH FLORIDA, <sup>4</sup>VASCULITIS FOUNDATION, <sup>5</sup>UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA

**INTRODUCCIÓN:** A medida que los tratamientos de las vasculitis sistémicas mejoran y el uso de medicaciones que comprometen la fertilidad disminuye, más mujeres jóvenes con vasculitis quedarán embarazadas. Cómo manejar estos embarazos sigue siendo poco claro y difícil de estudiar. El Registro de Embarazos en Vasculitis (VPREG) es un registro internacional *online*, autocompletado por la paciente, diseñado para recolectar en forma basal y prospectiva (en cada trimestre y postparto) datos de los embarazos. Los cuestionarios fueron traducidos a varios idiomas y se encuentra recientemente disponible en español en la página web, pero aún sin pacientes latinoamericanos incluidos.

**OBJETIVOS:** Presentar los datos basales internacionales de los 3 primeros años de este registro.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se presentan los datos analizados del VPREG entre 11/2015-12/2018. Se describen los datos autorreportados por las pacientes sobre actividad de la vasculitis, dolor, salud global, historia obstétrica previa, internaciones, medicaciones y resultados del primer trimestre del embarazo actual. Se realizó estadística descriptiva.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 62 mujeres, la mayoría de Estados Unidos, 95% de las cuales habían sido diagnosticadas previamente al embarazo. Los diagnósticos fueron: 19 granulomatosis con poliangeitis, 2 poliangeitis microscópica, 3 granulomatosis eosinofílica con poliangeitis, 15 Takayasu, 5 Behcet, 4 vasculitis por IgA, 3 vasculitis del sistema nervioso central, 3 urticaria vasculítica, 1 poliarteritis nodosa. El 67% habían sido hospitalizadas por vasculitis en algún momento previo al embarazo y 6% durante el primer trimestre del embarazo actual. Durante el primer trimestre el 40% no estaba bajo tratamiento inmunosupresor y 40% estaba recibiendo corticoides. La mayoría (75%) reportó un bajo nivel de actividad de la vasculitis durante el primer trimestre. Con respecto a la historia previa, un 22% habían recibido ciclofosfamida en algún momento. 21 mujeres reportaron 52 embarazos previos, con 44% de abortos y 52% de nacidos vivos.

**CONCLUSIONES:** Las mujeres con vasculitis incluidas en el VPREG reportaron una alta tasa de abortos previos. La mayoría de los embarazos actuales ocurrió en mujeres con vasculitis poco activas y sin medicación teratogénica, sugiriendo una buena planificación de los mismos. Como resultado, se observaron escasas complicaciones durante el primer trimestre.

## EXPERIENCIA DE UNA ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y EDUCATIVA REUMATOLÓGICA EN UNA REGIÓN DE LA PRECORDILLERA PATAGÓNICA

Marcelo ABDALA<sup>1</sup>, Ariana Ringer<sup>1</sup>, María Florencia Martínez<sup>1</sup>, Dianela Carbone<sup>1</sup>, Serenela Chulibert<sup>1</sup>, María Agustina Gatica<sup>1</sup>, Franco Lucci<sup>1</sup>, Brian Marcelo Abdala<sup>1</sup>, Lucía Cichillitti<sup>1</sup>, Juan Pablo Ruffino<sup>1</sup>, María Noel Cortese<sup>1</sup>, Mariano Palatnik<sup>1</sup>, Juan Carlos Crema<sup>1</sup>, Nadia Aldana Cuadranti<sup>1</sup>, Antonio Jorge Chemez<sup>1</sup>, Graciela Rombo<sup>1</sup>, Ivana Santolaya<sup>1</sup>, Gilda Quintana<sup>2</sup>, Elba Puelman<sup>3</sup>, Oscar Rubén Currilen<sup>4</sup>, Nidia Benetto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO, <sup>2</sup>COMITÉ DE DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN, HOSPITAL SUBZONAL EL MAITÉN, CHUBUT, <sup>3</sup>DIRECCIÓN HOSPITAL SUBZONAL EL MAITÉN, CHUBUT, <sup>4</sup>INTENDENCIA DE LA LOCALIDAD EL MAITÉN, CHUBUT

**INTRODUCCIÓN:** La distribución de reumatólogos en Argentina es heterogénea concentrándose, en su mayoría, en las ciudades más pobladas del país y en cercanías a centros formadores. Se ha observado que en áreas patagónicas no es sencillo el acceso a un reumatólogo, debido a factores tales como las grandes distancias entre las localidades, el clima y la menor proporción de reumatólogos en comparación con otras partes de Argentina, lo que podría potencialmente conducir a un subdiagnóstico y tratamiento de dichas patologías.

**OBJETIVOS:** 1) Capacitación y actividad de salida a terreno de un grupo de reumatólogos matriculados y en formación para colaborar con los médicos de una región de la precordillera patagónica; 2) detectar y evaluar las características y frecuencia de enfermedades musculoesqueléticas y reumatológicas; 3) dar charlas de capacitación en Reumatología al personal sanitario de la región, a población general y a pacientes.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se capacitó a un grupo de reumatólogos matriculados y en formación, junto a un médico clínico y rotantes de reumatología en lo referente al trabajo de campo a realizar: trabajo asistencial durante tres días de atención para la población concurrente a los centros sanitarios de una región de la precordillera patagónica, recolección de datos y charlas de capacitación para el personal sanitario del área y charlas a la población general y pacientes durante dos días. Se invitó a la población adulta de la región patagónica a concurrir a los centros sanitarios para ser evaluados desde el área reumatológica. Los sujetos con sospecha de enfermedades musculoesqueléticas y reumatológicas fueron evaluados por reumatólogos certificados para confirmar el diagnóstico y posterior seguimiento. Durante las consultas se compartió la atención con personal sanitario local y se los instruyó en la temática. Para codificar los diagnósticos se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades edición 10, de la Organización Mundial de la Salud.

**RESULTADOS:** La capacitación previa a la salida a terreno permitió la homogeneidad de criterios y el aprendizaje conjunto de los médicos en formación. En lo referente a la detección y evaluación de las características y frecuencia de enfermedades musculoesqueléticas y reumatológicas, se evaluaron 267 pacientes, con edad promedio de 55.9 años (DE 15.3), 82.8% mujeres. Los motivos de consulta más frecuentes fueron artralgiyas y artritis en distintas localizaciones (70%). Al evaluar los pacientes mediante clínica, laboratorio y estudios complementarios (traídos previamente por los pacientes), se obtuvieron los siguientes diagnósticos finales clasificados por CIE-10. Del total de pacientes, un 58,82% presentaron enfermedad reumatológica autoinmune y 28.8% tenían el diagnóstico previo de la condición. Las patologías más frecuentes fueron artritis reumatoidea, espondiloartritis, artrosis y otras enfermedades del tejido conectivo. Se realizaron charlas de capacitación al personal sanitario en las temáticas de: artritis reumatoidea, espondiloartritis, lupus eritematoso sistémico, artrosis, etc. abordando características clínicas, diagnósticas y terapéuticas. Por su parte, se ofrecieron charlas gratuitas a la comunidad en general y para pacientes. Se dio espacio para preguntas y respuestas.

**CONCLUSIONES:** Más de la mitad de los pacientes evaluados presentó una enfermedad autoinmune, con sospecha de un posible subdiagnóstico. Dichos hallazgos ponen de manifiesto una alta frecuencia de dichas patologías y la necesidad de profesionales capacitados en la región, dado el número de consultas en solo tres días de atención. Por su parte el interés generado entre el personal sanitario evidencia la necesidad de formación en el área reumatológica y puntualmente, de reumatólogos matriculados en la zona. Las charlas abiertas a la comunidad también jerarquizaron el interés de la población en la temática. La capacitación previa a la salida a terreno y la colaboración con el personal de salud de la región permitió el aprendizaje conjunto, el fortalecimiento de lazos humanos y de trabajo, ampliar el conocimiento de las particularidades de la Reumatología y colaborar de manera efectiva con los efectores sanitarios. Se destaca la importancia de ampliar las fronteras geográficas de los reumatólogos, transmitir y difundir el conocimiento a profesionales y educar a pacientes.

## ENFERMEDAD RENAL Y ARTRITIS REUMATOIDEA: ¿CUÁL ES SU FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS?

Alan Juan RASCHIA, Julia Scafati, Máximo Cosentino, Sofía Ornella, Mercedes Argentina García, Lucila García, Fernando Arizpe, Rodrigo Aguila Maldonado, Carolina Costi, Claudia Pena, Adriana Testi, Mariana Alejandra Pera

HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA

**INTRODUCCIÓN:** Los pacientes con artritis reumatoidea (AR) frecuentemente reciben drogas potencialmente nefrotóxicas como antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), fármacos modificadores de la actividad de la enfermedad, entre otros. La enfermedad renal se define por la *Kidney Disease Improving Global Outcomes* (KDIGO) como alteraciones en el filtrado glomerular (FG), sedimento urinario o morfológicas en imágenes. Detectar su presencia implica un mayor conocimiento de la morbimortalidad en estos pacientes, que unido a otros factores de riesgo cardiovascular podrían llevar a determinar cambios en las decisiones terapéuticas, como realizar un tratamiento farmacológico personalizado, evitando cuando esto fuera posible, la utilización de drogas potencialmente nefrotóxicas, así como el ajuste de dosis cuando esto fuera necesario.

**OBJETIVOS:** Describir la frecuencia de enfermedad renal según definición KDIGO en pacientes con AR y compararla con una población control. Evaluar factores asociados a la presencia de enfermedad renal en pacientes con AR. Describir la frecuencia y asociación con enfermedad renal del consumo de AINEs por ASAS-NSAID en el último año en los pacientes con AR.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010 asistidos en el Servicio de Reumatología de un único centro y se los comparó con un grupo control compuesto por pacientes sin AR ni otras enfermedades autoinmunes ni inflamatorias asistidos en consultorio de clínica médica. Se recolectaron variables sociodemográficas, comorbilidades y tratamientos. Se realizó el análisis descriptivo de las características generales de la población. Para valorar la carga de AINEs se utilizó el score ASAS-NSAID el cual es un score recomendado por el grupo ASAS para el registro de consumo de AINEs en un tiempo determinado en ensayos clínicos. Las variables continuas se informan como media con desvío standard (DE) o mediana con rango intercuartilo (RIQ), según su distribución. Las variables categóricas se informan en frecuencia y porcentaje (%). Se realizó el análisis bivariado entre cada variable independientemente y utilizando como la variable dependiente la presencia de enfermedad renal la cual fue definida como filtrado glomerular estimado por MDRD <60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> y/o hematuria, leucocituria o proteinuria.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 108 pacientes con AR, 92 (85.2%) mujeres, edad media 52.6 años±DE 11.5, duración de la enfermedad 11.6 años±DE 8.7, 99 (91.7%) seropositivos para FR y/o anti CCP, 64 (60.4%) erosiva, CDAI 13.3±DE 10.1, mediana de HAQ 1.75 (RIQ 0.75, 1.25). A su vez se incluyeron 100 pacientes pertenecientes al grupo control sin AR, 73 (73%) mujeres, edad media 57.6 años±DE 15.7. En la Tabla 1 se muestran las características de ambos grupos. El grupo AR presentó FG estimado por MDRD 80.6±DE 17.1 ml/min vs 72.5±DE 18.6 en controles, p0.00142, y hematuria 10±DE 9.26 vs 0, p0.00167. No se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto a leucocituria ni proteinuria. Las diferencias entre los pacientes con AR con y sin enfermedad renal se muestran en la Tabla 2. Solo se observaron diferencias estadísticamente significativas en el score ASAS-NSAID, presentando el grupo con enfermedad renal un score de 32.9 vs 19, p 0.03.

**Tabla 1:** Características basales de los pacientes con y sin AR.

	AR (n=108)	No AR (n=100)	p valor
Sexo femenino (%)	92 (85.2%)	73 (73%)	0.04
Edad (DE)	52.6 (11.5)	57.6 (15.7)	0.009
IMC (DE)	28.7 (5.59)	25.9 (3.97)	<0.001
Creatinina mg/Dl (de)	0.870 (0.329)	0.998 (0.372)	<0.001
MDRD ml/min/1.73m <sup>2</sup> (DE)	0.870 (0.329)	0.998 (0.372)	<0.001
Leucocituria (%)	14 (13%)	7(7%)	0.2
Hematuria (%)	10 (9.26%)	0	0.001
Proteinuria (%)	4 (3.7%)	4 (4%)	1
HTA (%)	31(28.7%)	40%	0.1
DM II (%)	16 (15%)	18 (18%)	0.6
Tabaquismo (%)	38 (35.2%)	24 (24%)	0.1
ACV (%)	2 (1.85%)	1 (1%)	1
AIT (%)	1 (0.92%)	3 (3%)	0.3
IAM(%)	2 (1.85%)	2 (2%)	1
Arteriopatías periférica (%)	4 (3.7%)	3 (3%)	1
Hipotiroidismo (%)	17 (15.9%)	23 (23%)	0.2
Dislipemia (%)	59 (54.6%)	62 (62%)	0.3
ICC	2 (1.85%)	0	0.4
Duración AR años (DE)	11.6	NA	
Enfermedad erosiva (%)	30.4 (19.1)	NA	
ERS mm (DE)	30.4 (19.1)	NA	
PCR mg/L (DE)	14.6 (20.4)	NA	
CDAI (DE)	13.3 (10.1)	NA	
HAQ (Q1,Q3)	1 (0.125,1.84)	NA	
ASAS/NSAID (DE)	23 (36.5)	NA	

**Tabla 2**

	AR y enfermedad renal (n=31)	AR sin enfermedad renal (n=77)	p valor
Edad (DE)	55.1 (12.7)	51.5 (10.0)	0.18
Duración AR años (DE)	13.3 (9.34)	11 (8.45)	0.23
Enfermedad erosiva (%)	20 (64.5%)	44 (58.7%)	0.73
FR- (%)	28(90.3%)	71 (92.2%)	0.71
Anti-CCP+ (%)	28 (90.3%)	64 (84.2%)	0.54
ERS mm (DE)	28 (19.1)	30.9 (19.2)	0.64
PCR mg/L (DE)	16.5 (24.3)	13.8 (8.7)	0.86
CDAI (DE)	14.2 (11.6)	12.9 (9.44)	0.73
HAQ [Q1,Q3]	1 (0.375,2)	0.75 (0.125,1.75)	0.41
HTA (%)	8 (25.8%)	2 (29.9%)	0.85
DM II (%)	4 (13.3%)	12 (15.6%)	1
Tabaquismo	9(29%)	29 (37.7%)	0.53
ACV (%)	0	2 (2.6%)	1
AIT (%)	0	1 (1.3%)	1
IAM (%)	0	2 (2.6%)	1
Arteriopatía periférica (%)	1(3.23%)	3 (3.9%)	1
Hipotiroidismo (%)	5 (16.1%)	12 (15.8)	1
Dislipemia (%)	16( 51.6%)	43 (55.8%)	0.85
ICC (%)	1 (3.23%)	1 (1.3%)	0.49
ASAS-NSAID (DE)	32.9 (40.1)	19 (34.5)	0.037

**CONCLUSIONES:** El grupo control mostró menor función renal que los pacientes con AR, lo que podría relacionarse con la mayor edad y valor de creatinina al momento de la inclusión de este último grupo, sin embargo, se destaca la presencia de microhematuria solo en los pacientes con AR. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a variables relacionadas con la enfermedad, así como respecto a comorbilidades asociadas entre los pacientes del grupo AR con y sin enfermedad renal, sin embargo, presentaron mayor consumo de AINES en el último. Remarcamos la importancia de tener en cuenta la seguridad a la hora de indicar dichos tratamientos con el fin de no agregar mayor daño a una patología que por sí sola impacta en múltiples esferas.

**INCIDENCIA DE INFECCIÓN POR HERPES ZÓSTER Y EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

**María Victoria CHIARVETTO PERALTA,** Marina Scolnik, Álvaro Andrés Reyes Torres, Enrique Roberto Soriano, Javier Eduardo Rosa

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

**INTRODUCCIÓN:** Las drogas modificadoras de la artritis reumatoidea (DMAR) (convencionales, agentes biológicos y pequeñas moléculas) pueden generar eventos adversos (EA) relacionados con su mecanismo de acción. Un EA relevante es la infección por herpes zóster (HZ), la cual se incrementa de 2 a 3 veces en pacientes con artritis reumatoidea (AR), comparados con la población general, particularmente en aquellos tratados con inhibidores de Jak-quinasa (JAK-i). Estudios observacionales también demostraron un aumento en el riesgo de eventos tromboembólicos (ETs) en pacientes con AR, comparados con controles sanos.

**OBJETIVOS:** Establecer la densidad de incidencia de HZ y ETs en una cohorte de pacientes con AR en un Hospital Universitario en Buenos Aires.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes con AR (criterios ACR/EULAR 2010), diagnosticados después del año 2000 hasta 2020, y afiliados a un sistema prepago de salud. Se recolectaron datos demográficos, antecedentes y actividad de la enfermedad, comorbilidades, anticuerpos específicos y DMAR recibidos. Se siguió a cada paciente hasta el 31/12/2020, desafiliación, muerte o pérdida de seguimiento. Se calculó la densidad de incidencia por 100 pacientes años de episodios de HZ en la cohorte global y ETs globales (venosos y arteriales).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 349 pacientes, 280 de sexo femenino (80.2%), con una media de edad al diagnóstico de AR de 62.3 años (DE 14.0), una mediana de seguimiento de 5.3 años (RIC:2.6 -8.5), y aportaron un total de 2126.5 paciente-años en el seguimiento (IC95%: 1967.4-2285.3). Presentaron doble seropositividad el 52.4% de los pacientes, y la media de DAS28-VSG al momento del diagnóstico fue de 4.9 (DE 0.9). El 75.8% recibieron corticoides sistémicos en algún momento de la evolución de la enfermedad, 94.3% metotrexato, 14.9% biológicos, y 7.7% Jak-i. Hubo un total de 23 infecciones por HZ (RIC: 20.9-25.1), representando una densidad de incidencia global de 1.1 (IC95%: 0.9-1.2). Se calculó la densidad de incidencia de cada evento por cada tratamiento recibido, según los años de pacientes aportados para cada tratamiento (Tabla). Se presentó una densidad de incidencia de HZ en pacientes con Jak-i en monoterapia de 14.5 (IC95%: -5.8, 34.8) y en comparación fue de 2.7 (IC95%: -2.4-7.9) en Jak-i

en combinación, cada 100 pacientes años. Se presentaron un total de 57 ETs (RIC: 37.3-76.7), con incidencia global de 2.7 (IC 95% 1.8- 3.6). Hubo 41 eventos arteriales: 16 infartos agudos de miocardio, 16 accidentes cerebrovasculares, 2 anginas de pecho, 3 insuficiencias cardíacas, 2 aneurismas de aorta y 2 enfermedades vasculares periféricas; y 16 eventos venosos: 8 trombosis venosas profundas (TVP), 2 tromboembolismos pulmonares (TEP), 4 TVP-TEP, y 2 otros eventos. Hubo 4 pacientes que al momento del evento estaban sin ningún tratamiento específico para su AR. Se reportó una densidad de incidencia de TEs de 2.8 (IC95%: 1.8-3.9) en DMAR convencionales, y 2.1 (IC 95%: -1.85, 5.9) en tratamiento biológico combinado, cada 100 pacientes años respectivamente. No se observó ningún evento TE en los pacientes con tratamiento con biológico combinado, Jak-i global, combinado o monoterapia.

**Tabla 1:** Incidencia de eventos tromboembólicos e infección herpes zóster por tratamientos recibidos cada 100 pacientes años (pacientes).

Tratamientos		Incidencia de eventos tromboembólicos		Incidencia de infección de herpes zóster	
		Densidad incidencia global 2.7 c/100 pacientes (IC95%: 1.8-3.6)		Densidad incidencia global 1.1 c/100 pacientes (IC95%: 0.9-1.2)	
	Años aportados a cada tratamiento (IC95%)	Nº de eventos (IC95%)	Densidad de incidencia c/100 pacientes	Nº de eventos (IC95%)	Densidad de incidencia c/100 pacientes
DMAR convencional	1823.2 (1637.2, 1973.3)	52 (33.4, 70.5)	2.8 (1.8, 3.9)	12 (9.8, 14.2)	0.7 (0.5, 0.8)
Biológico global	196.5 (129.3, 263.8)	1 (-0.9, 2.9)	0.5 (-0.4, 1.5)	4 (0.1, 7.9)	2.0 (0.1, 4.0)
Biológico, monoterapia	48.6 (16.5, 80.7)	1 (-0.9, 2.9)	2.1 (-1.85, 5.9)	1 (-0.9, 2.9)	2.1 (-1.85, -5.9)
Biológico, combinado	147.8 (89.3, 206.6)	0	0	3 (-0.4, 6.4)	0.3 (-0.3, 4.3)
Jak-i, global	50.6 (25.5, 75.6)	0	0	3 (-0.4, 6.4)	5.9 (-0.8, 12.6)
Jak-i, monoterapia	13.8 (1.9, 25.6)	0	0	2 (-0.8, 4.8)	14.5 (-5.8, 34.8)
Jak-i combinados	36.8 (15.5, 58.1)	0	0	1 (-0.99, 2.9)	2.7 (-2.4, 7.9)

**CONCLUSIONES:** Se observó mayor densidad de incidencia de HZ en pacientes que recibieron tratamiento con Jak-i, de manera global y en monoterapia. Se observó mayor número de eventos TE en pacientes que recibieron tratamiento con DMAR convencionales.

1852

## DATOS PRELIMINARES DE PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA

Shirley CABALLERO CELIN, Gonzalo Pacheco, Yung C. Ju, Sabrina Porta, P Rojas Mejía, L LUERA, Susana Visentini

HOSPITAL DURAND

**INTRODUCCIÓN:** La depresión es un trastorno de salud mental con prevalencia mundial estimada en un 5% de la población y, en la mayor parte de los casos, su sintomatología está subdiagnosticada o infravalorada. En pacientes con enfermedades reumatológicas, si hacemos una anamnesis dirigida hacia la patología mencionada, podremos encontrar frecuentemente la presencia de algún grado de depresión. Las afecciones reumáticas, en su mayoría crónicas y en algunos casos invalidantes, conllevan una mayor prevalencia de depresión, justificando así su investigación. Esto, además, podría beneficiar de forma secundaria en: adherencia a controles, tratamiento, disminución de recaídas de sus padecimientos primarios, entre otros, si se estableciera un adecuado diagnóstico y tratamiento.

**OBJETIVOS:** Establecer la prevalencia de depresión en la población de nuestra Unidad de Reumatología, incluyendo diferentes patologías reumáticas en su atención.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio transversal y descriptivo por medio de entrevistas a pacientes mayores de 18 años, que asisten a consulta externa de control con diferentes patologías reumatológicas: artritis reumatoidea 32%, fibromialgia 8%, esclerosis sistémica 4%, lupus eritematoso 6%, osteoartritis 36%, artritis psoriásica 6%, síndrome de Sjögren 6%, cirrosis biliar primaria 2%, a quienes se aplicó un cuestionario de salud mental PHQ-9 en nuestra Unidad. La versión argentina del cuestionario PHQ-9 ha mostrado una validez y confiabilidad aceptables tanto para el tamizaje, como para la evaluación de la gravedad de los síntomas depresivos.

**RESULTADOS:** Se reclutaron 150 pacientes con una edad media de 54.7 años, de los cuales 132 eran mujeres (88%). Para el diagnóstico de episodio depresivo mayor, un PHQ-9 ≥10 fue el punto de corte óptimo encontrado (sensibilidad 88,2%, especificidad 86,6%, VPP 90,91%). Puntos de corte de 5 a 9 fueron establecidos para casos leves, 10 a 14 para moderados, 15 a 19 moderados/graves, y mayor a 20 considerados síntomas depresivos graves. En este grupo de pacientes, a quienes logramos aplicar dicho cuestionario, se encontró una prevalencia del 30% que presentaba algún grado de depresión. De estos, 18% tenían síntomas de depresión moderada/severa y 6% síntomas de depresión grave. Estos últimos fueron derivados inmediatamente al Servicio de Psicopatología de nuestra institución para realizar oportuno diagnóstico y tratamiento. Los pacientes con algún grado de depresión no grave fueron derivados de forma ambulatoria para realizar un seguimiento y tratamiento adecuado.

**Tabla:** Distribución por enfermedad de base y grado de depresión.

Moderada	Moderada/grave	Grave
Osteoartritis	3	0
Artritis reumatoidea	6	3
Lupus	0	3
Esclerosis sistémica	0	3
Síndrome de Sjögren	0	6
Artritis psoriásica	0	3
Fibromialgia	6	0
Cirrosis biliar primaria	3	0

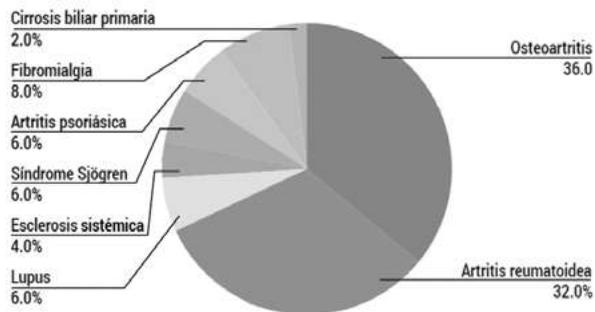


Figura 1: Distribución de pacientes por enfermedad de base.

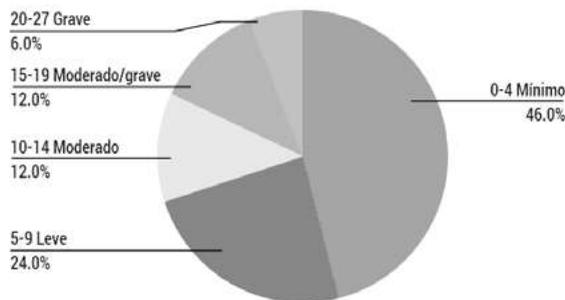


Figura 2: Distribución por grado de depresión.

**CONCLUSIONES:** Hoy en día es bien reconocida la presencia de síntomas depresivos asociados a enfermedades reumatológicas. Es común la explicación de dichos cuadros clínicos por la noticia de padecer una enfermedad crónica, el uso de corticoides e inmunosupresores con los efectos secundarios que acarrearán, la falta de apoyo familiar y nivel socioeconómico bajo, entre otros. Sin embargo, en nuestro grupo de pacientes encontramos también asociación de la sintomatología con la existencia de actividad en la enfermedad de base. Los pacientes con artritis reumatoidea, por ejemplo, mostraron una alta actividad medida por score DAS28 mayor a 7 y HAQ de 2.6. Esto interesantemente contrastaba con pacientes de fibromialgia (puntos dolorosos más de 12), cuyos puntajes fueron menor a 10 en la aplicación del cuestionario. Así, hoy en día es trascendente considerar mecanismos inflamatorios e inmunológicos (IL 6), como parte de la contribución a síntomas depresivos. Deseamos así continuar dicha investigación en forma más profunda, haciendo hincapié en las distintas manifestaciones de actividad asociadas para contribuir a un manejo multidisciplinario más adecuado.

1856

## DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES ANTI-RO POSITIVOS EN NUESTRO HOSPITAL

Nicolás DUS ORIETA, Gabriela Calderón Mostajo, Abel Gastón Reitich, Giuliano Ibáñez, María José Otero, Julio César Urrutia, Verónica Cecilia Wernicke, María Nieves Lojo, Silvia Goñi

HIGA RODOLFO ROSSI

**INTRODUCCIÓN:** Los anticuerpos (Ac) anti-Ro se encuentran entre los Ac más comúnmente hallados en la práctica clínica. Ro52 y Ro60 son proteínas distintas, estructural y funcionalmente, vinculadas a la patogenia de algunas enfermedades autoinmunes (EA) como síndrome de Sjögren primario (SSp), lupus eritematoso sistémico (LES), esclerosis sistémica (ES) y miopatías inflamatorias idiopáticas (MI). Existen descripciones de manifestaciones clínicas específicas asociadas a la positividad de anti-Ro52, anti-Ro60 aislados o a su doble positividad.

**OBJETIVOS:** Determinar la distribución de la positividad anti-Ro52 y/o anti-Ro60 en pacientes de nuestro hospital y su relación al diagnóstico y las manifestaciones clínicas.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Realizamos un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, transversal, que evaluó muestras de pacientes testeados para FAN Y ENA en el laboratorio de nuestro nosocomio, desde el 11 mayo de 2021 hasta el 30 junio de 2022. Se estudiaron pacientes (pac) mayores de 18 años, FAN positivos, ENA positivos (ENA+), anti-Ro52 y/o anti-Ro60 positivos. Se excluyó a los que no tenían seguimiento en nuestro Servicio de Reumatología. Los pac fueron clasificados mediante los criterios ACR/EULAR LES 2019, SSp 2016, ES 2013 y AR 2010. Para detección de FAN se realizó IFI sobre células HEP-2 Bio Rad Kallestad con punto de corte 1/80 y fueron analizadas mediante inmunoensayo lineal LIA ANA-9-Line blot Orgentec para determinar reactividad anti-ENA. Se recabó información de historias clínicas para obtener datos demográficos, clínicos y de estudios complementarios. Se dividió a los pac en 3 grupos según el inmunofenotipo: anti-RO60+/RO52-; anti-RO60-/RO52+; anti-RO52+/RO60+.

**RESULTADOS:** Se evaluó un total de 787 muestras a las que se le realizó FAN, de las cuales 120 (15.25%) fueron positivas; de estas, 16 (13.33%) fueron anti-Ro positivos (anti-Ro+). Se excluyeron 2 pac por falta de seguimiento y de datos. De las 667 muestras FAN negativas, 6 (0.90%) eran anti-Ro+. De los 20 pac anti-Ro+, 16 (80%) eran femeninos, x de edad fue 51 años (a) (32-72 a). La distribución por enfermedad fue LES 7 pac, SSp 6 pac, ES 2 pac, artritis reumatoidea (AR) 1 pac, púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) 1 pac, hepatitis autoinmune (HA) 1 pac y dos pacientes no pudieron ser clasificados. No se obtuvieron pac con MI. El título de FAN observado entre los pac anti-Ro+ osciló entre 1/80

Tabla: Manifestaciones clínicas y de laboratorio.

Manifestaciones clínicas	Anti-RO60+/RO52- (n=4)	Anti-RO60+/RO52- (n=6)	Anti-RO60+/RO52- (n=10)
Anemia	50% (2)	33.33% (2)	60% (6)
Trombocitopenia	25% (1)	0%	10% (1)
Leucopenia	0%	0%	10% (1)
Articular	50% (2)	83.3% (5)	90% (9)
Piel	50% (2)	50% (3)	50% (5)
Compromiso renal	25% (1)	0%	10% (1)
Hipocomplementemia	50% (2)	16.66% (1)	60% (6)
Neuro lupus	25% (1)	0%	0%
Síntomas sicca	50% (2)	33.33% (2)	60% (6)
Raynaud	25% (1)	33.33% (2)	50% (5)
Tumefacción parotídea	0%	0%	10% (1)
Reflujo gastroesofágico	0%	33.33% (2)	0%
Tos	0%	0%	20% (2)
Rales	0%	16.66% (1)	20% (2)
Disnea	25% (1)	16.66% (1)	20% (2)
TC tórax/EPI por TC	25% (1)/ 0%	16.66% (1)/ 16.66% (1)	50% (5)/ 30% (3)
Debilidad muscular	0%	0%	10% (1)
CPK	0%	0%	10% (1)
TGO/TGP	25% (1)	50% (3)	30% (3)
ASMA	0%	16.6% (1)	0%
AMA	0%	0%	10% (1)

y 1/5160, siendo la moda: 1/1280, hallados en 5 pac; los patrones de FAN más asociados fueron moteado grueso en 6 pac y moteado fino 5 pac. De un total de 26 muestras ENA+. De estos, 17 (65.38%) presentaron algún Ac anti-Ro+. ANTI-RO60+/RO52- (n=4) con diagnóstico de LES, SSp, PTI e inclasificable. n=3 femenino. Rango etario 32-56 a. En 3 pac anti-Ro coexistió con otro ENA: 2 anti-RNP, 2 anti-Sm, 1 anti-La, 1 anti-histona. ANTI-RO60-/RO52+ (n=6) se diagnosticaron n=2 LES y ES, n=1 HAI y n=1 inclasificable. El rango etario fue 48-71 a, n=4 femenino. Un solo caso se asoció a CENP-B, siendo el único ENA encontrado. ANTI-RO52+/RO60+ (n=10), 5 eran SSp, 4 LES y 1 AR. El rango etario fue 35-72 a, de las cuales 9 eran mujeres. En 6 pac se asoció con otros ENA: 4 anti-La, 3 anti-RNP y 3 anti-Sm.

**CONCLUSIONES:** De acuerdo con la literatura, anti-Ro es el ENA específico más detectado. Aquí se presentó en 65.38% de 27 ENA+. De la misma manera, la doble positividad de anti-Ro es el patrón más hallado, seguido de anti-Ro52+ y por último anti-Ro60+. En nuestra cohorte, los pac con LES y SSp fueron más frecuentemente anti-Ro52+/Ro60+; los pac con ES y HAI fueron más habitualmente anti-Ro60-/Ro52+, en similitud con los descrito por Menéndez y col. Dado el bajo número de pac incluidos no hallamos manifestaciones clínicas específicas en los diferentes grupos ni se establecieron medidas de asociación entre ellas. Como se ha valorado en estudios previos, se sugiere evaluar otras EA relacionadas con anti-Ro52, como laHAI y la colangitis biliar primaria, ante la elevación de TGO/TGP.

1858

## DATOS PRELIMINARES DE PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN LA FILIAL CATSELAR DE LA SAR

María Soledad Gálvez Elkin<sup>1</sup>, Gabriela Salvatierra<sup>1</sup>, S Agüero<sup>1</sup>, Ana Ledesma<sup>1</sup>, C Pereyra<sup>1</sup>, María Jezabel Haye Salinas<sup>1</sup>, Javier Flores<sup>1</sup>, S Toloza<sup>1</sup>, María Danielsen<sup>1</sup>, C Auad<sup>1</sup>, S De La Vega<sup>1</sup>, María Granillo Valdéz<sup>1</sup>, R Martínez<sup>1</sup>, María Quaglia<sup>1</sup>, **Emilce SCHNEEBERGER**<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CATSELAR, <sup>2</sup>SAR

**INTRODUCCIÓN:** La prevalencia mundial de espondiloartritis axial (EspAax) varía entre 0,1% a 1,4%, este amplio rango puede explicarse principalmente por la prevalencia del alelo HLA-B27, que difiere entre las diferentes áreas geográficas. La composición étnica de Argentina es variada debido a sus distintos flujos migratorios y su distribución varía según la región. Carecemos de datos sobre la prevalencia de la EspAax en nuestro país.

**OBJETIVOS:** Estimar la prevalencia diagnóstica de EspAax en la región geográfica que representa la filial CATSELAR de la SAR y analizar las características socio-demográficas y clínicas de esta enfermedad.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio no-intervencional, de corte transversal. Todos los reumatólogos miembros de la filial CATSELAR (Sociedad de Reumatología de las provincias Catamarca, Santiago del Estero, y La Rioja) que asisten pacientes adultos fueron invitados a participar de este estudio a partir de marzo de 2022 y se les solicitó que informen sobre los pacientes ≥18 años con diagnóstico de EspAax que tienen en seguimiento. Estos pacientes debían cumplir criterios ASAS 2009 y/o criterios de New York modificados para EspAax no radiográfica (-nr) como radiográfica (espondilitis anquilosante-EA), respectivamente. Aquellos pacientes que no habían consultado a su reumatólogo/a dentro del año previo, fueron contactados para verificar seguimiento. El período para la inclusión de pacientes fue de 12 meses (captura/recaptura). Los datos de los pacientes con EspAax fueron incorporados a una base *online* y las variables a consignar fueron: sociodemográficas (edad, género, etnicidad, escolaridad, área de residencia, provincia de residencia); año de inicio de los síntomas músculo-esqueléticos y año de diagnóstico de la EspAax; subtipo de EspAax (pura, juvenil, asociada a artritis psoriásica -APs-, a enfermedad inflamatoria intestinal -EII-, artritis reactiva -ARe-); rasgos de EspA (dolor lumbar inflamatorio, artritis periférica, entesitis, dactilitis, psoriasis, EII, uveítis, buena respuesta a AINEs, historia familiar de EspA y proteína C reactiva elevada) y estudios complementarios (positividad del HLA-B27, grado de sacroileítis radiográfica y presencia de edema en la médula ósea a través de la resonancia magnética -RM-). Este estudio fue aprobado por un comité de ética independiente. Análisis estadístico: estadística descriptiva. La prevalencia bruta se calculó como el número de pacientes EspAax identificados divididos según la población adulta de la región analizada según los datos provisorios del último Censo Nacional (18/5/22) realizado por INDEC y se expresa como %.

**RESULTADOS:** Un total de 14/17 (82.35%) reumatólogos de la filial CATSELAR aceptaron participar del estudio. La población adulta total de la región es de 1.209.698 habitantes (Santiago del Estero 647.424 hab, Catamarca 286.154 hab y La Rioja 276.120 hab). Hasta la fecha del primer cierre (15/7/22) para este análisis, 48 pacientes con EspAax según criterios ASAS 2009 fueron registrados, correspondiendo a una prevalencia en la región de 0,0039%. Estos pacientes tienen una edad promedio 47,5 años (±13,8), 26 (54.2%) varones y 38 (79.2%) mestizos. El tiempo mediano de evolución de la EspAax fue de 8,5 años (RIC 3-16.5) y la demora mediana al diagnóstico de 1,5 años (RIC 1-5.7). 29 pacientes (60.4%) fueron clasificados como EA. En cuanto a los subtipos de EspAax: pura 26 (54.2%), juvenil 2 (4.2%), asociada a APs 18 (37.5%), asociada a EII 0, ARe 2 (4.2%). El 27,1% de los pacientes tenían historia familiar de EspAax. Manifestaciones extra músculo-esqueléticas: uveítis (12,5%), psoriasis (37,5%) y EII (2,1%). El HLA-B27 fue realizado en 79,2% de los pacientes y 31/38 (81,6%) fueron positivos. A 45 (93,8%) de los pacientes se les solicitó radiografía de SI y a 47 (97,9%) RM.

**CONCLUSIONES:** Este es el primer estudio que evalúa la prevalencia de EspAax en nuestro país. Obtener datos locales es de fundamental importancia para el conocimiento detallado de esta enfermedad y poder establecer políticas de salud adecuadas.

1859

## DATOS PRELIMINARES DE PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN LA FILIAL SUR DE LA SAR

K Kirmayr<sup>1</sup>, Gretel Rausch<sup>1</sup>, Roberto Báez<sup>1</sup>, M Adrover<sup>1</sup>, P Castillo<sup>1</sup>, Carla Matellan<sup>1</sup>, Juan Quintero<sup>1</sup>, M Gallardo<sup>1</sup>, F Abadie<sup>1</sup>, M Méndez<sup>1</sup>, A Vara<sup>1</sup>, G DE Olloqui<sup>1</sup>, G Caballero<sup>1</sup>, F Paniego<sup>1</sup>, Raúl Paniego<sup>1</sup>, Alberto Decaro<sup>1</sup>, Pierina Sansinanea<sup>1</sup>, M Díaz<sup>1</sup>, Fernando Eraña<sup>1</sup>, Adriana López Cabanillas<sup>1</sup>, J Jacobo<sup>1</sup>, S Sahores<sup>1</sup>, M Sebastiano<sup>1</sup>, E Pavia<sup>1</sup>, M Rodríguez<sup>1</sup>, N Colombero<sup>1</sup>, R García<sup>1</sup>, B Barrios<sup>1</sup>, **Emilce SCHNEEBERGER**<sup>2</sup>

<sup>1</sup>FILIAL SUR, <sup>2</sup>SAR

**INTRODUCCIÓN:** La prevalencia mundial de espondiloartritis axial (EspAax) varía entre 0,1% a 1,4%, este amplio rango puede explicarse principalmente por la prevalencia del alelo HLA-B27, que difiere entre las diferentes áreas geográficas. La composición étnica de Argentina es variada debido a sus distintos flujos migratorios y su distribución varía según la región. Carecemos de datos sobre la prevalencia de la EspAax en nuestro país.

**OBJETIVOS:** Estimar la prevalencia diagnóstica de EspAax en la región geográfica que representa la filial SUR de la SAR y analizar las características socio-demográficas y clínicas de esta enfermedad.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio no intervencional, de corte trasversal. Todos los reumatólogos miembros de la filial SUR (Sociedad de Reumatología del Sur) que asisten pacientes adultos fueron invitados a participar de este estudio a partir de marzo de 2022 y se les solicitó que informen sobre los pacientes  $\geq 18$  años con diagnóstico de EspAax que tienen en seguimiento. Estos pacientes debían cumplir criterios ASAS 2009 y/o criterios de New York modificados para EspAax no radiográfica (-nr) como radiográfica (espondilitis anquilosante-EA), respectivamente. Aquellos pacientes que no habían consultado a su reumatólogo/a dentro del año previo, fueron contactados para verificar seguimiento. El período para la inclusión de pacientes será de 12 meses (captura/recaptura). Los datos de los pacientes con EspAax fueron incorporados a una base online y las variables a consignar fueron: sociodemográficas (edad, género, etnicidad, escolaridad, área de residencia, provincia de residencia); año de inicio de los síntomas músculo-esqueléticos y año de diagnóstico de la EspAax; subtipo de EspAax (pura, juvenil, asociada a artritis psoriásica -APs-, a enfermedad inflamatoria intestinal -EII-, artritis reactiva -ARe-), rasgos de EspA (dolor lumbar inflamatorio, artritis periférica, entesitis, dactilitis, psoriasis, EII, uveítis, buena respuesta a AINEs, historia familiar de EspA y proteína C reactiva elevada) y estudios complementarios (positividad del HLA-B27, grado de sacroileítis radiográfica y presencia de edema en la médula ósea a través de la resonancia magnética -RM-). Este estudio fue aprobado por un comité de ética independiente. Análisis estadístico: estadística descriptiva. La prevalencia bruta se calculó como el número de pacientes EspAax identificados divididos según la población adulta de la región analizada según los datos provisorios del último Censo Nacional (18/5/22) realizado por INDEC y se expresa como %.

**RESULTADOS:** Un total de 28/34 (82.35%) reumatólogos de la filial SUR aceptaron participar del estudio. La población adulta total de la región es de 2.045.037 habitantes (Río Negro 525675 hab, Neuquén 457.577 hab, Chubut 432.918 hab, La Pampa 255.308 hab, Santa Cruz 250.159 hab y Tierra del Fuego 123.400 hab). Hasta la fecha del primer cierre (15/7/22) para este análisis, 135 pacientes con EspAax según criterios ASAS 2009 fueron registrados, correspondiendo a una prevalencia en la región de 0.006%. Estos pacientes tienen una edad promedio 50.2 años ( $\pm 13.3$ ), 79 (58.5%) varones y 70 (51.9%) mestizos. El tiempo mediano de evolución de la EspAax fue de 10 años (RIC 5-17) y la demora mediana al diagnóstico de 1 año (RIC 0-5). 74 pacientes (54.8%) fueron clasificados como EA. En cuanto a los subtipos de EspAax: pura 74 (54.8%), juvenil 5 (3.7%), asociada a APs 48 (35.6%), asociada a EII 5 (3.7%) y ARe 3 (2.2%). El 12.6% de los pacientes tenían historia familiar de EspAax. Manifestaciones extra músculo-esqueléticas: uveítis (16.3%), psoriasis (34.8%) y EII (3.7%). El HLA-B27 fue realizado en 79,3% de los pacientes y 71/107 (66.4%) fueron positivos. A 130 (96.3%) de los pacientes se les solicitó radiografía de SI y a 101 (74.8%) RM.

**CONCLUSIONES:** Este es el primer estudio que evalúa la prevalencia de EspAax en nuestro país. Obtener datos locales es de fundamental importancia para el conocimiento detallado de esta enfermedad y poder establecer políticas de salud adecuadas.

1863

## DATOS PRELIMINARES DE PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN LA FILIAL SALTEÑO-JUJEÑA DE LA SAR

Emilio Buschiazio<sup>1</sup>, Ivana Rojas Tessel<sup>1</sup>, R Juárez<sup>1</sup>, María Crespo Espíndola<sup>1</sup>, L Lascano<sup>1</sup>, Gervilla<sup>1</sup>, L Ibáñez Zurlo<sup>1</sup>, Cinthya Retamozo<sup>1</sup>, C Santos<sup>1</sup>, S Valdez<sup>1</sup>, Natalia Estrella<sup>1</sup>, Daniel Bottone<sup>1</sup>, Julieta Picchi<sup>1</sup>, I Carrillo<sup>1</sup>, Mariana Aciar<sup>1</sup>, M Alonso López<sup>1</sup>, C Lizondo<sup>1</sup>, Alejandra Ábalo<sup>1</sup>, M Lencina<sup>1</sup>, J Sánchez<sup>1</sup>, Eugenia Picco<sup>1</sup>, Natalia Cucchiario<sup>1</sup>, L Fernández<sup>1</sup>, V Sandoval<sup>1</sup>, M Ruiz<sup>1</sup>, Belén Lecumberri<sup>1</sup>, J Flores Balverdi<sup>1</sup>, **Emilce SCHNEEBERGER**<sup>2</sup>

<sup>1</sup>FILIAL SALTEÑO-JUJEÑA, <sup>2</sup>SAR

**INTRODUCCIÓN:** La prevalencia mundial de espondiloartritis axial (EspAax) varía entre 0.1% a 1.4%, este amplio rango puede explicarse principalmente por la prevalencia del alelo HLA-B27, que difiere entre las diferentes áreas geográficas. La composición étnica de Argentina es variada debido a sus distintos flujos migratorios y su distribución varía según la región. Carecemos de datos sobre la prevalencia de la EspAax en nuestro país.

**OBJETIVOS:** Estimar la prevalencia diagnóstica de EspAax en la región geográfica que representa la filial SALTEÑO-JUJEÑA de la SAR y analizar las características socio-demográficas y clínicas de esta enfermedad.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio no intervencional, de corte transversal. Todos los reumatólogos miembros de la filial SSRJ (Sociedad de Reumatología de la Provincias de Salta y Jujuy) que asisten pacientes adultos fueron invitados a participar de este estudio a partir de marzo de 2022 y se les solicitó que informen sobre los pacientes  $\geq 18$  años con diagnóstico de EspAax que tienen en seguimiento. Estos pacientes debían cumplir criterios ASAS 2009 y/o criterios de New York modificados para EspAax no radiográfica (-nr) como radiográfica (espondilitis anquilosante-EA), respectivamente. Aquellos pacientes que no habían consultado a su reumatólogo/a dentro del año previo, fueron contactados para verificar seguimiento. El período para la inclusión de pacientes será de 12 meses (captura/recaptura). Los datos de los pacientes con EspAax fueron incorporados a una base online y las variables a consignar fueron: socio-demográficas (edad, género, etnicidad, escolaridad, área de residencia, provincia de residencia); año de inicio de los síntomas músculo-esqueléticos y año de diagnóstico de la EspAax; subtipo de EspAax (pura, juvenil, asociada a artritis psoriásica -APs-, a enfermedad inflamatoria intestinal -EII-, artritis reactiva -ARe-); rasgos de EspA (dolor lumbar inflamatorio, artritis periférica, entesitis, dactilitis, psoriasis, EII, uveítis, buena respuesta a AINEs, historia familiar de EspA y proteína C reactiva elevada) y estudios complementarios (positividad del HLA-B27, grado de sacroileítis radiográfica y presencia de edema en la médula ósea a través de la resonancia magnética -RM-). Este estudio fue aprobado por un comité de ética independiente. Análisis estadístico: estadística descriptiva. La prevalencia bruta se calculó como el número de pacientes EspAax identificados divididos según la población adulta de la región analizada según los datos provisorios del último Censo Nacional (18/5/22) realizado por INDEC y se expresa como %.

**RESULTADOS:** Un total de 27/28 (96.4%) reumatólogos de la filial SALTO-JUJEÑA aceptaron participar del estudio. La población adulta total de la región es de 1.448.450 habitantes (Salta 927.869 hab y Jujuy 520.581 hab). Hasta la fecha del primer cierre (15/7/22) para este análisis, 62 pacientes con EspAax según criterios ASAS 2009 fueron registrados, correspondiendo a una prevalencia en la región de 0.004%. Estos pacientes tienen una edad promedio 47.5 años ( $\pm 13.7$ ), 42 (67.7%) varones y 33 (53.2%) mestizos. El tiempo mediano (m) de evolución de la EspAax fue de 12 años (RIC 6-17.5) y la demora mediana al diagnóstico de 2 años (RIC 1-10). 44 pacientes (71%) fueron clasificados como EA. En cuanto a los subtipos de EspAax: pura 41 (66.1%), juvenil 4 (6.5%), asociada a APs 10 (16.1%), asociada a EII 3 (4.8%), ARe 4 (6.5%). El 6.5% de los pacientes tenían historia familiar de EspAax. Manifestaciones extra músculo-esqueléticas: uveítis (12.9%), psoriasis (16.1%) y EII (4.8%). El HLA-B27 fue realizado en 66,1% de los pacientes y 30/41 (73.2%) fueron positivos. A 58 (93.5%) de los pacientes se les solicitó radiografía de SI y a 42 (67.7%) RM.

**CONCLUSIONES:** Este es el primer estudio que evalúa la prevalencia de EspAax en nuestro país. Obtener datos locales es de fundamental importancia para el conocimiento detallado de esta enfermedad y poder establecer políticas de salud adecuadas.

## DATOS PRELIMINARES DE PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN LA FILIAL CUYO DE LA SAR

Leandro Carlevaris<sup>1</sup>, Agustín García Ciccarelli<sup>1</sup>, Laura Galvan<sup>1</sup>, Emma Civit<sup>1</sup>, Marcos Borgia<sup>1</sup>, Facundo Vergara<sup>1</sup>, Ingrid Petkovic<sup>1</sup>, Cecilia Castel Del Cid<sup>1</sup>, Belén Videla García<sup>1</sup>, M Lara<sup>1</sup>, Silvana Nasi<sup>1</sup>, Fernanda Guzzanti<sup>1</sup>, Carlos Wiederhold<sup>1</sup>, A Munarraiz<sup>1</sup>, Héctor Tamashiro<sup>1</sup>, A Conforti<sup>1</sup>, Julia Romero<sup>1</sup>, María Corica Albani<sup>1</sup>, Claudio Fecchio<sup>1</sup>, M Sánchez Alcover<sup>1</sup>, M Aliaga<sup>1</sup>, I Miranda<sup>1</sup>, María Victoria Borgia<sup>1</sup>, M Araujo<sup>1</sup>, Ana Curti<sup>1</sup>, F Carignani<sup>1</sup>, Rodrigo Blas<sup>1</sup>, Anabel Ledda<sup>1</sup>, Alfredo Borgia<sup>1</sup>, E Musri<sup>1</sup>, S Veiga<sup>1</sup>, I Cuello<sup>1</sup>, Valeria Segura<sup>1</sup>, R Roselli<sup>1</sup>, J Moreno<sup>1</sup>, Rodolfo Pardo Hidalgo<sup>1</sup>, C Videla<sup>1</sup>, M Páez<sup>1</sup>, M Benavente<sup>1</sup>, **Emilce SCHNEEBERGER**<sup>2</sup>

<sup>1</sup>FILIAL CUYO, <sup>2</sup>SAR

**INTRODUCCIÓN:** La prevalencia mundial de espondiloartritis axial (EspAax) varía entre 0,1% a 1,4%, este amplio rango puede explicarse principalmente por la prevalencia del alelo HLA-B27, que difiere entre las diferentes áreas geográficas. La composición étnica de Argentina es variada debido a sus distintos flujos migratorios y su distribución según la región. Carecemos de datos sobre la prevalencia de la EspAax en nuestro país.

**OBJETIVOS:** Estimar la prevalencia diagnóstica de EspAax en la región geográfica que representa la filial CUYO de la SAR y analizar las características socio-demográficas y clínicas de esta enfermedad.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio no intervencional, de corte transversal. Todos los reumatólogos miembros de la filial CUYO (Sociedad de Reumatología de las provincias Mendoza, San Juan y San Luis) que asisten pacientes adultos fueron invitados a participar de este estudio a partir de marzo 2022 y se les solicitó que informen sobre los pacientes  $\geq 18$  años con diagnóstico de EspAax que tienen en seguimiento. Estos pacientes debían cumplir criterios ASAS 2009 y/o criterios de New York modificados para EspAax no radiográfica (-nr) como radiográfica (espondilitis anquilosante-EA), respectivamente. Aquellos pacientes que no habían consultado a su reumatólogo/a dentro del año previo, fueron contactados para verificar seguimiento. El período para la inclusión de pacientes será de 12 meses (captura/recaptura). Los datos de los pacientes con EspAax fueron incorporados a una base online y las variables a consignar fueron: socio-demográficas (edad, género, etnicidad, escolaridad, área de residencia, provincia de residencia); año de inicio de los síntomas músculo-esqueléticos y año de diagnóstico de la EspAax; subtipo de EspAax (pura, juvenil, asociada a artritis psoriásica -APs-, a enfermedad inflamatoria intestinal -EII-, artritis reactiva -ARe-); rasgos de EspA (dolor lumbar inflamatorio, artritis periférica, entesitis, dactilitis, psoriasis, EII, uveítis, buena respuesta a AINEs, historia familiar de EspA y proteína C reactiva elevada) y estudios complementarios (positividad del HLA-B27, grado de sacroileítis radiográfica y presencia de edema en la médula ósea a través de la resonancia magnética -RM-). Este estudio fue aprobado por un comité de ética independiente. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. La prevalencia bruta se calculó como el número de pacientes EspAax identificados divididos según la población adulta de la región analizada según los datos provisorios del último Censo Nacional (18/5/22) realizado por INDEC y se expresa como %.

**RESULTADOS:** Un total de 39/42 (92.8%) reumatólogos de la filial CUYO aceptaron participar del estudio. La población adulta total de la región es de 2.266.889 habitantes (Mendoza 1.379.000 hab, San Juan 530.947 hab y San Luis 356.942 hab). Hasta la fecha del primer cierre (15/7/22) para este análisis, 226 pacientes con EspAax según criterios ASAS 2009 fueron registrados, correspondiendo a una prevalencia en la región de 0,009%. Estos pacientes tienen una edad promedio 50.3 años ( $\pm 13.2$ ), 118 (52.2%) varones y etnia: 116 (51.2%) mestizos y 104 (46%) caucásicos. El tiempo mediano (m) de evolución de la EspAax fue de 12 años (RIC 5-20) y la demora mediana al diagnóstico de 4 años (RIC 1-11.25). 120 pacientes (53.1%) fueron clasificados como EA. En cuanto a los subtipos de EspAax: pura 133 (58.8%), juvenil 14 (6.2%), asociada a APs 67 (29.6%), asociada a EII 7 (3.1%), ARe 5 (2.2%). El 19.9% de los pacientes tenían historia familiar de EspAax. Manifestaciones extra músculo-esqueléticas: uveítis (14.6%), psoriasis (28.8%) y EII (4.4%). El HLA-B27 fue realizado en 73% de los pacientes y 95/165 (57.6%) fueron positivos. A 198 (87.6%) de los pacientes se les solicitó radiografía de SI y a 191 (84.5%) RM.

**CONCLUSIONES:** Este es el primer estudio que evalúa la prevalencia de EspAax en nuestro país. Obtener datos locales es de fundamental importancia para el conocimiento detallado de esta enfermedad y poder establecer políticas de salud adecuadas.

## ESTUDIO PILOTO DE BIODISPONIBILIDAD COMPARATIVA DE TOFACITINIB EN VOLUNTARIOS SANOS

Sabrina Tedesco<sup>1</sup>, Carlos Bertoncini<sup>2</sup>, Alejandro Schamun<sup>1</sup>, Rolando Kurz<sup>1</sup>, Alicia Rodríguez<sup>2</sup>, Gabriel Hunzicker<sup>2</sup>, Mario Domínguez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>LABORATORIOS BAGÓ, <sup>2</sup>CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOFARMACÉUTICA DOMÍNGUEZ-LAB

**INTRODUCCIÓN:** Tofacitinib es un inhibidor oral potente y selectivo de la familia de las Janus quinasas (JAK). Actualmente en el mercado argentino se encuentran disponibles varias alternativas de tofacitinib, entre ellos XELJANZ, el medicamento innovador, y TOLVAR, de fabricación local. Los estudios de biodisponibilidad comparativa entre dos medicamentos son el estándar científico internacional para garantizar su intercambiabilidad.

**OBJETIVOS:** Estudiar la biodisponibilidad comparativa entre dos formulaciones que contienen tofacitinib 5 mg.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** El diseño del estudio fue abierto, aleatorizado, cruzado, con dos períodos y dos secuencias, a dosis única de 5 mg de tofacitinib, dispensados en 1 comprimido recubierto del Producto Test, TOLVAR, o en 1 comprimido recubierto del producto de referencia XELJANZ, administrado a voluntarios sanos, en condiciones de ayuno, y con un período de lavado entre cada administración de por lo menos 7 días.

Se reclutaron 13 voluntarios sanos de sexo masculino que cumplieron con todos los criterios de inclusión y ningún criterio de exclusión. El estudio inició con 8 voluntarios, los cuales completaron ambos períodos de tratamiento, sin registrarse abandonos o exclusiones en el estudio. No se registraron eventos adversos en los voluntarios luego de la administración de XELJANZ o TOLVAR. La biodisponibilidad comparada se evaluó considerando la transformación logarítmica de los parámetros farmacocinéticos AUC<sub>0-t</sub>, AUC<sub>0-</sub>, y C<sub>máx</sub> para ambas formulaciones. Se establecieron los límites de bioequivalencia de (0.80-1.25). Aplicando la prueba de Schuirmann, se analizaron los cocientes de las medias de los parámetros transformados en logaritmos y se determinó el intervalo de confianza. Se aceptaron aquellos parámetros estadísticos que no

**Tabla 1:** Parámetros farmacocinéticos promedio de TOLVAR y XELJANZ en voluntarios sanos.

TOFACITINIB	TOLVAR	XELJANZ
C <sub>máx</sub> (ng/ml)	82.66	82.45
T <sub>máx</sub> (h)	0.58	0.75
K <sub>e</sub>	0.303	0.309
T <sub>1/2</sub> (h)	2.28	2.24
AUC <sub>0-t</sub> (ng.H/ml)	167.13	156.87
AUC <sub>0-∞</sub> (NG.H/ml)	172.94	161.89

excedieron el nivel de significancia del 5% y entre aquellos con el menor riesgo de rechazar erróneamente la equivalencia entre formulaciones.

**RESULTADOS:** Resultados promedio de los parámetros PK (SD) para los Productos Test (E) y Referencia (R) administrados en condiciones de ayuno, con los datos sin transformación logarítmica se muestran en la Tabla 1. La relación E/R (estima puntual) e intervalo de confianza del 90 % (IC90%) para cada uno de los parámetros PK obtenidos del análisis con los datos transformados logarítmicamente (ln) y el coeficiente de variación intraindividual (CV<sub>intra</sub>) para cada parámetro se muestran en la Tabla 2.

**CONCLUSIONES:** El estudio indica una muy alta similaridad para ambos productos en cuanto a los perfiles farmacocinéticos. El mecanismo de liberación de activo y absorción es similar en ambos productos, tal como se evidencia con el tiempo en que los productos alcanzan la concentración máxima plasmática (T<sub>max</sub>) y la fase de eliminación. El análisis comparativo de los parámetros farmacocinéticos indica que la concentración máxima (C<sub>máx</sub>) que alcanza el producto de prueba es idéntica a la que alcanza el producto de referencia. El análisis de bioequivalencia demuestra que el intervalo de confianza (IC90%) de los tres parámetros farmacocinéticos de TOLVAR, requeridos para comprobar bioequivalencia, C<sub>máx</sub>, AUC<sub>0-t</sub> y AUC<sub>0-∞</sub>, ingresan dentro del rango de bioequivalencia de 80 a 125% de XELJANZ. Estos resultados brindan información científica clave ya que avala la eficacia y seguridad del intercambio de XELJANZ por la alternativa nacional TOLVAR en el tratamiento de pacientes.

**Tabla 2:** Evaluación de bioequivalencia para los parámetros farmacocinéticos de TOLVAR respecto de XELJAN.

Parámetro	Relación T/R	IC90%	CV intra (%)
C máx	100.3	93.0-108.1	8
AUC <sub>0-t</sub>	106.5	96.3 -117.9	10
AUC <sub>0-∞</sub>	106.8	96.3 -118.5	11

1870

## SENSIBILIDAD AL CAMBIO DEL SCORE SLE-DAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LES DE ARGENTINA

**Mariana PERA**<sup>1</sup>, Ana Lucía Barbaglia Navarro<sup>1</sup>, Héctor Raúl Sueldo<sup>1</sup>, Paula María Corbalán<sup>1</sup>, Luciana González Lucero<sup>1</sup>, María Constanza Bertolaccini<sup>1</sup>, Gabriela Vanesa Espasa<sup>1</sup>, María Lilia Leguizamón<sup>1</sup>, Liliana María Galindo<sup>1</sup>, Natalia María Sánchez<sup>1</sup>, Joan Manuel Dapeña<sup>2</sup>, María Alejandra Medina<sup>2</sup>, Silvia Beatriz Papasidero<sup>2</sup>, Diana Carolina Fernández Ávila<sup>3</sup>, Marina Scolnik<sup>3</sup>, Jonatan Marcos Mareco<sup>4</sup>, Juan Sebastián Magri<sup>4</sup>, Sofía Ornella<sup>5</sup>, Máximo Cosentino<sup>5</sup>, Julia Scafati<sup>5</sup>, Lucila García Var<sup>5</sup>, Micaela Ana Cosatti<sup>6</sup>, Cecilia Pisoni<sup>6</sup>, Verónica Inés Bellomio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ÁNGEL C PADILLA, <sup>2</sup>HOSPITAL DE AGUDOS ENRIQUE TORNÚ, <sup>3</sup>HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES, <sup>4</sup>HOSPITAL ITALIANO LA PLATA, <sup>5</sup>HIGA SAN MARTÍN LA PLATA, <sup>6</sup>CEMIC

**INTRODUCCIÓN:** Diogo Jesus et al. (2018) desarrollaron SLE-DAS (*Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Score*), un score de 17 ítems (4 de ellos continuos), que evalúa actividad del LES en los 28 días previos e incluye características clínicas no consideradas por SLEDAI 2K. Demostró mayor precisión que SLEDAI 2K en la medición de la actividad de la enfermedad, mayor sensibilidad para detectar cambios clínicamente significativos y mejor rendimiento en la predicción de daño acumulado. Este score fue validado en 2021 en pacientes de Argentina, estableciendo nuevos puntos de corte para las categorías de actividad con mejor sensibilidad y especificidad.

**OBJETIVOS:** Evaluar la sensibilidad al cambio del score SLE-DAS en pacientes con LES de Argentina.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio longitudinal, multicéntrico. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de LES (ACR 97, SLICC 2012 o ACR/EULAR 2019) con dos evaluaciones separadas por al menos 6 meses. Se evaluaron EVA global del médico (EVA<sub>gm</sub>), las variables contenidas en los scores SLEDAI 2K y SLE-DAS y los cambios en el tratamiento (aumento o disminución de la dosis de prednisona y modificación de inmunosupresores). Las categorías de actividad de la enfermedad definidas fueron: para SLE-DAS, remisión ≤2.08; actividad leve >2.08 a 7.10, actividad moderada y severa > 7.10; para SLEDAI 2K, remisión 0, actividad leve 1 a 5, moderada 6 a 10, alta 11 a 19, muy alta >20 puntos. Para evaluar sensibilidad al cambio se definió la variable cambio (Δ) de SLEDAI 2k, SLE DAS y EVA gm como la diferencia entre la medición basal y la final. Para el análisis estadístico se aplicó estadística descriptiva y coeficiente de correlación de Pearson (r) entre los cambios de puntaje de los scores.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 255 pacientes, 90% mujeres, 43% mestizos, edad media 39.4±13.4 años, duración media de la enfermedad 9.6±7.4 años, EVA<sub>gm</sub> 2.9±2.8 cm, SLEDAI 2k med 4 (0-51) y SLE-DAS med 3.13 (0.37-41). En la evaluación basal, el 23.5% y 23.9% de los pacientes estaba en Remisión por SLEDAI 2k y SLE-DAS respectivamente. La visita de seguimiento para evaluar sensibilidad al cambio se completó en 144 pacientes. El 45.8% de los pacientes tuvo cambios en el tratamiento respecto a la visita basal: 34.7% modificó la dosis de prednisona y el 18.1% agregó o cambió dosis de Inmunosupresores. SLE-DAS correlacionó en forma positiva con EVA<sub>gm</sub> (r 0.69, p<0.0001) y ΔSLEDAI 2K (r 0.79, p<0.0001). La correlación se mantuvo al discriminar pacientes según modificación o no de tratamiento en general y según cambios en la dosis de prednisona e inmunosupresores (r >0.6).

**CONCLUSIONES:** SLE-DAS demostró ser un score útil para discriminar cambios en la actividad del LES en esta población de pacientes de Argentina.

1871

## DATOS PRELIMINARES DE PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN LA FILIAL ARNEA DE LA SAR

Edson Veloza, Zaida Bedran, Úrsula Paris, M Calvo, Pablo Finucci Curi, Adriana Seewald, Ana Chemez, Ariana Ringer, C Quiroz, Claudia Fabiana Sa, Catalina Gómez, Nora Aste, Josefina Gallino Yanzi, Marcela Schmid, Marianela Mauri, Maximiliano Bravo, Érika Catay, V Tamaño, José Azula, Maie Mayer, D Spessot, María E. Sattler, César Graf, M Argento, J Got, María E. Bedoya, Heber Figueredo, Emilio Benavente, Gabriela A. Bortolotto, Lorens Narváez Ponce, R Fernández Sosa, F Cargniel, Vanina Góngora, **Emilce SCHNEEBERGER**

ARNEA

**INTRODUCCIÓN:** La prevalencia mundial de espondiloartritis axial (EspAax) varía entre 0.1% a 1.4%, este amplio rango puede explicarse principalmente por la prevalencia del alelo HLA-B27, que difiere entre las diferentes áreas geográficas. La composición étnica de Argentina es variada debido a sus distintos flujos migratorios y su distribución varía según la región. Carecemos de datos sobre la prevalencia de la EspAax en nuestro país.

**OBJETIVOS:** Estimar la prevalencia diagnóstica de EspAax en la región geográfica que representa la filial ARNEA de la SAR y analizar las características sociodemográficas y clínicas de esta enfermedad.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio no intervencional, de corte transversal. Todos los reumatólogos miembros de la filial ARNEA (Asociación de Reumatología del Noreste Argentino) que asisten pacientes adultos fueron invitados a participar de este estudio a partir de marzo de 2022 y se les solicitó que informen sobre los pacientes ≥18 años con diagnóstico de EspAax que tienen en seguimiento. Estos pacientes debían cumplir criterios ASAS 2009 y/o criterios de New York modificados para EspAax no radiográfica (-nr) como radiográfica (espondilitis anquilosante-EA), respectiva-

mente. Aquellos pacientes que no habían consultado a su reumatólogo/a dentro del año previo, fueron contactados para verificar seguimiento. El período para la inclusión de pacientes será de 12 meses (captura/recaptura). Los datos de los pacientes con EspAax fueron incorporados a una base online y las variables a consignar fueron: sociodemográficas (edad, género, etnicidad, escolaridad, área de residencia, provincia de residencia); año de inicio de los síntomas músculo-esqueléticos y año de diagnóstico de la EspAax; subtipo de EspAax (pura, juvenil, asociada a artritis psoriásica -APs-, a enfermedad inflamatoria intestinal -EII-, artritis reactiva -ARE-); rasgos de EspA (dolor lumbar inflamatorio, artritis periférica, entesitis, dactilitis, psoriasis, EII, uveítis, buena respuesta a AINEs, historia familiar de EspA y proteína C reactiva elevada) y estudios complementarios (positividad del LA-B27, grado de sacroileitis radiográfica y presencia de edema en la médula ósea a través de la resonancia magnética -RM-). Este estudio fue aprobado por un comité de ética independiente. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. La prevalencia bruta se calculó como el número de pacientes EspAax identificados divididos según la población adulta de la región analizada según los datos provisorios del último Censo Nacional (18/5/22) realizado por INDEC y se expresa como %.

**RESULTADOS:** Un total de 33/40 (82.5%) reumatólogos de la filial ARNEA aceptaron participar del estudio. La población adulta total de la región es de habitantes 3.730.195 (Entre Ríos 969.295 hab, Misiones 817.992 hab, Chaco 794.329 hab, Corrientes 753.567 hab y Formosa 395.012 hab). Hasta la fecha del primer cierre (15/7/22) para este análisis, 127 pacientes con EspAax según criterios ASAS 2009 fueron registrados, correspondiendo a una prevalencia en la región de 0.003%. Estos pacientes tenían una edad promedio 44.2 años ( $\pm 14$ ), 99 (78%) varones y 101 (79.5%) mestizos. El tiempo mediano de evolución de la EspAax fue de 9 años (RIC 6-16) y la demora mediana al diagnóstico de 3 años (RIC 1-6). 77 pacientes (70.6%) fueron clasificados como EA. En cuanto a los subtipos de EspAax: pura 83 (65.4%), juvenil 9 (7.1%), asociada a APs 27 (21.3%), asociada a EII 3 (2.4%), ARe 5 (3.9%). El 12.6% de los pacientes tenían historia familiar de EspAax. Manifestaciones extra músculo-esqueléticas: uveítis (15.7%), psoriasis (21.3%) y EII (3.9%). El HLA-B27 fue realizado en 83,5% de los pacientes y 82/106 (77.4%) fueron positivos. A 118 (92.9%) de los pacientes se les solicitó radiografía de SI y a 97 (76.4%) RM.

**CONCLUSIONES:** Este es el primer estudio que evalúa la prevalencia de EspAax en nuestro país. Obtener datos locales es de fundamental importancia para el conocimiento detallado de esta enfermedad y poder establecer políticas de salud adecuadas.

1875

## DATOS PRELIMINARES DE PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN LA FILIAL CÓRDOBA DE LA SAR

Hernán Maldonado Ficco, Verónica Savio, Carla Gobbi, Paula Alba, Eduardo Mussano, Agustina Casabona, María J. Dondio, Raúl Marchegiani, Ernesto Toledo, Juan Albiero, Matías Palombo, Cintia Otady, Pablo Astesana, Rodrigo Ferreyra Dillón, Claudio M. Gottero, Natalia Vassarotto, Ida Exeni, G Villarreal, Carla Alonso, Carlos Funes Soaje, Alejandra Babini, E Cavillón, N Meras, N Morales de Ravelli, M Alessio, M Castaños Menescardi, J Pirola, María Severina, A Toledo, M Audisio, R Jurado, Laura Onetti, Isaac Cadile, M Córdoba, G Grosso, L Muñoz, L Sánchez Freytes, A Bértoli, M López Pérez, J Sironi, Carla Maldini, M Montiel Bertone, I Strusberg, E Bortoni, C Lastra, L Morales, E Albiero, L Picco, C Richarte Aguiar, A García Oro, R Pizzolato, L Degioanni, Verónica Saurit, C Álvarez, E Novatti, M Baravalle, D Baenas, A Alvarelllos, F Caeiro, M Colazo, Z Betelu, M Hancevic, A Maldonado, L Maurelli Torres, M Morales, M Miretti, G Py, M Stancich, Gisela Subils, M Taboada Bonfanti, M Roque, Yohana Tissera, M Gauna, C Roque, P Santaella, M Solla, María V. Gazzoni, F Guiñazu, A Ruffin, **Emilce SCHNEEBERGER**<sup>1</sup>

FILIAL CÓRDOBA, <sup>1</sup>SAR

**INTRODUCCIÓN:** La prevalencia mundial de espondiloartritis axial (EspAax) varía entre 0.1% a 1.4%, este amplio rango puede explicarse principalmente por la prevalencia del alelo HLA-B27, que difiere entre las diferentes áreas geográficas. La composición étnica de Argentina es variada debido a sus distintos flujos migratorios y su distribución varía según la región. Carecemos de datos sobre la prevalencia de la EspAax en nuestro país.

**OBJETIVOS:** Estimar la prevalencia diagnóstica de EspAax en la región geográfica que representa la filial CÓRDOBA de la SAR y analizar las características sociodemográficas y clínicas de esta enfermedad.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio no intervencional, de corte transversal. Todos los reumatólogos miembros de la filial CÓRDOBA (Asociación de Reumatología de la Provincia de Córdoba) que asisten pacientes adultos fueron invitados a participar de este estudio a partir de marzo de 2022 y se les solicitó que informen sobre los pacientes  $\geq 18$  años con diagnóstico de EspAax que tienen en seguimiento. Estos pacientes debían cumplir criterios ASAS 2009 y/o criterios de New York modificados para EspAax no radiográfica (-nr) como radiográfica (espondilitis anquilosante-EA), respectivamente. Aquellos pacientes que no habían consultado a su reumatólogo/a dentro del año previo, fueron contactados para verificar seguimiento. El período para la inclusión de pacientes será de 12 meses (captura/recaptura). Los datos de los pacientes con EspAax fueron incorporados a una base online y las variables a consignar fueron: sociodemográficas (edad, género, etnicidad, escolaridad, área de residencia, provincia de residencia); año de inicio de los síntomas músculo-esqueléticos y año de diagnóstico de la EspAax; subtipo de EspAax (pura, juvenil, asociada a artritis psoriásica -APs-, a enfermedad inflamatoria intestinal -EII-, artritis reactiva -ARE-); rasgos de EspA (dolor lumbar inflamatorio, artritis periférica, entesitis, dactilitis, psoriasis, EII, uveítis, buena respuesta a AINEs, historia familiar de EspA y proteína C reactiva elevada) y estudios complementarios (positividad del HLA-B27, grado de sacroileitis radiográfica y presencia de edema en la médula ósea a través de la resonancia magnética -RM-). Este estudio fue aprobado por un comité de ética independiente. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. La prevalencia bruta se calculó como el número de pacientes EspAax identificados divididos según la población adulta de la región analizada según los datos provisorios del último Censo Nacional (18/5/22) realizado por INDEC y se expresa como %.

**RESULTADOS:** Un total de 80/85 (94.1%) reumatólogos de la filial CÓRDOBA aceptaron participar del estudio. La población adulta total de la región es de 2.684.128 habitantes. Hasta la fecha del primer cierre (15/7/22) para este análisis, 211 pacientes con EspAax según criterios ASAS 2009 fueron registrados, correspondiendo a una prevalencia de 0.0078%. Los pacientes tienen una edad promedio 46 años ( $\pm 13.6$ ), 152 (72%) son de sexo masculino y 126 (59.7%) mestizos. El tiempo mediano (m) de evolución de la EspAax fue de 11 años (RIC 6-17) y la demora mediana al diagnóstico de 2 años (RIC 1-5). 137 pacientes (64.9%) fueron clasificados como EA. En cuanto a los subtipos de EspAax: pura 150 (71.1%), juvenil 12 (5.7%), asociada a APs 37 (17.5%), asociada a EII 6 (2.8%), ARe 6 (2.8%). El 21.8% de los pacientes tenían historia familiar de EspAax. Manifestaciones extra músculo-esqueléticas: uveítis (17.1%), psoriasis (19.4%) y EII (3.8%). El HLA-B27 fue realizado en 82.5% de los pacientes y 127/174 (72.9%) fueron positivos. A 189 (89.6%) de los pacientes se les solicitó radiografía de SI y a 164 (77.7%) RM.

**CONCLUSIONES:** Este es el primer estudio que evalúa la prevalencia de EspAax en nuestro país. Obtener datos locales es de fundamental importancia para el conocimiento detallado de esta enfermedad y poder establecer políticas de salud adecuadas.

## DATOS PRELIMINARES DE PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN LA FILIAL TUCUMÁN DE LA SAR

R Pérez Alamina, Paula María Corbalán, Verónica Bellomio, Maximiliano Augusto Machado Escobar, Norma Robles de Garrone, Luciana González Lucero, Oscar Pera, María C. Goizueta, M Yacuzzi, A Preyra, G Bannasar, A Cristófari, M León, Yessika J. Soria Curi, Horacio Berman, W Spindler, A Berman, Alberto Spindler, A Alba Huillín, Ana L. Barbaglia, A Olea, A Torres, S Mazza, Raúl Sueldo, F Colombres, G Seleme, P Maldonado, Sebastián Fernández Nacul, P Marcaida, María C. Bertolaccini, E Dip, Mariana Espíndola Echazu, L Garay, M Guardia, Francisco Hüttmann, L Juárez, M Leal, A Quinteros, O Romano, D Vásquez, G Carrizo, M Leguizamón, **Emilce SCHNEEBERGER**<sup>1</sup>

FILIAL TUCUMÁN, <sup>1</sup>SAR

**INTRODUCCIÓN:** La prevalencia mundial de espondiloartritis axial (EspAax) varía entre 0.1% a 1.4%, este amplio rango puede explicarse principalmente por la prevalencia del alelo HLA-B27, que difiere entre las diferentes áreas geográficas. La composición étnica de Argentina es variada debido a sus distintos flujos migratorios y su distribución varía según la región. Carecemos de datos sobre la prevalencia de la EspAax en nuestro país.

**OBJETIVOS:** Estimar la prevalencia diagnóstica de EspAax en la región geográfica que representa la filial TUCUMÁN de la SAR y analizar las características socio-demográficas y clínicas de esta enfermedad.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio no-intervencional, de corte transversal. Todos los reumatólogos miembros de la filial TUCUMÁN (Sociedad de Reumatología de la Provincia de Tucumán) que asisten pacientes adultos fueron invitados a participar de este estudio a partir de marzo de 2022 y se les solicitó que informen sobre los pacientes  $\geq 18$  años con diagnóstico de EspAax que tienen en seguimiento. Estos pacientes debían cumplir criterios ASAS 2009 y/o criterios de New York modificados para EspAax no radiográfica (-nr) como radiográfica (espondilitis anquilosante-EA), respectivamente. Aquellos pacientes que no habían consultado a su reumatólogo/a dentro del año previo, fueron contactados para verificar seguimiento. El período para la inclusión de pacientes será de 12 meses (captura/recaptura). Los datos de los pacientes con EspAax fueron incorporados a una base online y las variables a consignar fueron: socio-demográficas (edad, género, etnicidad, escolaridad, área de residencia, provincia de residencia); año de inicio de los síntomas músculo-esqueléticos y año de diagnóstico de la EspAax; subtipo de EspAax (pura, juvenil, asociada a artritis psoriásica -APs-, a enfermedad inflamatoria intestinal -EII-, artritis reactiva -ARe-); rasgos de EspA (dolor lumbar inflamatorio, artritis periférica, entesitis, dactilitis, psoriasis, EII, uveítis, buena respuesta a AINEs, historia familiar de EspA y proteína C reactiva elevada) y estudios complementarios (positividad del HLA-B27, grado de sacroileítis radiográfica y presencia de edema en la médula ósea a través de la resonancia magnética -RM-). Este estudio fue aprobado por un comité de ética independiente. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. La prevalencia bruta se calculó como el número de pacientes EspAax identificados divididos según la población adulta de la región analizada según los datos provisorios del último Censo Nacional (18/5/22) realizado por INDEC y se expresa como %.

**RESULTADOS:** Un total de 42/44 (95.45%) reumatólogos de la filial TUCUMÁN aceptaron participar del estudio. La población adulta total de la región es de 1.149.919 habitantes. Hasta la fecha del primer cierre (15/7/22) para este análisis, 127 pacientes con EspAax según criterios ASAS 2009 fueron registrados, correspondiendo a una prevalencia de 0.01%. Estos pacientes tienen una edad promedio 49.3 años ( $\pm 13.4$ ), 76 (59.8%) son de sexo masculino y 72 (56.7%) mestizos. El tiempo mediano (m) de evolución de la EspAax fue de 11 años (RIC 6-16) y la demora mediana al diagnóstico de 2 años (RIC 0-7). 90 pacientes (70.9%) fueron clasificados como EA. En cuanto a los subtipos de EspAax: pura 64 (50.4%), juvenil 4 (3.1%), asociada a APs 50 (39.4%), asociada a EII 7 (5.5%), ARe 2 (1.6%). El 25.1% de los pacientes tenían historia familiar de EspAax. Manifestaciones extra músculo-esqueléticas: uveítis (10.2%), psoriasis (42.5%) y EII (6.3%). El HLA-B27 fue realizado en 48% de los pacientes y 36/61 (59%) fueron positivos. A 121 (95.3%) de los pacientes se les solicitó radiografía de SI y a 95 (74.8%) RM.

**CONCLUSIONES:** Este es el primer estudio que evalúa la prevalencia de EspAax en nuestro país. Obtener datos locales es de fundamental importancia para el conocimiento detallado de esta enfermedad y poder establecer políticas de salud adecuadas.

## SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE ARGENTINA: MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DESENLACE

María Constanza BERTOLACCINI<sup>1</sup>, Luciana González Lucero<sup>1</sup>, Ana Lucía Barbaglia<sup>1</sup>, Héctor Raúl Sueldo<sup>1</sup>, Mariana Pera<sup>1</sup>, Paula María Corbalán<sup>1</sup>, Yessika Jaqueline Soria Curi<sup>1</sup>, Gabriela Vanesa Espasa<sup>1</sup>, Liliana María Galindo<sup>1</sup>, Rodrigo Aguila Maldonado<sup>2</sup>, Mercedes Argentina García<sup>2</sup>, Dafne Capelusnik<sup>3</sup>, Ivana Romina Rojas Tessel<sup>4</sup>, Eugenia Picco<sup>4</sup>, María Elena Crespo Espíndola<sup>4</sup>, Romina Calvo<sup>5</sup>, Susana Roverano<sup>5</sup>, Micaela Ana Cosatti<sup>6</sup>, Cecilia Nora Pisoni<sup>6</sup>, Paola Andrea Ávila<sup>7</sup>, Marina Micelli<sup>7</sup>, María Hu<sup>8</sup>, Lucía Alascio<sup>9</sup>, María Cecilia Goizueta<sup>10</sup>, Verónica Inés Bellomio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL PADILLA, TUCUMÁN, <sup>2</sup>HOSPITAL HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, <sup>3</sup>IREP, <sup>4</sup>HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, SALTA, <sup>5</sup>HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN, SANTA FE, <sup>6</sup>CEMIC, <sup>7</sup>HOSPITAL RAMOS MEJÍA, <sup>8</sup>HOSPITAL JOSÉ MARÍA PENNA, <sup>9</sup>HOSPITAL DE AGUDOS ENRIQUE TORNÚ, <sup>10</sup>SANATORIO 9 DE JULIO, TUCUMÁN

**INTRODUCCIÓN:** Aproximadamente 20-40% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) son positivos para anticuerpos antifosfolípidos (aFL) y de estos más de la mitad desarrollará síndrome antifosfolipídico (SAF) durante la evolución de su enfermedad. Los pacientes con LES y SAF presentan manifestaciones clínicas diferentes, mayor daño orgánico y mortalidad.

**OBJETIVOS:** Describir manifestaciones clínicas de pacientes con LES y aFL positivos y/o SAF secundario y determinar variables asociadas.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes con LES (ACR 1997 y/o SLICC 2012) con un seguimiento mínimo de 6 meses, controlados entre enero de 2008 y diciembre de 2018, de 10 centros de Reumatología de Argentina. Se seleccionaron pacientes con aFL positivos (que no cumplan criterios para SAF) y pacientes con diagnóstico de SAF (Sapporo 2006) secundario. Se evaluaron variables demográficas, clínicas, de laboratorio, mortalidad y causas de muerte. Análisis estadístico: estadística descriptiva, Test  $\chi^2$  y exacto de Fisher. Análisis de regresión.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 382 pacientes; 90% mujeres y 82% mestizos. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue 4.1±6.7 años, la edad media al último control o muerte 37.2±12.7 años. El 92% de los pacientes recibieron tratamiento con Hidroxicloroquina por un tiempo medio de 53 ±59 meses. Las variables asociadas en forma independiente a mortalidad en pacientes con LES fueron compromiso: renal (RR 3.3), compromiso cardíaco (RR 2.7), compromiso del sistema nervioso central (RR 2.1), trombosis arterial (RR 2.3), hiperlipemia (RR 2.4), n° de infecciones (RR 1.2) y último SLEDAI (RR 1.1). Pacientes con aFL positivos: 60 pacientes (16%), que no cumplían criterios de clasificación para SAF, presentaron aFL positivos, 9 tenían triple positividad, 8 antecedentes de abortos, 3 de partos prematuros y 1 de trombosis arterial. Este grupo presentó mayor compromiso renal (p=0.03), osteoarticular (p=0.02) e hipocomplementemia (p=0.04). Cuatro pacientes murieron: 2 por *shock* séptico, 1 por neumonía de la comunidad y 1 sin causa determinada. Pacientes con SAF: 43 pacientes (11%) tenían diagnóstico de SAF; 8 triple positivos, 26 trombóticos (20 trombosis arterial, 4 venosas y 2 mixtas), 12 obstétricos y 5 con manifestaciones obstétricas y trombóticas. La presencia de SAF se asoció a mayor frecuencia de compromiso del sistema nervioso central (p=0.01) y mayor daño acumulado medido por SLICC-SDI (p=0.02). Ocho pacientes murieron; 2 por SAF catastrófico, 2 por *shock* séptico, 1 por infarto agudo de miocardio, 1 por accidente cerebrovascular y 2 sin causa determinada. La presencia de aFL, triple positividad y SAF no se asociaron a mortalidad.

**CONCLUSIONES:** En esta población de pacientes con LES de Argentina, 11% cumplían criterios de SAF. SAF se asoció a compromiso del SNC y daño acumulado. Anticuerpos antifosfolípidos y SAF no se asociaron a mortalidad.

1880

## DATOS PRELIMINARES DE PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN LA FILIAL SANTA FE DE LA SAR

Romina Nieto, J Gentiletti, A Dellepiane, Mario Goñi, N Mathern, María Brance, M Martínez, M Pereyra Stanley, C Sandobal, J Musuruana, Mónica Sacnun, Guillermo Berbotto, P Serravalle, J Soldano, Rosana Quintana, Bernardo Pons-Estel, Guillermo Pons-Estel, C Costa, J Raggio, F Ceccato, J Cavallasca, M Conte, Boris Kisluk, G Kluwak, S Conti, C Achilli, C Aeschlimann, M Maliandi, M Bersarno, C Diéguez, N Quagliato, C Airoldi, N Cuadranti, S Navarro, R Wong, Julieta Daniele, R Serrano Morales, P Marczuk, Marcelo Abdala, Carlos Siegrist, D Viola, Mariano Palatnik, Marisa Jorfen, Raúl del Poddio, G Sánchez, M Lagrutta, L Lorenzón, J Milanesio, M Negri, S Pineda, C Progione, F Ramos, R Gallo, Mercedes García, Saucó, M Cárcamo, A Caminer, C Cañete, Nadia Benzaquén, María Cortese, Juan Crema, Juan P. Ruffino, J Riera, D Siri, M Zapata, D Rebiglione, J Carrió, S Cuadros, E Fonseca, A Sanabria, **Emilce SCHNEEBERGER**<sup>1</sup>

FILIAL SANTA FE, <sup>1</sup>SAR

**INTRODUCCIÓN:** La prevalencia mundial de espondiloartritis axial (EspAax) varía entre 0.1% a 1.4%, este amplio rango puede explicarse principalmente por la prevalencia del alelo HLA-B27, que difiere entre las diferentes áreas geográficas. La composición étnica de Argentina es variada debido a sus distintos flujos migratorios y su distribución varía según la región. Carecemos de datos sobre la prevalencia de la EspAax en nuestro país.

**OBJETIVOS:** Estimar la prevalencia diagnóstica de EspAax en la región geográfica que representa la filial SANTA FE de la SAR y analizar las características sociodemográficas y clínicas de esta enfermedad.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio no intervencional, de corte transversal. Todos los reumatólogos miembros de la filial SANTA FE (Asociación de Reumatología de la Provincia de Santa Fe) que asisten pacientes adultos fueron invitados a participar de este estudio a partir de marzo de 2022 y se les solicitó que informen sobre los pacientes ≥18 años con diagnóstico de EspAax que tienen en seguimiento. Estos pacientes debían cumplir criterios ASAS 2009 y/o criterios de New York modificados para EspAax no radiográfica (-nr) como radiográfica (espondilitis anquilosante-EA), respectivamente. Aquellos pacientes que no habían consultado a su reumatólogo/a dentro del año previo, fueron contactados para verificar seguimiento. El período para la inclusión de pacientes será de 12 meses (captura/recaptura). Los datos de los pacientes con EspAax fueron incorporados a una base online y las variables a consignar fueron: sociodemográficas (edad, género, etnicidad, escolaridad, área de residencia, provincia de residencia); año de inicio de los síntomas músculo-esqueléticos y año de diagnóstico de la EspAax; subtipo de EspAax (pura, juvenil, asociada a artritis psoriásica -APs-, a enfermedad inflamatoria intestinal -EII-, artritis reactiva -ARe-); rasgos de EspA (dolor lumbar inflamatorio, artritis periférica, entesitis, dactilitis, psoriasis, EII, uveítis, buena respuesta a AINEs, historia familiar de EspA y proteína C reactiva elevada) y estudios complementarios (positividad del HLA-B27, grado de sacroileítis radiográfica y presencia de edema en la médula ósea a través de la resonancia magnética -RM-). Este estudio fue aprobado por un comité de ética independiente. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. La prevalencia bruta se calculó como el número de pacientes EspAax identificados divididos según la población adulta de la región analizada según los datos provisorios del último Censo Nacional (18/5/22) realizado por INDEC y se expresa como %.

**RESULTADOS:** Un total de 69/72 (95.8%) reumatólogos de la filial SANTA FE aceptaron participar del estudio. La población adulta total de la región es de 2.540.608 habitantes. Hasta la fecha del primer cierre (15/7/22) para este análisis, 259 pacientes con EspAax según criterios ASAS 2009 fueron registrados, correspondiendo a una prevalencia de 0.01%. Estos pacientes tienen una edad promedio 48.5 años (±13.8), 144 (55.6%) son de sexo masculino y 131 (50.6%) caucásicos. El tiempo mediano (m) de evolución de la EspAax fue de 10 años (RIC 5-16) y la demora mediana al diagnóstico de 2 años (RIC 1-6). 152 pacientes (58,7%) fueron clasificados como EA. En cuanto a los subtipos de EspAax: pura 165 (63.7%), juvenil 12 (4.6%), asociada a APs 66 (25.5%), asociada a EII 9 (3.5%), ARe 7 (2.7%). El 25.1% de los pacientes tenían historia familiar de EspAax. Manifestaciones extra músculo-esqueléticas: uveítis (15.8%), psoriasis (26.3%) y EII (5%). El HLA-B27 fue realizado en 56,4% de los pacientes y 146/225 (64.9%) fueron positivos. A 255 (98.5%) de los pacientes se les solicitó radiografía de SI y a 211 (81.5%) RM.

**CONCLUSIONES:** Este es el primer estudio que evalúa la prevalencia de EspAax en nuestro país. Obtener datos locales es de fundamental importancia para el conocimiento detallado de esta enfermedad y poder establecer políticas de salud adecuadas.

## DATOS PRELIMINARES DE PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN LA FILIAL ARPBA DE LA SAR

Rodrigo García Salinas, D Vila, L Somma, María V. Martire, S Malm-Green, Amelia Granel, P González, A Dorazio, Dora Pereira, M Cusa, F Arizpe David, Marina García, Sebastián Magri, Álvaro Ruta, Facundo Salvatori, Einer Sánchez Prado, M Cousseau, M Delgado, L Zárate, A Arturi, V Aquino, Rodrigo Águila Maldonado, Estela Rivero, N Zamora, J Vínicki, L Pomper Mayer, C Benítez, Ramiro Gómez, María J. Gamba, Claudia Peón, A Cogo, Fabián Risueño, M D'Amico, Claudia Pena, G Redondo, R Trobo, J Yauri Quinto, G Rodríguez, D Fernández, M Alzari, C Saucedo, M de la Sota, E Guerra, T Cazenave, V Cruzat, L García, S Rodríguez, M Kohan, C Iturralde, A Testi, P Arturi, V Arturi, S Zárate, M Larroude, C Avatte, G Pendo, M Pérez Rodríguez, G Rodríguez Falabella, L Saavedra, M Travaglia, G Rodríguez Gil, S Muñoz, L Fara Naun, L García Faura, M Sánchez, R Puerta Franchi, Y López Oliva, L Raiti, S Tedesco, G Betancur, M Papagno, M Guinsburg, M Sandi Rosales, J Hogrefe, A Martínez Muñoz, M Lázaro, M Riverto, P Avendaño, G Naswetter, A Luissi, M Gaona, B Pérez Cepas, V Wernicke, F Chiardola, M Salcedo, Y Chichotky, J Velasco Zamora, M Trapp, S Vélez, A Marcos, C Krupa, C Chimenti, A Costi, N Højberg, T Martínez Valda, R Movia, M Quispe Villanueva, J Vandale, A Estévez, A Abalo, J Velasco, G Ramos, N Errico, M Heredia, M Aguerrebere, G Chirott, M Aguirre, M Albin, S Arguello, P Ávila, J Bande, R Barron, F Benavidez, I Blazevic, E Bresan, E Castell, J Cortez Chavarría, M Croce, C Crow, T Grosello, J Duhau, V Durigan, M Fressa, F Giordano, E Ganburd, M Girard Bosch, A González, L González Llanos, O Grojsman, S Hourcle, M Landi, C Laurito, J López, M Meiller López, G Luna, V Malah, M Marengo, M Otero, M Pera, M Perak, S Porta, M Rebon, L Rodríguez, A Salas, F Salinas, L Salinas, M Santillán, E Scheines, A Sirera, A Sosa, A Troha, C Uña, M Velloso, M Viola, F Vivero, A Vulcano, C Waimann, P Yujra Ventura, M Quagliá, D Domingo, C Correa, J Flores, V Gervasoni, C Morales, M Oliver, M Pizio, I Quenard, M Velázquez, G Verna, C Viacava, S Catalán Pellet, M Collado, P Álvarez Sepúlveda, D Battaglia, A Deiuliis, Noelia German, M Laffont, E Lancioni, C Ledesma Campanini, M Regidor, Julio C. Urrutia, L Vargas Rojas, H Zerbi, C Calle, M Macaudier, M Wulff, **Emilce SCHNEEBERGER**

ARPBA

**INTRODUCCIÓN:** La prevalencia mundial de espondiloartritis axial (EspAax) varía entre 0.1% a 1.4%, este amplio rango puede explicarse principalmente por la prevalencia del alelo HLA-B27, que difiere entre las diferentes áreas geográficas. La composición étnica de Argentina es variada debido a sus distintos flujos migratorios y su distribución varía según la región. Carecemos de datos sobre la prevalencia de la EspAax en nuestro país.

**OBJETIVOS:** Estimar la prevalencia diagnóstica de EspAax en la región geográfica que representa la filial ARPBA de la SAR y analizar las características socio-demográficas y clínicas de esta enfermedad.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Ídem anteriores.

**RESULTADOS:** Un total de 187/207 (90.3%) reumatólogos de la filial ARPBA aceptaron participar del estudio. La población adulta total en la provincia de Buenos Aires es de 12.260.562 habitantes. Hasta la fecha del primer cierre (15/7/22) para este análisis, 1043 pacientes con EspAax según criterios ASAS 2009 fueron registrados, correspondiendo a una prevalencia de 0,0085%. Los pacientes tienen una edad promedio 48.9 años ( $\pm 13.5$ ), 610 (58.5%) son de sexo masculino, 458 (43.9%) mestizos y 456 (43.7%) caucásicos. El tiempo mediano de evolución de la EspAax fue de 10 años (RIC 5-20) y la demora mediana al diagnóstico de 2 años (RIC 1-7). 692 pacientes (66.3%) fueron clasificados como EA. En cuanto a los subtipos de EspAax: pura 661 (63.4%), juvenil 48 (4.6%), asociada a APs 261 (25%), asociada a EII 46 (4.4%), ARe 27 (2.6%). El 12.8% de los pacientes tenían historia familiar de EspAax. Manifestaciones extra músculo-esqueléticas: uveítis (17.9%), psoriasis (25.3%) y EII (5.8%). El HLA-B27 fue realizado en 75,6% de los pacientes y 520/789 (65.9%) fueron positivos. A 962 (92.2%) de los pacientes se les solicitó radiografía de SI y a 741 (71%) RM.

**CONCLUSIONES:** Este es el primer estudio que evalúa la prevalencia de EspAax en nuestro país. Obtener datos locales es de fundamental importancia para el conocimiento detallado de esta enfermedad y poder establecer políticas de salud adecuadas.

## DATOS PRELIMINARES DE PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN LA FILIAL ARCBA DE LA SAR

**Emilce SCHNEEBERGER**, Gustavo Citera, M Correa, F Dal Para, M Rosemffet, O Cerda, T Barbich, P Giorgis, J Maldonado Cocco, L Ferreyra Garrott, J Rosa, G Alle, E Soriano, M Fenucci, V Consentino, A Lizarraga, D Scublinsky, M Caubet, L Di Lorenzo, S Gusus, C Pisoni, M Gómez, D Dubinsky, M Benegas, C Asnal, M Barrionuevo, A Eimon, O Rillo, P Maid, A Cappuccio, J Brigante, O Gut, F Sommerfleck, E Saturansky, G Medina, H Venarotti, I Bazzalo, P Pucci, M Zalazar, M Saint Martín, S Oporto Núñez, M Molina, V Bejarano, N Lloves Schenone, M Cosatti, M Sosa, M Spinetto, E Mysler, G Tate, P Tate, M Santiago, L Abbas, L Naftal, C Pappalardo, M Pissani Delgado, María De La Vega, M Della Maggiora, G Mora, C Ascimani Peña, E Blanco, M De La Torre, F Pierini, J Rubins A Smichowsky, S Soares De Souza, D Yucra Bobarín, D Marino, S Papisidero, H Dapeña, J Flores Trejo, A Riopedre, L Casalla, G Crespi, V Duarte, G Herrera, F Melo, L Mendiburo, R Remondino, S Giménez, M Acosta Felquer, J Zacariáz Hereter, M Scolnik, V Scaglioni, J Marin, P Imamura, R Alvarado, I Gandino, L Catoggio, L Lo Guidice, N Marin Zucaro, F Mollerach, M Tobar Jaramillo, N Pérez, G Gómez, J Morbiducci, A Merce, L Ingolotti, A Secco, M Tamborenea, M Mamani, N Herscovich, F Romanini, S Montoya, C Aimó, A Rollano Perasso, M Jiménez, J Villafañe Torres, D Noe Duartes, A Gómez, C Zaffarana, G Bartel, M Stessens, G Casado, Víctor Caputo, C Romeo, M Izaguirre Germain, E Kerberg, M Micelli, M Fornaro, A Baños, S Scarafia, G Castelli, J Hofman, D Mata, A Nitsche, A Orden, J Scali, A Allievi, C Baied, R Berruezo, S Leal Castro, A Longo, N, Mariasch, A Ramírez Rodríguez, E Serrano, C Troitino, M Uemura, S Visentini, C Caballero, D Sevilla, B Virasoro, F Rosman, C Amitrano, M Acevedo, M Dalpiaz, R Hassan, R Quiróz, M Perandones, C, Perandones, M Antoniol, J Sevillano Gutiérrez, G Earsman, A Gallacher, H Laborde, G Abritta, M Capozzi, M Cowan, A Álvarez, R Ceitlin, P Aicardi, G Araujo, F Ariel, A Ayala, E Ayllon Orellana, M Balderrama Márquez, G Bovea Castel, A Brenner, Y Brozovic Romero, G Calizaya Enríquez, J Caracciolo, M Medina, M Sabelli, V Castro Coello, A Cataán Pellet, M Cavaliere, G Crespo Amaya, E De Simone, A Flores, M Hu, L Ibáñez, Y Ju, A Kostianovsky, R Lim, L Martínez, S Martins, T Medrano Claire, L Ortiz Mateus, S Pérez, M Pérez Bertana, A Dávila Pérez, N Perrotta, S Petruzzelli, F Robalino, G Rodríguez, V Romero, C Vollenwider, C Sánchez Andia, M Tapia Moreira, F Villalobos, M Morín, Gonzalo Pacheco, M Ceballos Recalde, J Astudillo Andrade, A Battaglia, F Camargo Serrudo, E Graizman E, G Lancioni, F Maldonado, R Murciano, E Tralce, M Varela

ARCBA

**INTRODUCCIÓN:** La prevalencia mundial de espondiloartritis axial (EspAax) varía entre 0.1% a 1.4%, este amplio rango puede explicarse principalmente por la prevalencia del alelo HLA-B27, que difiere entre las diferentes áreas geográficas. La composición étnica de Argentina es variada debido a sus distintos flujos migratorios y su distribución varía según la región. Carecemos de datos sobre la prevalencia de la EspAax en nuestro país.

**OBJETIVOS:** Estimar la prevalencia diagnóstica de EspAax en la región geográfica que representa la filial ARCBA de la SAR y analizar las características sociodemográficas y clínicas de esta enfermedad.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Ídem anteriores.

**RESULTADOS:** Un total de 211/222 (95%) reumatólogos de la filial ARCBA aceptaron participar del estudio. La población adulta total de la región es de 2.286.210 habitantes. Hasta la fecha del primer cierre (15/7/22) para este análisis, 225 pacientes con EspAax según criterios ASAS 2009 fueron registrados, correspondiendo a una prevalencia de 0.01%. Estos pacientes tienen una edad promedio 49 años ( $\pm 13$ ), 147 (65.3%) son de sexo masculino y 128 (56.9%) caucásicos. El tiempo mediano de evolución de la EspAax fue de 13 años (RIC 6-22) y la demora mediana al diagnóstico de 2 años (RIC 0.5-6). 133 pacientes (59.1%) fueron clasificados como EA. En cuanto, a los subtipos de EspAax: pura 151 (67.1%), juvenil 12 (5.3%), asociada a APs 40 (17.8%), asociada a EII 15 (6.7%), ARe 7 (3.1%). El 14.7% de los pacientes tenían historia familiar de EspAax. Manifestaciones extra músculo-esqueléticas: uveítis (26.2%), psoriasis (18.7%) y EII (7.1%). El HLA-B27 fue realizado en 80% de los pacientes y 126/180 (70%) fueron positivos. A 208 (92.4%) de los pacientes se les solicitó radiografía de SI y a 166 (73.8%) RM.

**CONCLUSIONES:** Este es el primer estudio que evalúa la prevalencia de EspAax en nuestro país. Obtener datos locales es de fundamental importancia para el conocimiento detallado de esta enfermedad y poder establecer políticas de salud adecuadas.

## COMPONENTES DEL DAS28-VSG Y SU VARIACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS ESTADIOS DE ENFERMEDAD EN ARTRITIS REUMATOIDEA

Servio Antonio Dávila Jurado<sup>1</sup>, Carla Andrea MUÑOZ TORRES<sup>1</sup>, María Florencia Milesi<sup>2</sup>, Arias Lorena<sup>2</sup>, Cecilia Battaglia<sup>1</sup>, Gustavo Medina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>DIVISIÓN REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, UBA, <sup>2</sup>HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, UBA

**INTRODUCCIÓN:** La evaluación de la actividad de la enfermedad en la artritis reumatoidea (AR) a través de medidas objetivas es fundamental para la toma de decisiones terapéuticas y el pronóstico de los pacientes. El DAS28-VSG (*Disease Activity Score in 28 Joints*) es uno de los índices más utilizados en la práctica clínica que combina información del número de articulaciones inflamadas, número de articulaciones dolorosas, reactivantes de fase aguda (VSG o PCR) y valoración global de la enfermedad estimada por el propio paciente. Sin embargo, la aplicación categórica del DAS28-VSG en la toma de decisiones clínicas es cuestionable, debido a que presenta ciertas limitaciones como el elevado peso de las articulaciones dolorosas en su fórmula que se valoran el doble que las articulaciones tumefactas, lo que en algunos pacientes con fibromialgia concomitante puede sobreestimarse, la omisión en el examen clínico de las articulaciones de los tobillos y pies o su gran sensibilidad a pequeñas variaciones de la VSG, la cual se ve influenciada por distintas condiciones como la edad, el embarazo, el sexo femenino, entre otras.

**OBJETIVOS:** Comparar los valores de cada componente del índice DAS28-VSG y determinar si existen diferencias significativas entre los distintos estadios de actividad clínica.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo y transversal. Se incluyeron pacientes con AR (ACR/EULAR 2010). Se analizó el estadio clínico de cada paciente de acuerdo al valor de DAS28-VSG correspondiente a la última consulta. Se agruparon los pacientes en remisión, baja, moderada o alta actividad de acuerdo a límites pre establecidos. Se registraron las variables clínicas, demográficas y asociadas al tratamiento, se calcularon los valores medios de cada componente del DAS28-VSG en cada estadio de actividad. Se evaluó si existían diferencias significativas de cada componente entre los estadios. La diferencia se analizó mediante ANOVA o prueba de Kruskal-Wallis según corresponda.

**RESULTADOS:** Se registraron las historias clínicas de 284 pacientes. La mayoría eran mujeres (90.5%) con una media de edad de 54.6 $\pm$ 14 años y una duración de la enfermedad de 10.3 $\pm$ 10 años, 93% eran seropositivos, 66.7% tenían doble positividad para FR y anti CCP y el 59.5% tenía compromiso erosivo. Un 36% utilizaba medicamentos de alto costo (biológicos o anti JAK). 77/102 (76.3%) continuaban con la medicación al momento del estudio. El DAS28-VSG promedio fue de 3.34 $\pm$ 1.39. Se distribuyeron a los pacientes por actividad de la enfermedad según DAS28-VSG: remisión 97/284 (34.1%), baja actividad 48/284 (16.9%), moderada actividad 102/284 (35.92%) y alta actividad 37/284 (13%). El uso de medicamentos de alto costo no tuvo diferencias entre los grupos (p=0.6).

Los valores medios de los componentes del DAS28-VSG en cada estadio de actividad se registran en la Figura 1. Se compararon los componentes del DAS28-VSG entre remisión y baja actividad de la enfermedad encontrándose diferencias en todos ellos (NAD p=0.05, NAI p=0.001, VSG p= 0.001 y VAS p=0.001). Entre baja y moderada actividad, se encontraron diferencias en NAD (p=0.001), NAI (p=0.001) y VAS paciente (p=0,04). No hubo diferencias con respecto a los valores de VSG (p=0.19). Entre moderada y alta actividad, se encontraron diferencias en los componentes del examen clínico NAD (p=0.001) y NAI (p=0.001) y VAS (p=0.001). No hubo diferencias con respecto a los valores de VSG p=0.2.

**CONCLUSIONES:** Al comparar grupos contiguos, los valores medios de VSG fueron significativamente distintos solo entre el grupo en remisión y baja actividad. No hubo diferencias entre el resto de los grupos. Al contrario, los componentes que incluían evaluaciones articulares y la evaluación por parte del paciente fueron diferentes entre todos los grupos de pacientes.

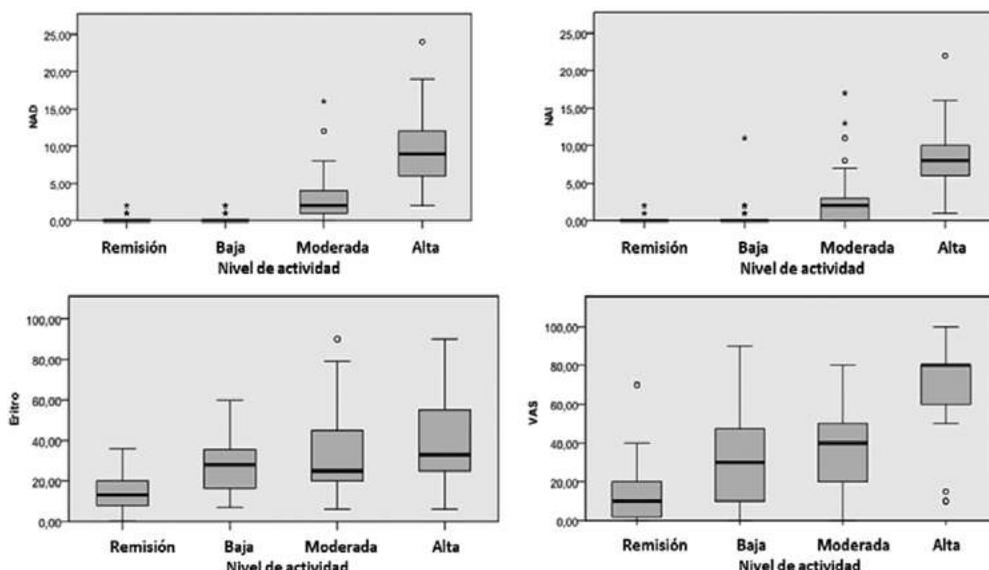


Figura 1: Componentes del DAS28-VSG en cada estadio de actividad.

## ¿LA ASOCIACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO IDENTIFICA UN FENOTIPO DIFERENTE?

**Mercedes Argentina GARCÍA<sup>1</sup>**, Alberto Spindler<sup>2</sup>, Paula Alba Moreyra<sup>3</sup>, Analía Álvarez<sup>4</sup>, Susana Roverano<sup>5</sup>, Cecilia Pisoni<sup>6</sup>, Rosana Quintana<sup>7</sup>, César Graf<sup>8</sup>, Belén Virasoro<sup>9</sup>, Catalina Gómez<sup>9</sup>, Heber Figueredo<sup>10</sup>, Silvia Papisidero<sup>11</sup>, Raúl Paniago<sup>12</sup>, María Celina de la Vega<sup>13</sup>, María Julia Santa Cruz<sup>11</sup>, Emma Civit<sup>14</sup>, Luciana González Lucero<sup>15</sup>, María Victoria Martire<sup>16</sup>, Rodrigo Aguila Maldonado<sup>17</sup>, Carla Gobbi<sup>18</sup>, Romina Nieto<sup>19</sup>, Gretel Rausch<sup>20</sup>, Vanina Góngora<sup>21</sup>, Cristina Battagliotti<sup>22</sup>, Agustina D'amico<sup>23</sup>, Alberto Allievi<sup>24</sup>, Diana Dubinsky<sup>25</sup>, Alberto Orden<sup>26</sup>, Johana Zacarias Hereter<sup>27</sup>, Juan Manuel Vandale<sup>28</sup>, Julia Romero<sup>29</sup>, Mariana Alejandra Pera<sup>17</sup>, Mario Goñi<sup>30</sup>, Oscar Rillo<sup>31</sup>, Roberto Báez<sup>32</sup>, Valeria Arturi<sup>17</sup>, Andrea González<sup>33</sup>, Florencia Vivero<sup>34</sup>, María Marcela Schmid<sup>35</sup>, Víctor Caputo<sup>36</sup>, María Silvia Larroudé<sup>37</sup>, Nadia Domínguez<sup>38</sup>, Marina Micelli<sup>38</sup>, Graciela Gómez<sup>39</sup>, Graciela Nora Rodríguez<sup>17</sup>, Josefina Marin<sup>27</sup>, Marisa Jorfen<sup>30</sup>, Victoria Collado<sup>39</sup>, Zaida Bedran<sup>40</sup>, Ana Curti<sup>41</sup>, Mónica Sacnún<sup>42</sup>, Pablo Finucci Curi<sup>21</sup>, Romina Rojas Tessel<sup>43</sup>, Mariana Pera<sup>44</sup>, Maira Alejandra Arias Saavedra<sup>45</sup>, Maximiliano Machado Escobar<sup>46</sup>, Pablo Astesana<sup>18</sup>, Úrsula Paris<sup>47</sup>, Lucila García<sup>48</sup>, Marina García Carrasco<sup>49</sup>, Marina Werner<sup>50</sup>, Bernardo Pons-Estel<sup>51</sup>

<sup>1</sup>HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, <sup>2</sup>CENTRO MÉDICO PRIVADO DE REUMATOLOGÍA, <sup>3</sup>HOSPITAL CÓRDOBA, <sup>4</sup>HOSPITAL PENNA BUENOS AIRES, <sup>5</sup>HOSPITAL J.M. CULLEN, <sup>6</sup>CEMIC, <sup>7</sup>SANATORIO PARQUE S.A., <sup>8</sup>CENTRO MÉDICO MITRE, <sup>9</sup>HOSPITAL CENTRAL DE FORMOSA, <sup>10</sup>HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD JUAN D. PERÓN, <sup>11</sup>HOSPITAL TORNÚ, <sup>12</sup>CENTRO PRIVADO DE REHABILITACIÓN S.R.L., <sup>13</sup>CEIM INVESTIGACIONES MÉDICAS, <sup>14</sup>CENTRO HOSPITAL DEL CARMEN, <sup>15</sup>HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, <sup>16</sup>HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, <sup>17</sup>HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, <sup>18</sup>SANATORIO ALLENDE, <sup>19</sup>HOSPITAL PROVINCIAL, <sup>20</sup>CONSULTORIO PRIVADO, <sup>21</sup>HOSPITAL SAN MARTÍN, <sup>22</sup>HOSPITAL DE NIÑOS DR. ORLANDO ALASSIA, <sup>23</sup>HOSPITAL PENNA DE BAHÍA BLANCA, <sup>24</sup>CONSULTORIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES, <sup>25</sup>HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, <sup>26</sup>HOSPITAL AERONÁUTICO CENTRAL, <sup>27</sup>HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, <sup>28</sup>HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, <sup>29</sup>CLÍNICA ALVEAR, <sup>30</sup>CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS, <sup>31</sup>HOSPITAL IGNACIO PIROVANO, <sup>32</sup>HOSPITAL DE GENERAL ROCA, <sup>33</sup>HOSPITAL EVA PERÓN DE SAN MARTÍN, <sup>34</sup>HOSPITAL PRIVADO DE LA COMUNIDAD, <sup>35</sup>HOSPITAL ÁNGELA IGLESIA DE LLANO, <sup>36</sup>SANATORIO JUNCAL, <sup>37</sup>CONSULTORIO PRIVADO, <sup>38</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS RAMOS MEJÍA, <sup>39</sup>INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI, <sup>40</sup>HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS RAMÓN MADARIAGA, <sup>41</sup>HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE, <sup>42</sup>HOSPITAL PROVINCIAL, <sup>43</sup>HOSPITAL SR. DEL MILAGRO, <sup>44</sup>HOSPITAL PADILLA, <sup>45</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS RAMOS MEJÍA, <sup>46</sup>HOSPITAL EVA PERÓN, <sup>47</sup>HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS RAMÓN MADARIAGA, <sup>48</sup>HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, <sup>49</sup>HOSPITAL DE CLÍNICAS, <sup>50</sup>HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS, <sup>51</sup>SANATORIO PARQUE

**INTRODUCCIÓN:** La asociación del síndrome antifosfolípido (SAF) al lupus eritematoso sistémico (LES) es pasible de modificar la expresión de ambas enfermedades y definir un subgrupo específico que requiere de un manejo diferente.

**OBJETIVOS:** Analizar en la corte RELESSAR transversal los pacientes con SAF y compararlos con aquellos que no desarrollan el síndrome.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, observacional y analítico, a partir de la base de datos del registro nacional de LES de la Sociedad Argentina de Reumatología (RELESSAR). Se incluyeron pacientes adultos (ACR82/1997) y se registró la presencia de manifestaciones criterios de clasificación de Sídney para SAF. Se recolectaron datos sociodemográficos, tiempo de evolución de la enfermedad y retraso en el diagnóstico. Se determinó el perfil de anticuerpos antinucleares (ANA), anti-Sm, anti-DNAc (en la última evaluación del paciente), anti-Ro/SSA, anti-La/SSB, anti-RNP, anti-cardiolipinas IgM/G, anti-beta2 glicoproteína I IgM/G e inhibidor lúpico), comorbilidades y tratamientos. Además, se discriminaron los índices de actividad (SLEDAI) y de daño de los pacientes incluidos (SDI).

**RESULTADOS:** Se registraron 1422 pacientes con LES en la base RELESSAR. De ellos 547/1422 (38.5%) presentaron anticuerpos antifosfolípidos y 160/1422 (11.25%) cursaban el SAF. Las manifestaciones fueron trombóticas en 65.7% y obstétricas en 34.3% de los casos. Los pacientes con SAF, comparados con el resto de la población del registro, se caracterizaron por tener mayor edad (42.6±13.5 vs 38.8±13.9, p<0.001), mayor duración del LES (Mediana [Q1, Q3] 112 [41.6, 199] vs 71.2 [30.2, 139], p<0.001), mayor retraso en el diagnóstico (Mediana (SD) 24.0 ±49.5 vs 14.3±44.2, p=0.0728). No hubo diferencias serológicas, excepto por la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (p<0.001). Con mayor frecuencia cursaron úlcera gastroduodenal (10.1% vs 4.4%, p=0.006), cardiopatía isquémica (5.1% vs 0.7%, p<0.001), TEP (6.4% vs 0.4%, p<0.001), ACV (19.4% vs 1.7%, p<0.001), enfermedad arterial periférica (4.5% vs 0.9%, p=0.003). De las manifestaciones incluidas en SLEDAI cursaron más frecuentemente vasculitis (14.6% vs 7.01%, p=0.003), síndrome orgánico cerebral (10.3% vs 3.9%, <0.001), cefalea (18.1% vs 11.8%, p=0.016), neuropatía central o periférica 1.9% vs 0.3%, p=0.002). También tuvieron mayor diagnóstico de cáncer (5.8% vs 2.4%, p=0.033). Cursaron mayor número de hospitalizaciones por LES (Mediana (SD) 2.29±1.6 vs 1.70±1.3, p<0.001), tuvieron mayor índice de comorbilidades de Charlson (Mediana 2.43±1.9 vs 1.93 ±1.4, p<0.001) así como índices de daño (Mediana (SD) 1.5±1.6 vs 0.9 ±1.3, p<0.001). No hubo diferencias en cuanto a tratamientos con antipalúdicos (90.0% vs 88.6%, p=0.677) ni inmunosupresores, tampoco con biológicos al tiempo del registro, pero sí el antecedente de haber recibido rituximab (10.1% vs 3.4%, p<0.001). También difirió el tratamiento con AAS (42.0% vs 13.7%, p<0.001) y anticoagulantes orales en la última evaluación (39.3% vs 2.6%, p<0.001). La mortalidad fue similar en ambos grupos (2.5% vs 2.7%). En el análisis de variables múltiples (Tabla) persistió la asociación de los pacientes con SAF a ser con menos frecuencia de etnia mestiza (p=0.01), cursar comorbilidades (p=0.02) y tener índices de daño (p=0.001).

Características	Univariado			Multivariado			
	n	OR1	95% CI1	p valor	OR1	95% CI1	p valor
Etnia mestiza vs caucásica		0.64	0.45-0.92	0,016	0.63	0.43 - 0.91	0.014
Índice de Charlson	1.422	1.19	1.08-1.30	<0.001	1.12	1.01 - 1.24	0.021
SLICC ACR-DI	1.422	1.26	1.14-1.39	<0.001	1.2	1.07 - 1.34	0.001

**CONCLUSIONES:** El 11.25% de los pacientes con LES presentaron SAF asociado. Ser de etnia mestiza resultó protector para su desarrollo y los pacientes se caracterizaron por cursar, independientemente de las manifestaciones propias del síndrome, con mayor frecuencia comorbilidades y daño irreversible, identificando de esta manera un fenotipo de mayor severidad de la enfermedad y potencialmente de peor pronóstico.

## ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN ARGENTINA: USO, SATISFACCIÓN Y ACCESIBILIDAD

María Soledad GÁLVEZ ELKIN<sup>1</sup>, Natalia Anahí Estrella<sup>2</sup>, María Jezabel Haye Salinas<sup>3</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA, <sup>2</sup>CENTRO DE COLUMNA, <sup>3</sup>CEMMA-UNLAR

**INTRODUCCIÓN:** El uso de la ultrasonografía músculo-esquelética (USME) en Reumatología ha crecido en las últimas décadas. El Colegio Americano de Reumatología (ACR) y La Liga Europea Contra el Reumatismo (EULAR) recomiendan el uso de la USME para confirmar la presencia de sinovitis en articulaciones sintomáticas y asintomáticas, monitorizar actividad inflamatoria y como guía de artrocentesis. Desde hace pocos años se considera necesaria la formación de residentes, lo que crea heterogeneidad en su uso y aplicación.

**OBJETIVOS:** Conocer el nivel de utilización de la USME entre los reumatólogos de la SAR. Determinar la accesibilidad a la formación y/o utilización de la USME en nuestro país.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se envió encuesta a todos los socios SAR en dos oportunidades, quienes respondieron en forma voluntaria y anónima. El análisis estadístico se realizó con SPSS Statistics Version 24 (IBM Corporation, Armonk, New York, USA).

**RESULTADOS:** Se obtuvieron 174 respuestas, de estos el 61.5% (107) fueron de género femenino con una edad promedio de 46.4±11.3 años y un promedio de 20.5±11.28 años de ejercicio de la medicina. El 58,0% (101) fueron reumatólogos, el 40,0% (69), médicos clínicos y reumatólogos, y 2,0% (4) restante otras especialidades. El 50,0% (87) ejerce su tarea laboral en instituciones públicas y privadas. El 98,0% (171) conocen las indicaciones de la USME, el 96,0% (167) solicitan este método en la práctica diaria y el 98,9% (172) le tiene confianza como método de diagnóstico y/o de seguimiento. La gran mayoría prefiere que la realice un reumatólogo (82,2%-143). Obtuvieron información de la utilidad la USME Clase de postgrado 115 (66,1%), residencia 83 (47,7%), congresos/jornadas 124 (71,3%), publicaciones 17 (9,8%), otros 26 (15,0%). El 62,9% de los menores de 40 años tienen formación en ecografía frente al 39,3% de los de 41-60 años y 32,1% de los mayores 60 años. p0.005. La edad no tiene relación con la confianza ni con la utilidad de la USME.

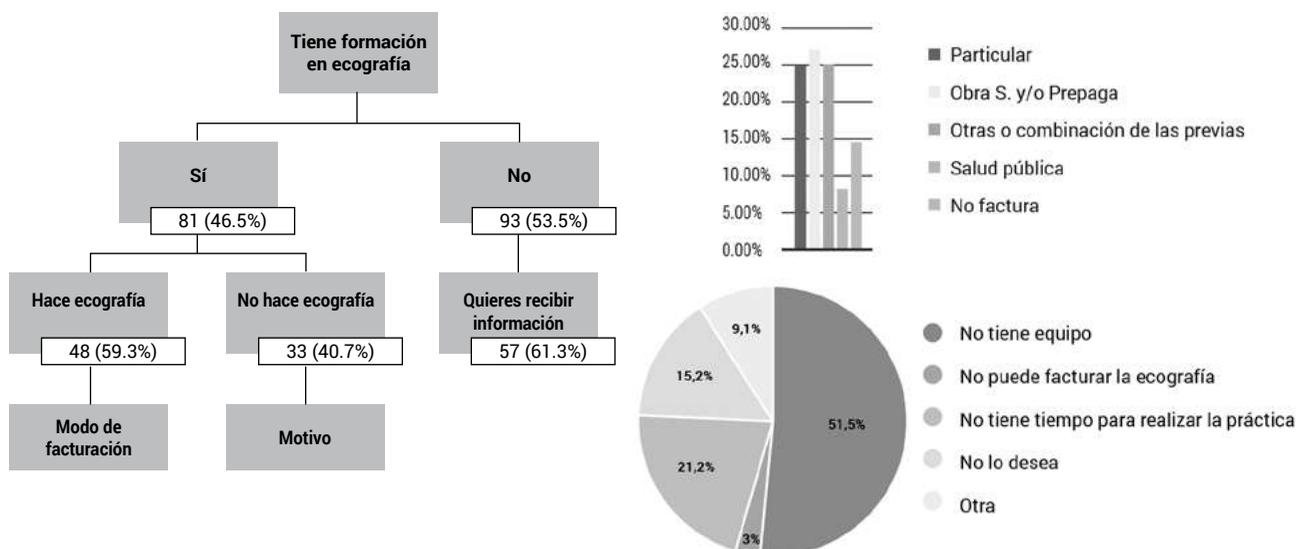


Figura: Datos de formación y realización de ecografía.

**CONCLUSIONES:** Hay un amplio conocimiento de la utilidad, indicación y confianza de la USME entre los socios de SAR que respondieron la encuesta. Un poco menos de la mitad de los encuestados está formado en realizar ecografía, de ellos el 41% no la realiza generalmente por no tener acceso al equipo y de los que sí la realizan, hay un 15% que no la puede facturar

## PENFIGOIDE OCULAR CICATRIZAL: ANÁLISIS DESCRIPTIVO MULTICÉNTRICO

Andrea María SMICHOWSKI<sup>1</sup>, Ariana Ringer<sup>2</sup>, Ramiro Adrián Gómez<sup>3</sup>, María Belén Virasoro<sup>4</sup>, Emmanuel Bertiller<sup>5</sup>, Alex Kostianovsky<sup>4</sup>, Sebastián Andrés Muñoz<sup>4</sup>, Marina Delpiaz<sup>6</sup>, Shirley Caballero<sup>7</sup>, Carlos Siegrist<sup>8</sup>, Brian Marcelo Abdala<sup>9</sup>, Marcelo Abdala<sup>9</sup>, Serenela Chulibert<sup>9</sup>, Antonio Jorge Chemez<sup>10</sup>, Daniel Germán Grossi<sup>11</sup>, Eduardo Rubin<sup>11</sup>, Marisa Jorfen<sup>8</sup>, Mario Goñi<sup>8</sup>, María Judith Albanese<sup>1</sup>, Liliána Martínez<sup>5</sup>, Eliana Segretin<sup>12</sup>, Mauro Martini<sup>12</sup>, Eduardo Premoli<sup>12</sup>, Javier Rosa<sup>12</sup>, Nora Aste<sup>13</sup>, Paula Cecilia Holzman<sup>14</sup>, Claudia Fabiana Sa<sup>15</sup>, Ignacio Gandino<sup>12</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL MILITAR CENTRAL 601, CIRUJANO MAYOR DR. COSME ARGERICH, CONSULTORIO PRIVADO VICENTE LÓPEZ, <sup>2</sup>CLÍNICA Y LABORATORIO INMUNOLÓGICO ESPECIALIZADO (CM/LABI), HOSPITAL DEL CENTENARIO, <sup>3</sup>HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS, <sup>4</sup>CONSULTORIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES, <sup>5</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN ANTONIO FERNÁNDEZ, <sup>6</sup>HOSPITAL CHURRUCUA VISCA, <sup>7</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G DURAND, <sup>8</sup>CLÍNICA Y LABORATORIO INMUNOLÓGICO ESPECIALIZADO (CM/LABI), <sup>9</sup>HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, <sup>10</sup>CONSULTORIO DE REUMATOLOGÍA, PARANÁ, <sup>11</sup>GRUPO OFTALMOLÓGICO ALFA, <sup>12</sup>HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, <sup>13</sup>CONSULTORIO PRIVADO, RESISTENCIA, <sup>14</sup>INSTITUTO MÉDICO HOLZMAN, <sup>15</sup>REUMA & REHABILITACIÓN

**INTRODUCCIÓN:** El penfigoide de membranas mucosas es una enfermedad inflamatoria sistémica, crónica, cicatrizal, de etiología autoinmune y baja incidencia, caracterizada por la aparición de lesiones ampollares y cicatrizales subepiteliales que afectan a las mucosas de todo el cuerpo. La afectación ocular aislada ha sido denominada clásicamente penfigoide ocular cicatrizal (POC) pudiendo, en algunos casos, conducir a la ceguera irreversible si no se trata tempranamente. El objetivo de la terapia es suprimir la inflamación y evitar la cicatrización y las complicaciones asociadas, y suele utilizarse un tratamiento escalonado para lograrlo.

**OBJETIVOS:** Analizar los datos clínicos/epidemiológicos, los tratamientos instaurados y la evolución de pacientes con POC en diferentes centros de reumatología del país.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, retrospectivo, de revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de POC de diferentes centros de Reumatología de la República Argentina, previamente diagnosticados por un oftalmólogo, desde mayo de 2006 a julio de 2022.

**RESULTADOS:** Se analizaron 147 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de POC, en su mayoría con biopsia confirmatoria (62%). Un 72% fueron de sexo femenino. La mediana de edad al diagnóstico fue 65 años (RIC 57-73), la mediana de evolución de enfermedad 2 años (RIC 0-4) y la mediana de retraso diagnóstico 30 meses (RIC 10.5-68.5). La mayoría de los pacientes (72%) fueron diagnosticados en los últimos 5 años. Sobre 120 pacientes que tenían informe de estadio de Foster, 73% presentaban un estadio II o menor (Foster/n: 0/9; 1/43; 2/36; 3/18; 4/14). El 29% presentaron otra enfermedad autoinmune asociada y la más frecuente fue el síndrome de Sjögren. El tratamiento más utilizado fue el metotrexato (80% de los pacientes) y 62.5% continuaba dicha medicación hasta el final de la observación. El 30% de los pacientes debieron rotar el tratamiento para controlar la enfermedad y las drogas más utilizadas fueron micofenolato, azatioprina, y ciclofosfamida. Cuando se discriminó los pacientes por tratamientos actuales según estadio de Foster (n:120), los pacientes en estadios más temprano (0, I y II) utilizaron con más frecuencia metotrexato (60%). Micofenolato, azatioprina y ciclofosfamida fueron utilizados en pacientes con estadios de foster II o mayor, mientras que el rituximab fue utilizado únicamente en estadios de Foster 4. El 58% de los pacientes utilizó esteroides sistémicos en algún momento y el 23% continuaba con los mismos en la última consulta. El 12% de todos los pacientes tratados presentó algún evento adverso que llevó a la suspensión de la droga (dapsona, metotrexato, azatioprina, ciclofosfamida y micofenolato). Se registró una muerte por sepsis secundaria a ciclofosfamida. El estadio de Foster progresó en el 31% de los pacientes a pesar del tratamiento y 8,1% (n:12) progresaron a la ceguera.

**CONCLUSIONES:** La mayoría de los pacientes fueron diagnosticados en los últimos años y tres cuartas partes presentaron estadios clínicos iniciales (Foster II o menor). Por la naturaleza inflamatoria, autoinmune, progresiva y cicatrizal del POC es fundamental el inicio temprano de la terapia inmunosupresora para evitar sus secuelas. En nuestra serie el metotrexato fue la droga más utilizada, lo que parecería ser una alternativa eficaz y segura para el abordaje inicial de estos pacientes, debiendo escalar el tratamiento según la evolución. Ensayos clínicos futuros podrán comprobar esta observación. El manejo interdisciplinario entre reumatólogos y oftalmólogos es de vital importancia y requiere de una comunicación fluida durante todo el seguimiento de estos pacientes.

1903

## FRECUENCIA DEL COMPROMISO CARDÍACO PRIMARIO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. DATOS DEL REGISTRO RELESSAR TRANSVERSAL

Rodrigo Alejandro AGUILA MALDONADO<sup>1</sup>, Rosana M. Quintana<sup>2</sup>, Carla Gobbi<sup>3</sup>, Lucila García<sup>4</sup>, Paula Alba<sup>5</sup>, Susana Roverano<sup>6</sup>, Cecilia Pisoni<sup>7</sup>, Catalina Gómez<sup>8</sup>, Heber Matías Figueredo<sup>9</sup>, María Celina De la Vega<sup>10</sup>, Emma Civit<sup>11</sup>, Romina Nieto<sup>12</sup>, Gretel Rausch<sup>13</sup>, Vanina Góngora<sup>14</sup>, Alberto Omar Orden<sup>15</sup>, Johana Belén Zacarías Hereter<sup>16</sup>, Julia Romero<sup>17</sup>, Mariana Pera<sup>4</sup>, Victoria Martire<sup>18</sup>, Mario Alberto Goñi<sup>19</sup>, Roberto Báez<sup>20</sup>, Valeria Arturi<sup>4</sup>, Andrea Vanesa González<sup>21</sup>, Florencia Vivero<sup>22</sup>, Víctor Caputo<sup>23</sup>, Nadia Domínguez<sup>24</sup>, María Silvia Larroudé<sup>13</sup>, Graciela Rodríguez<sup>13</sup>, Josefina Marin<sup>16</sup>, María Victoria Collado<sup>13</sup>, Pablo Finucci Curi<sup>13</sup>, Ivana Romina Rojas Tessel<sup>25</sup>, Maira Alejandra Arias Saavedra<sup>13</sup>, María Emilia Sattler<sup>26</sup>, Maximiliano Machado Escobar<sup>21</sup>, Pablo José Astesana<sup>13</sup>, Úrsula Vanesa París<sup>13</sup>, María Julia Santa Cruz<sup>13</sup>, Juan Manuel Vandale<sup>13</sup>, Bernardo Pons-Estel<sup>13</sup>, Mercedes García<sup>4</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA, <sup>2</sup>CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (CREAR), <sup>3</sup>SANATORIO ALLENDE, <sup>4</sup>HIGA GENERAL SAN MARTÍN, <sup>5</sup>HOSPITAL CÓRDOBA, <sup>6</sup>HOSPITAL J.M. CULLEN, <sup>7</sup>CEMIC, <sup>8</sup>HOSPITAL CENTRAL DE FORMOSA, <sup>9</sup>HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD PTE. JUAN DOMINGO PERÓN, <sup>10</sup>CEIM INVESTIGACIONES MÉDICAS, <sup>11</sup>HOSPITAL DEL CARMEN, <sup>12</sup>HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO, <sup>13</sup>CONSULTORIO PRIVADO, <sup>14</sup>HOSPITAL SAN MARTÍN, <sup>15</sup>HOSPITAL AERONÁUTICO CENTRAL, <sup>16</sup>HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, <sup>17</sup>CLÍNICA ALVEAR, <sup>18</sup>HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, <sup>19</sup>CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS DE ROSARIO, <sup>20</sup>HOSPITAL DE GENERAL ROCA, <sup>21</sup>HOSPITAL EVA PERÓN, <sup>22</sup>HOSPITAL PRIVADO DE LA COMUNIDAD, <sup>23</sup>SANATORIO JUNCAL, <sup>24</sup>HOSPITAL RAMOS MEJÍA, <sup>25</sup>HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, <sup>26</sup>HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN

**INTRODUCCIÓN:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad multisistémica. Los pacientes con LES tienen mayor riesgo cardiovascular que contribuye al deterioro de la calidad de vida y constituye una de las principales causas de mortalidad.

**OBJETIVOS:** Describir la frecuencia de compromiso cardíaco primario en pacientes con LES del registro RELESSAR transversal, y los factores de riesgo asociados.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, transversal, realizado con el registro RELESSAR transversal. Se describen variables sociodemográficas, clínicas del LES, tratamientos instaurados, comorbilidades a través del índice de Charlson, *score* de actividad (SLEDAI) y *score* de daño (SDI). El compromiso cardíaco primario debido al LES se definió como la presencia de al menos uno de los siguientes: pericarditis, miocarditis, endocarditis, arritmias y/o valvulopatías. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, comparación entre grupos según la presencia del compromiso cardíaco primario debido al LES y un modelo de regresión logística para evaluar cuáles fueron los factores asociados.

**RESULTADOS:** Se estudiaron 1515 pacientes, 437 presentaron manifestaciones cardíacas. El compromiso cardíaco fue más frecuente en hombres (11.2% vs 7% p=0.01) y con mayor duración del LES (95.7 vs 68.8 meses; p<0.001). Dentro de las características clínicas, la presencia de úlceras mucosas (58.9% vs 49.2% p<0.001), pleuritis (57.5% vs 15.1% p<0.001), nefritis lúpica (49.2% vs 40% p=0.0017), leucopenia (55.3% vs 46.6% p=0.003), linfopenia (41.3% vs 32.9% p=0.002), trombocitopenia (22.6% vs 17.4% p=0.024), enteropatía perdedora de proteínas (51.9% vs 41.2% p<0.001) y presencia de cilindros celulares (40.1% vs 28.4% p<0.001) se asociaron significativamente con el compromiso cardíaco. Desde el punto de vista serológico, lo mismo sucedió con la hipocomplementemia (89.2% vs 82.2% p=0.001) y la positividad de Anti DNA (76% vs 63.9% p<0.001), antiSm (40.2% vs 30.7% p=0.001), anti Ro (47.7% vs 39.1% p=0.005) y anti La (26.4% vs 15.9% p<0.001). El diagnóstico concomitante de síndrome antifosfolípido (SAF) (14.7% vs 9.87% p=0.012) y la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (46% vs 36.5% p=0.004) sin la enfermedad fueron más frecuentes entre los pacientes con compromiso cardíaco. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (3.56% vs 1.43% p=0.016), hipertensión arterial (30.3% vs 20.4% p<0.001), fenómeno de Raynaud (41.6% vs 35% p=0.023) y accidente cerebrovascular (5.74% vs 2.78% p=0.01), fueron las comorbilidades con asociación estadística. Las hospitalizaciones por brotes de LES o interurrencias infecciosas (72.5% vs 46.2% p<0.001), la mayor actividad de la enfermedad según SLEDAI, el mayor daño medido por SDI (mediana de 1 vs 0 p<0.001) y el *score* de Charlson (2.25 vs 1.85 p<0.001), también mostraron relación estadísticamente significativa en el grupo de pacientes con manifestaciones cardíacas. Dosis mayores a 10 mg de prednisona o equivalente (74.8% vs 58% p<0.001), azatioprina (45.8% vs 30.4% p<0.001), ciclofosfamida (40.1% vs 30.6% p<0.001), belimumab (9.57% vs 4.71% p=0.001), ácido acetilsalicílico (33.2% vs 27.4% p=0.005), anticoagulantes orales (17% vs 9.06% p<0.001) e inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (52.4% vs 38.5% p<0.001) estuvieron asociados con significancia estadística. El SDI de los pacientes con compromiso cardíaco fue mayor y estuvo conformado sobre todo por el dominio cardíaco: 43 de ellos presentaron pericarditis, 40 enfermedad valvular, 27 cardiomiopatía y 10 angina o Bypass coronario. Las variables que

persistieron estadísticamente significativas en el análisis multivariado fueron: sexo masculino (OR 2.03, IC95% 1.12-3.64;  $p=0.018$ ), presencia de pleuritis (OR 6.94, IC95% 4.85-10.0;  $p<0.001$ ), positividad de anticuerpos antifosfolípidos (OR 1.66, IC95% 1.18-2.36;  $p=0.004$ ) y anticuerpos anti-La (OR 1.87 IC95% 1.23-2.84,  $p=0.003$ ) y mayor puntaje en el score SDI (OR 1.63, IC95% 1.43-1.86;  $p<0.001$ ).

**CONCLUSIONES:** Los pacientes lúpicos del grupo RELESSAR presentaron compromiso cardíaco primario en un 28.8% de los casos. Estas manifestaciones se asociaron significativamente a mayor representatividad del sexo masculino, pleuritis, anticuerpos antifosfolípidos y anti-La/SSB, así como a mayor daño irreversible. Esto último nos permite destacar a los pacientes que desarrollan compromiso cardíaco primario como un subgrupo de mayor severidad en sí mismo y pasibles de recibir terapias asociadas a daño irreversible.

1907

## EJERCICIO FÍSICO EN PACIENTES QUE ASISTEN A UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Karín Natali SARAVIA CHOCOBAR, Joan Manuel Dapeña, Juan Manuel Bande, María Alejandra Medina, José Ángel Caracciolo, Silvia Beatriz Papisidero

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E TORNU

**INTRODUCCIÓN:** El ejercicio físico ha demostrado ser beneficioso en la calidad de vida y salud de la población general. Reduce las probabilidades de desarrollar enfermedades no transmisibles y, en pacientes con enfermedades reumatológicas, evidenció efectos favorables mejorando la inflamación, la fuerza muscular y previniendo los efectos deletéreos sobre huesos y articulaciones.

**OBJETIVOS:** Describir la frecuencia de ejercicio físico y sus características en pacientes con enfermedades reumatológicas en seguimiento por un servicio de reumatología.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo, transversal y analítico. Se incluyeron pacientes consecutivos  $\geq 18$  años de edad, que concurren a control de su enfermedad durante un mes en consultorio vespertino. Se consignaron datos sociodemográficos, hábitos, comorbilidades, índice de masa corporal (IMC), diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad y escala visual análoga de dolor (EVA Dolor). Todos los participantes completaron un cuestionario autoadministrado sobre la práctica de ejercicio y sus características. En aquellos que no realizaban ejercicio se consignaron los motivos. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Se llevó a cabo asociaciones con pruebas de  $\chi^2$ , Fisher, T de Student o Wilcoxon, según correspondiera. Se consideró significativa  $p \leq 0.05$ .

**RESULTADOS:** Se incluyeron 109 pacientes, 89% era mujer, con una edad media de 54.9 años (DE 14.4). Un 60.5% había completado el nivel educativo primario, 29.3% el nivel secundario y 11% el nivel terciario o universitario. El 53% residía en CABA y 44% en la provincia de Buenos Aires. El 11% era tabaquista y 6.5% enolista. Las comorbilidades más frecuentes fueron: diabetes (34.6%), tiroiditis crónica (25%), hipertensión arterial (17.3%), enfermedades pulmonares (15.4%) y cardíacas (13.5%). El IMC fue de 26.9  $\text{kg/m}^2$  (DE 4.9). Un 38.5% tenían peso normal, 38.5% sobrepeso y 22.9% eran obesos. La mediana del tiempo de evolución de la enfermedad fue de 72 meses (RIC 48-168). Las patologías incluidas fueron artritis reumatoidea (48%), osteoartritis generalizada (17.4%), osteoartritis de rodilla (12.8%), osteoporosis (11.9%), fibromialgia (11%) y osteoartritis de manos (9.2%). Un 84% refirió haber presentado dolor en la última semana, con una media de EVA Dolor de 54.1 mm (DE 28.8). Las áreas más frecuentemente afectadas fueron: manos (32%), rodillas (17.9%), columna lumbar (13.1%) y carpos (9.5%). Un 35.8% ( $n=39$ ) refirió que realizaba ejercicio físico. Solo el 16.5% informó que el mismo había sido indicado por algún médico: 38.9% por reumatólogo y 33.3% por médico clínico. La frecuencia de ejercicio promedio fue de 3.8 días (DE 1.7) en la última semana, con una dedicación en el 56.4% de menos de 1 hora. En relación a la modalidad de ejercicio, el 66.7% realizaba deportes aeróbicos de bajo impacto, 41% fortalecimiento muscular, 35.9% de flexibilidad y 15.4% de equilibrio. La intensidad de la práctica fue leve en un 71.8%, moderada en el 41% y alta en el 10.2%. El 64.2% no realizaba ejercicio. Al evaluar los motivos: 52.8% refirió falta de motivación, 42.9% creía que el ejercicio incrementaría su dolor, 38.6% estaba muy cansado cuando llegaba de su trabajo, 28.6% creía que su condición lo imposibilitaba a realizar deporte, 25.7% tenía miedo de lastimarse, 20% creía que su enfermedad mejoraría si hacía reposo y 17.1% refirió no poder aprender algo nuevo a su edad. Se compararon los pacientes que realizan ejercicio y aquellos que no realizan. Se observó que los que realizaban deporte, tenían un mayor nivel educativo ( $p=0.021$ ), menor EVA Dolor ( $p=0.021$ ) y residían en Ciudad Autónoma de Buenos Aires ( $p=0.019$ ).

**CONCLUSIONES:** En los pacientes evaluados, solo el 36% realizaba ejercicio, siendo en su mayoría de intensidad leve a moderada, de bajo impacto, con una frecuencia promedio de 3.8 veces semanales y una duración  $< 1$  hora. Solo el 16.5% informó que el ejercicio había sido indicado por algún médico. Por otro lado, el 64% no realizaba ninguna práctica y un gran porcentaje tenían creencias preestablecidas de que el ejercicio empeoraría su enfermedad. Consideramos importante la educación de los pacientes y el rol del reumatólogo/a en promover esta práctica ya que resulta en beneficios potenciales para mejorar los síntomas y las comorbilidades relacionadas a la enfermedad.

1909

## PREVALENCIA DE INDICACIÓN DE b/tsDMAR SEGÚN RECOMENDACIONES EULAR 2019 EN PACIENTES CON AR. DATOS PRELIMINARES

Emilio Andrés BUSCHIAZZO<sup>1</sup>, Eugenia Picco<sup>2</sup>, Romina Rojas Tessel<sup>3</sup>, Julieta Picchi<sup>4</sup>, Daniela Alonso López<sup>5</sup>, Leticia Ibáñez Zurlo<sup>6</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL SR. DEL MILAGRO, <sup>2</sup>CONSULTORIO PARTICULAR, <sup>3</sup>HOSPITAL SR. DEL MILAGRO, <sup>4</sup>CONSULTORIO CARDIOMED, <sup>5</sup>CONSULTORIO PRIVADO, <sup>6</sup>INSTITUTO ALAS

**INTRODUCCIÓN:** La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica con predominio de compromiso articular. Las estrategias de tratamiento han avanzado en el último tiempo con el surgimiento de las drogas sintéticas dirigidas y terapias biológicas (b/tsDMAR) y su impacto en la morbimortalidad. Dicha indicación podría estar condicionada por factores inherentes al paciente, geográficos, cobertura en salud y a de los médicos tratantes.

**OBJETIVOS:** Describir el estado actual de indicación de b/tsDMAR en pacientes con AR y compararlo con la indicación según las recomendaciones EULAR 2019.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se invitó a participar a médicos reumatólogos de las provincias de Salta y Jujuy. Se incluyeron pacientes consecutivos de la consulta ambulatoria con diagnóstico de AR (ACR/EULAR 2010), que no hubieran recibido b/tsDMAR previamente, y contaran con al menos 2 consultas en los últimos 12 meses. Se consignaba si el paciente estaba o no en trámite de b/tsDMAR y se compararon aquellos con indicación según recomendaciones y que no estuvieran en trámite de dicha medicación vs el resto. Estadística: las variables categóricas se expresaron en frecuencia y porcentaje y las continuas en medianas y rangos intercuartiles y se compararon mediante test de T o test exacto de Fisher y test de T de student o Mann Whitney, se consideró un valor de  $p<0.05$  como significativo.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 49 pacientes, 42 (85.7%) de sexo femenino, con una mediana de edad de 53 años (RIC: 39-60) y tiempo de evolución de 4 años (RIC: 2-9), 42 (85.7%) de Salta Capital, 18 (36.7%) sin cobertura social, y 24 (49%) del ámbito público de atención, 23/30 (52.3%) seropositivas para CCP, 41 (93.2%) para factor reumatoideo, 1 (2.5% nodular), 13/42 (29.5%) erosivas, con una mediana de CDAI en la última consulta de 9 (RIC: 6-19) y HAQ 0.4 (0-1.5). De los 49 pacientes, 8 (16.3%) tuvieron al menos 2 visitas con moderada actividad de la enfermedad (CDAI  $\geq$ 10), estaban tratados con dosis máximas de metotrexato y tomaban alguna dosis de prednisona. Ninguno estaba tramitando b/tsDMAR, siendo las razones consignadas por el médico: 2 porque no cumplían criterios, 2 porque la actividad de la enfermedad tenía poco impacto en el paciente, 4 por difícil acceso al sistema de salud, 1 por características del paciente (por ejemplo, analfabeto o bajo nivel educacional), 1 porque el paciente no deseaba tramitar terapia biológica. Cinco (10.2%) se encontraban tramitando b/tsDMAR (3 inhibidores de JAK, 1 etanercept, 1 aún no había decidido la molécula), con una mediana de 2.5 (RIC: 2-4.25) meses de duración del trámite, de los cuales todos eran seropositivos para FR, y 3 tenían enfermedad erosiva. Todos tenían indicación de b/tsDMAR según guías aunque uno tenía solamente 1 de 3 CDAI en nivel de moderada actividad de la enfermedad. Al comparar los 8 pacientes con vs sin indicación de b/tsDMAR según guías y que no estaban gestionando medicación, se encontró más frecuencia de sexo femenino, menor edad (46 vs 52 años,  $p=0.2$ ), mayor tiempo de evolución desde el diagnóstico (8 vs 3.5 años,  $p=0.06$ ) y mayor dosis actual de prednisona (4.56 vs 2.69 mg/día,  $p=0.1$ ), aunque sin alcanzar significancia significativa. Sí hubo significativamente mayor tiempo de uso de glucocorticoides (7.25 vs 2.77 años,  $p=0.04$ ) en este grupo. Asimismo, 5/8 (62.5%) no tenían empleo y estaban en trámite o ya poseían certificado de discapacidad, 4/8 (50%) no tenían ninguna cobertura social, se atendían en el sistema público y no estaban en pareja (soltera o separada), 2/8 (25%) eran del interior de la provincia.

**CONCLUSIONES:** El 16.3% de los pacientes incluidos en este estudio tenían indicación de b/tsDMAR por recomendaciones EULAR 2019 (al menos moderada actividad de la enfermedad, metotrexato a dosis máximas e imposibilidad de suspender glucocorticoides) y no estaban tramitando ninguna medicación.

1911

## DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES PREMENOPÁUSICAS CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

Aixa Lucia MERCÉ<sup>1</sup>, Constanza Belén Arguissain<sup>1</sup>, Lía Valentina Ingolotti<sup>1</sup>, María Luz Martín<sup>1</sup>, Joan Manuel Dapeña<sup>2</sup>, Jorge Alberto Torres Trujillo<sup>2</sup>, Máximo Cosentino<sup>3</sup>, Anastasia Secco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA, <sup>2</sup>HOSPITAL ENRIQUE TORNÚ, <sup>3</sup>HIGA (HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS) SAN MARTÍN DE LA PLATA

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Sjögren (SS) se caracteriza por xerostomía y xeroftalmia, aunque puede producir síntomas por sequedad nasal, cutánea o vaginal. Las mujeres con SS primario (SSp) experimentan menos satisfacción con la actividad sexual, que puede verse afectada por la xerovagina, dolor físico y la edad. Las manifestaciones ginecológicas son un aspecto importante, pero a menudo pasado por alto.

**OBJETIVOS:** Evaluar la frecuencia de disfunción sexual (DS) en pacientes pre menopáusicas con SSp. Evaluar la relación de estos síntomas con la presencia de ansiedad y depresión, y si el grado o la presencia de ciertas características clínicas son mayores en las pacientes mujeres con SSp y DS.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional, analítico, multicéntrico, de corte transversal con recolección prospectiva de los datos. Se incluyeron pacientes premenopáusicas con diagnóstico de SSp según criterios ACR/EULAR 2016. Se excluyeron pacientes con otra enfermedad reumática autoinmune asociada, pacientes con antecedentes de: endometriosis, anomalías congénitas genitales, vulvodinia, lesiones de la piel y/o mucosa del área genital, prolapso, tumores pélvicos, cicatrices, radioterapia, quimioterapia, pacientes sexualmente inactivos durante las últimas cuatro semanas. Se utilizaron cuestionarios autorreportados para la evolución de la funcionalidad sexual femenina. Se empleó la versión en español del cuestionario *The Female Sexual Function Index* (FSFI), validado en mujeres de América Latina (a mayor puntaje mejor funcionalidad sexual, un puntaje menor a 26,55 habla de DS). El cuestionario breve para evaluar el perfil de función sexual femenina (BPFSS), validado en español, un valor menor a 20 indica que tiene poco deseo sexual, que le preocupa y/o lo angustia. Además, se evaluaron la ansiedad y depresión mediante el cuestionario *Anxiety and Depression Scale* (HADS-D y HADS A), versión validada en español. En ambos, un resultado entre 11 y 21 habla de la presencia de sintomatología relevante y probable caso de ansiedad y/o depresión. Las variables continuas se reportaron como media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC), según su distribución. Las variables categóricas se reportaron como porcentaje. Se realizó un modelo de regresión lineal múltiple, tomando como variable dependiente la disfunción sexual, ajustada por posibles confundidores. Se evaluó el desempeño del modelo; al no cumplirse el supuesto de homocedasticidad, se utilizó regresión robusta.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 38 pacientes con una mediana de edad de 38 (RIC: 33-44) y de tiempo de evolución de la enfermedad de 5 años (RIC: 2-6). El 73.68% de las pacientes tenía pareja estable, el 68.42% estaba moderadamente satisfecha con su imagen corporal y el 36.84% tomaba medicación que pudiera afectar su funcionalidad sexual. La media del FSFI fue de 19.94 $\pm$ 8, con presencia de disfunción sexual en el 76.32%. Según el cuestionario HADS-A y HADS-B, el 26.32% presentaba sintomatología relevante de ansiedad y el 13.16% de depresión, respectivamente. El BPFSS indicó que el 55.26% de las pacientes tenía poco deseo sexual, que le preocupa y/o la angustiaba. El ESSPRI arrojó una media de 3.27 $\pm$ 2, la mediana del ESSDAI fue de 0 (RIC:0-1). En el análisis univariado se observaron diferencias estadísticamente significativas en: las pacientes con pareja estable tenían un FSFI más elevado, es decir, menor DS (coeficiente  $\beta$ :7.96 IC:95%:1.95 a 13.96), a menor deseo sexual (BPFSS), mayor DS (coeficiente  $\beta$ :0.54 IC:95%: 0.25 a 0.83), y a mayor DS, mayor utilización de medicamentos que alteran la función sexual (coeficiente  $\beta$ :-7.09. IC95%:-1.59 a-12.61). En el análisis multivariado se observó asociación estadísticamente significativa e independiente del FSFI con el BPFSS (coeficiente  $\beta$ : 0.62. IC95%: 0.36-0.88) y con tener pareja estable vs aquellas que no tenían (coeficiente  $\beta$ : 5.31. IC95%: 0.32-10.30).

**CONCLUSIONES:** En nuestro estudio se pudo observar que la DS es frecuente en las mujeres premenopáusicas con SSp. Debido a esto, y su elevada relevancia, estos resultados apoyan la importancia de abordar dicho aspecto en la consulta médica para un correcto manejo de las pacientes.

## CERTOLIZUMAB PEGOL EN ARTRITIS REUMATOIDEA SEVERA. EVIDENCIA DE LA VIDA REAL EN UNA COHORTE ARGENTINA: LOGRO DE OBJETIVOS (T2T) A 3 MESES Y FACTORES PREDICTIVOS

Rodrigo GARCÍA SALINAS, Sebastián Magri, Álvaro Ruta

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

**INTRODUCCIÓN:** Los anti-TNF son las drogas más utilizadas ante falla a DMARDsc en AR, certolizumab pegol (CTZ) a demostrado en ensayos clínicos una rápida respuesta (12 semanas), la cual es necesaria para mantener los objetivos del T2T (remisión y LDA).

**OBJETIVOS:** Estimar la reducción del DAS 28 y el HAQ junto a las frecuencias de remisión y baja actividad de la enfermedad a los 3 meses en una cohorte de pacientes con AR que iniciaron tratamiento con CTZ, a su vez analizar los factores predictivos al basal para el logro de dichos objetivos. Adicionalmente evaluar la reducción de corticoides en el mismo periodo de tiempo.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio longitudinal, multicéntrico. Se incluyeron pacientes consecutivos  $\geq 18$  años con AR (ACR/EULAR 2010) que hayan iniciado tratamiento con certolizumab y hallan realizado una visita de seguimiento a los 3 meses. Se consignaron características sociodemográficas, clínicas, comorbilidades, tratamientos previos y actuales, dosis actual de glucocorticoides (GCO prednisona), desarrollo de eventos adversos. Se determinó la actividad de la enfermedad mediante DAS28 al basal y a los tres meses, dosis de GCO a los tres meses. Análisis estadístico: Test de  $\chi^2$  o test exacto de Fischer y prueba de T o Mann Whitney y ANOVA o Kruskal Wallis según corresponda. Los factores predictivos al logro de remisión-LDA a los 3 meses se analizaron con regresión logística binaria.

**RESULTADOS:** Se enrolaron 2092 pacientes con AR que iniciaron tratamiento con CTZ entre 2016 a 2021, 90% tenía factores de mal pronóstico y el 60% alta actividad (Tabla). Un total 1673 pacientes realizaron una visita de seguimiento a los 3 meses. La reducción del DAS 28 fue de -1.9 (3.8-5.7, p 0.001), la del HAQ -0.63 (1.17-1.8, p 0.001). A los 3 meses 10.5% (IC95%:9-12) alcanzaron remisión y 40% (IC95%: 38-42) LDA. En el análisis multivariado los factores predictivos al basal para el logro de remisión fueron: la edad (OR: 0.97 IC95%: 0.96-0.99) y el DAS 28 (OR: 0.58 IC95%: 0.45-0.54), y para LDA: La edad (OR: 0.97 IC95%: 0.96-0.99), el DAS 28 (OR: 0.61 IC95%: 0.49-0.76), CTZ en primera línea (OR: 1.6 IC95%: 1.1-2.4), HAQ (OR: 0.61 IC95%: 0.44-0.84). La reducción de glucocorticoides a los 3 meses fue (mg de prednisona): -3.1 (5.4-8.5 p 0.001).

**CONCLUSIONES:** El uso de CTZ en una cohorte de pacientes con AR y factores de mal pronóstico demostró una reducción significativa y rápida (3 meses) de la actividad de la enfermedad y mejoría del HAQ. Los factores predictivos al inicio del tratamiento para remisión y LDA fueron la actividad baja al inicio, menor edad, menor HAQ y el uso CTZ en primera línea. CTZ demostró una rápida reducción de corticoides.

Características % basales	AR certolizumab (n=2092)
Mujeres	79
TBQ	27
Seropositivos	90
Erosiva	70
EPI	7
HTA	35
Diabetes	9
ACV	0,6
IAM	2
MACE	2,6
Corticoides	67
DMARc	90
MTX	77
CTZ en 1 línea	62
Falla a 1 DMARDb o td	31
Falla a 1 anti-TNF	33
DAS 28 alta actividad	58
Características (DS)	
Edad al inicio (años)	55 (14)
Peso Kg	71 (13)
Evolución AR meses (RIC)	86 (42-156)
Dosis de corticoides (Pred)	7.8 (4)
NAD	10.4 (5.4)
NAI	8.1 (4.8)
PCR mg/l (RIC)	12 (7-26)
ERS mm/hr	48 (20.3)
VAS pte. (mm)	50 (8-70)
VAS med. (mm)	60 (50-80)
HAQ	1.7 (0.7)
DAS 28	5.7 (1)
FR título	147 (76-320)
ACPA título	200 (78-320)

## ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN PACIENTES CON LUMBALGIA CRÓNICA DE INICIO TARDÍO MAYORES A 45 AÑOS. ¿EspA AXIALES O ENFERMEDAD PSORIÁSICA CON COMPROMISO AXIAL?

Rosario Jaldin Céspedes, Gisele Reyes, Rodrigo GARCÍA SALINAS, Jonantan Mareco, Einer Sánchez Prado, Sebastián Magri

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

**INTRODUCCIÓN:** Los criterios clasificatorios de ASAS admiten desde su ingreso pacientes con lumbalgia crónica de inicio antes de los 45 años. El diagnóstico certero de EspA axial se establece basado en el ejercicio clínico de un medico reumatólogo con experiencia y en muchas ocasiones no cumplen criterios clasificatorios.

**OBJETIVOS:** Estimar la prevalencia diagnóstica de EspA axial en pacientes que iniciaron la lumbalgia más allá de los 45 años, y analizar las diferencias clínicas, de laboratorio e imagenológicas con pacientes que la iniciaron antes de los 45 años.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional, transversal, se incluyeron pacientes mayores a 18 años con diagnóstico de EspA axial realizado entre 2017 y 2021. Se les realizó al basal a todos los pacientes: analítica sanguínea, HLA B27, Rx de sacroílica, MRI de sacroílica, ecografía entesis, se consignaron datos sociodemográficos, nivel de educación y hábitos. Síntomas EspA Edad de inicio, demora al diagnóstico y característica de la lumbalgia, características de EspA, toma de AINEs y respuesta, VAS de dolor y dolor nocturno, tiempo de rigidez matinal. BASDAI, BASFI, MASES y HAQ. El evaluador de los síntomas desconocía el resultado de los estudios complementarios que fueron recabados por otro observador. En las RM se consignaron la presencia de cualquier lesión y se clasificaron en lesiones agudas (edema) y crónicas (cambios grasos, erosiones, esclerosis y puentes óseos). Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, Test de  $\chi^2$  y exacto de Fisher (variables categóricas) y Test de Student o Mann Whitney (variables continuas) según su distribución, se realizó regresión logística binomial (variables con p significativa).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 111 pacientes con diagnóstico de EspA axial, cuyas características se resumen en la Tabla. Del total la prevalencia de pacientes que inició la lumbalgia después de los 45 años fue de: n 31.28% (IC 95% 20-36). Las diferencias relevantes fueron: sexo femenino (51% vs 29% p 0.03), tabaquismo (38% vs 57% p 0.07), psoriasis (42% vs 17% p 0.007), buena respuesta. AINEs (52% vs 73% p 0.03), HLA-B27+ (32% vs %54 p 0.04), >4 características de EspA (35% vs 54% p 0.08), BASFI (5.1 vs 4.5 p 0.05), demora al diagnóstico en meses (40 vs 93 p 0.002). No se encontraron diferencias en términos de actividad de la enfermedad e imágenes (RM no Rx). En el análisis de regresión logística las variables que se asociaron en forma independiente fueron: sexo masculino (OR 0.2 IC95% 0.06-0.8), psoriasis (OR 4.8 IC95% 1.1-29), menor demora al diagnóstico (OR 0.9 IC95% 0.96-0.99).

<b>EspA axial (n=111)</b>	
Edad, media (DE)	46 (12.4)
Masculino %	45
Años de estudio, media (DS)	13,4 (3.2)
Edad de inicio del dolor lumbar, media (DE)	40(12.2)
Desde el inicio del dolor lumbar hasta el diagnóstico, mediana (IQR) meses	41 (15-121)
Tabaquismo %	40
Uveítis %	5.4
Psoriasis %	24
Enfermedad inflamatoria intestinal %	6.3
EspA antecedentes familiares %	26
AINE buena respuesta %	67
HLA-B27+ %	45
Dolor lumbar inflamatorio %	85
Cantidad de SpA cuenta con medios (DS)	3.7 (1.4)
Características de SpA >4	46
Rx de SI +	45
RM sacroilíaca+ (cualquier lesión)	83
RM SI: edema	62
SI MRI: cambios crónicos (cualquiera)	68
SI RM: cambios grasos	35
RM SI: erosiones	46
RM SI: esclerosis	20
SI MRI: puentes óseos	6
Ultrasonido de entesitis+	42
Maniobras sacroilíacas %	55
Dolor en tórax anterior %	21
EVA dolor, media (DE)	6,9 (1.5)
EVA dolor nocturno, media (DE)	5.6 (2.3)
Rigidez matinal, mediana (RIC)	30 (15-40)
BASFI, media (DE)	4.6 (1.3)
BASDAI, media (DE)	4,4 (1.75)
Presencia de artritis %	25
Presencia de entesitis %	40
MASAS, mediana (RIC)	0 (0-1)
HAQ-DI, mediana (RIC)	0,7 (0.5-1)
PCR mg/l, mediana (RIC)	2 (1-6)
Elevación PCR >5 mg/L	39
VSG 1 h, mediana (RIC)	17 (10-25)
Seguimiento en meses medianos (IQR)	6 (3-24)
Tto Biológico	46
TNFb	31
IL17b	11

**CONCLUSIONES:** La prevalencia de diagnóstico EspA en pacientes que iniciaron la lumbalgia más allá de los 45 años fue de 28%. Las características de estos pacientes fueron: sexo femenino, mayor frecuencia de psoriasis, menor demora al diagnóstico. Comentario: la mayor edad al inicio de la lumbalgia y la asociación con psoriasis podría mostrar un grupo de pacientes con compromiso axial en el contexto de enfermedad psoriásica.

## ENCUESTA A PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA: ADHERENCIA, VACUNACIÓN Y SEGUIMIENTO

Sandra Fabiana MONTOYA<sup>1</sup>, Eduardo Kerzberg<sup>1</sup>, Gisela Pendon<sup>2</sup>, Alejandro Nitsche<sup>3</sup>, Josefina Molina<sup>4</sup>, Gabriela Salvatierra<sup>5</sup>, Demelza Yucra<sup>6</sup>, Shirley Caballero Celin<sup>7</sup>, Julieta Morbiducci<sup>8</sup>, Natalia Tamborenea<sup>8</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL RAMOS MEJÍA, <sup>2</sup>HOSPITAL R GUTIÉRREZ, <sup>3</sup>HOSPITAL ALEMÁN, <sup>4</sup>CENTRO GALLEGOS, <sup>5</sup>REUMATOLOGÍA INTEGRAL, <sup>6</sup>SANATORIO GÜEMES, <sup>7</sup>HOSPITAL DURAND, <sup>8</sup>HOSPITAL RIVADAVIA

**INTRODUCCIÓN:** La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad heterogénea del tejido conectivo caracterizada por vasculopatía, disfunción inmune y fibrosis. Los pacientes con ES enfrentan muchos desafíos, entre ellos, la adherencia sumados a desafíos adicionales relacionados con vivir con una enfermedad poco frecuente como la dificultad para acceder a atención médica especializada con opciones de tratamiento limitadas. En los últimos años se ha hecho hincapié en el *screening* del compromiso de órganos internos en pacientes con ES a fin de conseguir mejores resultados, en ese sentido se han publicado recomendaciones para el manejo de pacientes con ES.

**OBJETIVOS:** Conocer los estudios complementarios que le solicita el médico reumatólogo durante el seguimiento clínico habitual por su ES. Conocer la adherencia de los pacientes a la realización de los estudios complementarios solicitados. Conocer el estado de inmunización de los pacientes con ES.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se llevó a cabo un estudio observacional, de corte transversal, analítico. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de ES, según la clasificación ACR/EULAR 2013 con una edad mayor a 18 años en seguimiento por reumatólogos del país. Se proporcionó mediante correo electrónico, contacto telefónico de *WhatsApp*, una encuesta anónima y autoadministrada mediante un cuestionario de *Google Form* durante junio y julio de 2022. La encuesta recolectó información demográfica, socioeconómica y se realizaron preguntas destinadas a conocer los estudios complementarios que le solicita el médico reumatólogo durante el seguimiento clínico habitual por su ES, del mismo modo se recolectó información sobre vacunas indicadas, así como la adherencia de los pacientes a la realización de estudios complementarios. Se realizó una estadística descriptiva. Las variables continuas se reportaron como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartil según su distribución.

**RESULTADOS:** En total participaron del estudio 127 pacientes con ES. La media de la edad fue de 49.9 (SD±12) años. La mediana de años de evolución de la enfermedad fue 7 años (RIC 1-30). El 83% (n: 105) presentaba al menos 13 años de educación formal completa. Cuando se indagó sobre la actividad laboral: el 34.64% (n:44) era jubilado, el 32,28% (n: 41) tenía trabajo remunerado, el 12.6% (n:16) era ama de casa y el 5.5% (n:7) estudiante. El 11% (n:14) estaba desocupado y el 4% (n:5) estaba recibiendo planes sociales del gobierno. Del total de pacientes encuestados, el 47.24% (n:60) tenía obra social, el 34.64% (n:63) presenta cobertura de salud pública y el 18.11% (n:23) prepaga. La mitad de los pacientes cuenta con certificado de discapacidad. Casi la mitad de los pacientes encuestados, ve a su reumatólogo cada 3 meses. Más de la mitad de los pacientes realiza su control ginecológico habitual y el resto solo cuando lo solicita el reumatólogo. En cuanto al control bucodental también más de la mitad de los pacientes encuestados hacen su control cada 6 meses-1 año. Respecto de las vacunas, más del 80% recibieron vacuna antigripal y antineumocócica. En cuanto a la vacuna doble de adulto menos de la mitad de los pacientes, el 43.3%, tienen aplicada, seguida de la anti hepatitis B donde solo el 60% se encuentra vacunado. El 48.03% tiene 4 dosis de vacuna COVID-19 y un 3,15% de los pacientes encuestados respondió que no se vacunó contra el COVID. Las interconsultas más solicitadas por el médico tratante son con Neumología. El porcentaje de interconsultas que son solicitadas y no realizadas es bajo. En cuanto a los estudios complementarios solicitados, en más del 80% de los pacientes están: tomografía computada de tórax, espirometría, ecocardiograma y análisis de laboratorio. En la mitad de los pacientes le solicitaron capilaroscopia, DLCO, test de caminata, videoendoscopia digestiva alta y baja. Los estudios que menos realizaron los pacientes a pesar de tenerlos indicados fueron la manometría y el test de caminata, aunque en ninguno de los casos superó el 10%.

**CONCLUSIONES:** La mayor parte de los pacientes tiene un seguimiento acorde a las recomendaciones publicadas. De los datos obtenidos se desprende que un alto porcentaje de los pacientes realizan los estudios complementarios solicitados. La educación del paciente ayudaría a mejorar la adherencia.

## PREVALENCIA DE ANTICUERPO Ro52 kDa EN NUESTRA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA

Beverly Yaneth DE LA PUENTE PÉREZ<sup>1</sup>, Romina Lim<sup>1</sup>, Analía Verónica Longo<sup>1</sup>, Carolina Sánchez Andía<sup>1</sup>, Vanina Alejandra Martín<sup>2</sup>, Carolina Carrizo<sup>3</sup>, Analía Patricia Álvarez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS J.M PENNA, <sup>2</sup>INSTITUTO DE TISIONEUMONOLOGÍA RAÚL F. VACAREZZA, <sup>3</sup>CEMIC

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) constituye un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por inflamación y/o fibrosis difusa del parénquima pulmonar con manifestaciones clínicas, radiológicas y funcionales compartidas. El antígeno SSA consta de dos proteínas distintas, Ro52 (52 kDa) y Ro60 (60 kDa), que están asociadas con dos sistemas de autoanticuerpos diferentes. Múltiples estudios muestran que la presencia del anticuerpo Ro52 en enfermedades del tejido conectivo se correlacionan con EPID más severa y de peor pronóstico.

**OBJETIVOS:** Determinar la prevalencia del anticuerpo Ro52 en nuestra cohorte de pacientes con EPID. Describir los patrones tomográficos de los pacientes con EPID y anti Ro52. Determinar la enfermedad del tejido conectivo (ETC) que presentan los pacientes con EPID y anti Ro52. Describir la evolución y el pronóstico, por tomografía de tórax de alta resolución (TACAR) y pruebas funcionales respiratorias (PFR), de nuestros pacientes con EPID y anti Ro52.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo observacional. Se revisaron sistemáticamente las historias clínicas de nuestra base de datos durante el período comprendido entre mayo de 2017 a mayo de 2022. Se seleccionaron aquellos pacientes que presentaban EPID y anti Ro52. No se requirió consentimiento informado. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de EPID según la clasificación de la Sociedad Torácica Americana y la Sociedad Respiratoria Europea (ATS/ERS); pacientes con serología positiva anti Ro52 determinada por inmunoensayo lineal (LIA); pacientes con al menos dos TACAR de tórax y dos espirometrías realizadas durante el período de estudio. Criterios de exclusión: pacientes con diagnóstico de EPID secundaria a otras patologías.

**RESULTADOS:** Se revisaron 83 historias clínicas de nuestra base de datos. Cumplieron criterios de inclusión 69 pacientes de los cuales 49 (71%) fueron pacientes de sexo femenino, con una media de edad 67.4 años, 52 (75%) fueron de etnia mestiza y 14 (20.9%) tabaquistas. De los 69 pacientes, 26 (37.7%) tenían ETC asociada: 9 (13%) esclerosis sistémica, 5 (7.2%) síndrome de Sjögren, 4 (5.8%) síndrome antisintetasa, 3 (4.3%) EMTc, 2 (2.9%) artritis reumatoidea, 1 (1.45%) dermatomiositis, 1 (1.45%) vaculitis. De los patrones tomográficos se observó que la neumonía pulmonar intersticial no

específica (NSIP) se encontraron 19 (27.5%) pacientes, seguida de 13 (18.8%) pacientes con UIP y 16 (23.2%) con un patrón fibrótico. En anti Ro52 Kda se observó en 18 pacientes, de los cuales 11 (61.1%) presentaron patrón de NSIP, 13 (72.2%) con emporamiento de TACAR y PFR. Del análisis de los datos surge que la posibilidad de tener una enfermedad del tejido conectivo fue 3.77 (OR) veces mayor, IC (1.25-12.1) p 0.020, en el grupo anti Ro52 Kda, siendo el patrón tomográfico predominante la NSIP con OR 13.4.

**CONCLUSIONES:** Se sabe que la presencia del anticuerpo Ro52 kDa se asocia a enfermedad pulmonar más agresiva y con peor pronóstico, esto se observó en los primeros 5 años del diagnóstico de la enfermedad. Los resultados obtenidos en nuestro trabajo concuerdan con datos de la literatura mundial. Por lo tanto, nos parece de gran utilidad, la posibilidad de realizar la detección del anticuerpo Ro52 kDa, el seguimiento clínico, tomográfico y funcional durante los primeros años a fin de implementar el tratamiento adecuado para un mejor pronóstico y la calidad de vida de los pacientes.

1920

## LA IMPORTANCIA DE PLANIFICAR EL EMBARAZO EN MUJERES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO: UNA VENTANA DE OPORTUNIDAD

**Sabrina Valeria PORTA**, Romina Nieto, Rosa Serrano, Karen Roberts<sup>1</sup>, Rosana Quintana<sup>1</sup>, Luis Roberto Lema, Carla Maldini, María Cecilia Goizueta, Victoria Lobo, Ariel Broll, Verónica Savio, Yohana Tissera, Marina Scolnik, Aurelia Luissi, Erika Palacios, Diana Fernández Ávila, Natalia Lili Cucchiari, Adrián Estévez, Alejandra Abalo, Mayra Etcheverry, Diego Rinesi, Silvia Perés, Pía Izaguirre, Jorge Alejandro Brigante, Vanesa Castro Coello, Diana Dubinsky, Laura Julieta Sorrentino, Verónica Bellomio, María Lilia Leguizamón, Cecilia Pisoni, María Laura De la Torre, María Noelia Antoniol, Carlos Perandones, Ignacio Bazzalo, María Sofía Velloso, Mercedes García, Horacio Berman, Carla Andrea Gobbi, Nadia Benzaquén, Mónica Sacnun, Débora Guaglianone, Florencia Vivero, Mariela Bastita, Maximiliano Machado Escobar, Verónica Saurit, Nadia Riscanevo, Graciela Remondino, Verónica Neman, María Constanza Danielsen, Graciela Gómez, Alejandra Babini, Susana Visentini, Gonzalo Javier Pacheco, Paula Alba, Guillermo Pons-Estel

GRUPO DE ESTUDIOS DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (GESAF), <sup>1</sup>UNISAR

**INTRODUCCIÓN:** Las enfermedades autoinmunes afectan a mujeres en edad reproductiva, siendo común que se plantee la posibilidad de un embarazo. La planificación de la gestación es esencial para el éxito de la misma, reduciendo los riesgos y mejorando el pronóstico materno y fetal.

**OBJETIVOS:** Evaluar la asociación entre los resultados materno fetales y la planificación gestacional en pacientes con diagnóstico de síndrome antifosfolípido (SAF).

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un análisis retrospectivo de las pacientes con diagnóstico de SAF según criterios Sídney 2006, que fueron ingresados al Registro Argentino de Anticuerpos Antifosfolipídicos de la Sociedad Argentina de Reumatología. Se evaluaron todos los embarazos que ocurrieron posterior al diagnóstico de SAF. Los mismos fueron clasificados como gestación planificada con el médico o no planificada de acuerdo al criterio del médico tratante al momento de la recolección de los datos. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, resultados obstétricos maternos y fetales.

**RESULTADOS:** De las 288 pacientes ingresadas en el registro, 95 presentaron al menos un embarazo luego del diagnóstico de SAF, siendo la mediana de la edad al momento de la concepción de 32.6 [IQR 27.6, 35.8]. De ellas, 66 (69.5%) fueron clasificadas como SAF obstétrico, (SAFO) 8 (8.4%) trombocito (SAFT) y 21 (22.1%) trombocito y obstétrico. El 47.4 % (n=45) de las pacientes no planifico nunca ningún embarazo luego del diagnóstico de SAF. De ellas 26 (57,8%) tenían diagnóstico de SAFO y 6 (13.3%) de SAFT (p=0.055) (Tabla 1). De los 228 embarazos analizados, 76 (33%) fueron planificados y 152 (67%) no planificados. La presencia de desprendimiento prematuro de placenta y hematoma placentario fue mayor en el grupo de embarazos planificados, la tasa de nacidos vivos fue más alta y la de abortos más bajas siendo estas diferencias estadísticamente significativas (Tabla 2).

Tabla 1

	Al menos uno planificado (n=50)	Ninguno planificado (n=45)	p valor	Total (n=95)
<b>Clasificación</b>				
Obstétrico	40 (80.0%)	26 (57.8%)	0.055	66 (69.5%)
Trombótico	2 (4.00%)	6 (13.3%)		8 (8.42%)
Obstétrico y trombótico	8 (15.0%)	13 (28.9%)		21 (22.1%)
<b>Estado Civil</b>				
Casada/o	35 (70.0%)	24 (53.3%)	0.586	59 (62.1%)
Concubina/o	8 (16.0%)	9 (22.0%)		17 (17.9%)
Desconocido	3 (6.00%)	4 (8.89%)		7 (7.37%)
Divorciada/o	1 (2.00%)	2 (4.44%)		3 (3.16%)
Separada/o	1 (2.00%)	1 (2.22%)		2 (2.11%)
Soltera/o	2 (4.00%)	5 (11.1%)		7 (7.37%)
<b>Nivel socioeconómico</b>				
Desconocido	4 (8.00%)	3 (6.67%)	0.186	7 (7.37%)
Medio alto	10 (20.0%)	10 (22.2%)		20 (21.1%)
Medio	24 (48.0%)	18 (10.0%)		42 (44.2%)
Medio Bajo	12 (24.0%)	9 (20.0%)		21 (22.1%)
Bajo	0 (0%)	5 (11.1%)		5 (5.25%)
<b>Cobertura médica</b>				
Obra Social	18 (36.0%)	24 (53.3%)	0.235	42 (44.2%)
Prepaga	17 (34.0%)	8 (17.8%)		25 (26.3%)
Prepaga + Obra Social	2 (4.00%)	1 (2.22%)		3 (3.16%)
Pública	13 (26.0%)	12 (25.7%)		25 (26.3%)

**Tabla 2**

	Planificado (n=76)	No planificado (n=152)	p valor	Total (n=228)
Edad al momento de la concepción	33.2 (28.1,36.6)	32.5 (27.0, 35.0)	0.172	32.6 (27.6, 35.8)
EAI asociada en el momento de la concepción	11(14.5%)	14 (9.21%)	0.45	25 (11.0%)
Brote <6 meses antes de la concepción	1 (9.09)	2 (14.3%)	0.37	3 (120%)
Tabaquismo suspendido durante la gestación	13 (17.1%)	28 (18.4%)	0.62	41 (18.0%)
Nacido vivo	61(80.3%)	29 (19.2%)	<0.001	90 (39.6%)
Aborto espontáneo <10 semanas de gestación	7 (9.21%)	80 (53.0%)		87 (38.3%)
Muerte>= 10 y<27 semanas de gestación	6 (7.89%)	39 (25.8%)		45 (19.8%)
Muerte fetal tardía >=28semanas	1(1.32%)	2 (1.32%)		3 (1.32%)
Muerte periparto	1(1.32%)	1 (0.662%)		2 (0.881%)
Insuficiencia placentaria	12 (15.8%)	13 (8.55%)	0.23	25 (11.%)
Preeclampsia severa< 34 semanas	8 (10.5%)	10 (6.58%)	0.52	18 (7.89%)
Preeclampsia severa >34 y <37	1(1.32%)	2 (1.32%)		3 (1.32%)
HELLP< 34 semanas	2 (2.63%)	2 (1.32%)	0.60	4 (1.75%)
Hematoma placentario	4 (5.26%)	1 (0.662%)	0.03	5 (2.20%)
Desprendimiento prematuro de la placenta	3 (3.95%)	0 (0%)	0.05	3 (1.32%)
Diabetes gestacional	4 (40.0%)	2 (18.2%)	0.361	6 (28.6%)
Parto vaginal espontáneo	15 (20.0%)	23 (15.1%)	<0.001	38 (16.7%)
Parto vaginal inducido	3 (4.00%)	14 (9.21%)		17 (7.49%)
Cesárea programada	34 (44.0%)	11 (7.24%)		44 (19.4%)
Cesárea de urgencia	14 (18.7%)	12 (7.89%)		26 (11.5%)
Interrupción voluntaria del embarazo	0 (0%)	1 (0.658%)		1 (0.441%)

**CONCLUSIONES:** Un alto porcentaje de mujeres con diagnóstico de SAF no han planificado nunca un embarazo. Esta conducta se ha asociado a malos resultados obstétricos con una menor tasa de nacidos vivos, siendo un factor de mal pronóstico. Esta situación potencialmente modificable requiere de estrategias necesarias para disminuir la morbilidad y mortalidad materno-fetal.

1922

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, DE LABORATORIO E IMÁGENES ENTRE HOMBRES Y MUJERES AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL

Gisele Reyes, Rosario Jaldín Céspedes, Ronald Pérez, Juan Argüello, **Rodrigo GARCÍA SALINAS**

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

**INTRODUCCIÓN:** El advenimiento del concepto de espondiloartritis axial en el cual se incluyen los pacientes con compromiso radiográfico y no radiográfico amplió el espectro de la enfermedad integrando mayor cantidad de mujeres.

**OBJETIVOS:** Estimar la frecuencia de mujeres y analizar las diferencias clínicas, de laboratorio e imagenológicas respecto a los hombres al momento del diagnóstico.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional, transversal, se incluyeron pacientes mayores a 18 años con diagnóstico de EspA axial realizado entre 2017 y 2021. Se les realizó al basal a todos los pacientes: analítica sanguínea, HLA B27, Rx de sacroilíaca, MRI de sacroilíaca, ecografía entesis, se consignaron datos sociodemográficos, nivel de educación y hábitos. Síntomas EspA Edad de inicio, demora al diagnóstico y característica de la lumbalgia, características de EspA, toma de AINEs y respuesta, VAS de dolor y dolor nocturno, tiempo de rigidez matinal. BASDAI, BASFI, MASES y HAQ. El evaluador de los síntomas desconocía el resultado de los estudios complementarios que fueron recabados por otro observador. En las RM se consignaron la presencia de cualquier lesión y se clasificaron en lesiones agudas (edema) y crónicas (cambios grasos, erosiones, esclerosis y puentes óseos). Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, Test de  $\chi^2$  y exacto de Fisher (variables categóricas) y Test de Student o Mann Whitney (variables continuas) según su distribución, se realizó regresión logística binomial (variables con p significativa).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 111 pacientes con diagnóstico de EspA axial, cuyas características se resumen en la Tabla. Del total la frecuencia de sexo femenino al diagnóstico fue: n 61.55% (IC95% 46-64). Las diferencias relevantes fueron: Buena rta. AINEs (60% vs 75% p 0.08, PCR elevado (47% vs 30% p 0.06), Criterios NY+ (35% vs 70% p 0.001), Eco de entesis + (32% vs 51% p 0.06), años de estudio (14 vs 12.8 p 0.04), numero de articulaciones inflamadas (0.37 vs 1 p 0.04), ERS (22.4-15.6 p 0.02). No se encontraron diferencias en términos de actividad de la enfermedad, HLA-B27 y RM. En el análisis de regresión logística las variables que se asociaron en forma independiente fueron sexo femenino solo fue el cumplimiento de criterios de NY en la Rx (en los hombres) (OR 2.6 IC95% 1.05-7.1).

<b>EspA axial (n=111)</b>	
Edad, media (DE)	46 (12.4)
Masculino %	45
Años de estudio, media (DS)	13,4(3.2)
Edad de inicio del dolor lumbar, media (DE)	40(12.2)
Desde el inicio del dolor lumbar hasta el diagnóstico, mediana (IQR) meses	41 (15-121)
Tabaquismo %	40
Uveitis %	5.4
Psoriasis %	24
Enfermedad inflamatoria intestinal %	6.3
EspA antecedentes familiares %	26
AINE buena respuesta %	67
HLA-B27+ %	45
Dolor lumbar inflamatorio %	85
Cantidad de SpA cuenta con medios (DS)	3.7 (1.4)
Características de SpA >4	46
Rx de SI +	45
RM sacroiliaca+ (cualquier lesión)	83
RM SI: edema	62
SI MRI: cambios crónicos (cualquiera)	68
SIRM: cambios grasos	35
RM SI: erosiones	46
RM SI: esclerosis	20
SI MRI: puentes óseos	6
Ultrasonido de entesitis+	42
Maniobras sacroiliacas %	55
Dolor en tórax anterior %	21
EVA dolor, media (DE)	6,9 (1.5)
EVA dolor nocturno, media (DE)	5.6 (2.3)
Rigidez matinal, mediana (RIC)	30 (15-40)
BASFI, media (DE)	4.6 (1.3)
BASDAI, media (DE)	4,4 (1.75)
Presencia de artritis %	25
Presencia de entesitis %	40
MASAS, mediana (RIC)	0 (0-1)
HAQ-DI, mediana (RIC)	0,7 (0.5-1)
PCR mg/l, mediana (RIC)	2 (1-6)
Elevación PCR >5 mg/L	39
VSG 1 h, mediana (RIC)	17 (10-25)
Seguimiento en meses medianos (IQR)	6 (3-24)
Tto Biológico	46
TNFb	31
IL17b	11

**CONCLUSIONES:** La frecuencia de sexo femenino al diagnóstico de EspA axial fue de 55%, la única diferencia respecto a los hombres fue el compromiso radiográfico.

1924

## **EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA INMUNE HUMORAL SECUNDARIA A VACUNACIÓN CONTRA SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS AUTOINMUNES**

Paula María CORBALÁN<sup>1</sup>, Mariana Pera<sup>1</sup>, Gabriela Vanesa Espasa<sup>1</sup>, María Lilia Leguizamón<sup>1</sup>, Ana Lucía Barbaglia<sup>1</sup>, María Constanza Bertolaccini<sup>1</sup>, Luciana González Lucero<sup>1</sup>, Héctor Raúl Sueldo<sup>1</sup>, Rosana Nieves Chehín<sup>2</sup>, Rodrigo Hernán Tomas-Grau<sup>2</sup>, Diego Ploper<sup>2</sup>, Esteban Vera Pingitore<sup>2</sup>, Benjamín Socías<sup>2</sup>, César Luis Ávila<sup>2</sup>, Silvia Inés Cazorla<sup>3</sup>, Carolina Maldonado Galdeano<sup>3</sup>, Verónica Inés Bellomio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, <sup>2</sup>INSTITUTO DE MEDICINA MOLECULAR Y CELULAR APLICADA (IMMCA), <sup>3</sup>CENTRO DE REFERENCIA PARA LACTOBACILOS (CE.RE.LA), (CONICET)

**INTRODUCCIÓN:** Numerosos estudios publicados evaluaron la respuesta inmune a vacunas ARNm para SARS-CoV-2 (Pfizer y Moderna), sin embargo, existe escasa información sobre la respuesta serológica a otras vacunas (Sputnik V, AstraZeneca, Sinopharm) a largo plazo en paciente reumatológicos.

**OBJETIVOS:** Evaluar la respuesta inmune humoral a vacunas contra SARS-CoV-2 en pacientes con enfermedades reumatológicas autoinmunes y analizar las variables asociadas. Comparar la respuesta humoral entre pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y otras enfermedades reumatológicas.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo. Se incluyeron pacientes con enfermedades reumatológicas autoinmunes que recibieron vacunación para SARS-CoV 2 a partir de junio de 2021. Se consignaron variables sociodemográficas, relacionadas a la enfermedad, a vacunación, a infección por SARS-CoV-2 y comorbilidades. Para evaluar la respuesta inmune humoral se determinaron los títulos de anticuerpos neutralizantes IgG anti S-RBD por ELISA "In House", con un título de corte de 200 (seroconversión). Los dosajes se realizaron: el día de la 1° dosis (T0), a los 14±2 días luego de la 1° dosis (T1), el día de la 2° dosis (T2), entre 21 y 45 días posteriores a la 2° dosis (T3) y 6 meses posterior a la 2° dosis (T4). A los pacientes que recibieron dosis adicional (3° dosis) se les realizó una determinación 30 a 45 días posterior a la misma (T Adic).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 66 pacientes, 91% mujeres, 92.4% amerindios, edad media 40.7±11.4 años; 53% tenían diagnóstico de LES, 15.2% AR y 31.8% con otros diagnósticos, tiempo de evolución de la enfermedad de 12.05±7.5 años. El 37.9% se encontraba en tratamiento con prednisona (dosis media 4.1±8 mg/día) y el 75.7% con algún FARME al momento del T0: 66% HCQ, 26% MMF, 22% MTX y 18.2% (12) con terapia biológica (7 RTX, 3 anti-TNF y 2 con otros). El 24% tuvo COVID previo a la vacunación (12.5% asintomáticos, 75% síntomas leves y 12.5% internación en sala general). El 63.6% tenía al menos una comorbilidad, siendo la más frecuente hipertensión arterial. *Análisis post segunda dosis (T3):* las vacunas aplicadas fueron: Sputnik V 20.3%, AstraZeneca 37.5%, Sinopharm 31.3% y esquema combinado 10.3% (Sputnik V/Moderna). Luego de la 1° dosis, 48.4% tenía anticuerpos anti S-RBD detectables y posterior a la 2° dosis el 70.5% presentaba seroconversión. Las tasas de seroconversión y títulos de anti S-RBD según vacuna aplicada fueron: Sputnik V 91.6% (1702±1562.6), AstraZeneca 78.3% (2283.9±1687.8), Sinopharm 42% (1117.5±667), Sputnik V/Moderna 85.7% (3665 ± 1675); p 0.01. El esquema heterólogo presentó títulos más elevados de anti S-RBD que los esquemas homólogos (med 3430 vs 615, p0.02). Menor seroconversión se asoció a mayor dosis de prednisona (p0.01), tratamiento con terapia biológica (p 0.03), HTA (p 0.03) y vacunación con Sinopharm (p 0.01). No hubo diferencias en los niveles de anticuerpos anti S-RBD entre pacientes con LES y el resto de enfermedades reumatológicas (p NS). La infección por SARS-CoV-2 previa a la vacunación aumentó los títulos de anticuerpos en T1 (p0.006) y en T2 (p 0.002), pero luego de dos dosis la diferencia no fue significativa. En el análisis de regresión, la probabilidad de seroconversión fue 89% menor en los pacientes que recibieron al menos una dosis de Sinopharm (OR 0.11; IC 95% 0.01-0.48) y 88% menor en hipertensos (OR 0.12; IC 95% 0.02-0.56). *Análisis post dosis adicional (T Adic):* el 64% (41) de los pacientes recibió dosis adicional. Las vacunas aplicadas fueron: Sputnik V 14.6%, AstraZeneca 41.5%, Moderna 36.5%, Cansino 4.9% y Pfizer 2.4%. La frecuencia de seroconversión aumentó al 84.8%. Menor seroconversión se asoció a mayor dosis de prednisona basal (p 0.02). Dieciséis pacientes alcanzaron T4, conservando niveles de IgG anti S-RBD (med 915, RIQ 565-2110). Los 23 pacientes que tuvieron infección por SARS CoV-2 posterior a la vacunación presentaron síntomas leves.

**CONCLUSIONES:** Los pacientes vacunados con dos dosis presentaron una tasa de seroconversión del 70.5%, aumentando al 84.8% con dosis adicional. No hubo diferencias en la seroconversión entre pacientes con LES y otras enfermedades reumatológicas. La respuesta inmune humoral fue menor en pacientes con terapias biológicas y mayor dosis de prednisona. Seroconversión y títulos de anti S-RBD estuvieron asociados al tipo de vacuna aplicada, siendo Sinopharm la que presentó menor respuesta.

1930

## MANIFESTACIONES EXTRARRENALES EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ASOCIADO A ANTICUERPOS ANTI-C1Q POSITIVO CON O SIN COMPROMISO RENAL

Bley Jair ZÚÑIGA SUÁREZ, María Florencia Milesi, Lorena Arias, María Selva Pino, Ana Cecilia Battaglia, Marina García Carrasco, Gustavo Medina

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

**INTRODUCCIÓN:** El lupus eritematoso sistémico (LES) configura el paradigma de las enfermedades autoinmunes y presenta un curso fluctuante entre remisión y actividad. Se ha descrito un amplio espectro de autoanticuerpos (más de 200) dirigidos contra componentes intracelulares, extracelulares y antígenos de membrana celular (proteínas, ácidos nucleicos, nucleoproteínas, fosfolípidos, glicoproteínas y glicolípidos) además de otras moléculas, predominantes en plasma, como factores de complemento. C1q es la molécula de complemento más importante iniciadora de la vía clásica del complemento y clave en el "clearance" de inmunocomplejos y células apoptóticas. La disminución de C1q en LES está típicamente asociada a la acción y aumento de los anticuerpos anti C1q en el 20-50% de los pacientes con LES activo de cualquier causa y en el 100% de los que presentan "flare" renal. Si bien tener anti-C1q (+) implica mayor probabilidad de compromiso renal o de "flare" renal de tipo proliferativo, las evidencias en cuanto a predecir actividad global de la enfermedad en seguimiento longitudinal sigue siendo controversial.

**OBJETIVOS:** Describir las manifestaciones extrarrenales en pacientes con LES asociado a la presencia de anti-C1q.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de LES (ACR 1997/ y/o SLICC 2012 y/o ACR/EULAR 2019) atendidos en la Unidad de Lupus del Hospital de Clínicas "José de San Martín" y que tuvieran al menos una determinación de anti-C1q positiva (Quinta Lite anti-C1q ELISA INOVA Diagnostics ®). Se evaluaron las características clínicas asociadas a LES incluidas en score SLEDAI 2K, además de las características clínicas asociadas a LES no incluidas en el mismo. Criterios de exclusión: Pacientes con historia clínica incompleta o que tengan anti-C1q (-).

**RESULTADOS:** Se evaluaron 96 historias clínicas de pacientes con LES y anti-C1q positivo, se incluyeron 74 pacientes que se encontraban en seguimiento en la Unidad de Lupus. 65 (88%) eran mujeres. Edad media 26 años (DS +/- 12). Compromiso renal por biopsia: 50/74 (69%); NL clase IV 30 (40.5%), NL clase III 6 (8.2%), NL clase V 5 (8.1%), NL clase III/IV 3 (4.1%), NL clase II 2 (2.7%), NL clase II/IV 2 (2.7%), NL clase IV/V 2 (2.7%). Hematuria dismórfica 47/74 (63.5%). Proteinuria >0,5g/24hs: 48/74 (64.9%). SLEDAI 2K: Media: 4 DS +/-4. SLEDAI ≤4 43/74 (59%). SLEDAI 2K ≥4 y ≤12 30/74 (40%). SLEDAI 2K en última consulta ≥12: 1/74 (1%). Manifestaciones clínicas: artritis en 63/74 (85%), LCA 28/74 (78%), erupción nueva 48/74 (65%), úlcera mucosa 39/74 (52%), alopecia 37/74 (50%), pericarditis 24/74 (28%), derrame pleural en 16/74 (24%), LECSA 12/74 (16%), fiebre 6/74 (8%), valvulopatía 5/74 (7%), livedo reticularis 5/74 (7%), cefalea lúpica 4/74 (5%), intersticiopatía 3/74 (4%), pulmón encogido 3/74 (3%), infarto por vasculitis 2/74 (3%), vasculitis 2/74 (3%), convulsiones 2/74 (3%), síndrome orgánico cerebral 2/74 (3%), LCC 1/74 (1%), miositis 1/74 (1%) y uveítis 1/74 (1%). Laboratorio: linfopenia ≤1000 en 15/74 (20%), leucopenia ≤3000 14/74 (19%), plaquetopenia ≤100.000: 9/74 (12%) y anemia hemolítica en 7/74 (9%). Inmunoserología: FAN (+) 100%, aDNA: 58/74 (78%), C3 <90: 58/74 (78%), C4 <10: 50/74 (68%), aSM 47/74 (64%), aRo/SSA 30/74 (40%), aRNP 30/74 (40%), aLa/SSB 22/74 (30%), Inhibidor lúpico 10/74 (14%), B2GPI IgG 7/74 (9%), ACL IgG 6/74 (8%), ACL IgM 5/74 (7%), B2GPI IgM 5/74 (7%).

**CONCLUSIONES:** Encontramos mayor frecuencia de anti-C1q con compromiso mucocutáneo, articular y seroso (pleuropericarditis). El compromiso de órgano severo (excepto renal) fue infrecuente. Si bien la media de SLEDAI fue baja (60% de la muestra se encontraba en baja actividad) el 70% tenían en el momento o habían presentado compromiso renal. Nuestra cohorte de pacientes con anti-C1q presentó otros biomarcadores de actividad serológica (aDNA (+) e hipocomplementemia C3) en más del 75% de los casos quizás debido a sesgo de muestra (70% con historial o compromiso renal actual). Se necesitan más estudios longitudinales para determinar si anti-C1q puede asociarse a actividad global más allá de compromiso renal.

## ENFERMEDAD TIROIDEA AUTOINMUNE EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO ¿UN FENOTIPO INMUNOLÓGICO CARACTERÍSTICO?

Máximo COSENTINO<sup>1</sup>, Anastasia Secco<sup>2</sup>, Adriana Testi<sup>1</sup>, Constanza Arguissain<sup>2</sup>, Aixa Lucía Mercé<sup>2</sup>, Lía Ingolotti<sup>2</sup>, Julieta Morbiducci<sup>2</sup>, Natalia Cucchiaro<sup>3</sup>, Fernando Arizpe<sup>1</sup>, Alan Raschia<sup>1</sup>, Lucila García<sup>1</sup>, Sinda Zalles<sup>4</sup>, María de los Ángeles Correa<sup>5</sup>, Sofía Ornella<sup>1</sup>, Mercedes García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA, <sup>2</sup>HOSPITAL RIVADAVIA, <sup>3</sup>HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL, <sup>4</sup>HOSPITAL BRITÁNICO, <sup>5</sup>INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune, crónica y sistémica. La asociación de enfermedades autoinmunes en un paciente es común, y dentro de esto el SSp y las enfermedades tiroideas autoinmunes (ETA) son las más descriptas. La prevalencia reportada de ETA en SSp es entre 10-30%, siendo mayor que en los controles sanos, sin embargo, se encuentran escasos datos sobre las características clínicas y de laboratorio de los pacientes con ambas entidades.

**OBJETIVOS:** Determinar la prevalencia de ETA en pacientes con SSp en nuestra población, y sus características clínicas y de laboratorio. Comparar las características de pacientes con SSp y ETA vs SSp solo.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio multicéntrico, observacional, analítico y de corte transversal. Pacientes mayores de 18 años con SSp según criterios Americano-Europeos de 2016, excluyendo aquellos que reciban o hayan recibido fármacos que causen disfunción tiroidea. ETA incluye pacientes con hipo/hipertiroidismo ya sea clínico o subclínico.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 72 pacientes. El 93.1% eran mujeres, la media de edad al diagnóstico del SSp fue 45.6 (DE 14.5) años y 56.9% eran de etnia mestiza. La xeroftalmia, xerostomía y parotidomegalia estuvieron presentes en 95.8%, 88.9% y 25%, respectivamente. En cuanto a las variables serológicas se observó: FAN 98.6%, anti-Ro 83.3%, anti-La 43.6%, FR 52.8%, hipergammaglobulinemia (33/63) 52.4%, C3 bajo 12.5% y C4 bajo 19.4%. La media de ESSPRI al momento de la inclusión fue 4.1 (DE 2.4) y de ESSDAI 0 (RIC 0-5). La ETA estuvo presente en 29 (40.3%) pacientes, donde el 100% eran hipotiroidismo clínico. La positividad de los anticuerpos anti-TPO y anti-Tg fue, 16/52 (30.8%) y 9/36 (25%), respectivamente. En relación al momento del diagnóstico de la ETA se observó: en 48.3% previo al SSp con un promedio de 84.1 meses, 17.2% concomitante y 34.5% posterior a este con un promedio de 77.1 meses. En la Tabla se muestra el análisis bivariado entre pacientes con SSp con/sin ETA. En el análisis multivariado se encontró asociación significativa e independiente entre la presencia de ETA y la ausencia de FR (OR 0.12 IC95% 0.03-0.5, p< 0.003).

Variable	SSp sin ET n=43	SSp con ET n=29	p valor
Sexo femenino, n (%)	38 (88.4%)	29 (100%)	0.07
Edad al diagnóstico, años mediana (RIC)	44 (29-56)	50 (43-59)	0.05
HTA, n (%)	7 (16.3%)	7 (24.1%)	0.4
DBT, n (%)	0	4 (13.8%)	0.02
Dislipemia, n (%)	3 (7%)	7 (24.1%)	0.04
Xeroftalmia, n (%)	42 (97.7%)	27 (93.1%)	0.35
Xerostomía, n (%)	38 (88.4%)	26 (89.6%)	0.59
Parotidomegalia, n (%)	13 (30.2%)	5 (17.2%)	0.21
Tumefacción submaxilar, n (%)	7 (16.3%)	0	0.02
Artritis, n (%)	21 (48.8%)	10 (34.5%)	0.22
C. cutáneo, n (%)	11 (25.6%)	3 (10.3%)	0.09
Anemia, n (%)	9 (21%)	3 (10.3%)	0.19
Leucopenia, n (%)	6 (14%)	0	0.04
Trombocitopenia, n (%)	1 (2.3%)	1 (3.5%)	0.64
E. pulmonar intersticial, n (%)	4 (9.3%)	3 (10.3%)	0.59
C. renal, n (%)	5 (11.6%)	2 (6.9%)	0.41
S. nervioso periférico, n (%)	6 (14%)	1 (3.4%)	0.14
FAN +, n (%)	43 (100%)	28 (96.5%)	0.41
Anti-Ro +, n (%)	39 (90.7%)	21 (72.4%)	0.04
Anti-La +, n (%)	23 (53.5%)	8 (28.6%)	0.04
FR +, n (%)	32 (74.4%)	6 (20.7%)	<0.001
Hipergammaglobulinemia, n (%)	23 (67.6%)	10 (34.5%)	0.01
C3 bajo, n (%)	4 (9.3%)	5 (17.2%)	0.26
C4 bajo, n (%)	7 (16.3%)	7 (24.1%)	0.41
ERS, mmHg mediana (RIC)	29 (17-50)	22 (14-30)	0.05
PCR, mg/dl mediana (RIC)	2.6 (1-8.3)	1 (0.4-2.5)	0.02
TSH, mU/l mediana (RIC)	2.76 (1.4-3.4)	2.5 (1.5-3.7)	0.85
T4, U/l mediana (RIC)	1.1 (0.9-1.6)	1 (0.9-1.2)	0.51
Anti-TPO, mU/dl mediana (RIC)	5 (15.1%)	11 (58%)	0.01
Anti-Tg, mU/dl mediana (RIC)	3 (12.5%)	6 (50%)	0.02
ESSPRI, mediana (RIC)	4.6 (2.3-6.3)	4 (2-6)	0.41
ESSDAI, mediana (RIC)	2 (0-5)	0 (0-1)	0.13

**CONCLUSIONES:** En nuestra cohorte la prevalencia de ETA en pacientes con SSp fue levemente superior a lo reportado en la literatura, siendo el hipotiroidismo clínico el diagnóstico en todos los casos. La frecuencia de anticuerpos tiroideos coincide con lo descripto previamente. Los pacientes con SSp y ETA podrían corresponder a un fenotipo de paciente de mayor edad, mayor número de comorbilidades y con una menor positividad de anti-Ro, anti-La y FR. Los pacientes con SSp y ETA mostraron una menor probabilidad de presentar FR positivo de forma significativa.

## EN LA PRÁCTICA DIARIA, ¿SE CUMPLEN LAS RECOMENDACIONES EULAR 2019 PARA EL MANEJO DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN ADULTOS?

Erika PALACIOS SANTILLÁN, Diana Fernández-Ávila, Marina Scolnik, Javier Rosa, Nicolás Alvarado

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

**INTRODUCCIÓN:** La práctica clínica en SAF es muy variable debido a que es una enfermedad rara con gran heterogeneidad en sus manifestaciones clínicas y de laboratorio, por lo que su abordaje terapéutico también ha sido muy diverso durante décadas. En 2019, EULAR desarrolló una guía de recomendaciones para la prevención y manejo del SAF en adultos que busca mejorar la práctica clínica diaria y la calidad de vida de los pacientes.

**OBJETIVOS:** Evaluar el cumplimiento de las nuevas recomendaciones EULAR 2019 para profilaxis primaria y secundaria en una cohorte de la vida real de pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF).

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional, corte transversal, multicéntrico que incluyó pacientes del Registro de SAF de la Sociedad Argentina de Reumatología. Se incluyeron mujeres y hombres adultos con SAF trombótico primario o secundario (criterios de Sidney), y pacientes portadores de perfil de anticuerpos antifosfolípidos (AAF) de alto riesgo con manifestaciones no criterio o asintomáticos. Se realizó estadística descriptiva para resumir las características clínicas y demográficas en ambos grupos. Los eventos trombóticos fueron clasificados según el tipo y recurrencia. Se evaluó el tipo de tratamiento farmacológico para profilaxis primaria y secundaria, y se comparó con las nuevas recomendaciones EULAR 2019.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 204 pacientes (78.9% sexo femenino, 65.7% SAF trombótico y 34.4% portadores de AAF). Los pacientes con SAF trombótico tuvieron más edad al momento de inclusión en el registro, al igual que más hipertensión arterial y dislipidemia comparados con los portadores de AAF (p<0.001 para todas las comparaciones), 55.7% de pacientes portadores de AAF fueron clasificados como perfil de alto riesgo; 56.1% de los pacientes con SAF trombótico y 69.6% de portadores aPL tuvieron otra enfermedad autoinmune asociada. El evento trombótico más frecuente fue de tipo venoso, y el evento único fue más frecuente que el recurrente. En cuanto al tratamiento farmacológico, 59% de portadores AAF con perfil de alto riesgo cumplían con las recomendaciones EULAR para profilaxis primaria, y 72.3% (en trombosis arterial), 66.7% (en trombosis venosa), y 88.9% (en trombosis arterial y venosa) cumplieron con las recomendaciones EULAR para profilaxis secundaria.

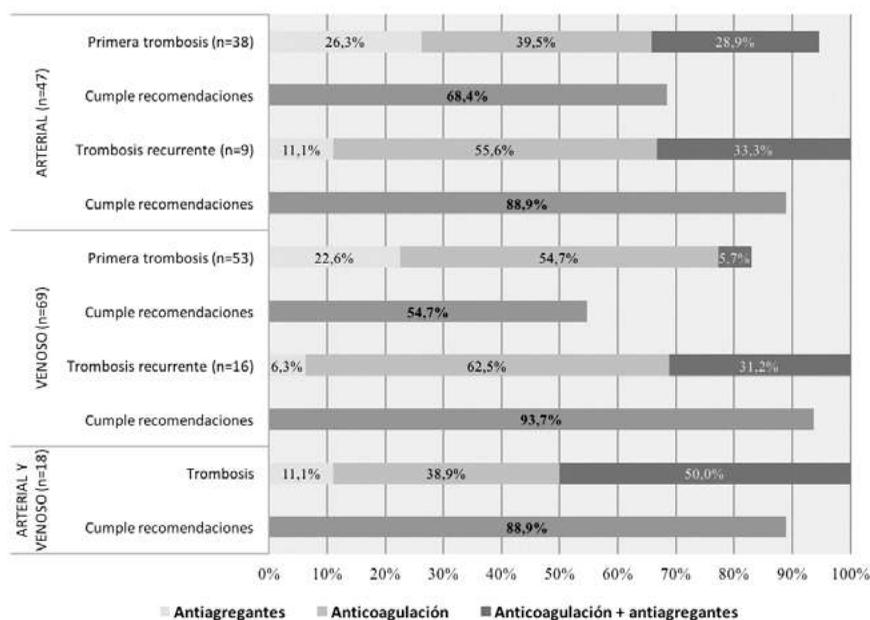


Figura: Cumplimiento de las recomendaciones EULAR 2019 en SAF.

**Tabla:** Características clínicas y demográficas basales.

Características	SAF trombótico (n=134)	Portadores aPL (n=70)	P	Total (n=204)
Edad de la fecha de inclusión en el registro, media (DE)	45.9 (14.4)	37.9 (12.7)	<0.001	41.8 (12.7)
Edad primer síntoma, media (DE)	36.0 (13.0)	29.3 (10.7)*	0.045	33.0 (11.4)
Sexo femenino n % (IC 95%)	104.77.6%	57.81.4%	0.650	161.78.9% (72.7-84.3)
Hipertensión arterial, N,%(IC95%)	46.34% (26.3-43.0)	12.7.1% (9.2-28.0)	0.016	58.28.4%
Diabetes n,%(IC95%)	75.522% (2.1-10.5)	2.2.9% (0.3-9.9)	0.802	9.4.4% (2.0-8.2)
Obesidad (IMC >30 kg/M²)	28.21.2% (14.3-28.8)	15.22.4% (12.5-32.9)	0.948	43.21% (15.7-27.3)
Historia de tabaquismo, %(IC95%)				
Nunca	96.71.6% (63.2-79.1)	54.78.3% (65.5-68.3)		150.73.5% (66.9-79.4)
Exfumador	17.12.7% (7.6-19.5)	7.10.0% (4.1-19.5)		24.118% (7.7-17.0)
Fumador activo	13.9.7% (5.3-16.0)	3.4.3%		16.7.8% (4.5-12.4)
Desconocido	8.6.0%	6.45% (1.7-9.5)		14.6.9% (3.8-11.2)
Enfermedad autoinmune asociada, n %(IC95%)	69/123,58.1%	48/69,69.6% (57.3-80.0)		117/192, 60.9% (53.6-68.0)
Lupus eritematoso sistémico	80.0% (69.2-88.3)	87.2% (74.2-95.2)	0.337	82.8% (75.0-89.0)

**CONCLUSIONES:** Las recomendaciones EULAR 2019 para profilaxis primaria y secundaria fueron moderadamente aplicadas, con una mejor intervención en pacientes con eventos arteriales y recurrentes.

## ¿ES FRECUENTE LA SINOVITIS PERIPROTÉSICA DE RODILLA EN ARTRITIS REUMATOIDEA?

Luis PALOMINO ROMERO, Javier Rosa, Johana Zacarias, Enrique Roberto Soriano, Josefina Marin, Nicolás Alvarado, Natalia Rius, Alfredo Vargas Caselles

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

**INTRODUCCIÓN:** Habitualmente se piensa que en la artroplastia total de rodilla (ATR) se extrae todo el tejido sinovial y por ende los pacientes con artritis reumatoidea (AR) no deberían desarrollar sinovitis en esa articulación. Sin embargo, existen reportes de derrame periprotésico en pacientes con AR que se han sometido a cirugía de reemplazo articular.

**OBJETIVOS:** Determinar la prevalencia de sinovitis periprotésica (SPP) por ultrasonografía (US) en pacientes con AR.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio de corte transversal. Se incluyeron de forma consecutiva pacientes adultos con diagnóstico de AR (criterios ACR/EULAR 2010) y antecedentes de ATR. En cada paciente se evaluaron 12 articulaciones por US, incluyendo la articulación reemplazada, siguiendo el score de Naredo y col. Se definió como sinovitis ecográfica a la presencia simultánea de distensión de la cápsula articular (DCA) y señal Doppler de poder (SD) de grado 1, o a la presencia aislada de DCA grado  $\geq 2$  o SD grado  $\geq 2$ . Al momento de realizar la US se recopilaron los datos clínicos, demográficos y relacionados con la AR. Se realizó un análisis descriptivo y se compararon las características de los pacientes con y sin SPP.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 30 pacientes, 80% mujeres, con una mediana de edad al diagnóstico de AR de 53 años (RIC 39-64), y una mediana de seguimiento de 18 años (RIC 7-26), desde el diagnóstico de AR hasta el momento de la US. 10 pacientes (33,3%, IC 95% 17,3-52,8) presentaron SPP; 12 pacientes tuvieron reemplazo bilateral de rodilla, de ellos el 25% (IC95% 5,5-57,2) presentó SPP bilateral. No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con y sin SPP, aunque numéricamente hubo una tendencia a mayor puntaje ecográfico en el score de Naredo en los que tenían reemplazo articular (Tabla). De las 42 prótesis de rodilla evaluadas, el 33% presentó SPP, el 55% resultó normal y un 12% presentó alguna alteración en la US sin alcanzar la definición de sinovitis (Figura).

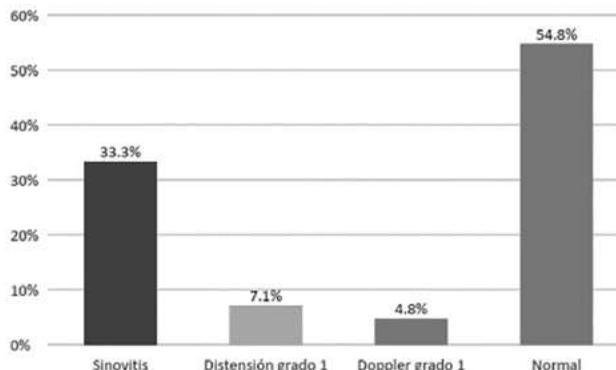


Figura: Hallazgos ultrasonográficos en las prótesis de rodilla (n=42).

Tabla: Características clínicas y demográficas de los pacientes según la presencia de sinovitis periprotésica (SPP).

Características	AR sin SPP	AR con SPP	p valor
Sexo femenino, & (IC95%)	75 (50.9-91.3)	90 (55.5-99.7)	0.63
Edad al diagnóstico AR (años), mediana (RIC)	55.3 (38.9-68.9)	49.6 (41.5-57.7)	0.23
Edad al momento de la US (años), mediana (RIC)	73.5 (64.6-79.6)	72 (63.7-74.2)	0.35
Retraso diagnóstico (meses), mediana (RIC)	4 (1.8-12.6)	6.6 (1.8-13.2)	0.76
HTA, % (IC95%)	55 (31.5-76.9)	70 (34.7-93.3)	0.69
Diabetes, % (IC95%)	5 (0.1-24.9)	10 (0.2-44.5)	1
Enfermedad cardiovascular (IC95%)	10 (1.2-31.7)	0	0.54
Dislipemia, % (IC95%)	5 (0.1-24.9)	0	1
Tabaquismo (alguna vez), % (IC95%)	30 (11.9-54.3)	30 (6.7-65.2)	1
Forma de inicio de la AR, % (IC95%)			
Oligoarticular	20 (5.7-43.7)	30 (6.7-65.2)	0.67
Poliarticular	75 (50.9-91.3)	70 (34.7-93.3)	
Factor reumatoideo % (IC95%)			
Positivo	85 (62.1-96.9)	60 (26.2-87.8)	0.09
Negativo	0	20 (2.5-55.6)	
Antipéptido citrulinado, % (IC95%)			
Positivo	60 (36.1-80.9)	30 (6.7-65.2)	0.34
No disponible	25 (8.7-49.1)	40 (12.2-73.8)	
Seropositividad (FRy/o ACPA), % (IC95%)	85 (62.1-96.9)	70 (34.7-93.3)	0.37
DAS28 VSG al momento de la US, % (IC95%)	3.7 (2.7-5.1)	3.85 (2.9-4.75)	0.98
HAQ al momento de la US, mediana (RIC)	0.75 (0.375-1.375)	1.125 (0.375-2.125)	0.48
Corticoides previos, % (IC95%)	17 (62.1-96.9)	90 (55.5-99.7)	1
DMARDs convencionales al momento de la US, % (IC95%)			
Ninguno	30 (11.9-54.3)	30 (6.7-65.2)	0.67
Metrótxato	55 (31.5-76.9)	40 (12.2-73.8)	
Leflunomida	5 (0.1-24.9)	10 (0.2-44.5)	
Hidroxicloroquina	0	10 (0.2-44.5)	
Combinación	10 (1.2-31.7)	10 (0.2-44.5)	

Características	AR sin SPP	AR con SPP	p
<b>Biológico al momento de la US, %(IC95%)</b>			
Ninguno	40 (19.1-63.9)	20 (2.5-55.6)	0.47
Anti TNF	30 (11.9-54.3)	40 (1.2-73.8)	
Abatacept	10 (1.2-31.7)	0	
Tocilizumab	0	10 (0.2-44.5)	
Rituximab	5 (0.1-24.9)	0	
Inhibidores de Jak	15 (3.2-37.9)	30 (6.7-65.2)	
<b>Biológico en monoterapia, %(IC95%)</b>	30 (19.1-63.9)	30 (6.7-65.2)	1
<b>Tiempo entre el diagnóstico de AR y el 1° reemplazo de rodilla (años, mediana (RIC))</b>	5.9 (-1.5-15.4)	13.8 (0.29-19.3)	0.33
<b>Score de Naredo, mediana (RIC)</b>	9 (4-15)	13 (8-18)	0.16

**CONCLUSIONES:** Un tercio de los pacientes con AR y ATR presentaron SPP, y 12% presentaron al menos grado 1 de DCA y/o SD.

1936

## IMPACTO DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

Rosario Jaldin Céspedes, Laura Cuellar, Facundo Salvatori, Sebastián Magri, **Rodrigo GARCÍA SALINAS**

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

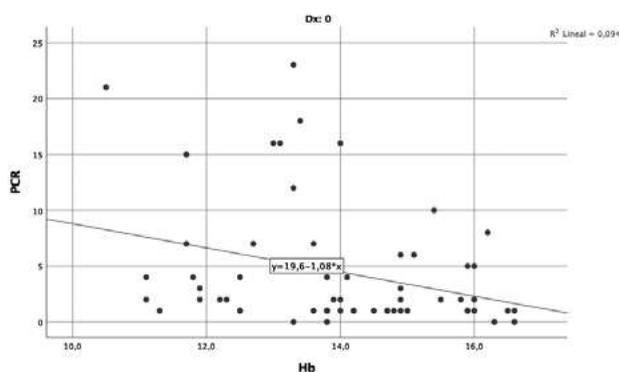
**INTRODUCCIÓN:** Los niveles de hemoglobina pueden variar por diferentes razones en enfermedades crónicas. En la APs se puede deber a la actividad de la enfermedad, las comorbilidades y/o los tratamientos.

**OBJETIVOS:** Evaluar la correlación entre los niveles de Hb al diagnóstico de APs y diferentes estimadores numéricos de la enfermedad, y analizar la asociación de variables con valores bajos de Hb.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional, transversal, se incluyeron pacientes mayores a 18 años con diagnóstico de APs realizado entre 2017 y 2021. Se les realizó al basal a todos los pacientes: analítica sanguínea, Rx manos y pies, ecografía articular y entesis, se consignaron datos sociodemográficos, nivel de educación y hábitos. Síntomas APs, edad de inicio, demora al diagnóstico, características de EspA, VAS de dolor y actividad de la enfermedad, tiempo de rigidez matinal, HAQ, DAPSA, MASES y HAQ. El evaluador de los síntomas desconocía el resultado de los estudios complementarios que fueron recabados por otro observador. En la misma visita se consigno valor de hemoglobina y se estableció como valor de corte para Hb baja menor a 13. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, Test de  $\chi^2$  y exacto de Fisher (variables categóricas) y Test de Student o Mann Whitney (variables continuas) según su distribución, se realizó regresión logística binomial (variables con p significativa), se realizó correlación de Pearson y Sperman.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 64 pacientes con diagnóstico reciente de APs, cuyas características se resumen en la Tabla. Se observó una correlación negativa con los valores de PCR mg/L (Coef. Corr: -0.31, p 0.01) y ERS (Coef. Corr: -0.61, p 0.001). La prevalencia de valores de Hb menores a 13 fue del 50%, respecto a las variables asociadas en Hb menor a 13 las con diferencia estadística fueron: sexo femenino (70% vs 22% p 0.001), número de articulaciones inflamadas (2.8 vs 0.96 p 0.05) y PCR (2.9 vs 6.3 p 0.001). En el análisis de regresión logística las dos variables que se asociaron en forma independiente con Hb baja (menor a 13) fue el sexo femenino (OR 26 IC95% 5-131) y el valor de la PCR (OR 0.8 IC95% 0.71-0.94).

Artritis psoriásica,	n=64
Edad (años), media (DE)	50.4 (12.6)
Femenino, %	56.8
Psoriasis familiar, %	26.1
Psoriasis cutánea, %	70.9
EVA global del paciente (0-100), media (DE)	56.8 (23.1)
Articulaciones dolorosas (28), media (DE)	2.8 (2.6)
Articulaciones inflamadas (28), media (DE)	1.5 (2.1)
VSG, media (DE)	21.3 (17.4)
PCR, media (DE)	5.4 (6.6)
DAPSA, media (DE)	14.1 (7.2)
HAQ, media (DE)	0.7 (0.4)
Erosiones óseas radiográficas, %	39.2
Sinovitis ecográfica con señal Doppler de potencia positiva, %	33.7
Entesitis clínica %	40%
Eco entesis+ %	57%



**Figura:** Correlación PCR y HB - APs.

**CONCLUSIONES:** Los valores de Hb correlacionaron en forma negativa con los niveles de PCR al diagnóstico de APs, a su vez niveles bajos de Hb se asociaron en forma independiente con los altos valores de PCR y el sexo femenino. Comentario: se podría evaluar en un futuro scores de actividad que incluyan este valor sustituyendo la PCR.

## ANORMALIDADES DE LA MOTILIDAD ESOFÁGICA ASOCIADAS A COMPROMISO PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

María Milena PERTUZ REBOLLEDO, Tamara Arias, Cecilia Battaglia, María Marta Piskorz, Jorge Olmos, Gustavo Medina, María José López Meiller  
HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

**INTRODUCCIÓN:** La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad heterogénea, autoinmune, caracterizada por daño vascular y fibrosis. Se clasifica en tres subtipos: difusa (dcSSc), limitada (lcSSc) y sin esclerodermia, siendo el compromiso gastrointestinal (GI) y la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) frecuentes en todos. La afección GI puede verse hasta en 90% de los pacientes y anomalías de motilidad esofágica entre 50 y 90%. La manometría esofágica de alta resolución (MEAR) es la herramienta diagnóstica más utilizada para objetivar los desórdenes funcionales del esófago. El compromiso pulmonar se observa en el 80% de las tomografías de tórax de alta resolución (TACAR), solo 40% sintomáticos. Los mecanismos fisiopatológicos de la EPI siguen siendo desconocidos en la ES. Se ha propuesto que las anomalías de la peristalsis esofágica como la hipotensión del esfínter esofágico inferior (EEI) y peristalsis inefectiva pueden provocar un daño histológico en el pulmón inducido por microaspiraciones de contenido gástrico en el tracto respiratorio.

**OBJETIVOS:** Describir la asociación entre anomalías de la motilidad esofágica medidas por MEAR y el compromiso pulmonar intersticial en pacientes con diagnóstico de ES.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, transversal, incluyó pacientes seguidos entre 2005-2021, en la División Reumatología, mayores 18 años, con diagnóstico de ES (criterios 2013 ACR-EULAR) y que tuviesen realizada una MEAR. Los trastornos motores se definieron por la clasificación de Chicago v3.0 en: peristalsis normal, Hipotensión del EEI, peristalsis débil o inefectiva y ausencia de contractibilidad. Se excluyó: esófago de Barrett, neoplasias, anomalías mecánicas congénitas, quemaduras por cáusticos o denervación de musculatura esofágica y antecedente de cirugía gastrointestinal esofágica. Se analizaron: datos demográficos, tiempo de evolución de la enfermedad, características clínicas de la enfermedad, EPI (definido por TACAR) y examen funcional respiratorio (CVF y DLCO menor 80%). Análisis estadístico: Se calculó porcentaje, media (DS) o mediana (RIQ) para análisis descriptivo y para el análisis de asociación se utilizó chi cuadrado, T student o ANOVA y kruskal wallis o U de mann whitney de acuerdo a cada tipo y distribución de variables. Análisis multivariado por modelo de regresión. Valor de  $p < 0.05$  estadísticamente significativo.

**RESULTADOS:** De 250 pacientes con ES, 60 cumplieron criterios de inclusión. 55 (91.6%) mujeres, edad media de 62 años, y mediana de duración de la enfermedad 11 años (RIC 6.5-16.5). Fenómeno de Raynaud 58 pacientes (96.6%). lcSSc 43 (71.6%), dcSSc 14 (23.3%) y sin esclerodermia 3 (5%). Anticuerpo anticentrómero (ACA) 19 pacientes (52.7%), Anti-SCL 70: 15 (30%) y RNA pol III: 2 (3.4%). Síntomas GI: RGE 64.4%, disfagia 49.1%, regurgitación 37.2%, incontinencia 15.2%, constipación 13.5% y diarrea 10.3%. Resultado MEAR: normal 15 pacientes. Hipotonía del EEI 28 pacientes (46.6%), ausencia de contractibilidad 24 (40%), peristalsis inefectiva 16 (26.6%) y ausencia de contractibilidad combinado con hipotonía del EEI 16 (26.6%); 30.2% de pacientes con lcSSc tenían hipotonía del EEI y ausencia de contractibilidad Vs 21.4% en dcSSc. Compromiso pulmonar: EPI 27 pacientes (45%), 18 (30%) FVC < 80%, media de FVC 87%, de VEF1 79.8% y DLCO 75.9%. De los pacientes con EPI, 12 tenían subtipo difuso. 8/15 pacientes con MEAR normal y 19/45 con MEAR alterada tenían EPI ( $p = 0.65$ ). MEAR alterada: valor de FVC < 80% en 15 pacientes (33%) ( $p = 0.51$ ), media de FVC 86.7%, de VEF1 78.4% y DLCO 72.9%. Se encontró una relación positiva entre el grupo de pacientes con hipotonía del EEI y ausencia de contractibilidad y valores de FVC < 80%, VEF1 y DLCO ( $p < 0.05$ ). En el análisis multivariado, se observó asociación estadística entre los tipos de alteraciones en MEAR y valores de FVC < 80% ( $p = 0.01$ ). No se observó asociación entre las alteraciones manométricas y la EPI diagnosticada por TACAR.

**CONCLUSIONES:** Encontramos en este estudio relación entre hipotonía y ausencia de contractibilidad esofágica con valores de función pulmonar. Establecer una posible relación causal entre la afección esofágica y pulmonar sería interesante debido al posible rol del esófago en la fisiopatología del compromiso intersticial. Un cambio en la terapéutica de los síntomas esofágicos y los hallazgos en MEAR podrían disminuir la morbimortalidad relacionada a la afección pulmonar en estos pacientes.

## ARTRITIS REUMATOIDEA DIFÍCIL DE TRATAR. NUESTRA EXPERIENCIA

Cecilia Asnal, Cristina Amtrano, Catherine Crow, Alejandro Nitsche, Paula PUCCI

HOSPITAL ALEMÁN

**INTRODUCCIÓN:** Recientemente el grupo EULAR definió a la artritis reumatoidea (AR) difícil de tratar (AR D2T) como aquella que cumple con 3 criterios: 1) falla a tratamiento según recomendaciones EULAR con DMARDs convencionales, salvo su contraindicación, y que también falla a 2 o más biológicos o drogas sintéticas contra el target, con diferentes mecanismos de acción; 2) al menos un signo de actividad o de progresión de la enfermedad; 3) su manejo es considerado problemático por el médico y/o el paciente. Se estima que alrededor del 5-20% de los pacientes con AR se comportan como AR D2T, siendo importante en este subgrupo reevaluar el diagnóstico, evaluar las comorbilidades y redefinir el tratamiento integral.

**OBJETIVOS:** Describir y analizar la frecuencia y las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de D2T en nuestra población de pacientes con AR tratados con fármacos biológicos y drogas sintéticas en el Hospital Alemán.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, analítico, observacional de corte transversal, retrospectivo. Se incluyeron pacientes del Plan Médico del Hospital Alemán con diagnóstico de AR (según criterios ACR/EULAR 2010) que se encontraban en tratamiento con drogas biológicas y/o pequeñas moléculas, en seguimiento regular por el Servicio. Se consideró como período de evaluación para la inclusión de los pacientes, desde el 01 de agosto de 2021 al 31 de julio de 2022. Los datos fueron recolectados de la historia clínica informatizada del Hospital, y fueron analizados con STATA (versión 14). Las variables numéricas continuas se expresaron como media y desvío estándar, en caso de distribución normal, y como mediana y rango intercuartil en caso de distribución no normal. Las variables categóricas fueron expresadas como frecuencias y porcentajes. En el análisis de las variables categóricas se utilizó el test exacto de Fisher. Las variables analizadas fueron sexo, edad, años de evolución de la enfermedad, comorbilidades, número de biológicos y/o drogas sintéticas utilizadas a lo largo del tratamiento, biológico utilizado actualmente, biológicos previamente utilizados, tratamiento concomitante con metotrexato, valor de eritrosedimentación, PCR, positividad para anticuerpos: látex, FAN y anticitrulina, en el caso de este último se evaluó el título, considerándose como elevado valores iguales o mayores a 60 UI (siendo 20 UI el valor de corte informado como positivo por el laboratorio del hospital).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 34 pacientes con AR en tratamiento con drogas biológicas y/o pequeñas moléculas, 32 mujeres (94%), con una edad media de 66 años, y de 12 años promedio de evolución de la enfermedad, de los cuales 14 recibieron 2 o más biológicos o pequeñas moléculas (41%), los biológicos actuales más utilizados fueron etanercept, seguido por certolizumab y adalimumab con igual frecuencia; y dentro de los biológicos previamente utilizados: etanercept en primer lugar, seguido por tofacitinib, y luego infliximab y adalimumab. En 13 pts se cumplieron criterios de D2T (38.2% de los pacientes tratados con biológicos y/o pequeñas moléculas), 5 tuvieron ACCP negativo (14%) y 28 (80%) presentaron ACCP a títulos elevados. 64% (22 pacientes) tenían VSG elevada, 88% (30 pacientes) látex positivo, 41% (14 pacientes) FAN positivo. 20 pacientes se encontraban en tratamiento con metotrexato (58.8%). 12 pacientes (35%) presentaron hipotiroidismo como comorbilidad. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre AR D2T y título de ACCP elevado. ( $p=0.0000$ , test de Fisher).

**CONCLUSIONES:** Nuestros pacientes con D2T tienen más de 10 años de evolución de enfermedad, y títulos más elevados de anticuerpo anticitrulina. Es probable que los pacientes con AR de larga data hayan recibido tratamientos menos eficaces, por diversos motivos, como la menor cantidad de fármacos disponibles y los diferentes criterios de aprobación de los mismos por las entidades regulatorias. Es importante definir el grupo de pacientes con AR D2T para evaluar nuevas terapias, identificar comorbilidades y adoptar conductas dirigidas a un tratamiento integral de los pacientes.

1941

## ARTRITIS REUMATOIDEA: REPERCUSIÓN EN LOS FAMILIARES DE QUIENES LA PADECEN

Patricia FARFÁN ROJAS<sup>1</sup>, Pamela Sabrina Yujra Ventura<sup>1</sup>, Joan Manuel Dapeña<sup>1</sup>, Eliana Rebecca Serrano<sup>1</sup>, Juan Manuel Bande<sup>1</sup>, María Alejandra Medina<sup>1</sup>, Diana Silvia Klajn<sup>1</sup>, José Ángel Caracciolo<sup>1</sup>, Julia Sosa<sup>2</sup>, María Paula Kohan<sup>2</sup>, Claudio Orquera<sup>3</sup>, Silvia Beatriz Papisidero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, <sup>2</sup>HOSPITAL RAÚL F. LARCADE, SAN MIGUEL, <sup>3</sup>SANATORIO LA TRINIDAD DE MITRE

**INTRODUCCIÓN:** La artritis reumatoidea (AR) puede comprometer aspectos físicos, psicológicos y sociales de los pacientes, incluyendo su entorno familiar. El Instrumento de Repercusión Familiar (IRFA) es un cuestionario autoadministrado de 20 preguntas. Evalúa 4 áreas: socioeconómica, sociopsicológica, funcionamiento familiar y estado de salud. Presenta un puntaje global de 20-100 y un puntaje por área; además cada ítem puede ser valorado como repercusión favorable o desfavorable. Se considera que existe repercusión familiar con valores  $\geq 21$ , clasificándose la misma en leve, moderada, elevada y severa. En nuestro conocimiento no se han desarrollado en nuestro medio trabajos que aborden el impacto de la AR sobre la familia.

**OBJETIVOS:** Describir la repercusión de la enfermedad sobre los familiares de los pacientes con AR. Determinar la asociación del puntaje final y por área con características sociodemográficas del paciente y su familiar; características de la enfermedad, clinimetría, ansiedad, depresión y tratamiento.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio multicéntrico de corte transversal, descriptivo y analítico. Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años con diagnóstico de AR (ACR-EULAR 2010) y familiares  $\geq 18$  años. Se excluyeron aquellos con dificultades para la lecto-comprensión. Se recolectaron datos sociodemográficos del paciente y su familiar; características de la AR, clinimetría y tratamiento actual. Los pacientes completaron *Health Questionnaire-9* (PHQ9) y *General Anxiety Disorder-7* (GAD7). Los familiares más allegados completaron el IRFA. Estadística descriptiva. Se compararon los puntajes del IRFA con las características sociodemográficas de los pacientes y sus familiares. Se utilizó pruebas de  $\chi^2$ , Fisher, T de Student o Wilcoxon, según correspondiera. Se consideró significativa  $p \leq 0.05$ .

**RESULTADOS:** Se incluyeron 62 pacientes de 3 centros. El 79% fueron mujeres con una edad media de 56.4 años (DE 12.9). La mediana del tiempo de evolución de la AR fue de 83.5 meses (RIC 46-146). El 91.4% eran seropositivos para FR y 89.3% para ACPA. El 75.8% tenía enfermedad erosiva, 16% nodular y 36.5% otras manifestaciones extraarticulares. Un 50% no tenía cobertura de salud, 43% poseía certificado de discapacidad y 37% trabaja. La mediana del DAS-28 fue de 3.1 (RIC 2.4-4.3), SDAI de 10.6 (RIC 3.3-16), HAQ-A de 1 (RIC 0.3-1.4) y *Quality of Life-Rheumatoid Arthritis II* (QOL-RA II) de 6.8 (RIC 5.9-7.6). La mediana del PHQ9 fue de 5.5 (RIC 2-9) y del GAD7 de 4,5 (RIC 2-9). Un 24.2% presentó depresión y 24.2% ansiedad. El 51.6% recibía glucocorticoides, 88.7% drogas modificadoras de la AR sintéticas convencionales, 30% biológicos y 11.3% sintéticos dirigidos. De los 62 familiares incluidos, 58% eran mujeres, con una edad media de 46.9 años (DE 17.3). Un 69.3% tenían trabajo, 87% vivían con su familiar y 72.6% era el cuidador de su familiar. En cuanto al grado de parentesco, 46.8% eran cónyuges y 38.7% hijos. La mediana del puntaje global del IRFA fue 43.5 (RIC 31-54) y el grado de repercusión, fue leve en el 37.1%, moderado en 37.1%, elevado en 17.7% y sin repercusión en 8%. La mediana del puntaje por áreas del IRFA fue socioeconómica 7 (RIC 4-9), sociopsicológica 19 (RIC 13-25), funcionamiento familiar 14 (RIC 11-22) y estado de salud 1 (RIC 1-3). La valoración global fue favorable en el 59.8% de los familiares y 71% valoró positivamente el área de funcionamiento familiar. Fueron desfavorables las áreas: socioeconómica (50%) y sociopsicológica (46.8%). El 40.3% no consideró que hubiese repercusión en el área de salud. Se evaluó la asociación del IRFA con características de los pacientes y sus familiares, observándose mayor repercusión sobre los familiares varones en el puntaje global ( $p=0.02$ ) y en las áreas socioeconómica ( $p=0.02$ ), sociopsicológica ( $p=0.01$ ) y funcionamiento familiar ( $p=0.04$ ). Además, correlacionó con el SDAI en el puntaje global ( $p=0.04$ ), área socioeconómica ( $p=0.045$ ) y sociopsicológica ( $p=0.037$ ). No tener certificado de discapacidad se asoció a mayor puntaje en el área de salud ( $p=0.02$ ).

**CONCLUSIONES:** En los familiares de los pacientes evaluados, observamos que la AR tuvo impacto negativo sobre las áreas socioeconómica y sociopsicológica. Sin embargo, se constató un impacto positivo tanto en el puntaje global como en el área del funcionamiento familiar. Las diferentes áreas correlacionaron con familiares varones, poseer certificado de discapacidad y el grado de actividad según SDAI.

## VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO Y ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIO COMO PREDICTORES DE RESPUESTA A METOTREXATO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. RESULTADOS PRELIMINARES

Ramiro Adrián GOMÉZ<sup>1</sup>, Alejandro Benítez<sup>1</sup>, Claudia Peón<sup>1</sup>, María Julieta Gamba<sup>1</sup>, Andrea Federico<sup>2</sup>, Ezequiel Klimovsky<sup>2</sup>

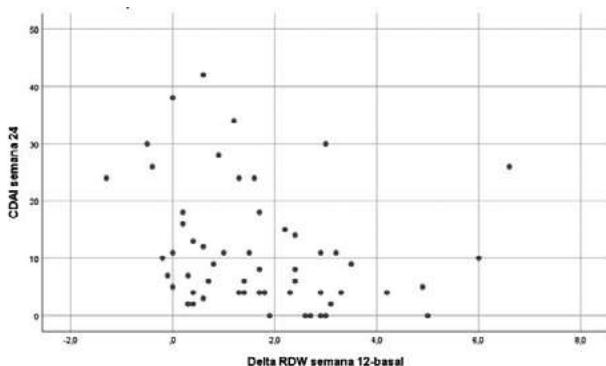
<sup>1</sup>HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS, <sup>2</sup>K&H CONSULTING SAS

**INTRODUCCIÓN:** El manejo de la artritis reumatoidea (AR) se basa en la estrategia “*treat to target*” para lograr la remisión o baja actividad de enfermedad. El metotrexato (MTX) es un tratamiento fundamental, logrando el objetivo terapéutico en los primeros meses en 25-40% de los pacientes. Actualmente no es posible determinar qué pacientes fallarán, exponiéndolos a terapias inefectivas. Los biomarcadores son útiles para la medicina de precisión y han sido decisivos en el desarrollo de nuevas estrategias en otras especialidades. Sin embargo, hasta ahora no contamos con biomarcadores que nos permitan prever el desenlace de los tratamientos en AR. El MTX, un antifolato, podría modificar el ancho de distribución eritrocitaria (RDW) y volumen corpuscular medio (VCM), y trabajos previos han mostrado una asociación entre estos parámetros y la respuesta a MTX.

**OBJETIVOS:** Relacionar RDW y VCM entre visita basal y semana 12 (w12) con la baja actividad/remisión de enfermedad medido por CDAI en semana 24 (w24) en pacientes con AR tratados con MTX. Secundarios: Describir proporción de baja actividad/remisión (CDAI) en w24; describir respuestas CDAI 50/70/85 en w12 y w24; caracterizar seguridad de MTX; relacionar RDW y VCM entre visita basal y w12 con la baja actividad/remisión por DAS28VSG en w24.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, analítico, observacional en pacientes consecutivos con AR (ACR/EULAR 2010) ≥18 años de edad. Se evaluaron datos demográficos, tiempo de evolución de enfermedad, comorbilidades, factor reumatoideo, péptido citrulinado cíclico y enfermedad nodular y/o erosiva. En semanas 0, 4, 12 y 24 se registró VCM, RDW y eritrosedimentación, número de articulaciones dolorosas e inflamadas, escala visual análoga (EVA) dolor del paciente, EVA global del paciente y del médico, tratamientos, DAS 28VSG y CDAI y se recabaron datos de seguridad. Se realizó revisión de historias clínicas de pacientes con AR atendidos en nuestro centro y se incluyeron retrospectivamente los que reunieron criterios de inclusión.

**RESULTADOS:** Se reportan resultados preliminares; muestra de 64 pacientes que completaron seguimiento a w24. El 84.4% femeninos, edad mediana 50,5 años (RIQ 38-57), con 12 meses promedio de evolución de enfermedad (el 25%, n=16, <1 mes de evolución). Con alta prevalencia de FR+ (84.1%, n=53) y aCCP+ (81.4%, n=48) y erosiones en 24%. Mediana CDAI 29.5 (RIQ 17.3-36), 94% en moderada/alta actividad basal. El 31.3% había recibido previamente MTX. El 87.5% recibía esteroides en consulta basal. Las comorbilidades más frecuentes fueron obesidad (17.2%, n=11) e hipertensión arterial (23.4%, n=15). RDW medio basal 14,1 (RIQ 13,3-15,4). El incremento entre valor basal y de semanas siguientes (15,4, 15,8 y 15,0 respectivamente) es estadísticamente significativo ( $p < 0,001$ ). Correlación entre RDW y CDAI w24: incremento en RDW asociado a descenso en CDAI (Rho= -0.312;  $p=0.017$ ). VCM medio basal 86,5 (RIQ 84,2-89,9). El incremento entre valor basal y de semanas siguientes (87,6, 89,5 y 90,5 respectivamente) es estadísticamente significativo ( $p < 0,001$ ). La correlación entre VCM y CDAI w24 no fue estadísticamente significativa. El 56.3% alcanzó baja actividad/remisión (CDAI) en w24. Las respuestas CDAI 50/70/85 fueron alcanzadas por 68.8/42.2/26.6% en w12 y 70.3/46.9/23.4% en w24. El 56.3% (n=36) de los pacientes presentaron 45 eventos adversos; más frecuentes fueron intolerancia digestiva, COVID y aumento de transaminasas. Registramos 2 eventos adversos serios, 1 IAM y 1 secundarismo pulmonar. La correlación entre RDW y DAS28 w24 mostró una correlación de sentido negativo, baja-moderada intensidad, con significación estadística (Rho= -0.308;  $p= 0.021$ ). La correlación entre VCM y DAS28 w24 no fue estadísticamente significativa (Rho=0.032;  $p=0.814$ ).



Rho de Spearman= -0.312;  $p=0.017$ .

Figura: Delta RDW por CDAI en semana 24.

**CONCLUSIONES:** Presentamos datos preliminares de poco más de la mitad de la muestra final estimada. Encontramos buena frecuencia de pacientes que alcanzaron objetivos de tratamiento con MTX y esteroides a 6 meses, sin nuevas señales de seguridad. Trabajos previos mostraron asociación entre RDW y respuesta EULAR en pacientes con AR tratados con MTX. Encontramos datos similares, aunque la falta de significación estadística en la semana 24 podría deberse a la baja cantidad de pacientes de estos resultados parciales. Los resultados finales aportarán información importante del uso de VCM/RDW como biomarcadores y en general del uso de MTX en AR en entornos de mundo real.

## TRATAMIENTO DE UVEÍTIS POR ENFERMEDAD DE BEHCET EN ARGENTINA: FACTORES ASOCIADOS A REMISIÓN Y ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES EULAR 2018

Máximo COSENTINO<sup>1</sup>, Claudia Pena<sup>1</sup>, Ignacio Gandino<sup>2</sup>, María Constanza Baretto<sup>2</sup>, Belén Virasoro<sup>3</sup>, Lucila García<sup>1</sup>, Marina Scolnik<sup>4</sup>, Ariana Ringer<sup>5</sup>, Carlos Siegrist<sup>5</sup>, Brian Abdala<sup>6</sup>, Serenela Chullibert<sup>6</sup>, Marina Dalpiaz<sup>7</sup>, Ariel Schlaen<sup>8</sup>, Natalia Vanegas<sup>8</sup>, Claudia Alanez<sup>8</sup>, Milagros Heredia<sup>8</sup>, Graciela Rodríguez<sup>1</sup>, Gabriela Armas<sup>1</sup>, Mercedes García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA, <sup>2</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN ANTONIO FERNÁNDEZ, <sup>3</sup>CONSULTORIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES (CEA), <sup>4</sup>HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, <sup>5</sup>CLÍNICA DE MEDICINA Y LABORATORIO INMUNOLÓGICO ESPECIALIZADO, <sup>6</sup>HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, <sup>7</sup>HOSPITAL CHURRUCÁ VISCA, <sup>8</sup>HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de Behcet (EB) es una vasculitis sistémica tanto venosa como arterial de etiología desconocida. El compromiso ocular se presenta entre 40-70% de los pacientes, y es la principal causa de morbilidad. La uveítis es la presentación clínica ocular más frecuente, con una prevalencia que puede llegar hasta el 90% de los casos, afectando tanto al segmento anterior como posterior del ojo. El 16-25% termina en la ceguera, por lo que es fundamental su detección temprana y tratamiento.

**OBJETIVOS:** Describir las características de uveítis en la EB, las líneas terapéuticas utilizadas, y comparar los factores asociados a remisión de uveítis al primer esquema terapéutico. Evaluar adherencia a las recomendaciones EULAR 2018.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio multicéntrico, observacional, de cohorte retrospectivo. Pacientes mayores de 18 años con EB según criterios ICD 2014 y uveítis según los criterios de la nomenclatura estandarizada de uveítis (SUN). Se definió remisión si el paciente cumplía criterios SUN de remisión ocular y si el reumatólogo no tuvo que cambiar el inmunosupresor por compromiso extraocular.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 55 pacientes, el 69.1% eran hombres, con una media de edad al diagnóstico de EB 33.7 (DE 11.4) años, media de edad de presentación de uveítis de 37.1 (DE 19.6) años y mediana de seguimiento de 2.5 (RIC 7.2) años. El HLA-B51 fue positivo en 13/15 (86.7%). La presentación más frecuente fue panuveítis (49%), de forma bilateral (69.1%) y crónica (59.6%); el tratamiento más utilizado de primera línea fue azatioprina (45%). Treinta y un pacientes respondieron al primer esquema terapéutico mientras que 24 fueron refractarios. Las presentaciones agudas respondieron mejor al esquema terapéutico inicial ( $p=0.01$ ) y el antecedente de trombosis se asoció con mayor refractariedad ( $p=0.03$ ). En la Tabla se muestran las características de la población total y la comparación en cuanto a remisión o refractariedad a la primera línea terapéutica. En relación al año de diagnóstico de las uveítis, 21 casos fueron posterior a la publicación de las recomendaciones, y la adherencia en cuanto a la primera línea se observó en el 66.7%. A su vez, se efectuó una comparación para saber si los médicos que adhirieron a las recomendaciones EULAR tenían mayor probabilidad de remisión, no dando estadísticamente significativo (66.7% vs 42.9%;  $p=0.99$ ). Se observaron secuelas en 11/44 pacientes: 1 glaucoma, 3 cicatrices retinianas, 3 cegueras y 4 cataratas.

**Tabla:** Características generales y análisis bivariados.

Características	Total n=55	Remisión al primer esquema n=31 (56.4%)	Refractario al primer esquema n=24 (43.6%)	p valor
Sexo masculino, n (%)	38 (69.1)	24 (77.4)	14 (58.3)	0.12
Edad al diagnóstico de Behcet, media (DS)	33.7 (11.4)	30.9 (7.1)	36.2 (13.9)	0.13
Edad al diagnóstico de uveítis, media (DS)	37.1 (19.6)	34.4 (18.2)	40.4 (20.9)	0.26
U. Anterior, n (%)	18 (32.7)	12 (38.7)	6 (25)	0.28
U. Intermedia, n (%)	9 (16.4)	6 (19.3)	3 (12.5)	0.49
U. Posterior, n (%)	1 (1.8)	1 (3.2)	0	0.99
Panuveítis, n (%)	27 (49.1)	12 (38.7)	15 (62.5)	0.08
Bilateral, n (%)	38 (70.4)	19 (61.3)	19 (82.6)	0.13
Súbita, n (%)	21 (46.7)	7 (33.3)	14 (58.3)	0.09
Aguda, n (%)	15 (28.8)	13 (41.9)	2 (8.3)	0.01
Crónica, n (%)	31 (59.6)	14 (45.16)	17 (70.8)	0.06
Recurrente, n (%)	6 (11.5)	1 (3.2)	5 (20.8)	0.07
C. cutáneo, n (%)	26 (49.1)	15 (51.7)	11 (45.8)	0.66
Artritis, n (%)	16 (30.2)	6 (20.7)	10 (41.7)	0.09
Úlceras orales, n (%)	49 (92.5)	27 (93.1)	22 (91.6)	0.84
Úlceras genitales, n (%)	31 (58.5)	17 (58.6)	14 (58.3)	0.98
Trombosis, n (%)	4 (7.5)	0	4 (16.7)	0.03
Azatioprina, n (%)	24 (45.2)	13 (41.9)	14 (58.3)	0.22
Metotrexato, n (%)	7 (13.2)	4 (12.5)	3 (12.5)	0.99
Ciclosporina, n (%)	5 (9.4)	2 (6.4)	3 (12.5)	0.64
Adalimumab, n (%)	5 (9.4)	4 (12.9)	1 (4.2)	0.37
Ciclofosfamida, n (%)	4 (7.2)	3 (9.6)	1 (4.2)	0.62
Micofenolato, n (%)	1 (1.9)	1 (3.2)	0	0.99
Infliximab, n (%)	1 (1.9)	1 (3.2)	0	0.99

**CONCLUSIONES:** En esta cohorte multicéntrica de pacientes con EB y uveítis, la forma de presentación más frecuente fue la panuveítis, el compromiso bilateral y curso crónico. Aproximadamente la mitad de los pacientes logró la remisión con el primer esquema terapéutico, independientemente del inmunosupresor utilizado. Las formas agudas podrían asociarse a una mayor probabilidad de remisión, mientras que el antecedente o la presencia de trombosis parecerían relacionarse a una mayor refractariedad. El manejo terapéutico presentó alta consistencia con las recomendaciones actuales.

## PACIENTES REUMÁTICOS TRATADOS CON INHIBIDORES DEL JAK. REGISTRO LATINOAMERICANO. SUBANÁLISIS DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Nicolás MARIN ZUCARO<sup>1</sup>, Lorena Brance<sup>2</sup>, Daniel Fernández Ávila<sup>3</sup>, Gilda Ferreira<sup>4</sup>, Gabriel Maciel<sup>5</sup>, Luisa Servioli<sup>6</sup>, Rodrigo García Salinas<sup>7</sup>, Reyna Amparo Galaviz Pérez<sup>8</sup>, Rocío Gamboa<sup>9</sup>, Jossiel Then Báez<sup>10</sup>, Pamela Giorgis<sup>11</sup>, Carlos Enrique Toro Gutiérrez<sup>12</sup>, Paola Gottschalk<sup>13</sup>, Rene Donizeti<sup>14</sup>, Claiton Viegas Brenol<sup>15</sup>, Vander Fernández<sup>16</sup>, Manuella Lima Gomes Octrop<sup>17</sup>, Cristiano Lupo<sup>18</sup>, Inés Silveira<sup>19</sup>, Pedro Santos Moreno<sup>20</sup>, Bárbara Stadler Kahlow<sup>21</sup>, Enrique Julio Giraldo Ho<sup>22</sup>, Javier Quagliato<sup>2</sup>, Enrique Roberto Soriano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, <sup>2</sup>REUMATOLOGÍA Y ENFERMEDADES ÓSEAS, ROSARIO, ARGENTINA, <sup>3</sup>HOSPITAL SAN IGNACIO, COLOMBIA, <sup>4</sup>HOSPITAL DAS CLÍNICAS, UNIVERSIDAD FEDERAL DE MINAS GERAIS, BRASIL, <sup>5</sup>HOSPITAL MACIEL, MONTEVIDEO, URUGUAY, <sup>6</sup>HOSPITAL MILITAR, DNSFFAA, MONTEVIDEO, URUGUAY, <sup>7</sup>HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, ARGENTINA, <sup>8</sup>HOSPITAL NAVAL, CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO, <sup>9</sup>HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA ESSALUD, PERÚ, <sup>10</sup>HOSPITAL METROPOLITANO DE SANTIAGO, REPÚBLICA DOMINICANA, <sup>11</sup>INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, ARGENTINA, <sup>12</sup>CENTRO DE ESTUDIOS DE REUMATOLOGÍA Y DERMATOLOGÍA SAS, CALI, COLOMBIA, <sup>13</sup>CLÍNICA UNIÓN MÉDICA, SANTIAGO, REPÚBLICA DOMINICANA, <sup>14</sup>HOSPITAL DAS CLÍNICAS-USP-RP, RIBEIRÃO PRETO/SP, BRASIL, <sup>15</sup>HOSPITAL DAS CLÍNICAS, PORTO ALEGRE/RS, BRASIL, <sup>16</sup>HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO, CUIABA/MT, BRASIL, <sup>17</sup>HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO-JERJ, RIO DE JANEIRO/RJ, BRASIL, <sup>18</sup>FUNDACIÓN FACULTAD DE MEDICINA, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO/SP, BRASIL, <sup>19</sup>HOSPITAL SÃO LUCAS PUC, PORTO ALEGRE/RS, BRASIL, <sup>20</sup>BIOMAB, CENTRO DE ARTRITIS REUMATOIDE, BOGOTÁ, COLOMBIA, <sup>21</sup>HOSPITAL UNIVERSITARIO EVANGÉLICO MACKENZIE DE CURITIBA, BRASIL, <sup>22</sup>CLINIC ALL EN CONSULTORIOS PUNTA PACÍFICA, PANAMÁ

**INTRODUCCIÓN:** El tratamiento de la artritis reumatoidea (AR) ha experimentado un cambio radical en los últimos 20 años gracias al advenimiento de nuevas terapias. Los inhibidores del JAK (iJAK) se han posicionado como una alternativa válida ante la falla a DMARDs convencionales (cDMARDs), aunque con ciertas consideraciones de seguridad. Con el objetivo de evaluar la eficacia y seguridad de los iJAK en la vida real, PANLAR desarrolló un registro de pacientes latinoamericanos con enfermedades reumáticas tratados con iJAK.

**OBJETIVOS:** Realizar un subanálisis de las características clínicas, bioquímicas y radiológicas de pacientes con AR del registro iJAK de PANLAR.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se diseñó un registro, de cohorte prospectiva con 36 meses de seguimiento (9 visitas) que incluye a pacientes mayores de 18 años con AR, APs y EA que iniciaron alguna terapia aprobada con iJAK, DMARDs convencionales (cDMARDs) o DMARDs biológicos (bDMARDs). El registro comenzó en noviembre de 2021. Aquí presentamos un análisis parcial de los primeros resultados haciendo énfasis en la subpoblación de pacientes con AR.

**RESULTADOS:** Un total de 783 registros fueron consultados en esta primera etapa, correspondientes a 278 pacientes con AR de Latinoamérica. El 87.7% (IC95% 83.3-91.3) fueron mujeres, con una mediana de edad al diagnóstico de la enfermedad de 45.63 (RIC 22.2) y una mediana de edad al inicio de la nueva terapia de 56.25 (RIC 21.68). La mediana de índice de masa corporal fue de 26,64 (RIC 6.52). Las comorbilidades basales más reportadas en orden descendente fueron hipertensión arterial (37.5%; IC95% 31.6-43.5), dislipemia (30.7%; IC95% 25.2-36.6) tabaquismo (24.2%; IC95% 18.9-29.5) y diabetes tipo 2 (9.5%; IC95 6.27-13.7). El 1.87% tuvo antecedente de eventos cardiovasculares mayores (IC95% 6.1-4.31), mientras que el 3.4% (IC95% 1.56-6.35) de trombosis venosa profunda. Con respecto a las infecciones previas el 19.2% padeció COVID-19 (IC95% 14.2-24.9), el 12.4% tuberculosis (IC95% 8.69-6.9), el 4.5% infección por herpes zóster (IC95% 2.36-7.77) el 3.4% infección por virus de hepatitis B (IC95% 1.57-6.37) y el 0.8% infección por virus de hepatitis C (IC95% 0.09-2.7). Del total de pacientes con AR el 51.4% (IC95% 29.9-45.4), 33.8% (IC95% 28.3-39.7) y el 14.7% (IC95% 10.8-19.5) fueron tratados con iJAK, bDMARDs y cDMARDs, respectivamente. En la Tabla se resumen los datos demográficos, comorbilidades y vacunas recibidas estratificados por el mecanismo de acción del tratamiento recibido. Un total de 65.2% (IC95% 5.92-7.1) recibieron corticoides con el nuevo tratamiento y el 68.8% (IC95% 62.8-74.2) cDMARDs en combinación. El 87.5% (IC95% 83.03-91.21), 44.6% (IC95% 38.6-50.6) y 7,3% (4 IC95% 4.5-11) de los pacientes fallaron a al menos un cDMARDs, bDMARDs e iJAK, respectivamente. La distribución de uso de iJAK fue: upadacitinib 38% (IC95% 30-46.5) tofacitinib 36,6% (IC95% 28.7-45.1) y baricitinib 25.4% (IC95% 18.4-33.3). Los iJAK se utilizaron en el 38.7%, 28.2%, 16.2%, 15.5% como segunda, tercera, cuarta y >4 línea de tratamiento, respectivamente. Dentro de los bDMARDs se reportaron los siguientes tratamientos; anti factor de necrosis tumoral (anti-TNF) 51.6% (IC95% 41-62.1), inhibidores de la IL 6 (iIL-6) 22.5% (IC95% 14.5-32.4), inhibidores de CD20 (anti-CD20) 15.1% (IC95% 8.48-23.9) e inhibidores de CD 80-86 (anti CD 80-86) 10.8% (IC95 5.27-18.8). En la Tabla 2 se resumen variables de actividad y tratamiento segmentado por mecanismo de acción.

Tabla 1

Edad al diagnóstico, mediana (RIC)	45.13 (18.43)	44,41(25.49)	49.89 (21.65)
Edad al inicio de la medicación , mediana (RIC)	56.17 (18.5)	56.12 (26.12)	56.89 (25.2)
Género femenino % (IC95%)	91.5% (85.7-95.5)	83% (73.8-89.9)	85.4% (70.8-94.4)
Hipertensión arterial % (IC95%)	40.9% (32.5/49.6)	36% (26-46.8)	29.3% (16.1-45.5)
Displemia, % (IC95%)	34.3% (26.4-48.9)	27%( 18.1-37.4)	26.8% (14.2-42.9)
Diabetes II % (IC95%)	8.1% (4.1-14.1)	12,6% (6.5-21.4)	10% (2.8-23.6)
Tabaquista % (IC95%)	27.9 (20.6-36.2)	18% (10.6-27.5)	25% (12.7-41.2)
Ex tabaquista % (IC95%)	18.4 (12.2-25.9)	14,6% (0.8-23.6)	20% (9-35.6)
Eventos cardiovasculares mayores % (IC95%)	0.7% (0.18-3.9)	3,4% (80.7-9.5)	2.4% (6.0-12.8)
Trombosis venosa rofunda % (IC95%)	1.5% (0.17-5.2)	6,8% (2.5-14.2)	2.4 (0.6-12.8)
Neoplasias incluido melanoma, % (IC95%)	3.6% (1.19-8.31)	-	12.2% (0.4-26.2)
<b>Vacunas aplicadas</b>			
Neumócica conjugada, % (IC95%)	58.6% (49.5-67.2)	48,3% (34.9-61.7)	51.2% (35.1-67.1)
Neumócica no conjugada, % (IC95%)	60.6% (51.5-69.1)	56.9% (43.2-69.8)	34.1% (20-50.5)
Influenza anual, % (IC95%)	74.6%( 66.1-81.9)	86,2% (74.6-93.8)	58.5 (42.1-73.6)
Hepatitis B % (IC95%)	80.1% (72.1-86.7)	77,9% (65.3-87.7)	40% (24-55.5)
Covid 19, % (IC95%)	94.4%(88.7-97.7)	94,8% (83.5-98.1)	95.1% (83.5-99.4)

**Tabla 2:** Características clínicas y marcadores de actividad basales segmentados por tratamiento.

	<b>IJAK</b>	<b>bDMARDs</b>	<b>cDMARDs</b>
Positividad FR, % (IC95%)	71.6% (64.8-77.6)	61.5% (52.1-70.3)	58.2% (45.5-70.1)
Positividad anti CCP, % (IC95%)	50.5% (43.3-57.7)	60% (50.2-69.2)	59.4% (46.3-71.5)
CDAI >10, % (IC95%)	55.1 (48.5-61.6)	63.5% (54.8-71.5)	58.2% (46.5-69.2)
SDAI >11, % (IC95%)	60% (53.2-66.5)	74.2% (65.7-81.5)	65.7% (53.7-76.4)
DAS28 ERS >3.2, % (IC95%)	61% (53.8-67.9)	75.2% (66-82.9)	78.1% (66-87.5)
DAS28 PCR >3.2, % (IC95%)	50.1 (48.2-61.8)	70.4% (59.7-79.7)	50% (38.3-61.7)
Uso de corticoides concomitante, % (IC95%)	60.3% (51.7-68.4)	76.9% (66.9-85.1)	56.1% (39.7-71.5)
Uso de cDMARDs concomitante, % (IC95%)	71.4% (63.2-78.7)	82.6 (73.3-89.7)	27.5% (14.6-43.8)
Falla a cDMARDs % (IC95%)	97.9% (93.8-99.5)	97.8% (92.3-99.7)	29.3% (16.1-45.5)
Falla a bDMARDs, % (IC95%)	61.3% (52.7-69.31)	38.7% (28.7-49.3)	-
Falla a iJAK, % (IC95%)	2,8% (0.7-7.1)	17.2% (10.1-26.4)	-
HAQ, mediana (RIC)	1.125 (1.59)	1 (1.2)	0.75 (1.37)
Erosiones, % (IC95%)	57.1% (48.3-65.7)	57% (45.8-67.6)	17.1% (7.15-32)
Manifestaciones extraarticulares, % (IC95%)	12,2% (8.3-17)	4.8% (19.9-9.6)	13.9% (7.16-23.5)

**CONCLUSIONES:** Este trabajo demuestra el perfil clínico, bioquímico y radiológico de la población latinoamericana con diagnóstico de AR que participó en el mismo. El 88% fueron mujeres, con una mediana de edad al diagnóstico de la enfermedad de 45 años. Las comorbilidades basales más frecuentes fueron hipertensión arterial y dislipemia. Con respecto a las infecciones previas, el 19% padeció COVID 19 y un porcentaje menor tuberculosis. El 87%, 45% y 7% de los pacientes fallaron en al menos un cDMARDs, bDMARDs e iJAK, respectivamente.

1948

## CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES ADULTOS CON ESCLEROSIS SISTÉMICA ASISTIDOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

Agustina Milagros GARCÍA ORO, Eduardo Mussano, Laura Onetti, Isaac Cadile, Marina Werner, Lilia Dávila  
HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

**INTRODUCCIÓN:** La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad infrecuente de causa desconocida y patogenia compleja. Las características distintivas son: 1) autoinmunidad; 2) inflamación; 3) alteraciones funcionales y estructurales en los vasos sanguíneos pequeños y 4) fibrosis vascular e intersticial generalizada que afecta a la piel y los órganos internos. Se clasifica según el grado de afectación de la piel, el patrón acompañante de afectación de órganos internos, y la presencia de características superpuestas con otras enfermedades reumáticas sistémicas. Así encontramos 4 subtipos (ES cutánea limitada, cutánea difusa. ES sin esclerodermia y Es con síndrome de superposición). La medida de los autoanticuerpos presentes en la ES puede ser útil para determinar las características clínicas y el pronóstico de la enfermedad. Los tres tipos de autoanticuerpos que se observa con más frecuencia son los anticuerpos anticentrómero, anti-topoisomerasa I y anti-ARN polimerasa III. Las características clínicas, la historia natural y la supervivencia en los pacientes con ES son muy variables y dependen en gran medida del subtipo clínico de la enfermedad y de los autoanticuerpos asociados presentes.

**OBJETIVOS:** Examinar las características demográficas, clínicas, perfil de autoanticuerpos, patrón capilaroscópico y otros métodos complementarios en pacientes con ES atendidos en nuestro hospital.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó una investigación clínica observacional, descriptiva de corte transversal desde el 1/6/2019 hasta el 30/12/2021. Se analizaron todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de ES según los criterios de clasificación ACR/EULAR 2013. Las variables utilizadas fueron: edad, sexo, tipo de ES, duración de la enfermedad, compromiso cutáneo y orgánico visceral, perfil de autoanticuerpos y patrón capilaroscópico. Se clasificó a los pacientes en ESCL, ESCD o ESSE según lo establecido por LeRoy. Se consideró que una manifestación clínica estaba presente si había en la historia clínica un método complementario que lo demostrara o si estaba mencionada por el médico tratante en el examen físico o anamnesis.

**RESULTADOS:** Se incluyó un total de 28 pacientes: 26 con ES y 2 con síndrome de superposición. La edad media de los pacientes fue de 61,11 años. El 93% eran mujeres. El 61% de los pacientes presentaban ESCL, el 36% ESCD y el 3% ESSE. La media en años de duración de la enfermedad fue de 7.04 años. En relación con las manifestaciones cutáneas (Tabla 1), el engrosamiento de la piel distal a las articulaciones MCF fue la más frecuente. El compromiso extra cutáneo (Tabla 2) más frecuente fue el síndrome de Raynaud (n=27; 96%). En relación a la presencia de HAP y su clasificación: el 7 % fue de grado moderado y 36% leve y grave respectivamente. Con respecto al perfil de autoanticuerpos, el 43% de los pacientes (n12) presentaba anticentrómero positivo. El 18% (n 5) anti Scl-70. Un paciente tenía otro autoanticuerpo positivo. En el 36% de los pacientes no se encontró registro de autoanticuerpos.

**Tabla 1:** Manifestaciones cutáneas.

	Valor absoluto	%
Engrosamiento distal MCF	17	61
Engrosamiento proximal MCF	10	36
Esclerodactilia	10	36
Telangiesctasias	13	46
Microstomía	13	46
Dactilitis	5	18
Úlceras digitales	9	32
Cicatrices en la punta de los dedos	3	11
Calcinosis cutis	3	11
Necrosis digital	1	3,5

**CONCLUSIONES:** Este trabajo nos permitió conocer las características de los pacientes asistidos en nuestro servicio y compararlos con otras cohortes. Tanto el perfil demográfico, como las manifestaciones clínicas, serológicas y capilarescópicas de nuestra población coincidieron con las descritas en la literatura. Predominando el sexo femenino, el subtipo ESCL con la presencia de anticuerpo anti-centrómero y siendo el fenómeno de Raynaud la manifestación extracutánea más frecuente con un patrón SD en la mayoría de las pacientes.

**Tabla 2:** Manifestaciones órgano viscerales.

	Valor absoluto	%
Fenómeno de Raynaud	27	96
<b>Compromiso pulmonar</b>		
EPI	8	29
HTP	22	79
<b>Compromiso renal</b>		
Crisis renal	1	3,5
Insuficiencia renal crónica	3	11
<b>Compromiso musculoesquelético</b>		
Artralgias	13	46
Artritis	5	18
Miopatía	1	3,5
Fatiga	14	50
<b>Compromiso gastrointestinal</b>		
Disfagia	8	29
Xerostomía	9	32
Pirosis	12	43
Estenosis esofágica	2	7
Distensión abdominal	5	18
Alteración del ritmo evacuatorio	5	18

1958

**FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS POSTERIORES A LA VACUNACIÓN EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN CENTROS MÉDICOS DE REFERENCIA EN ASUNCIÓN, PARAGUAY**

Cynthia Gisela HOLT MARTÍNEZ, Eric Hernán Benegas Sosa, María Inés Albertini Weiler, Claudia Vallejos, Liz Cañiza, Jazmín Wazwaz, Anahí Romero, Juan Ahrens, Guillermo Aguirre, Mauricio Guerrero, Astrid Paats, Isabel Acosta Colman

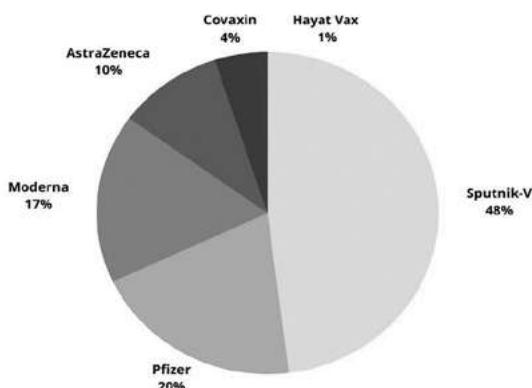
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**INTRODUCCIÓN:** Durante la pandemia provocada por la COVID-19 se priorizó la inmunización de los pacientes más vulnerables; como aquellos con enfermedades autoinmunes, como LES. Los programas de inoculación vigentes en nuestro país se dieron de acuerdo a la disponibilidad de vacunas, por lo que diferentes pacientes fueron inoculados con diferentes plataformas.

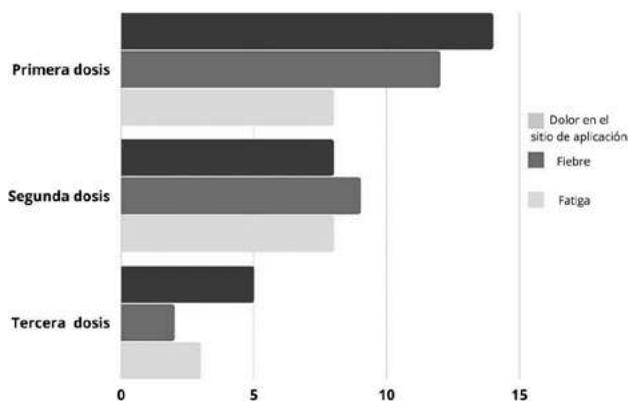
**OBJETIVOS:** Determinar la frecuencia de eventos adversos, tanto a corto como a largo plazo, de la vacunación contra la COVID-19 en pacientes con enfermedades autoinmunes atendidos en centros de referencia en Paraguay, en octubre de 2021 con una perspectiva de uno o dos años.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, en octubre de 2021, con una perspectiva de uno o dos años. Los grupos de cohortes estuvieron formados por pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos biológicos con diagnóstico de IMID realizado por un especialista y recibieron una o dos dosis de vacunas contra la COVID-19. Se desarrolló una encuesta que permitió la recolección de datos por medio de encuestas por medio de llamadas telefónicas o por mensajería instantánea. Cada investigador contó con una planilla que vincule el código generado con el nombre del paciente encuestado

**RESULTADOS:** Se incluyeron 76 pacientes con LES que recibieron al menos una dosis de la vacuna anticovid. El 82.9% eran mujeres, con una edad media de 32.9±11.8 años. De estos, el 92.1% recibió su primera dosis, el 80.3% su segunda dosis y el 17.1% su tercera dosis. El 29.8% recibió Sputnik-V; 12.2% Pfizer; 10.9% Moderna, 6.5% AstraZeneca, 2.6% Covaxin y 0.8% Hayat Vax, 13 pacientes recibieron su tercera dosis correspondiente a 6 de Pfizer, 4 de Moderna, 3 de AstraZeneca (Figura 1). En las 144 dosis aplicadas se registraron un total de 53 eventos adversos, el 81.1% dentro de los primeros 5 días y el resto a los 5 días. El 52.8% presentó eventos adversos después de la primera dosis, el 32% después de la segunda dosis y el 15% después de la tercera dosis. La duración media de los síntomas fue de 2.3 días±1.4. El efecto adverso más importante fue el dolor en el sitio de inyección, seguido de fiebre y fatiga. La exacerbación del LES también se registró como eventos adversos en el 14.5% (Figura 2).



**Figura 1:** Plataforma de vacunas aplicadas.



**Figura 2:** Eventos adversos luego de la vacunación anti-COVID durante los primeros 5 días.

**CONCLUSIONES:** Se registraron efectos adversos leves; se concluye que la vacunación contra la COVID-19 es segura para pacientes con LES.

## LOS CRISTALES DE PIROFOSFATO DE CALCIO DIHIDRATADO CONTRIBUYEN AL PERFIL INFLAMATORIO OBSERVADO EN NEUTRÓFILOS EN EL CONTEXTO DE LA ARTROPATÍA POR DEPÓSITOS DE CRISTALES DE PIROFOSFATO DE CALCIO DIHIDRATADO

María Belén Luffi<sup>1</sup>, Rodrigo Blas<sup>2</sup>, Victoria Borgia<sup>1</sup>, Iván Borgia<sup>1</sup>, Marcos Borgia<sup>1</sup>, Alfredo Borgia<sup>1</sup>, María Cristina Pistori<sup>3</sup>, María Silvia Di Genaro<sup>4</sup>, Carolina GORLINO<sup>5</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO DE REUMATOLOGÍA, <sup>2</sup>MEDICI, CONSULTORIOS EXTERNOS, <sup>3</sup>FCQ-UNC, <sup>4</sup>IMIBIO-SL-CONICET, FQBYF-UNSL, <sup>5</sup>IMIBIO-SL-CONICET

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato de calcio dihidratado (CPPD, por sus siglas en inglés) es un tipo de artritis causada por el depósito de cristales de pirofosfato de calcio dihidratado (cristales CPP). Es una enfermedad de características heterogéneas que presenta diferentes fenotipos. En su forma aguda, la media de concentración leucocitaria en los líquidos sinoviales (LS) puede alcanzar 20.000 células/mm<sup>3</sup>, siendo los neutrófilos la población mayoritaria y cuyo rol poco se conoce. Los neutrófilos utilizan diversas funciones efectoras para ejercer su acción en procesos inflamatorios e inmunológicos. Aunque estos mecanismos son muy eficientes a la hora de eliminar microorganismos invasores, también pueden ser los causales del rol patogénico en enfermedades inflamatorias.

**OBJETIVOS:** Aportar al conocimiento de la inmunopatogénesis en la CPPD al determinar la contribución de los neutrófilos en el perfil inflamatorio de esta enfermedad mediante la evaluación de algunas de las funciones efectoras de estas células como son la degranulación, la producción de especies reactivas de oxígeno y la liberación de ADN extracelular.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Para el desarrollo de este proyecto se trabajó con los LS de pacientes con CPPD que requirieron artrocentesis con fines terapéuticos y/o diagnósticos y con sangre periférica de pacientes sanos (aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo; EXP-CUY: 20654/2019). La identificación de los cristales CPP se determinó mediante microscopía de campo claro, microscopía de luz polarizada y microscopía electrónica de barrido acoplada a microanálisis por espectrometría dispersiva en energía (EDS). Los neutrófilos de sangre periférica de sujetos sanos fueron purificados mediante el uso de gradientes de Percoll e incubados con cristales CPP o con LS de pacientes con CPPD y evaluada su función mediante ensayos *in vitro*. La actividad funcional de los neutrófilos se estableció a través de: la medición de especies reactivas de oxígeno (ROS) por medio del ensayo de Dihidro Rhodamine 123 (DHR), la expresión de marcadores de degranulación (CD66b) y la liberación de ADN extracelular como indicador de producción de trampas extracelulares de neutrófilos (NETs) mediante el uso del colorante SYTOX Green. Dichas técnicas se realizaron a través de citometría de flujo en el citómetro de flujo FACSCalibur (BD Biosciences) y los neutrófilos fueron identificados mediante sus características de tamaño y granularidad (FSC y SSC) y por la expresión de CD15.

**RESULTADOS:** Con el propósito de evaluar el efecto de los cristales CPP sobre algunas de las funciones efectoras de los neutrófilos, se determinó la expresión de CD66b, la liberación de ADN extracelular y la producción de especies reactivas de oxígeno en neutrófilos sin estimular (control), estimulados con ésteres de forbol (neutrófilos+PMA) o bien incubados con cristales (neutrófilos+cristales CPP). Se pudo observar que luego de la estimulación con cristales CPP hubo un incremento en superficie de la molécula en CD66b en neutrófilos con respecto a aquellos estimulados con PMA (neutrófilos+cristales CPP vs neutrófilos+PMA; p=0,03), indicativo de liberación del contenido de sus gránulos secundarios. Además, los neutrófilos incubados con cristales CPP aumentaron la producción de ROS un 25% (neutrófilos+cristales CPP vs neutrófilos+PMA; p=0,04) como así también la producción de NETs, al incrementar la liberación de ADN extracelular (media geométrica (Gm) neutrófilos + cristales CPP vs Gm neutrófilos+PMA; p<0,05).

**CONCLUSIONES:** De esta forma, podemos concluir que los cristales CPP tienen la capacidad de inducir un perfil proinflamatorio en los neutrófilos al favorecer el aumento en la expresión de CD66b, la liberación de ADN extracelular y la generación de especies reactivas de oxígeno.

## ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN LA VIDA REAL: NUESTRA EXPERIENCIA

Mariana BENEGAS

OSECAC, SANATORIO JULIO MÉNDEZ, PSORIAHUE

**INTRODUCCIÓN:** La ecografía musculoesquelética aplicada a la Reumatología ha demostrado ser el método idóneo, tanto para el diagnóstico como para guiar procedimientos y en el seguimiento de patología reumáticas. Es un estudio dinámico, rápido, eficaz, inocuo, de fácil acceso y realizado en tiempo real. En los últimos años con la creciente influencia de la tecnología, ha tenido una evolución rápida, permitiendo una creciente utilización actual en la práctica diaria por parte de los profesionales.

**OBJETIVOS:** Describir el uso y aplicación de la ultrasonografía musculoesquelética en las actividades diarias en un centro médico.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se evaluaron las ecografías realizadas en un centro de atención reumatológica, desde el 2 de enero de 2021 hasta el 30 de junio de 2022. Las ecografías fueron realizadas por una médica especialista en Reumatología con 13 años de experiencia en ultrasonografía musculoesquelética aplicada a la Reumatología. Se consignó fecha de realización, género y edad del paciente y del médico derivador, motivo de la derivación, sitio solicitado y diagnóstico previo si lo tuviese. Se valoró el informe de cada estudio evaluando la presencia o no de lesiones características como presencia de sinovitis grado 2/3, señal Doppler grado 2/3, erosiones en manos en 2da y/o 5ta metacarpofalángicas (MCF) y en pies en 5ta metatarsfalángica (MTT), tofo, doble contorno, paratenonitis, dactilitis, entesitis, presencia de cristales, tendinitis, y tenosinovitis. Asimismo se consignó si el médico ecografista en el informe sugería o no un diagnóstico a partir de los hallazgos ultrasonográficos. Se realizó un análisis descriptivo de las variables en estudio, valorando porcentajes para variables categóricas y media o mediana para variables continuas, según corresponda.

**RESULTADOS:** Se registraron 157 estudios ecográficos, 116 (74%) en 2021 y 41 (26%) entre enero y junio de 2022. En 2017 el número de ecografías realizadas fue de 40, en 2018 de 43, en 2019 de 82, 2020 de 64 y 2021 de 110, evidenciando un aumento progresivo en el número de estudios solicitados. Los meses donde se registraron la mayor cantidad de estudios fueron marzo 14 (12%) y diciembre 13 (11%), siendo julio el mes con menor número 4 (3%) de estudios solicitados. La mayoría de los pacientes 107 (68%) eran de género femenino, con una media de edad de 50 años (DE±14). En el caso de los médicos derivadores todos fueron especialistas en Reumatología, la mayoría de género femenino 142 (90%) y la mediana de edad fue de 55 años (RIQ 43-64). El 46% de los pacientes no tenían diagnóstico previo, mientras que en aquellos que sí tenían diagnóstico, la psoriasis cutánea (23%), la artritis psoriásica (14%) y la artritis reumatoidea (10%) fueron los diagnósticos más frecuentes. Los motivos de derivación más reportados fueron por dolor en el sitio solicitado (41%), artralgias en estudios (28%) y valoración de sinovitis (10%). Los sitios solicitados con más frecuencia fueron: las manos (64%), seguido por los tendones (11%), siendo el tendón de Aquiles el más requerido (82%). En los resultados de los

estudios, en el 38% de los casos se halló una lesión característica, un 20% sinovitis, 20% señal Doppler positiva y solo en un 6% se consignó un diagnóstico en el informe ecográfico.

**CONCLUSIONES:** En nuestra experiencia la ecografía musculoesquelética aplicada a la Reumatología está en constante crecimiento, detectando que la mayoría de los estudios ecográficos solicitados fueron para evaluar diagnóstico. Es de destacar la alta frecuencia de psoriasis cutánea y artritis psoriásica, que podría estar sesgada por ser un centro de referencia de dichas patologías. Asimismo es de interés resaltar la ausencia de solicitud de estudios ecográficos dirigidos a la evaluación de la patología pulmonar y de glándulas salivales, así como para procedimientos terapéuticos como la infiltración guiada.

1963

## USO DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Javier Federico FLORES TREJO, Joan Manuel Dapeña, Juan Manuel Bande, María Alejandra Medina, José Ángel Caracciolo, Silvia Beatriz Papisidero  
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ

**INTRODUCCIÓN:** En los últimos años, la resonancia magnética (RM) ha avanzado en el campo de la imagen musculoesquelética. Dado que permite visualizar daño estructural y evidenciar la actividad inflamatoria, se ha vuelto una poderosa y versátil herramienta en el consultorio del reumatólogo. Su capacidad para establecer un diagnóstico temprano, dirigir tratamientos específicos y realizar seguimiento de la enfermedad, se contraponen a las dificultades técnicas y económicas de su uso. Sabemos que existen lineamientos y recomendaciones para el uso de la RM en las enfermedades reumatológicas inflamatorias, pero nos preguntamos sobre la frecuencia de su pedido y sus resultados en otros grupos de pacientes con diferentes patologías reumatológicas.

**OBJETIVOS:** Describir la frecuencia de pedido de RM por el reumatólogo en una cohorte de pacientes con enfermedades musculoesqueléticas. Establecer las características asociadas a su pedido, realización y hallazgos informados. Consignar el tiempo promedio transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta su pedido y desde el pedido hasta su realización.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y analítico. Se incluyeron pacientes  $\geq$  de 18 años que realizaron seguimiento por nuestro Servicio entre marzo de 2014 y marzo de 2020. Se excluyeron pacientes con menos de un año de seguimiento al momento del período evaluado y aquellos que presentaran diagnóstico de una enfermedad reumatológica inflamatoria. Se consignaron datos sociodemográficos, comorbilidades, número total de RM solicitadas y número total de RM realizadas, área estudiada, motivo de su pedido, otros estudios solicitados, tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la solicitud y desde esta hasta la realización de la misma. En aquellos pacientes que realizaron la RM se registraron los hallazgos patológicos. Análisis estadístico: estadística descriptiva de la población. Se utilizaron medias, medianas, desvío estándar y rango intercuartílico para las variables numéricas, y frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas. Se utilizó *software* estadístico R.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 841 pacientes, 76% eran mujeres, con una edad media de 57.5 años (DE 14.4). Un 44% trabajaban, 28.8% se encontraban retirados y 23% eran desempleados. Solo el 48.1% tenían cobertura médica. El 13.5% eran tabaquistas y 3.8% enolistas. Las comorbilidades más frecuentes fueron, hipertensión arterial (35.6%), dislipemias (26.9%), hipotiroidismo (14.4%), diabetes (11.5%), obesidad (9.6%). Además, el 9.6% tenían antecedentes de enfermedad oncológica y 6.7% traumáticos. El 13.5% presentaba osteoartritis y 8.7% osteoporosis. Al momento de pedido de RM, los pacientes se encontraban en seguimiento por lumbalgia (51%), omalgia (17.3%), gonalgia (12.5%), cervicalgia (9.6%), coxalgia (4.8%) y reumatismo de partes blandas (4.8%). Se constató el pedido de RM en el 12.4% (N=104), de los cuales 78.8% (n=82) se llevaron a cabo. La causa más frecuente entre los que no se constató la realización de RM fue la pérdida en el seguimiento. Las áreas solicitadas más frecuentes fueron: columna lumbar (49%), hombro (17.3%), rodilla (13.5%), columna cervical (10.6%) y cadera (5.8%). Otros estudios complementarios que fueron solicitados en el 96.2% (n=100), radiografías (98%), ecografía (21%) y tomografía computada (1%). El tiempo promedio desde el inicio de los síntomas hasta el pedido de la RM fue de 25.4 meses (DE 37.2) y, desde el pedido hasta su realización, 37.6 días (DE 53.4). Dentro de los hallazgos aportados por este estudio, encontramos que el 48.8% presentó compromiso articular, 45.1% compromiso de disco vertebral, 21.9% tendinoso, 9.7% meniscal, 7.3% ligamentario, 3.7% muscular y 2.4% neurológico. No se encontraron hallazgos patológicos en el 10.6% de las RM realizadas.

**CONCLUSIONES:** En nuestro estudio el pedido de RM fue del 12.4%, constatándose su realización en el 78% de los pacientes. El tiempo desde el inicio de los síntomas hasta su solicitud fue de aproximadamente 2 años y, una vez indicada, se evidenció una demora de más de 1 mes para poder realizarla. Se detectó que 1 de cada 10 RM solicitadas resultaron normales.

1967

## UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR PARA VALORAR LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO

Francisco PAULIN<sup>1</sup>, Fernanda Ferrero<sup>1</sup>, Cecilia Fernández<sup>1</sup>, Julieta Morbiducci<sup>2</sup>, Vanesa Bejarano<sup>2</sup>, Camila Zalazar Khairallah<sup>1</sup>, Galo Córdoba<sup>1</sup>, Sabrina Caimi<sup>1</sup>, Micaela Godoy Bader<sup>1</sup>, Diego Litewka<sup>1</sup>, José Luis Presas<sup>1</sup>, Gustavo Pérez Ballester<sup>1</sup>, Anastasia Secco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL JUAN A. FERNÁNDEZ, <sup>2</sup>HOSPITAL RIVADAVIA

**INTRODUCCIÓN:** La ecografía pulmonar es una herramienta ampliamente estudiada para el rastreo de enfermedad pulmonar intersticial (EPI) en pacientes con enfermedad del tejido conectivo (ETC). Se desconoce su utilidad para la evaluación de la severidad de la enfermedad, siendo un método ampliamente disponible, de bajo costo y que no expone al paciente a radiación.

**OBJETIVOS:** Conocer la utilidad de la ecografía pulmonar para valorar la severidad de la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) en pacientes con enfermedad del tejido conectivo (ETC).

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio de corte transversal. Se incluyeron de forma consecutiva aquellos pacientes con EPI asociada a ETC evaluados en un consultorio especializado. Se registraron variables demográficas y diagnóstico de ETC. Se realizó ecografía pulmonar en 14 regiones y se contabilizaron las líneas B. Se realizó espirometría con medición de capacidad vital forzada (CVF) y tomografía de alta resolución (TACAR) con medición de la extensión del compromiso intersticial mediante *score* de Goh (total, inflamación y fibrosis), y clasificó el patrón en TACAR según consenso Inter sociedades 2022. Se describieron las variables categóricas por frecuencia, y las continuas con media (DE) o mediana (RIC) según su distribución. Para abordar el objetivo del estudio se consideró como patrón de oro la valoración de la severidad de la EPI mediante CVF, y la medición de la extensión de la EPI mediante el *score* tomográfico de Goh. Se evaluó la correlación entre el *score* ecográfico y el *score* de Goh y la CVF% utilizando el método de Spearman. Se buscó un punto de corte del *score* ecográfico para discriminar entre pacientes con una CVF menor del 70% utilizando curva ROC. Se calculó el OR con su IC95% para ese punto de corte.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 40 pacientes, 34 (85%) mujeres, media (DE) de 61.17 (11.87) años de edad. En cuanto al diagnóstico, 26 (65%) presentaban AR, y 11 (27.5) esclerosis sistémica. La media (DE) de CVF fue de 88.35%, mientras para el score de Goh total la mediana (RIC) fue de 18 (7-28). Un total de 12 pacientes (30%) presentaron un patrón de neumonía intersticial usual (NIU) o NIU probable en la TACAR. La mediana (RIC) de líneas B en el score ecográfico fue de 16.5 (8.5-31). En cuanto a la correlación del score ecográfico con otras variables, se obtuvieron valores de coeficiente r de 0.53 ( $p < 0.001$ ) para el score de Goh total,  $-0.27$  ( $p 0.107$ ) para el Goh de inflamación,  $0.64$  ( $p < 0.001$ ) para Goh fibrosis, y  $-0.12$  ( $p 0.50$ ) para CVF%. En los pacientes con patrón de NIU el coeficiente r fue de  $0.73$  ( $p 0.006$ ) mientras que en aquellos con otros patrones fue de  $0.54$  ( $p 0.004$ ). Se halló mediante curva ROC un punto de corte de 35 líneas B para discriminar entre pacientes con una CVF menor del 70%, con una sensibilidad del 75% y una especificidad del 90.6%. El ABC fue de  $0.78$  ( $0.45-1$ ). Un recuento de 35 o más líneas B mostró un OR (IC95%) de  $19.33$  ( $1.82-204.97$ ) para una CVF menor del 70%.

**CONCLUSIONES:** La ecografía pulmonar mostró una buena correlación con el score de Goh en TACAR, a expensas del componente fibrótico de la enfermedad. Esta correlación fue mayor en pacientes con patrón de NIU que en otros patrones. Un punto de corte de 35 líneas mostró una buena capacidad para discriminar aquellos pacientes con mayor severidad en cuanto al compromiso funcional. Concluimos que la ecografía pulmonar presenta un buen desempeño en la valoración de la severidad de la EPI en pacientes con ETC.

1970

## INCIDENCIA DE HEPATOTOXICIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA TRATADOS CON METOTREXATO Y LEFLUNOMIDA

**María Agustina GÁTICA**, Lucía Cichillitti, Juan Pablo Ruffino, Ariana Ringer, María Florencia Martínez, Daniela Carbone, Serenela Chulibert, Brian Marcelo Abdala, Franco Lucci, Mariano Palatnik, María Noel Cortese, Nadia Aldana Cuadranti, Juan Carlos Crema, Graciela Rombo, Antonio Jorge Chemez, Marcelo Abdala

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

**INTRODUCCIÓN:** Las drogas modificadoras de la enfermedad reumática (DARME) sintéticas son fármacos utilizados para el tratamiento de la artritis reumatoidea (AR), siendo el metotrexato (MTX) la droga de primera elección. En muchas circunstancias el objetivo terapéutico de remisión no se logra con monoterapia. El tratamiento combinado con MTX y leflunomida (LFN) en estos casos ha demostrado mejorar la eficacia, pero se ha reportado un aumento en el riesgo de efectos adversos que limitan su uso, entre ellos, hepatotoxicidad y mielosupresión.

**OBJETIVOS:** Evaluar y comparar la incidencia de hepatotoxicidad en pacientes con AR en tratamiento con MTX y LFN en monoterapia o con la combinación de ambas drogas.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de AR según criterios ACR-EULAR 2010, en seguimiento por el Servicio de Reumatología de un Hospital de Argentina entre enero de 2016 y junio de 2022, que recibieron tratamiento con MTX, LFN o la combinación de estos dos fármacos durante al menos un mes. Se excluyeron los pacientes que hayan presentado hepatopatía por otra causa, previa al tratamiento o durante el mismo. Se consideró hepatotoxicidad a la elevación de transaminasas por encima del doble del límite superior de normalidad. El análisis estadístico se realizó con R ( $v 3.5.3$ ). Para las comparaciones se utilizó el test de  $\chi^2$  o el test exacto de Fisher. Se consideró estadísticamente significativa una diferencia correspondiente a una  $p < 0.05$ .

**RESULTADOS:** Se registraron 107 pacientes, de los cuales se excluyeron 5 (4 por infección por VHB, 1 con VHC). La muestra quedó constituida por 102 pacientes, siendo el 88.2% de sexo femenino, con edad promedio ( $\pm$  D.E.) de  $55,9 \pm 19,9$  años y el 88.2% presentó AR seropositiva. Del total, 99 (97%) recibieron tratamiento con MTX en algún momento de su evolución con una duración promedio de  $76,3 \pm 70,9$  meses. De este conjunto, 63 pacientes recibieron MTX en monoterapia (o asociado a un DMARD biológico) y 36 en combinación con LFN. La dosis promedio de MTX fue de  $18,3 \pm 3,6$  mg/semana (en todos los casos asociada a folato). Del total de la muestra, 43 pacientes (42.2%) recibieron tratamiento con LFN, durante un tiempo promedio de  $15,4 \pm 23,9$  meses, siendo 7 los pacientes que realizaron monoterapia y el resto combinado con MTX. La mediana de dosis de LFN fue de 20 mg/día. Quienes recibieron monoterapia con MTX ( $N=63$ ) tuvieron un tiempo de exposición total estimado de 324.7 pacientes-años; aquellos en monoterapia con LFN ( $N=7$ ) de 16.2 pacientes-años y el grupo que recibió la combinación de MTX+LFN ( $N=36$ ) de 83.2 pacientes-años. Se objetivó el desarrollo de hepatotoxicidad en 14 pacientes (13.7%): 7 recibían tratamiento con MTX-LFN combinados, 6 con MTX en monoterapia y 1 con LFN en monoterapia. Como medicación concomitante, 10 pacientes utilizaban prednisona (5 mg/día), 6 recibían paracetamol y 8 AINEs. Tres de los pacientes presentaron elevación de transaminasas superior a 5 veces el límite de normalidad; 6 pacientes elevaciones de entre 3 y 5 veces; y en 5 pacientes se observaron valores de entre 2 y 3 veces por encima del límite superior. Cuatro pacientes tuvieron signos bioquímicos de colestasis (elevación de FAL y BT). En el 71% se decidió descender la dosis del DARME recibido previo al evento o suspensión del mismo; en la totalidad se observó mejoría o normalización de las enzimas hepáticas. La densidad de incidencia de hepatotoxicidad estimada en pacientes con MTX en monoterapia fue de 1.85 por 100 pacientes-años (IC95% 0.68-4.02); en pacientes con LFN en monoterapia fue de 6.17 por 100 pacientes-años (IC95% 0.16-34.39). Entre quienes recibían tratamiento combinado con MTX-LFN la incidencia estimada fue de 8.41 por 100 pacientes-años (IC95% 3.38-17.33). Se observó un aumento significativo en la incidencia de hepatotoxicidad en los pacientes con la combinación MTX-LFN respecto de aquellos en monoterapia con MTX (IRR 4.55 [IC95% 1.31-16.39],  $p < 0.05$ ).

**CONCLUSIONES:** A pesar de que la incidencia de hepatotoxicidad asociada al tratamiento con MTX es relativamente baja cuando se administra junto a folato, la combinación con LFN orientada al objetivo terapéutico de remisión en pacientes en los que no se consigue con monoterapia, puede aumentar significativamente el riesgo de dicho evento adverso.

## ANTICOAGULACIÓN EN LA VIDA REAL EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

Diana Carolina FERNÁNDEZ ÁVILA, Enrique Roberto Soriano Guppy, Javier Eduardo Rosa, Marina Scolnik

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

**INTRODUCCIÓN:** Muchos estudios han demostrado que los pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF) tienen un mayor riesgo de recurrencia de trombosis que los pacientes sin SAF, y esto parece estar asociado con el rango de anticoagulación; sin embargo, la intensidad de la anticoagulación sigue siendo un tema de debate.

**OBJETIVOS:** Evaluar el porcentaje de rango de anticoagulación (ACO) adecuado, según las guías EULAR 2019, en una cohorte de pacientes con SAF durante el seguimiento. Estimar las tasas de nuevos eventos trombóticos y su relación con los puntajes aGAPSS (*adjusted Global Antiphospholipid Syndrome Score*) y DIAPS (*Antiphospholipid Syndrome Damage Index*). Describir la presencia de manifestaciones de SAF no criterio.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se evaluó una cohorte retrospectiva de pacientes con SAF atendidos en un hospital universitario con al menos un evento trombótico venoso o arterial. El diagnóstico de SAF fue realizado por sus médicos en base a características clínicas y de laboratorio. Estos datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica. Se calculó el porcentaje de veces que el RIN estuvo en rango según el objetivo recomendado y se realizaron estadísticas descriptivas.

**RESULTADOS:** Incluimos 62 pacientes con SAF trombótico con un seguimiento de 546,5 PY (IC 95% 442,6-650,3). Las características basales se muestran en la Tabla 1. La Tabla 2 describe las características del primer evento trombótico, por tipo de evento (arterial o venoso). El seguimiento total fue más largo para los pacientes con eventos venosos. En general, tenían un promedio de 7,5 controles de RIN por año (IC95%: 5.8 a 9.3) y el 63% (DE 19.6) de las veces el RIN estaba dentro del rango. 19 pacientes (30.6%) suspendieron la ACO: 17 por indicación médica, 1 por decisión del paciente y 1 por evento adverso. De estos, 5 pacientes tuvieron una nueva trombosis (3 eventos venosos y 2 arteriales). 13 pacientes de 62 (21%, IC95% 12-32) tuvieron un segundo evento trombótico y de estos 7 tenían el último INR en rango. El aGAPSS en el 1er episodio fue significativamente mayor en pacientes con un 2º evento que en aquellos sin retrombosis (mediana 10.5, IQR 8-13, vs 7, IQR 4-9, p=0.01). La mediana global de DIAPS al final del seguimiento fue 0 (IQR 0-1). 43 de (62) (49.4%) presentaron al menos una manifestación clínica de SAF no criterio; en el grupo de trombosis venosa las manifestaciones más frecuentes fueron trombosis venosa superficial (12%), amaurosis fugax (8%), livedo reticularis (7%) y en el grupo de trombosis arterial fueron fenómeno de Raynaud (12%), livedo reticularis (6%) y trombocitopenia (6%).

**Tabla 1:** Pacientes basales, datos demográficos y comorbilidades (N=62).

Variable	Población total
Sexo femenino, n (%), IC95%	42 (68.55-78)
Edad al evento trombótico, años, mediana (RIQ)	48 (32.7)
Tiempo de seguimiento después del primer evento trombótico, años, mediana (RIQ)	11 (26.6)
Cumplimiento criterios de Sapporo n (%), IC95%	43 (69.57-79)
<b>Tipo de SAF</b>	
SAF primario, n (%), IC95%	37 (60.47-70)
SAF secundario, n (%), IC95%	25 (40.29-52)
<b>Perfil de anticuerpos antifosfolípidos*:</b>	
Anticoagulante lúpico, n (%), IC95%	41 (66.53-76)
Anticuerpos anticardiolipinas (IgG y/o IgM) n (%), IC95%	33 (53.40-65)
Anticuerpos anti-beta2 glicoproteína (IgG y/o IgM), n (%), IC95%	6/18 (33.16-56)
<b>Tipo de primer evento:</b>	
Evento venoso (%), IC95%	44 (71.58-80)
Evento arterial, n (%), IC95%	18 (29.19-41)
<b>Factores de riesgo vascular</b>	
Hipertensión arterial, n (%), IC95%	24 (39.27-51)
Dislipidemia, n (%), IC95%	8 (13.06-23)
Diabetes, n (%), IC95%	3 (0.5, 0.01-0.13)
Obesidad, n (%), IC95%	7 (11.05-21)
Tabaquismo actual, n (%), IC95%	12 (19.11-30)
aGAPSS al primer evento trombótico, mediana (RIQ)	8 (4.5)
Mortalidad, n (%), IC95%	6 (9%, 4-19)

\* Al menos dos determinantes positivas separadas por 12 semanas

**Tabla 2:** Pacientes con el primer evento trombótico (n=62).

	Evento venoso	Evento arterial	p
Nº de eventos (%)	44 (70)	18 (30)	-
Seguimiento total, pacientes-año (IC95%)	394.6 (300.2-488.9)	151.9 (102.7-201.1)	-
Nº de controles de RIN pacientes-año (IC95%)	6.9 (5.1-8.9)	8.9 (4.6-13.1)	-
% de rango RIN adecuado durante el seguimiento (DS)	63.3 (20.7)	60.7 (17.1)	0.630
aGAPSS mediana (RIQ)	8 (6)	7 (5)	0.818
<b>Tipo de evento trombótico (n,%)</b>			
TVP y EP	2 (5)	-	-
EP	11 (25)	-	-
TV otras ubicaciones	12 (27)	-	-
TVP	19 (43)	-	-
IMA	-	1 (5)	-
TA otros lugares	-	5 (28)	-
ACV	-	12 (67)	-
<b>Tratamiento posevento trombótico (n,%)</b>			
AVKs	40 (90)	12 (66)	-
Aspirina+ AVKs	4 (10)	6 (34)	-

**CONCLUSIONES:** Después de un primer episodio trombótico en pacientes con SAF, el RIN estuvo en el rango objetivos el 63% de las veces. Se suspendió la ACO en el 31% de los pacientes y de estos, 5 retrombosaron. Del total de pacientes, el 21% tuvo un segundo evento trombótico. No hubo diferencias en el porcentaje de RIN en rango entre el grupo de pacientes con y sin retrombosis. Casi la mitad de los pacientes presentaron manifestaciones de SAF no criterio. El aGAPSS en el primer episodio fue significativamente mayor en los pacientes con retrombosis. El DIAPS al final del seguimiento mostró un daño muy bajo.

## SÍNDROME DE SJÖGREN: MANIFESTACIONES ORALES, SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA BUCAL Y SU RELACIÓN CON EL DAÑO Y LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

Lía Valentina INGOLOTTI<sup>1</sup>, Constanza Arguissain<sup>1</sup>, Aixa Mercé<sup>1</sup>, Julieta Morbiducci<sup>1</sup>, Marisel Bejarano<sup>1</sup>, María Luz Martín<sup>1</sup>, Victoria Azcona<sup>2</sup>, Adriana Hernández<sup>1</sup>, Eugenia Casals<sup>1</sup>, Leandro Teplizky<sup>1</sup>, Mariana Marseillan<sup>1</sup>, Natalia Tamborenea<sup>1</sup>, Anastasia Secco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA, <sup>2</sup>HOSPITAL ODONTOLÓGICO DR. RAMÓN CARRILLO

**INTRODUCCIÓN:** En el síndrome de Sjögren primario (SSp) existe una variedad de signos y síntomas de la cavidad oral. Se elaboró este estudio dada la baja disponibilidad de investigaciones en nuestro medio sobre cómo la salud bucal afecta la calidad de vida de los pacientes.

**OBJETIVOS:** Establecer la presencia o ausencia y características de la afectación oral en pacientes con SSp, evaluar la calidad de vida relacionada con la salud bucal, evaluar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud bucal, producción de saliva, actividad de la enfermedad e índice de daño.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional, analítico y transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que cumplieran con los criterios clasificatorios Europeo-Americano 2002 y/o ACR-EULAR 2016 para SSp. Se excluyeron pacientes con otra enfermedad reumática, y/o presencia de condiciones que favorezcan la aparición de caries. Se evaluó la calidad de vida relacionada con la salud bucal a través de la versión abreviada del cuestionario Perfil de Impacto de la Salud Bucal OHIP (*Oral Health Impact Profile-OHIP14sp*) validada y adaptada al español (para Chile), es un cuestionario genérico autoadministrado (puntaje 0-56, el mayor puntaje refleja el peor estado); un médico reumatólogo realizó la escala visual análoga (EVA) de xerostomía (0-100), el ESSPRI (*EULAR Sjögren's Syndrome Patient Reported Index*), el ESSDAI (*EULAR Sjögren's Syndrome Disease Activity Index*) y el SSDDI (*Sjögren's Syndrome Disease Damage Index*). Un odontólogo emitió una evaluación sobre el estado de salud bucal según el CPOD (índice que cuantifica prevalencia de caries analizando número de dientes cariados, obturados o perdidos, sus resultados se expresan como sigue: 0-1,1 prevalencia muy baja; 1,2-2,6 baja; 2,7-4,4 moderada; 4,5-6,5 alta y ≥6,6 muy alta). También calculó el índice de O'Leary (evalúa higiene dental, su resultado se expresa en porcentaje, un valor >10% determina higiene deficiente) y el índice de Loe & Silnes (mide grosor de la placa bacteriana en los dientes se categoriza en 0,1,2 y 3, el código 3 representa el mayor grosor y extensión). Las variables continuas se reportaron como media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC), según su distribución. Las variables categóricas se reportaron como porcentaje. Se realizó un modelo de regresión lineal múltiple, tomando como variable dependiente el OHIP14sp, ajustada por posibles confundidores. Se evaluó el desempeño del modelo.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 51 pacientes, el 98% fue de sexo femenino, media de edad de 54±13 años. La mediana del OHIP-14sp fue de 16 (RIC 6-25), la del EVA de xerostomía de 60 (RIC 30-80). La media del ESSPRI fue 4±2,6, la mediana del ESSDAI fue de 0 (RIC 0-2), la del SSDDI de 3 (RIC 2-4). La sialometría fue positiva en el 75% y, de ellas, la mediana en mililitros fue de 0.7 (RIC 0.5-1). El FAN fue positivo en el 90% y el Ac anti-Ro en el 74.5%. El 56% estaba tratado con DMARD convencional (de los cuales el 75% fue hidrocicloroquina), 4% con biológicos y el 9,8% con glucocorticoides con una mediana de dosis de 10mg/día (RIC 5-20). El 60% utilizaba tratamiento para xerostomía (agonistas M o sustituto salival). Según la evaluación odontológica, la afectación bucal se presentó en el 100%, mediana de CPOD de 22 (RIC 14-28). Se detectó mal estado dentario en el 88.2% con una mediana en el índice O'Leary de 21 (RIC 13-30). El índice de Loe & Silnes fue de 1 en el 51%, 2 en el 18.9% y 3 en el 8.1%. En el análisis univariado el OHIP14sp se asoció significativamente con el ESSPRI (coeficiente β: 2.04. IC95% 0.72-3.35), el EVA de xerostomía (β 0.19. IC95% 0.08-0.29) y la categoría 2 del índice de Loe & Silnes (coeficiente β: 18. IC95%: 5-31). No se encontró asociación significativa con ESSDAI, SSDDI ni sialometría. En el análisis multivariado, el OHIP14sp se asoció de forma independiente y significativa con el EVA de xerostomía (coeficiente β: 0.19 IC95% 0,09–0,29) y la categoría 2 del índice de Loe & Silnes (coeficiente β: 19. IC95% 7.7-29.7).

**CONCLUSIONES:** Los resultados mostraron que toda la población estudiada presentaba afectación bucal, con una calidad de vida bucal deteriorada lo cual muestra relación con el grado de sequedad medido por xerostomía. Estos resultados respaldan la importancia del tratamiento en conjunto con Odontología dirigido a mejorar el grado de xerostomía, la higiene y el estado bucal.

## MANIFESTACIONES CARDÍACAS EN EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

Carla Alonso, María Isabel Quaglia, Yohana Tissera Yohana, Rosa María FIGUEROA, Mariana Ittig, Juan Pablo Ávila, Verónica Savio, Carla Gobbi, Alejandro Albiero, Paula Alba

HOSPITAL CÓRDOBA

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmune asociada con trombosis arterial y venosa, y morbilidad obstétrica. Las manifestaciones cardíacas incluyen valvulopatía, enfermedad arterial coronaria, disfunción miocárdica, hipertensión pulmonar y trombos intracardiácos.

**OBJETIVOS:** Evaluar las manifestaciones cardíacas en el SAF primario, su relación con la clínica y perfil de anticuerpos antifosfolípidos (AAF).

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se estudiaron pacientes con SAF primario que cumplieran Criterios de Sydney asistidos en la Unidad de Reumatología de Hospital de Córdoba desde mayo de 2013 a marzo de 2020. Se evaluaron características clínicas y demográficas, presencia de trombosis arterial y venosa (tAPS), morbilidad obstétrica, manifestaciones no criterio y perfil de AAF (anticoagulante lúpico (LA), aCL y anti-BGPI). Las manifestaciones cardíacas estudiadas fueron lesiones valvulares, enfermedad arterial coronaria con infarto agudo de miocardio (IAM), miocardiopatía, hipertensión pulmonar y presencia de trombo intracardiaco.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 86 pacientes, 74 fueron mujeres y 11 hombres. El 11.63% de los pacientes tenían manifestaciones cardíacas (MC) y el 55.5% eran hombres. La edad media fue de 43,22 +/- 11,87 en pacientes con MC vs 36,24+/-8,30 en no MC y la duración de la enfermedad fue

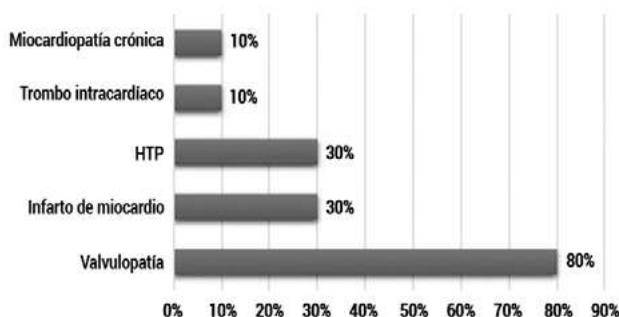


Figura: Manifestaciones cardíacas.

113.38+/- 67.36 meses en MC frente a 64.56 +/-61.87 en no MC. En cuanto a las manifestaciones cardíacas, el 80% (n=8) tenía enfermedad valvular, el 30% (n=3) infarto de miocardio, 30% (n=3) hipertensión pulmonar (HTP), 10% (n=1) trombos intracardiacos y 10% (n=1) miocardiopatía crónica. El 50% de los pacientes con MC tenían triple positividad de AAF, 77.7% LA, 88,8% aCL y 55.5% anticuerpos antiBGPI. Todos los pacientes con MC tenían tAPS. **CONCLUSIONES:** Las MC se asociaron con mayor edad, mayor tiempo de enfermedad, tAPS y perfil de anticuerpos de alto riesgo. La evaluación de los factores de riesgo cardiovascular, el diagnóstico y el tratamiento adecuado son esenciales en SAF.

1983

## IMPACTO DE LA ANEMIA Y DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA EN LA ARTRITIS REUMATOIDEA

Laura Cuellar, Ronald Pérez, Jonatan Mareco, Santiago Ruta, Sebastián Magri, **Rodrigo GARCÍA SALINAS**

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

**INTRODUCCIÓN:** Los niveles de hemoglobina pueden variar por diferentes razones en enfermedades crónicas. En la AR se puede deber a la actividad de la enfermedad, las comorbilidades y/o los tratamientos.

**OBJETIVOS:** Evaluar la correlación entre los niveles de Hb en una cohorte de pacientes con AR y diferentes estimadores numéricos de la enfermedad. Analizar la asociación de las características de la AR con valores bajos de Hb.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio trasversal, donde se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR (reciente y seguimiento). En la primera visita se realizaron: estudios de laboratorio (incluyendo reactantes de fase aguda) FR y ACPA (en el mismo laboratorio), radiografías de manos y pies, ecografía de manos con técnica Doppler de poder y entrevista donde se recabaron datos sociodemográficos (edad, sexo), datos clínicos (tiempo de evolución, comorbilidades) y clinimetría (EVA global del paciente, recuento articular, HAQ); cada evaluador (laboratorio, imágenes y clínico) no conocía los datos de los otros estudios realizados. Se consignó el tratamiento indicado por su medico de cabecera. En la misma visita se consigno valor de hemoglobina y se estableció como valor de corte para Hb baja menor a 13. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, Test de  $\chi^2$  y exacto de Fisher (variables categóricas) y Test de Student o Mann Whitney (variables continuas) según su distribución, se realizó regresión logística binomial (variables con p significativa), se realizó correlación de Pearson y Sperman.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 271 pacientes con AR que cumplieron la evaluación basal completa, 73% sexo femenino, media de edad 54 años (DS: 14), mediana de evolución 24 meses (RIQ: 12-60), 52% eran de reciente diagnóstico (menos 2 años), 80% seropositivos. El valor medio de Hb fue 13.3 (DE + 2.3), la frecuencia de anemia 18%. Los niveles de Hb correlacionaron en forma positiva con el FR (CC: 0.196 p 0.01), el NAD (CC 0.13 p 0.03). La anemia se asoció con: FR + (60 vs 76 p 0.02), edad (57.4 vs 54 p 0.005), escolaridad (13.2 vs 12.2 p 0.04), HAQ (0.8 vs 0.7 p 0.001), Uso de anti-TNF (47% vs 31% p 0.04), dosis de MTX (27% vs 13% p 0.002). Los niveles bajos de Hb (>13): artritis temprana (42% vs 57% p 0.01), Sexo femenino (74% vs 58% p 0.005), FR + (64 vs 81 p 0.02), más de 3 comorbilidades (4% vs 11% p 0.02), Edad (55 vs 53 p 0.004), VAS paciente (50.8 vs 52 p 0.02), HAQ (0.74 vs 0.75 p 0.02). En los análisis multivariados para variable dependiente anemia se asoció en forma independiente: FR+ (OR: 0.37 IC95% 0.17-0.8), dosis de MTX (OR: 1.1 IC95% 1.01-1.2). Y para la variable dependiente niveles bajos de Hb: Sexo femenino (2.4 IC95% 1.2-4.6), FR+ (OR 0.4 IC95% 0.2-0.8).

**CONCLUSIONES:** Los niveles de Hb se correlacionaron con el título de FR, la anemia se asoció en forma negativa a la positividad de FR, y a dosis mas alta de MTX. Para Hb menor a 13 al sexo femenino. En nuestra cohorte los niveles de Hb no se correlacionaron a la actividad de la enfermedad y solo se asociaron al sexo y al uso de MTX.

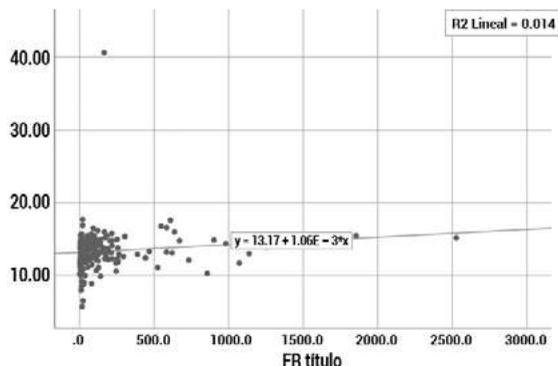


Figura: Correlación Hb y FR.

1986

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO SEGÚN LA EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD

Zey RAMOS, Vanesa Bejarano, Lucía Castorino, Luciana Tomas, Julieta Morbiducci, Anastasia Secco

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA

**INTRODUCCIÓN:** En el lupus eritematoso sistémico (LES) existen factores que pueden afectar el curso de la enfermedad, aparición de recaídas, remisiones, brotes y afectación de órgano cambiando su pronóstico tales como la raza, etnia, sexo y edad de inicio de la enfermedad. Los esfuerzos en la investigación con respecto a este último, no han sido muy concluyentes. Es necesario seguir investigando las características de evolución, actividad y el pronóstico del LES según la edad de inicio de la enfermedad aportando así información de interés en nuestra población.

**OBJETIVOS:** Describir las características demográficas, clínicas y de actividad en pacientes con LES con un mínimo de un año de seguimiento, según la edad de inicio de la enfermedad. Analizar la frecuencia de las manifestaciones clínicas, actividad de la enfermedad y daño acumulado según la edad de inicio.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional, analítico, de cohorte retrospectiva. Se revisaron historias clínicas de pacientes con diagnóstico de LES según los Criterios ACR 1982 revisados en 1997 y/o SLICC 2012 y/o ACR/EULAR 2019 que acudieron a la Sección de Reumatología de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Todos los pacientes con otra enfermedad reumática autoinmune fueron excluidos, excepto los que presentaban síndrome de Sjögren y/o síndrome antifosfolípido asociado. Se registró la edad precisa de inicio de la enfermedad, actividad basal mediante el índice, *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index* (SLEDAI), evolución y curso de la enfermedad con SELENA-SLEDAI FLARE INDEX así como también el daño a través de SLICC/ACR SDI, compromiso orgánico y perfil de anticuerpos. Las variables continuas se describieron como media y desvío estándar (DE) o como mediana y rango intercuartil (RIC), según distribución y tamaño muestral. Las variables categóricas se expresaron en proporciones. Para comparar la actividad y daño acumulado según la edad, se realizó análisis bivariado y se generó un modelo

de regresión lineal múltiple, tomando como variable dependiente la edad, ajustada por posibles confundidores. Se evaluó el desempeño del modelo (supuesto, observaciones atípicas, multicolinealidad).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 124 pacientes con diagnóstico de LES. El 93.5% de los pacientes eran de sexo femenino, con una media de edad al diagnóstico de 29±11.18 años. La mediana de tiempo de seguimiento de la población fue de 4.3 años (RIC: 2-5). Un 46% tenía una actividad basal remisión/leve por SLEDAI y un 54% se encontraba en moderada/alta actividad. La mediana del número de dominios comprometidos era de 5 (RIC: 4-6), siendo el cutáneo, musculoesquelético y constitucional los más afectados con 94, 85% y 75%, respectivamente. En cuanto a la evolución de la enfermedad, el 70% tuvo algún flare leve-moderado, 63% tuvo un flare severo y fue necesario el uso de tratamiento inmunosupresor en el 67% de los pacientes. El 51% requirió dosis altas de corticoides en algún momento de la evolución. En la última consulta predominó la actividad de la enfermedad por SLEDAI remisión/leve, en un 68%. En el análisis bivariado se encontraron las siguientes diferencias estadísticamente significativas: a menor edad, peor control de la enfermedad por SELENA-SLEDAI FLARE INDEX tanto en la primera, como en la última consulta [coeficiente (Coef.)  $\beta$ : -2.9. IC95%: -0.3 a -5.3; Coef.  $\beta$ : -3.3. IC95%: -0.9 a -5.7, respectivamente]; a menor edad, mayor requerimiento de dosis altas de glucocorticoides en algún momento del seguimiento (Coef.  $\beta$ : -4.2. IC95%: -0.33 a -8.1) y de tratamiento con inmunosupresores (Coef.  $\beta$ : -2.2. IC95%: -0.39 a -3.9). No se encontró diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad de inicio de la enfermedad y tiempo de seguimiento, daño por SLICC, SLEDAI basal y de última consulta, compromiso orgánico específico ni en el número de dominios afectados, ni dosis de glucocorticoides acumulados. En el análisis multivariado se encontró asociación significativa e independiente entre la edad de inicio de la enfermedad y el requerimiento de tratamiento inmunosupresor (Coef.  $\beta$ : -7.31 IC95%: -3.2 a -11.4).

**CONCLUSIONES:** En nuestro estudio se encontraron diferencias significativas que sugieren que la evolución de la enfermedad sería más severa al comenzar a edades más tempranas. Nuestros resultados son un aporte más al conocimiento que sugieren la necesidad de un seguimiento más estrecho de estos pacientes.

1990

## DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y ARTRITIS REUMATOIDEA

María Belén LECUMBERRI, A Martínez, Leila Belbruno, Ana Carolina Ralle, Juan Manuel Luna Murillo, Emilio Buschiazzo, Vicente Juárez, María Elena Crespo, Mariana Aciar, Romina Rojas Tessel, N Cucciaro, Eugenia Picco

HOSPITAL DEL MILAGRO

**INTRODUCCIÓN:** La imagen corporal describe cómo una persona ve su propio cuerpo, independientemente de su apariencia real. Esto incluye percepciones, pensamientos y sentimientos sobre la función, competencia, tamaño y estética. El tratamiento con GC se asocia con cambios en la apariencia facial (facies cushingoide o redondeo de la cara), aumento de peso, hematomas y osteoporosis. Algunos estudios han demostrado que la IC es deficiente en comparación con los controles sin LES y tiene menos que ver con la enfermedad en sí y más con los efectos negativos del tratamiento.

**OBJETIVOS:** Determinar el grado de alteración e insatisfacción con la imagen corporal en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico y artritis reumatoidea.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se diseñó un estudio observacional, transversal, de pacientes con diagnóstico de LES (ACR-EULAR 2019/SLICC) y AR (EULAR/ACR 2010) mayores de 18 años, ambos sexos de consultorio externo, excluyendo aquellos pacientes analfabetos, con antecedentes de anorexia nerviosa, o impedidos de llenar cuestionarios. Se analizaron datos demográficos, evaluación de actividad de enfermedad según la enfermedad subyacente SLEDAI y DAS28, tratamiento previo y actual con DMARDs, DMARDs, DMARDb, glucocorticoides. Además se consignaron antecedentes de depresión, ansiedad, fibromialgia y EVA de la calidad de sueño, fatiga, dolor y actividad de la enfermedad, así como presencia de signos y síntomas del síndrome de Cushing. Se utilizó el test de la silueta de Gardner con 13 siluetas donde el paciente marcaba imagen percibida e imagen deseada. Posteriormente fueron evaluados por una psicóloga donde se completaron cuestionarios: BSQ (preocupación por imagen corporal), BDI-II (Depresión), BAI (ansiedad).

**RESULTADOS:** Se analizaron 24 pacientes, 21 (91.3%) mujeres, 16 pacientes con LES y 7 controles con AR. La media de edad de fue significativamente menor en pacientes con LES (m 28 vs 52,  $p=0.003$ ), aunque tuvieron más años de educación (m 12 vs 10,  $p=0.01$ ). No hubo diferencias con respecto al tiempo de evolución de la enfermedad (m 42 vs 33 meses,  $p=0.3$ ). No hubo diferencias entre los dos grupos con respecto al IMC (m 26.2 vs 27), peso (m 60.5 vs 70) ni talla (m 158 v 157). No se identificaron diferencias en la dosis actual de glucocorticoides (m 7.5 vs 7.5), ni dosis acumulada (m 900 mg vs 1500 mg). Los pacientes con LES presentaron más frecuencia de depresión (26.7 vs 14.3, pNS), ansiedad (18.8 vs 14.3, pNS) y de fibromialgia (6.5 vs 0, pNS). Asimismo, presentaron mayor frecuencia de impotencia sexual (37.5 vs 14.3, pNS), alteraciones menstruales (31.3 vs 0, pNS), estrías violáceas (12.5% vs 0%, pNS), cara de luna llena (31.3% vs 28.6%, pNS), aunque sin significancia estadística. En la evaluación psicológica, los pacientes con LES tuvieron mayores valores de BAI (m 17 vs 13, pNS) y de BSQ (m 61 vs 40). Al medir el nivel de insatisfacción, los pacientes con LES tuvieron mayor insatisfacción (62.5 vs 37.5,  $p=0.1$ ).

**CONCLUSIONES:** Los resultados deben ser interpretados con precaución por el bajo número de pacientes, por lo cual podría no haber significancia estadística. Sin embargo, los pacientes con LES presentaron más antecedentes de ansiedad, depresión y fibromialgia, impotencia sexual y alteraciones menstruales, así como también un alto nivel (casi 7 de cada 10) de insatisfacción corporal.

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS ASOCIADAS A ANTICUERPOS ANTINUCLEARES CON PATRÓN HOMOGÉNEO Y NO HOMOGÉNEO

Ana Carolina RALLE, Vicente Juárez, Emilio Buschiazzo, Romina Rojas, María Elena Crespo, Mariana Aciar, Leila Belbruno, María Belén Lecumberri, Juan Manuel Luna Murillo

HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

**INTRODUCCIÓN:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, crónica, sistémica, potencialmente mortal, de clínica pleomorfa en la cual cualquier órgano o sistema puede resultar afectado con diferente gravedad y evolución, a veces, imprevisible. Los anticuerpos antinucleares/citoplasmáticos (ANA) representan un grupo de autoanticuerpos presentes en el suero, que reaccionan con numerosos autoantígenos de la célula y se detectan por inmunofluorescencia (IFI) y también por enzimo inmunoensayo (ELISA). Una de las características importantes de la prueba con IFI es que permite identificar diferentes patrones que reflejan los autoanticuerpos en la muestra y que guiarán la interpretación clínica.

**OBJETIVOS:** Buscar asociaciones de los diferentes patrones ANA hallados con las manifestaciones clínicas en pacientes con lupus. Identificar asociaciones entre los diferentes patrones ANA y los anticuerpos específicos hallados en pacientes con lupus.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo donde se analizaron historias clínicas de pacientes de ambos sexos, con diagnóstico de LES (criterios ACR/EULAR 2019). Se registraron datos sociodemográficos y clínicos. Se tomó como ANA positivo un valor de corte de  $\geq 1/80$  (HEp2 por IFI), utilizando la nomenclatura - ANA *patterns* 2014-2015. Se registró la positividad o negatividad de otros anticuerpos disponibles en la historia clínica y manifestaciones clínicas incluidas o no en el SLEDAI-2K, también el último SLEDAI calculado por el médico examinador y la clase histológica, en el caso de compromiso renal. Se excluyeron aquellos pacientes cuyo patrón de ANA no estaba nombrado según el primer consenso internacional sobre estandarización y nomenclatura de los patrones de anticuerpos antinucleares 2014-2015.

**RESULTADOS:** Se analizaron 36 historias clínicas, 32 (88.8%) sexo femenino, media de edad en años de 29.3 (DE 10.5), 19 (55.9%) presentaron patrón homogéneo y 15 (44.1%) no homogéneo (incluyendo granular fino, grueso y fino denso). Se encontró asociación entre los pacientes con ANA homogéneo y la presencia de derrame pleural (63.2% vs 20%,  $p=0.01$ ), proteinuria  $\geq 500$  mg/24 hs (100% vs 60%,  $p=0.004$ ). El patrón no homogéneo se asoció con la presencia de anti-Ro (85.2% vs 33.3%,  $p=0.02$ ) y el homogéneo con presencia de anti DNA (94.7% vs 57.1%,  $p=0.02$ ). Diez (27.7%) pacientes tuvieron anti-Ro y anti-DNA positivo, y esta circunstancia fue más frecuente en presencia de ANA no homogéneo (58.3% vs 33.3%,  $p=0.2$ ), aunque sin significancia estadística.

**CONCLUSIONES:** La presencia de ANA con patrón homogéneo en LES se asoció a presencia de proteinuria significativa, derrame pleural y anti-DNA, y el patrón no homogéneo a presencia de anti-Ro. Cabe destacar que hubo un 33.3% de pacientes con anti-Ro y patrón homogéneo y un 57.1% de pacientes con anti-DNA y patrón no homogéneo.

## PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON NEFROPATÍA LÚPICA EN EL REGISTRO RELESSAR TRANSVERSAL

Mercedes Argentina GARCÍA<sup>1</sup>, Alberto Spindler<sup>2</sup>, Paula Alba Moreyra<sup>3</sup>, Analía Álvarez<sup>4</sup>, Susana Roverano<sup>5</sup>, Cecilia Pisoni<sup>6</sup>, Rosana O Quintana<sup>7</sup>, César Graf<sup>8</sup>, Catalina Gómez<sup>9</sup>, Heber Figueredo<sup>10</sup>, Silvia Papisidero<sup>11</sup>, Raúl Paniego<sup>12</sup>, María Celina de la Vega<sup>13</sup>, María Julia Santa Cruz<sup>11</sup>, Verónica Bellomio<sup>14</sup>, Marina Micelli<sup>15</sup>, Lucila García<sup>16</sup>, Mariana Pera<sup>17</sup>, Romina Rojas Tessel<sup>18</sup>, Belén Virasoro<sup>6</sup>, Emma Civit<sup>19</sup>, Luciana González Lucero<sup>14</sup>, María Victoria Martire<sup>20</sup>, Carla Gobbi<sup>21</sup>, Rodrigo Aguila Maldonado<sup>22</sup>, Romina Nieto<sup>23</sup>, Gretel Rausch<sup>24</sup>, Vanina Góngora<sup>25</sup>, Cristina Battagliotti<sup>26</sup>, Agustina D'Amico<sup>27</sup>, Alberto O Allievi<sup>28</sup>, Diana O Dubinsky<sup>29</sup>, Alberto Orden<sup>30</sup>, Johana Zacarías Hereter<sup>31</sup>, Juan Manuel Vandale<sup>32</sup>, Julia O Romero<sup>33</sup>, Mariana Alejandra Pera<sup>34</sup>, Mario Goñi<sup>35</sup>, Oscar Rillo<sup>36</sup>, Roberto Báez<sup>37</sup>, Valeria Arturi<sup>38</sup>, Andrea González<sup>39</sup>, Florencia Vivero<sup>40</sup>, María Marcela Schmid<sup>41</sup>, Víctor Caputo<sup>42</sup>, Graciela Gómez<sup>43</sup>, María Silvia Larroudé<sup>44</sup>, Graciela Nora Rodríguez<sup>45</sup>, Josefina Marín<sup>46</sup>, Marisa Jorfen<sup>35</sup>, Victoria Collado<sup>47</sup>, Zaida Bedran<sup>48</sup>, Ana Curti<sup>49</sup>, Mónica Sacnún<sup>50</sup>, Pablo Finucci Curi<sup>51</sup>, María Victoria Gazzoni<sup>52</sup>, Úrsula Paris<sup>53</sup>, Maximiliano Machado Escobar<sup>54</sup>, Pablo Astesana<sup>21</sup>, Bernardo Pons-Estel<sup>55</sup>

<sup>1</sup>HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, <sup>2</sup>CENTRO MÉDICO PRIVADO DE REUMATOLOGÍA, <sup>3</sup>HOSPITAL CÓRDOBA, <sup>4</sup>HOSPITAL PENNA, <sup>5</sup>HOSPITAL J.M. CULLEN, <sup>6</sup>CEMIC, <sup>7</sup>SANATORIO PARQUE, <sup>8</sup>CENTRO MÉDICO MITRE, <sup>9</sup>HOSPITAL CENTRAL, <sup>10</sup>HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD JUAN D. PERÓN, <sup>11</sup>HOSPITAL TORNÚ, <sup>12</sup>CENTRO PRIVADO DE REHABILITACIÓN, <sup>13</sup>CEIM INVESTIGACIONES MÉDICAS, <sup>14</sup>HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, <sup>15</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS RAMOS MEJÍA, <sup>16</sup>HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, <sup>17</sup>HOSPITAL PADILLA, <sup>18</sup>HOSPITAL SR. DEL MILAGRO, <sup>19</sup>HOSPITAL DEL CARMEN, <sup>20</sup>HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, <sup>21</sup>SANATORIO ALLENDE, <sup>22</sup>HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, <sup>23</sup>HOSPITAL PROVINCIAL, <sup>24</sup>CONSULTORIO PRIVADO, <sup>25</sup>HOSPITAL SAN MARTÍN, <sup>26</sup>HOSPITAL DE NIÑOS DR. ORLANDO ALASSIA, <sup>27</sup>HOSPITAL PENNA DE BAHÍA BLANCA, <sup>28</sup>CONSULTORIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES, <sup>29</sup>HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, <sup>30</sup>HOSPITAL AERONÁUTICO CENTRAL, <sup>31</sup>HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, <sup>32</sup>HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, <sup>33</sup>CLÍNICA ALVEAR, <sup>34</sup>HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, <sup>35</sup>CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS, <sup>36</sup>HOSPITAL IGNACIO PIROVANO, <sup>37</sup>HOSPITAL DE GENERAL ROCA, <sup>38</sup>HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, <sup>39</sup>HOSPITAL EVA PERÓN DE SAN MARTÍN, <sup>40</sup>HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, <sup>41</sup>HOSPITAL ÁNGELA IGLESIA DE LLANO, <sup>42</sup>SANATORIO JUNCAL, <sup>43</sup>INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI, <sup>44</sup>CONSULTORIO PRIVADO, <sup>45</sup>HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, <sup>46</sup>HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, <sup>47</sup>INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI, <sup>48</sup>HOSPITAL ESCUELA DE AGUDO RAMÓN MADARIAGA, <sup>49</sup>HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE, <sup>50</sup>HOSPITAL PROVINCIAL, <sup>51</sup>HOSPITAL SAN MARTÍN, <sup>52</sup>HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS, <sup>53</sup>HOSPITAL ESCUELA DE AGUDO RAMÓN MADARIAGA, <sup>54</sup>HOSPITAL EVA PERÓN, <sup>55</sup>SANATORIO PARQUE

**INTRODUCCIÓN:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica que compromete a los riñones en alrededor del 50% de los pacientes. Por otra parte, la nefritis lúpica (NL) en sí misma es un factor de riesgo importante para la morbilidad y mortalidad general de los pacientes con LES y, a pesar de las potentes terapias antiinflamatorias e inmunosupresoras, persiste un número significativo de pacientes que evoluciona al fallo renal crónico (*Salem Almaani, Alexa Meara, and Brad H. Rovin. Update on Lupus Nephritis. Clin J Am Soc Nephrol 12: 825-835, 2017*).

**OBJETIVOS:** Evaluar la prevalencia de NL y las características de los pacientes que cursan esta complicación en la búsqueda de un potencial perfil de mayor riesgo para el desarrollo de enfermedad renal.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, observacional y analítico a partir de la base de datos del registro nacional de LES de la Sociedad Argentina de Reumatología (RELESSAR). Se incluyeron pacientes adultos, que cumplieron Criterios de Clasificación ACR 1997. Se recolectaron datos sociodemográficos, tiempo de evolución de la enfermedad y retraso en el diagnóstico. Se determinó el perfil de anticuerpos, índices de actividad (SLEDAI), comorbilidades (Charlson), tratamientos y daño (SDI). Se compararon los pacientes con NL actual o pasada con quienes no tuvieron NL.

**RESULTADOS:** Se analizaron 1.502 pacientes de los cuales 643 (42.8%) cursaron NL. Las clases histológicas predominantes fueron clase IV en 253 casos, clase III en 81, clase II en 78 y clase V en 33 pacientes. En el análisis univariado los pacientes con NL se caracterizaron por pertenecer con mayor frecuencia a la etnia mestiza ( $p=0.017$ ), tener menor edad al ingreso en el registro ( $p<0.001$ ), menos retraso en el diagnóstico en meses ( $p<0.001$ ), mayor duración de la enfermedad ( $<0.001$ ). También presentaron mayor SLEDAI en la última evaluación ( $p<0.001$ ) así como hipocomplementemia ( $p<0.001$ ) y mayor frecuencia de anticuerpos anti SM positivos ( $p<0.007$ ). Dentro de las comorbilidades tuvieron significativamente más dislipemia ( $p<0.001$ ) e (HTA  $<0.001$ ). Tuvieron más episodios de hospitalización en general y por LES ( $p<0.001$ ), más infecciones graves ( $p<0.001$ ) y mayor índice de daño medido por SLICC ( $p=0.001$ ). De los tratamientos recibidos alguna vez o en la última consulta destacan azatioprina (44.3% vs 27.9%,  $p<0.001$ ), ciclofosfamida (66.2% vs 8.72%,  $p<0.001$ ), mofetil micofenolato (47.0% vs 7.37%,  $p<0.001$ ), ácido micofenólico (5.59% vs 0.395%,  $p<0.001$ ) mientras que belimumab lo recibieron con menos frecuencia (3.7% vs 8.03%,  $p<0.001$ ). El análisis de variables múltiples se describe en Tabla.

Características	OR	IC	p
Edad en la última evaluación	0.96	0.94, 0.97	<0.001
Duración del LES	1.01	1.00, 1.01	<0.001
Situación socioeconómica media baja/baja	1.65	1.02, 2.71	0,044
SLEDAI	1.09	1.06, 1.13	<0.001
Lupus cutáneo agudo	0.57	0.42, 0.78	<0.001
Hipocomplementemia (>10 días o persiste en los últimos 10 días)	4.52	2.78, 7.65	<0.001
Anticuerpo anti SM	1.43	1.06, 1.92	0,019
Antifosfolípidos negativos	1.74	1.27, 2.39	<0.001
Hipertensión arterial	3	2.10, 4.31	<0.001
Úlcera gastroduodenal	0.36	0.17, 0.73	0,006

**CONCLUSIONES:** En el registro RELESSAR la prevalencia de NL fue del 42.8%. La probabilidad de cursar esta manifestación estuvo significativamente asociada al nivel socioeconómico más bajo, así como a la menor edad. También hubo correlación con la actividad global de la enfermedad medida por SLEDAI y con hipocomplementemia, así como con la presencia del anticuerpo anti SM. Dentro de las comorbilidades hubo una fuerte asociación con hipertensión arterial mientras que hubo asociación negativa con la presencia de úlcera gastroduodenal. También se destaca la relación negativa con el lupus cutáneo agudo y con la presencia de anticuerpos anti fosfolípidos.

2010

## TERAPIAS BIOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DE LA UVEÍTIS: EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE UVEÍTIS, HOSPITAL DE CLÍNICAS, MONTEVIDEO, URUGUAY

Michelle FUSEAU

INSTITUTO NACIONAL DE REUMATOLOGÍA DEL URUGUAY

**INTRODUCCIÓN:** El tratamiento de la uveítis no infecciosa puede requerir de dosis altas de glucocorticoides junto con inmunosupresores solos o combinados. Las terapias biológicas tienen su indicación en casos de refractariedad o efectos adversos del tratamiento inmunosupresor.

**OBJETIVOS:** Describir las características de los pacientes con uveítis en tratamiento biológico de la Unidad de Uveítis del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela de Montevideo, Uruguay.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio transversal de pacientes de  $\geq 15$  años atendidos entre el 01/10/2018 y el 01/10/2020, con diagnóstico de uveítis en tratamiento con terapia biológica, que constaban en la base de datos de la unidad de uveítis.

**RESULTADOS:** Un total de 136 pacientes fue atendido por todas las causas de patología ocular inflamatoria. De 110 pacientes con uveítis, 7 pacientes (7.7%) recibieron fármacos anti-TNF en monoterapia o combinados. De estos siete pacientes, tres presentaron uveítis anterior recurrente asociada a artritis idiopática juvenil (2 adalimumab, 1 infliximab), otros tres presentaron uveítis anterior recurrente asociada a espondiloartritis (1 infliximab, 2 golimumab) y un paciente presentó panuveítis bilateral crónica idiopática (1 adalimumab). Como se detalla en la Tabla, la mayoría fueron mujeres ( $n=4$ ; 57.1%) y habían recibido una mediana de 2 inmunosupresores previos al inicio de terapia anti-TNF. La indicación de terapia anti-TNF fue por complicaciones oculares en 4 pacientes (57.1%), o por la enfermedad de base en 3 pacientes (42.9%). En la última consulta, se observó baja visión moderada en ningún ojo derecho y 1 ojo izquierdo, así como baja visión severa en 2 ojos derechos y 1 ojo izquierdo.

Paciente	Sexo	Edad inicio uveítis (años)	Meses evolución uveítis	Características clínico-etiológicas	Tratamiento actual	N° inmunosupresores previos a TB	Indicación de TB	AV OD 1° consulta	AV OI 1° consulta	AV OD última consulta	AV OI última consulta	Complicaciones oculares
1	F	23	285	UA bilateral recurrente asociada a SpA	GOLI	1	Por enfermedad de base	0.6	0.4	0.6	0.5	Sinequia, catarata
2	F	21	36	UA bilateral recurrente asociada a AIJ	ADA + MTX	2	Por enfermedad de base	1.0	0.2	1.0	1.0	Sinequia
3	M	22	31	PanU bilateral crónica idiopática	ADA + MFM + CYA	3	Por complicaciones oculares	0.2	CD	CD	MM	Catarata, glaucoma
4	M	13	81	UA bilateral recurrente asociada a AIJ	IFX + MTX	2	Por enfermedad de base	0.8	.8	1.0	1.0	Sinequia
5	F	22	201	UA unilateral recurrente asociada a SpA	GOLI + MTX	2	Por complicaciones oculares	0.1	0.8	0.4	1.0	Sinequia, catarata
6	F	9	117	UA unilateral recurrente asociada a AIJ	ADA + MTX	2	Por complicaciones oculares	MM	0.3	MM	1.0	Sinequia
7	M	32	237	UA bilateral recurrente asociada a SpA	IFX + MTX	1	Por complicaciones oculares	0.2	0.1	1.0	0.3	Sinequia
Mediana		117.0				2.0		0.4	0.4	1.0	1.0	
N° de ojos con baja visión moderada (AV ≤ 0.3 > 0.1)								2	1	0	1	
N° de ojos con baja visión severa (AV ≤ 0,1)								2	2	2	1	

AV, agudeza visual; F, femenino; M, masculino; OD, ojo derecho; OI, ojo izquierdo; Pct, paciente; TB, terapia biológica.

**CONCLUSIONES:** En nuestro saber y entender, se trata de la primera serie de casos de pacientes con uveítis y terapia biológica reportada en Uruguay. Similar a otros estudios, la mayoría fueron mujeres, con etiologías que requirieron fármacos anti-TNF en su mayoría por complicaciones oculares de la uveítis, o por la enfermedad de base.

## CARACTERÍSTICAS DEL EMPLEO Y LA REMUNERACIÓN ECONÓMICA EN EL EJERCICIO DE LA ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGÍA EN LOS DIFERENTES DISTRITOS DE ARGENTINA

Fernando H. ERAÑA, Leticia Ibáñez Zurlo, Emilio Buschiazzo, Emilio Benavente, Gabriela Salvatierra, Raúl Depoddio, Vanesa Deves, María Celina De La Vega

SUPPIP

**INTRODUCCIÓN:** La Reumatología es una especialidad clínica con elevada demanda, la cual se encuentra en aumento en los últimos años. La remuneración de su ejercicio puede estar afectada por factores sociodemográficos, económicos e inherentes al sitio donde se ejerce.

**OBJETIVOS:** Describir el estado actual con respecto a las formas de cobro y los montos de las consultas y prácticas en Reumatología en los diferentes distritos de Argentina, mediante una muestra de profesionales socios de la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR). Describir variables asociadas a los diferentes estados de empleo (ámbito, número de sitios de asistencia, traslados, entre otros), remuneración de las consultas y prácticas. Describir la prevalencia de pluriempleo (2 o más empleos) y exceso de horas laborales (más de 40 horas semanales).

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó una encuesta *online* difundida por mail y acceso directo a través de código QR en estaciones virtuales durante el desarrollo del 53 Congreso Argentino de Reumatología, para ser completada en el período comprendido entre el 1 y 15 de diciembre de 2021.

**RESULTADOS:** Se recibieron 127 respuestas, 86 (67.7%) mujeres, edad mediana 45 años (RIC: 40-52.5), 113 (89%) especialistas en reumatología, con mediana de 20 años (RIC: 14-28) en el ejercicio de la medicina y 13 años (RIC: 6.5-20) como especialistas en Reumatología, 17 (13.5%) realizaban atención pediátrica. Los encuestados ejercían la especialidad en Provincia de Buenos Aires 40 (31.5%), Córdoba 19 (15%), CABA 16 (12.6%), Salta 15 (11.8%). Las fuentes de ingreso más frecuentes fueron: Consultorio de Reumatología 121 (95.3%), Docencia/Disertaciones 36 (28.3%), Consultorio no reumatológico 30 (23.6%), Investigación clínica 30 (23.6%) y Guardias 16 (12.6%), solo 7 (5.5%) reportaron ingresos de una actividad diferente a la práctica médica. La mayoría de los encuestados ejercían la especialidad en el ámbito público y privado (68, 53.5%), 49 (38.6%) solo privado y 10 (7.9%) únicamente en el ámbito público. Del total, 107 (84.3%) refirieron pluriempleo (2 o más empleos), y 27 (21.2%) 4 o más sitios de trabajo. Considerando el ámbito privado de consultorio, la mediana de horas de consultorio semanales fue 16 (RIC: 8-25), y 7 (6%) realizaba más de 40 horas/semanales de consultorio. En 50 encuestados (42.7%) el número de pacientes atendidos semanalmente fue 50-99, y la duración de la consulta más frecuentemente reportada fue 20-30 minutos en 103 (88%). Las prácticas más frecuentemente realizadas fueron: clinimetría 113 (89%), artrocentesis 94 (74%), Telemedicina 64 (50.4%), capilaroscopia 45 (34.5%) y ecografía 20 (15.7%). La clinimetría fue remunerada en 21 (18.6%) de los encuestados, en su mayoría incluida en la prestación brindada a la obra social 18/21 (85.7%). En 60 (59.8%) de los encuestados, la remuneración mensual fue desde 100000-249000 pesos y 27 (23.1%) menos de 100000\$. La consulta particular tuvo un valor de 1500-2499 pesos en 64 (54.7%). Un ingreso <100000\$/mes fue más frecuente en mujeres (28.2% vs 12.8%, p = 0.06), asociada a menor tiempo de ejercicio de la medicina y de la especialidad (20.7 vs 43.7 años y 12 vs 14.6 años, respectivamente), y trabajar en el interior vs CABA-Buenos Aires (28.4% vs 16%) aunque sin alcanzar significancia estadística (p>0.1).

**CONCLUSIONES:** En este estudio, la prevalencia de pluriempleo fue elevada (85.3%) incluyendo 1 de cada 5 reumatólogos con 4 o más sitios de trabajo. Además, se observó que las fuentes de ingreso son múltiples y que incluyen actividades fuera de la especialidad. Un quinto de los profesionales tuvo baja remuneración (<100000\$), dado que, para diciembre 2021, el valor de la canasta básica total para grupo familiar según el INDEC fue \$76.146,13. Este nivel de remuneración baja fue numéricamente más frecuente en mujeres, con menor tiempo en el ejercicio de la medicina y de la especialidad y del interior del país.

## DESARROLLO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON COMPROMISO CUTÁNEO, RENAL Y NEUROLÓGICO EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

Vanesa Marisel BEJARANO<sup>1</sup>, Marina Soledad Dalpiaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA, <sup>2</sup>HOSPITAL MÉDICO CHURRUCA VISCA

**INTRODUCCIÓN:** El LES sería la enfermedad autoinmune más estrechamente relacionada con el SSp, presentando ambas entidades una significativa superposición en su expresión clínica e inmunológica. Ambas tienden a agregarse dentro del mismo núcleo familiar, y comparten la denominada "signatura del IFN". En la mayoría de casos, el LES precede al inicio del SS.

**OBJETIVOS:** Los pacientes con SS-LES presentarían un subfenotipo particular, algunas series han mostrado una mayor prevalencia de fatiga, manifestaciones cutáneas, artritis, fenómeno de Raynaud, psicosis, trombocitopenia y anticuerpos anti-Ro y La, en este grupo de pacientes.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Paciente de 41 años de edad, con antecedentes de Síndrome de Sjögren primario diagnosticado en 2016, asociado a vasculitis urticarial hipocomplementémica, y lupus cutáneo subagudo. Inicia su enfermedad con síntomas SICCA, asociados a poliartralgias y compromiso cutáneo, por lo que realiza tratamiento con hidroxilcloroquina 200 mg cada 12 hs y pilocarpina 5 mg cada 12 hs VO. En junio de 2020 con consulta por vasculitis cutánea extendida a nivel de miembros superiores e inferiores (mayor al 18% de la superficie corporal), asociada a poliartralgias y episodios esporádicos de olvidos. Orientada globalmente, sin signos de foco motor ni meníngeo. Por compromiso cutáneo se indica tratamiento con meprednisona 0.5 mg/kg/ día, se solicita laboratorio e interconsulta con Neurología. Se solicitan estudios: RMN de encéfalo: imágenes focales aisladas hiperintensas en secuencia *flair* sobre sustancia blanca subcortical a nivel de ambos hemisferios cerebrales, de características inespecíficas. En secuencia SWI se observan imágenes focales hipointensas en ambos núcleos lentiformes, simétricas, en relación a depósitos minerales. En consulta posterior la paciente refiere continuar con desorientación episódica. Laboratorio: Hto 33.4 Hb: 11.3 GB:6700 Plaquetas: 296.000 VCM: 92.3 HCM: 31.1 CHCM: 33.7 RDW: 13.3 N: 73.1% E:0.2% B:0.4% M:3.7% L: 22.6% GLU: 119 U:41 creat:1.18 FG: 54.2 GOT: 28 GPT: 33 FAL: 66 BT: 0.45 FAN POSITIVO 1/1280 granular fino (AC-4) anti-DNA: positivo 1/320 C3: 26 C4: 2.83 Anti-RO: 49 (positivo moderado) Anti-La: 170 (positivo fuerte) Anti-SM: 119 (positivo fuerte) Anti-RNP/SM: 168 VDRL: no reactivo PCR: 0.99 (positiva: deseable <0.8). Orina: análisis químico: proteínas 100 mg/dl ++ ph: 6 sangre 0.2 mg/dl ++densidad: 1.017 Análisis microscópico: regulares leucocitos, hematíes muy abundantes, cilindros hialinos 1/CPB cilindros de hematíes: 1/CPB. Proteinuria 24 hs: 0.28 g/24 hs. La paciente reúne criterios EULAR/ACR 2019 para LES. Se solicitan nuevos estudios: angiografía de vasos craneales y extracraneales: se observaron cambios estenóticos en el sifón carotídeo izquierdo. Un hallazgo semejante puede existir en M2 derecho. Estos hallazgos pueden estar vinculados a vasculitis. Angiografía extracraneana normal. Se interpreta cuadro como vasculitis de SNC, en contexto de paciente con LES de inicio reciente. Se inicia tratamiento con ciclofosfamida 1 g/ mes EV por 6 meses. Por presen-

cia de cilindros en sedimento urinario, asociados a deterioro de la función renal se realiza PBR que informa: glomerulopatía proliferativa mesangial con depósitos de inmunocomplejos, correspondiente a nefritis lúpica proliferativa mesangial Clase II. La paciente evoluciona en forma favorable con tratamiento inmunosupresor, con remisión de cuadro cutáneo y síntomas neurológicos. Continúa en seguimiento por Nefrología, con normalización de función renal y proteinuria negativa. En tramitación de medicación biológica anti CD20 (rituximab) para continuar tratamiento.

**RESULTADOS:** El desarrollo de enfermedades autoinmunes adicionales en pacientes con SSp se ha reportado en hasta el 49.3%, según las diferentes cohortes, siendo la enfermedad tiroidea autoinmune la más frecuente. Es importante destacar que hasta el 19% de estos, pueden desarrollar más de una enfermedad autoinmune, lo cual es consistente con el fenómeno de "poliautoinmunidad" observado en este grupo de pacientes.

**CONCLUSIONES:** Cabe destacar que la paciente presentaba hipocomplementemia al momento del diagnóstico de SSp. Se ha descrito que los pacientes con SSp e hipocomplementemia presentan puntuaciones más elevadas de ESSDAI y tienen un mayor riesgo de desarrollar LES durante su evolución, con mayor requerimiento de tratamiento con corticoides e inmunosupresores.

2015

## ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR) DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Laura Lucia HOLGUIN ARIAS, Vanessa Castro Coello, Carola Solís Cordero, Gimena Gómez, Adriana Hamaui, Diana Dubinsky

SANATORIO GÜEMES

**INTRODUCCIÓN:** Durante los últimos dos años, la pandemia por SARS-CoV-2 ha impactado los hábitos de vida, la atención sanitaria, el estado de salud física y psicológica de las personas con enfermedades reumáticas. En el estudio REUMAVID, casi la mitad de los encuestados declararon que su estado de salud había empeorado durante la pandemia y 38.5% aseguraron que los sentimientos y pensamientos negativos les impedían descansar, con consecuencias sobre su enfermedad. Otro estudio concluyó que aspectos como el miedo, pérdida de empleo, aislamiento social, incertidumbre sobre la necesidad de suspender o no sus tratamientos, empeoramiento por la interrupción de los mismos y reducción de las visitas al hospital, incrementaron su fatiga y dolor. Las estimaciones de adherencia al tratamiento de los pacientes con AR suelen ser baja (entre 30 y 80%). La falta de adherencia se ha asociado con empeoramiento de los síntomas y aumento de la discapacidad. Según la OMS, factores predictores de la falta de adherencia pueden categorizarse en cinco dimensiones: socioeconómica, relacionada con el sistema de salud, la enfermedad, la terapia y el paciente.

**OBJETIVOS:** Evaluar el impacto que ha tenido la pandemia de SARS-CoV-2 sobre la percepción de adherencia en una cohorte de pacientes con AR y sus correlaciones clínicas.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio de corte transversal descriptivo; incluyó pacientes  $\geq 18$  años con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010, atendidos en ambulatorio entre 1 de junio y 31 de julio de 2022 que dieran su consentimiento escrito para realizar el cuestionario. Se identificaron con un código que no permitía conocer a qué paciente pertenecía cada set de respuestas. Se consignaron datos sociodemográficos, nivel socioeconómico (Graffar modificado), datos clínicos, de laboratorio, tratamientos, infección previa COVID-19 y estado de vacunación. Se evaluó actividad por DAS28-PCR y habilidad funcional con HAQ-II. Se incluyeron preguntas acerca de la percepción del impacto de la pandemia en la adherencia, seguimiento, deterioro del estado de salud o temor a la continuidad del tratamiento por escala visual análoga, siendo 0 ningún impacto y 10 el máximo. Se compararon estas respuestas con el nivel de adherencia medido por el *Compliance Questionnaire for Rheumatology* (CQR5), versión simplificada del CQR (19 ítems) que incluye 5 preguntas (2,3,5,6 y 17) con respuestas por escala de Likert de 1 a 4 (1= nada de acuerdo a 4= absolutamente de acuerdo); scores más bajos indican menor adherencia.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 69 pacientes ambulatorios con AR. 45 (65.22%) no percibieron afectación de la adherencia durante la pandemia (71% mujeres, edad media de  $55.31 \pm 12.10$  años); 24 (34.78%) algún grado de afectación de la adherencia (75% mujeres, edad media de  $53.58 \pm 10.45$  años). No se encontró asociación entre los dos grupos y el estado civil, estrato, régimen de afiliación a salud o lugar de residencia. Otras características se detallan en la Tabla. Tener un estado laboral independiente y la modificación o suspensión de la actividad laboral durante la pandemia se asoció estadísticamente a la percepción de alteración de la adherencia ( $p=0.04$  y  $0.01$  respectivamente). Los pacientes con percepción de alteración de la adherencia también tuvieron medias más elevadas en el VAS de afectación del seguimiento, mayor deterioro del estado de salud y mayor temor a contagiarse. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p<0.001$ ,  $<0.001$  y  $0.04$  respectivamente). La actividad de la enfermedad por DAS28-PCR, habilidad funcional por HAQ-II, la ERS y PCR también fueron mayores en este grupo con diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.002$ ,  $0.005$ ,  $0.01$  y  $0.04$  respectivamente). No se encontró asociación entre la percepción de la afectación de la adherencia durante la pandemia y la adherencia global por CQR5 ( $p=0,20$ ).

**Tabla 1:** Características basadas durante la pandemia.

	Percepción de alta adherencia n=24	Percepción de buena adherencia n=45	OR	IC	p valor
Mujeres n (%)	18 (75)	32 (71.11)	1.21	0.35-4.60	0.73
Edad x (DE)	53.58 (10.45)	55.31 (12.10)	N/a	N/a	0.55de
<b>Estado laboral n (%)</b>					
Relación de dependencia	10 (41.67)	16 (35.56)	1.29	0.41-3.99	0.61
Independiente	6 (25)	3 (6.7)	4.66	1.05-20.74	0.04
Estudiante	NA	1 (2.22)	N/a	N/a	N/a
Ama de casa	6 (25)	13 (28.89)	0.82	0.21-2.83	0.73
Jubilado	1 (4.17)	9 (20.00)	1.33	0.33-4.97	0.07
Pensionado	1 (4.17)	3 (6.67)	0.60	0.01-8.14	0.67
<b>TBQ actual n (%)</b>	8 (33.33)	9 (20.00)	2	0.55-7.04	0.22
Ex TBQ n (%)	5 (20.83)	14 (31.11)	0.58	0.14-2.09	0.36
IMC x (DE)	30.15 (7.81)	28 (4.99)	N/a	N/a	0.16
<b>Duración enf. en años Me (RIC)</b>	8 (12.5)	11(11)	N/a	N/a	0.30
ERS Me (RIC)	24,5 (32)	19 (13)	N/a	N/a	0.01
PCR Me (RIC)	6,47 (10.77)	3,91 (7,2)	N/a	N/a	0.04
DAS 28- PCR x (DE)	3.72 (1.60)	2.58 (1.30)	N/a	N/a	0.002
HAQ x (DE)	1.6 (0.85)	0.99(0.84)	N/a	N/a	0.005
Suspendió o modificó actividad laboral por pandemia n (%)	17 (70.83)	18 (40)	3.64	1.12-12.41	0.01
Afectación del sgto X (DE)	5.83 (3.27)	2.48 (.238)	N/a	N/a	<0.001
Deterioro del estado de salud X (DE)	4.91 (3.51)	1.37 (1.21)	N/a	N/a	<0.001
Temor a contagiarse x (DE)	6.08 (4.04)	4.04 (3.81)	N/a	N/a	0.04
CQRS X (DE)	18.70 (3.09)	19.37 (1.26)	N/a	N/a	0.20
<b>Tratamiento actual n (%)</b>					
Monoterapia MTX	9 (37.50)	12 (33.33)	1.61	0.49-5.35	0.35
Monoterapia = a MTX	1 (4.17)	2 (4.44)	0.93	0.01-18.87	0.95
CsDMAR combinada (conMTX)	3 (12.50)	12 (26.67)	0.39	0.06-1.72	0.17
CsdMAR combinada (sin MTX)	1 (4.17)	1(2.22)	1.91	0.02-153.51	0.64
bDMAR monoterapia	1 (4.17)	NA	N/a	N/a	N/a
bDMAR +MTX	8 (33.33)	7 (15.56)	2.71	0.71-10.33	0.08
bDMAR coomedicado a MTX	NA	1 (2.22)	N/a	N/a	N/a
tsDMAR monoterapia	1 (4.17)	1 (2.22)	1.91	0.02-153.51	0.64
Ninguno	NA	6 (13.33)	N/a	N/a	N/a
Consumo actual de GC n (%)	13 (54.17)	26 (57.78)	0.86	0.28-2.64	0.77
<b>COVID-19 n (%)</b>					
Leve	9 (37.50)	15 (33.33)	1.2	0.37-3.76	0.72
Moderado	3 (12.50)	1 (2.22)	6.28	0.45-337.23	0.08
Severo	NA	NA	N/a	N/a	N/a
Nunca	11 (45.83)	26 (57.78)	0.61	0.20-1.87	0.34
Desconoce si tuvo COVID-19	1 (4.17)	3 (6.67)	0.60	0.01-8.14	0.67
Suspensión de tto por COVID-19	7 (29.17)	6 (13.33)	2.67	0.65-11.09	0.10
<b>Vacunación COVID-19</b>					
4 dosis n (%)	8 (33.33)	18 (40)	0.75	0.22-2.35	0.58
3 dosis	15 (62.50)	23 (51.11)	1.59	0.51-5.02	0.36
2 dosis	N/a	3 (6.67)	N/a	N/a	N/a
1 dosis	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a
Ninguna	1(4.17)	1 (2.22)	1.91	0.02-153.51	0.64

*Bdmar:* Drogas modificadoras de la artritis biológica; *CQRS:* Compliance questionnaire for rheumatology; *csDMAR:* drogas modificadoras de la artritis reumatoide sintética convencional; *DAS28:* disease activity score; *DE:* desviación estándar; *Enf:* enfermedad; *ERS:* eritrosedimentación; *HAQ:* Health assessment questionnaire; *GC:* glucocorticoides; *IMC:* índice de masa corporal; *Me;* mediana, *MTX:* metotrexato; *PCR:* proteína C reactiva; *tsDMAR:* drogas modificables de la artritis reumatoide sintética target. *TBQ:* tabaquista. *Tto:* tratamiento; *RIC:* rango intercuántico; *VAS:* escala visual análoga.

**CONCLUSIONES:** La pandemia por SARS-CoV-2 ha impactado no solo la adherencia, sino en el seguimiento y la calidad de vida de los pacientes con AR. Si bien la percepción del compromiso de la adherencia durante el período de pandemia es un parámetro subjetivo, encontramos una asociación significativa entre esta percepción e índices más elevados de suspensión o modificación de la actividad laboral, mayor actividad de la enfermedad, compromiso funcional y niveles más elevados de reactantes de fase aguda. Hacen falta estudios con mayor cantidad de pacientes para corroborar estos hallazgos.

## ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS ASOCIADAS A HIPERGAMMAGLOBULINEMIA POLICLONAL: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN DOS HOSPITALES TERCIARIOS

Lourdes Jofre<sup>1</sup>, Tania Zutara<sup>1</sup>, Valeria PEZUTTI<sup>1</sup>, Giuliana Guidarelli<sup>2</sup>, Anabel Ledda<sup>1</sup>, Luz Navarta<sup>1</sup>, Adrián José Salvatore<sup>2</sup>, María Gloria Rivero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL CENTRAL MENDOZA, <sup>2</sup>HOSPITAL LAGOMAGGIORE MENDOZA

**INTRODUCCIÓN:** La hipergammaglobulinemia policlonal (HGP) es la sobreproducción de inmunoglobulinas por células plasmáticas de varias clonas. Históricamente se asocia a una variedad de enfermedades: hepáticas, infecciosas, hematológicas, oncológicas y autoinmunes.

**OBJETIVOS:** Conocer las causas de HGP en 2 hospitales de atención terciaria de la ciudad de Mendoza y determinar la frecuencia que ocupan las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAIS) como causa etiológica.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se revisaron retrospectivamente los proteinogramas por electroforesis (PxE) realizados durante 1 año desde el 01/07/2021 hasta el 30/06/2022 mediante un sistema de electroforesis capilar (CAPILLARYS PROTEIN(E)6). Se seleccionaron valores con nivel de gammaglobulina  $\geq$  2 g/dl, se descartaron aquellos con componente monoclonal y los pacientes (p) que no tenían diagnóstico definido. Se correlacionaron valores de PCR (mediana) con HGP como otra herramienta de laboratorio orientativa de etiología de la misma. Se completó un protocolo con datos demográficos, clínicos y de laboratorio de los pacientes. Se realizó estadística descriptiva y análisis univariado para variables categóricas con  $\chi^2$  y numéricas con test de Student, error  $\alpha <$  5%.

**RESULTADOS:** Se analizaron 3306 PxE, 170 presentaron HGP  $\geq$  2 g/dl, de los cuales 143 cumplieron criterios de inclusión, con un rango de 2.03 a 5.46 g/dl. Las etiologías asociadas fueron: EAIS 65 p (45.45%), enfermedades hepáticas 41 p (28.28%), enfermedades infecciosas 30 p (20.98%), enfermedades hematológicas 20 p (13.99%), enfermedades neoplásicas no hematológicas 10 p (6.99%). No se hallaron pacientes con enfermedad relacionada a IgG4, enfermedades autoinflamatorias, inmunodeficiencias, ni iatrogénicas (Tablas 1 y 2). En el grupo enfermedades autoinmunes la mediana de PCR fue estadísticamente menor que la del resto de los pacientes (7.5 mg vs 18.15 mg/dl;  $p = 0.001$ ); mientras que fue estadísticamente mayor en el grupo enfermedades hematológicas (41 vs 10 mg/dl;  $p = 0.005$ ) y neoplásicas (106.2 vs 10,2;  $p = 0.00005$ ).

Tabla 1: Etiologías EAIS.

Etiologías	Gamma: 2-2,99 g/dl	Gamma: $\geq$ 3 g/dl	p
EAIS	52 (45.22%)	13 (46%)	0.9
Enfermedades hepáticas	30 (26%)	11 (39.29%)	0.16
Infecciones	24 (20.84%)	6 (21.43%)	0.94
Enfermedades hematológicas	18 (15.6%)	2 (7.14%)	0.24
Neoplasias no hematológicas	8 (6.96%)	2 (7.14%)	0.97

Tabla 2: Etiologías asociadas a EAIS.

EAIS	n=65	%
LES	22	33.85
Síndrome de Sjögren 1°	15	23.08
AR	10	15.63
Vasculitis	3	4.62
Otras	16	24.61

**CONCLUSIONES:** En nuestro trabajo retrospectivo las EAIS fueron la causa más prevalente de HGP con valores  $\geq$  2 g/dl, a diferencia de la bibliografía publicada donde las hepatopatías son las más frecuentes. El orden de frecuencia se mantuvo cuando se compararon pacientes con HGP entre 2 a 2,99 g/dl y  $\geq$  3 g/dl. Dentro de las EAIS las más prevalentes fueron LES y síndrome de Sjögren primario. Cuando se analizaron las PCR de pacientes con HGP y EAIS la mediana fue estadísticamente menor ( $p = 0.001$ ) comparadas con el resto de las patologías analizadas, mientras que la de las enfermedades hematológicas y neoplásicas fue estadísticamente mayor ( $p = 0.005$  y  $p = 0.00005$ ). Este hallazgo debería elevar la sospecha de EAIS (excluyendo vasculitis) en pacientes con HGP y PCR bajas.

## ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN DEL SJÖGREN'S SYNDROME DISEASE DAMAGE INDEX (SSDDI) PARA ARGENTINA

Constanza Belén ARGUISSAIN<sup>1</sup>, Marisel Vanesa Bejarano<sup>2</sup>, Aixa Lucia Mercé<sup>2</sup>, Jesica Luciana Tomas<sup>2</sup>, Lía Ingolotti<sup>2</sup>, Julieta Silvana Morbiducci<sup>2</sup>, María Pia Izaguirre<sup>3</sup>, Mónica Jeanette Cordovilla Zamora<sup>4</sup>, Silvia Beatriz Papisidero<sup>4</sup>, Jorge Alberto Torres Trujillo<sup>4</sup>, María Belén Buzzi<sup>2</sup>, Anastasia Secco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL RIVADAVIA, <sup>2</sup>HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA, <sup>3</sup>HOSPITAL RAMOS MEJÍA, <sup>4</sup>HOSPITAL TORNÚ

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad del tejido conectivo inmunomediada, con características de inflamación de las glándulas exocrinas que conduce a la sequedad de las superficies mucosas. También se presenta con características sistémicas extraglandulares. El curso clínico puede estar marcado por un alto grado de actividad de la enfermedad. Esto puede provocar daños irreversibles en los órganos o tejidos involucrados. Medir el daño acumulado en pacientes con SSp permite evaluar desenlaces y el pronóstico de la enfermedad, así como determinar cambios en el tratamiento.

**OBJETIVOS:** Adaptar transculturalmente y validar el SSDDI en pacientes con SSp para ser utilizado en la población argentina.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional, analítico, de corte transversal. Tres reumatólogos argentinos adaptaron y tradujeron al español la versión original en inglés. Las mismas se unificaron en una versión consensuada la cual fue retro traducida. Se realizó un entrenamiento de los investigadores, a través de una prueba piloto con casos clínicos on line, con el fin de lograr un uso correcto del SSDDI y de la escala análogo visual (EVA), obteniéndose un muy buen grado de acuerdo ( $\rho > 0,80$  en todos los casos) entre los evaluadores. Para evaluar la validez de constructo del índice se utilizó la EVA realizada por expertos, en cada dominio y en la puntuación total, con un valor mínimo de 0 (sin daño de la enfermedad) y un valor máximo de 100 milímetros (daño máximo). Para evaluar la reproducibilidad, se evaluó de forma aleatoria un subgrupo de pacientes sin mediar cambios en el tratamiento ni en la condición clínica 15 días después de la evaluación basal. Las variables continuas se describieron como media y desvío estándar (DS) o mediana y rango intercuartil (RIC), según distribución. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes. Para evaluar la validez de constructo se realizó correlación de Spearman ( $\rho$ ). Se utilizó el coeficiente de correlación intraclase (CCI) para evaluar la reproducibilidad.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 60 pacientes con diagnóstico de SSp, según criterios clasificatorios Americano-Europeo de 2002 y/o criterios de American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism (ACR/EULAR) 2016. El 100% de los pacientes fueron de sexo femenino, la mediana de edad fue de 53 años (DS+ 12). La mediana del tiempo de evolución de la enfermedad fue de 24 meses (RIC 12-108). El 89% de los pacientes presentó anticuerpos (Ac.) FAN positivo, 74% Ac. anti-Ro positivo y el 37% Ac. anti-La positivo. La mediana de la EVA global fue de 3 (RIC: 2-5) y la mediana de la puntuación total del SSDDI fue de 3 (RIC: 2-4). La correlación entre la EVA global y la puntuación SSDDI total fue de 0.70 ( $p < 0.01$ ). Los resultados del coeficiente de correlación entre la EVA y la escala para cada dominio fueron: oral /salival: 0.79 ( $p < 0.01$ ); ocular: 0,0,87 ( $p < 0.01$ ); neurológico: 0.87( $p < 0.01$ ); pleuro-pulmonar: 1,00 ( $p < 0.01$ ); disfunción renal: 1.00 ( $p < 0.01$ ) y trastornos linfoproliferativos: 1.00 ( $p < 0.01$ ). La reproducibilidad fue excelente con un CCI de 1.