

## Orales

0126

### DETECCIÓN DE RIGIDEZ ARTERIAL Y RECLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

KISLUK Boris<sup>1</sup>, QUINTANA Rosana<sup>1</sup>, GHELFI Albertina<sup>2</sup>, GARAVALLI Florencia<sup>2</sup>, NIETO Romina<sup>1</sup>, LEONEL Berbotto<sup>1</sup>, VÉLEZ Lautaro<sup>2</sup>, KILSTEIN Jorge<sup>2</sup>, GALINDEZ Jorge<sup>2</sup>, BERBOTTO Guillermo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, CIUDAD DE GRANADERO BAIGORRIA, <sup>2</sup>SERVICIO CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, CIUDAD DE GRANADERO BAIGORRIA

**INTRODUCCIÓN:** Las enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA) aumentan la posibilidad de desarrollar lesiones vasculares subclínicas como rigidez arterial, lo que se asocia a eventos cardiovasculares (ECV) a largo plazo. La rigidez arterial se puede determinar mediante la velocidad de la onda del pulso (VOP), la presión aórtica central (PAC) y el índice de aumentación (IAu).

**OBJETIVO:** Medir la VOP, PAC e IAu en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) y comparar los parámetros obtenidos con un grupo control de sujetos sanos.

**MÉTODOS:** Estudio de corte transversal. Grupo 1: pacientes con LES en remisión clínica medida por SLEDAI, con presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) en consultorio <135/85 mmHg y estratificados como bajo RCV (<5%) por la calculadora de las Américas de la OMS para Argentina. Se excluyeron: pacientes con antecedente de un ECV, antecedentes de síndrome antifosfolípido, enfermedad renal crónica, diabetes, hipertensión arterial, lesión de órgano diana, RCV ≥5% y si recibían estatinas, aspirina o fármacos antihipertensivo por cualquier otro motivo. Grupo 2: sujetos sanos que acudieron a control rutinario de salud. Se utilizó muestreo consecutivo y se matcheó por edad y sexo. Se realizó medición de PAS y PAD con Omron M3, y de VOP carotídeo-femoral, PAC e IAu con Aortic™.

**RESULTADOS:** Se incluyó un total de 56 individuos: 10 con LES y 46 controles sanos. La mediana de edad en años de los pacientes y controles fue de 38.0 (31.3, 52.8) y 42.0 (30.3, 48.8) respectivamente. Los pacientes con LES presentaron una mediana de evolución de su enfermedad de 4.50 años (2.75, 6.25), el 50% estaba en tratamiento con corticoides (mediana de 10.0 mg/día [9.38, 15.0]), el 90% en tratamiento con antimaláricos y en el 40% de los casos con algún DARMES convencional. Los dominios más afectados fueron articular y cutáneo. Los pacientes con LES presentaron un valor mayor de VOP (mediana 7.00 [6.40, 8.80] vs 6.00 [5.55, 6.40]; p 0.003) y IAu (24.0 [16.0, 34.0] vs 15.0 [5.00, 24.0]; p 0.058) en comparación con los controles.

**CONCLUSIÓN:** A pesar del bajo número de sujetos incluidos, los pacientes con LES (en remisión, normotensos, con RCV<5%) mostraron mayor VOP e IAu que pacientes sanos pareados por sexo y edad.

0131

### EVALUACIÓN DEL DAÑO ACUMULADO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: COMPARACIÓN DE DATOS DEL REGISTRO NACIONAL TRANSVERSAL Y PROSPECTIVO DE LUPUS

GARCÍA Lucila<sup>1</sup>, DAPEÑA Joan Manuel<sup>2</sup>, GOBBI Carla<sup>3</sup>, QUINTANA Rosana<sup>4</sup>, ALBA Paula<sup>5</sup>, ROVERANO Susana<sup>6</sup>, ÁLVAREZ Analía<sup>7</sup>, GRAF César<sup>8</sup>, PISONI Cecilia<sup>9</sup>, SPINDLER Alberto<sup>10</sup>, GÓMEZ Catalina<sup>11</sup>, FIGUEREDO Heber Matías<sup>12</sup>, PAPASIDERO Silvia<sup>13</sup>, PANIEGO Raúl<sup>14</sup>, DE LA VEGA María Celina<sup>15</sup>, CIVIT Emma<sup>16</sup>, GONZÁLEZ LUCERO Luciana<sup>17</sup>, MARTIRE María Victoria<sup>18</sup>, MALDONADO AGUILA Rodrigo<sup>1</sup>, GORDON Sergio<sup>19</sup>, MICELLI Marina<sup>20</sup>, NIETO Romina<sup>21</sup>, RAUSCH Gretel<sup>22</sup>, GONGORA Vanina<sup>23</sup>, DAMICO Agustina<sup>24</sup>, DUBINSKY Diana<sup>25</sup>, ORDEN Alberto<sup>26</sup>, ZACARIAZ Johana<sup>27</sup>, ROMERO Julia<sup>28</sup>, PERA Mariana<sup>1</sup>, GOÑI Mario<sup>29</sup>, RILLO Oscar<sup>30</sup>, BÁEZ Roberto<sup>31</sup>, ARTURI Valeria<sup>1</sup>, GONZÁLEZ Andrea<sup>32</sup>, VIVERO Florencia<sup>33</sup>, BEDOYA María Eugenia<sup>34</sup>, SHMID Marcela<sup>35</sup>, CAPUTO Víctor<sup>36</sup>, LARROUDE María Silvia<sup>37</sup>, DOMÍNGUEZ Nadia<sup>20</sup>, GÓMEZ Graciela<sup>38</sup>, RODRÍGUEZ Graciela<sup>1</sup>, MARÍN Josefina<sup>27</sup>, COLLADO Victoria<sup>38</sup>, JORFEN Marisa<sup>29</sup>, BEDRAN Zaida<sup>39</sup>, CURTI Ana<sup>40</sup>, GAZZONI María Victoria<sup>41</sup>, SARANO Judith<sup>39</sup>, FINUCCI CURI Pablo<sup>23</sup>, ROJAS TESSEL Romina<sup>42</sup>, ARIAS SAAVEDRA Maira<sup>20</sup>, SATTLER María Emilia<sup>43</sup>, MACHADO ESCOBAR Maximiliano<sup>44</sup>, ARTESANA Pablo<sup>2</sup>, PARÍS Úrsula<sup>40</sup>, VANDALE Juan Manuel<sup>33</sup>, SANTA CRUZ María Julia<sup>13</sup>, PONS-ESTEL Bernardo<sup>4</sup>, CORBALAN Paula<sup>17</sup>, MENDOZA MARTÍNEZ Lucía Margarita<sup>13</sup>, ALLE Gelsomina<sup>27</sup>, SARDI Bettina<sup>1</sup>, SARDE Maitén<sup>1</sup>, GORDILLO Florencia<sup>16</sup>, GARCÍA Mercedes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA, <sup>2</sup>SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ, <sup>3</sup>SANATORIO ALLENDE, CÓRDOBA, <sup>4</sup>CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (CREAR), ROSARIO, <sup>5</sup>HOSPITAL CÓRDOBA, <sup>6</sup>HOSPITAL J.M. CULLEN, <sup>7</sup>HOSPITAL PENNA, <sup>8</sup>CENTRO MÉDICO MITRE, PARANÁ, <sup>9</sup>CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS "NORBERTO QUIRNO" (CEMIC), <sup>10</sup>CENTRO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS TUCUMÁN, <sup>11</sup>HOSPITAL CENTRAL DE FORMOSA, <sup>12</sup>HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD PTE. JUAN DOMINGO PERÓN, FORMOSA, <sup>13</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, <sup>14</sup>CENTRO PAMPEANO DE REUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN (CEPRER), <sup>15</sup>INVESTIGACIONES MÉDICAS (CEIM), <sup>16</sup>HOSPITAL DEL CARMEN, GODOY CRUZ, <sup>17</sup>HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, <sup>18</sup>HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, <sup>19</sup>HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS DR. ALLENDE, <sup>20</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA, <sup>21</sup>HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO, <sup>22</sup>CONSULTORIO PRIVADO, RÍO GRANDE, <sup>23</sup>HOSPITAL SAN MARTÍN, PARANÁ, <sup>24</sup>HOSPITAL DE NIÑOS DE SANTA FE DR. ORLANDO ALASSIA, <sup>25</sup>HOSPITAL CLÍNICAS, <sup>26</sup>HOSPITAL AERONÁUTICO CENTRAL, <sup>27</sup>HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, <sup>28</sup>CLÍNICA ALVEAR, SAN JUAN, <sup>29</sup>CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS DE ROSARIO, <sup>30</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. IGNACIO PIROVANO, <sup>31</sup>HOSPITAL GENERAL ROCA, <sup>32</sup>HOSPITAL EVA PERÓN, <sup>33</sup>HOSPITAL PRIVADO DE LA COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, <sup>34</sup>HOSPITAL SAN MARTÍN, PARANÁ, <sup>35</sup>HOSPITAL ÁNGELA IGLESIA DE LLANO, <sup>36</sup>SANATORIO JUNCAL, <sup>37</sup>CONSULTORIO PRIVADO, <sup>38</sup>INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI, <sup>39</sup>HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DR. RAMÓN MADARIAGA, <sup>40</sup>HOSPITAL LUIS CARLOS LAGOMAGGIORE, <sup>41</sup>HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS, CÓRDOBA, <sup>42</sup>HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, <sup>43</sup>HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, GRANADERO BAIGORRIA, SANTA FE, <sup>44</sup>HOSPITAL EVA PERÓN, TUCUMÁN

Todos los autores pertenecen al Registro de Lupus Eritematoso Sistémico de la Sociedad Argentina de Reumatología (RELESSAR).

**INTRODUCCIÓN:** La intervención temprana, el control de la actividad y los eventos adversos, junto con las nuevas opciones terapéuticas, podrían reducir el daño cambiando el panorama del lupus eritematoso sistémico (LES).

**OBJETIVO:** Comparar el daño acumulado en los pacientes pertenecientes a los registros nacionales de LES de la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR) y evaluar los factores asociados al daño.

Dominios del índice SLICC-SDI	RELESSAR-PROS (N=133)	RELESSAR-T (N=1515)
• Renal	11 (8.3%)	96 (6.3%)
• Musculoesquelético	10 (7.5%)	355 (23.4%)
• Neuropsiquiátrico	9 (6.8%)	173 (11.4%)
• Ocular	6 (4.5%)	150 (9.9%)
• Pulmonar	6 (4.5%)	97 (6.4%)
• Cardiovascular	5 (3.8%)	131 (8.6%)
• Sistema vascular periférico	5 (3.8%)	91 (6.0%)
• Insuficiencia gonadal prematura	3 (2.3%)	30 (2.0%)
• Gastrointestinal	2 (1.5%)	20 (1.3%)
• Cutáneo	1 (0.8%)	109 (7.2%)
• Cáncer	0 (0%)	51 (3.4%)

SLICC-SDI = Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology Damage Index

Tabla 1: Daño acumulativo en los registros transversales y prospectivos de LES.

Características	Análisis univariado			Análisis multivariado		
	RO	IC 95%	p-valor	RO	IC 95%	p-valor
Edad en la última visita	1.02	1.01 - 1.04	<0.001	1.03	1.02 - 1.05	<0.001
Sexo masculino	1.60	1.01 - 2.53	0.044	-	-	-
Nivel educativo	0.96	0.93-1	0.060	-	-	-
Raza						
- Mestizo	1.67	1.23 - 2.29	0.001	1.70	1.20 - 2.43	0.003
- Amerindio	0.61	0.31-1.12	0.120	0.48	0.23-0.96	0.045
- Desconocido/Otras	1.22	0.43-3.26	0.700	1.84	0.60-5.50	0.300
SLEDAI	1.03	1.01 - 1.06	0.029	1.03	1.01 - 1.07	0.039
Metotrexato (N=656)	1.58	1.09 - 2.30	0.017	1.61	1.07-2.42	0.023
Ciclofosfamida (N=660)	2.30	1.63 - 3.26	<0.001	2.77	1.90-4.06	<0.001
Mofetil micofenolato (N=647)	1.58	1.09 - 2.28	0.016	-	-	-

RO = razón de Odds; IC 95%= intervalo de confianza 95%

Tabla 2: Análisis uni y multivariado en los pacientes con daño (n=739).

**MÉTODOS:** Estudio de corte transversal. Se utilizaron los datos de los registros nacionales de LES transversal (RELESSAR-T) y prospectivo (RELESSAR-PROS), con 9 años entre ellos. Se registraron datos sociodemográficos, morbimortalidad, tratamientos, actividad y daño. Se comparó el daño en pacientes <5 años de evolución del LES de ambos registros y se determinaron factores asociados. Análisis estadístico: estadísticas descriptivas. Se llevaron a cabo pruebas de chi-cuadrado, Fisher, t de Student o Wilcoxon. Se hizo regresión logística univariada/multivariada para identificar factores asociados al daño.

**RESULTADOS:** Se recolectaron datos del RELESSAR-T (n=1515) y de la visita T0 del RELESSAR-PROS (n=133). Se evaluó el daño acumulado por dominio (Tabla 1). El dominio más afectado fue el renal en el registro prospectivo y el musculoesquelético en el transversal. Al evaluar los pacientes con <5 años de evolución, se observó en RELESSAR-T que estos eran más jóvenes (p=0.002), con mayor retraso al diagnóstico (p<0.001) y menor uso de rituximab (p<0.001). Se compararon pacientes de ambos registros con daño (n=311) y sin daño acumulado (n=428). Los pacientes con un SLICC/SDI ≥1 eran mayores (36[26-47] vs 31[25-41], p<0.001), con mayor proporción de hombres (14% vs 9%, p=0.046) y mestizos (58% vs 44%, p<0.001) y menor nivel educativo (12[10-15] vs 12[11-15], p=0.019). Además, presentaron mayor actividad por SLEDAI (2[0-6] vs 1[0-4], p=0.008) y mayor uso de metotrexato (MTX) (26% vs 18%, p=0.021), ciclofosfamida (CFM) (38% vs 21%, p<0.001) y micofenolato (27% vs 19%, p=0.021). Tuvieron una tasa más alta de hospitalizaciones (64% vs 44%, p<0.001) e infecciones (18% vs 9%, p<0.001). Las variables asociadas de forma independiente a daño fueron la edad, etnia mestiza, el SLEDAI, el uso de MTX y CFM (Tabla 2).

**CONCLUSIÓN:** Los dominios más afectados fueron el musculoesquelético, neuropsiquiátrico y ocular. Se encontró que la edad, ser mestizo, el SLEDAI y el uso de MTX y CFM se asociaron significativamente con la presencia de daño.

## INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN REUMATOLOGÍA: DESEMPEÑO DEL CUESTIONARIO SLE RISK PROBABILITY INDEX (SLERPI) EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

DAPEÑA Joan Manuel<sup>1</sup>, SERRANO Eliana Rebeca<sup>1</sup>, BANDE Juan Manuel<sup>1</sup>, MEDINA María Alejandra<sup>1</sup>, KLAJN Diana Silvia<sup>1</sup>, CARACCILO José Ángel<sup>1</sup>, CASTRO Cecilia<sup>2</sup>, MORBIDUCCI Julieta Silvana<sup>2</sup>, MERCE Aixa Lucía<sup>2</sup>, TRALICE Rosella<sup>2</sup>, ESPASA Gabriela Vanesa<sup>3</sup>, SORIA Yessika Jackeline<sup>3</sup>, LEGUIZAMÓN María Lilia<sup>3</sup>, PERA Mariana<sup>3</sup>, BELLOMIO Verónica<sup>3</sup>, YACUZZI María Silvia<sup>4</sup>, MACHADO ESCOBAR Maximiliano<sup>4</sup>, COSENTINO Máximo<sup>5</sup>, GARCÍA Lucila<sup>5</sup>, GARCÍA Mercedes<sup>5</sup>, AESCHLIMANN Carolina<sup>6</sup>, GÓMEZ Graciela<sup>7</sup>, PÉREZ Nicolás<sup>7</sup>, PAPASIDERO Silvia<sup>1</sup>

	Grupo casos N=183	Grupo control N=182
Edad en años, media (DE)	38.9 (13.4)	53.6 (13.3)
Mujeres, n (%)	169 (92.3)	154 (84.6)
Ocupación, n (%)	n=160	n=174
- Desocupado	52 (32.5)	45 (25.9)
- Ocupado	108 (67.5)	129 (74.1)
Grupo étnico, n (%)	n=171	n=163
- Mestizo	86 (50.3)	77 (47.2)
- Caucásico	52 (30.4)	59 (36.2)
- Otros	33 (19.3)	27 (16.6)
Tiempo de evolución en meses, mediana (RIC)	92 (37-150)	82.5 (38-151)
Menos de 5 años del inicio de los síntomas, n (%)	61 (33.3)	64 (35.2)
Compromisos generales de la enfermedad, n (%)		
- Inmunológico	163 (100)	134 (73.6)
- Cutáneo	172 (94)	42 (23.1)
- Musculoesquelético	151 (82.5)	149 (81.9)
- Hematológico	110 (60.1)	42 (23.1)
- Renal	103 (56.3)	4 (2.2)
- Constitucional	97 (53)	46 (25.3)
- Seroso	63 (34.4)	6 (3.3)
- Neurológico	26 (14.2)	9 (4.9)
- Pulmonar	13 (7.1)	24 (13.2)
- Vascular	7 (3.8)	7 (3.8)
- Cardíaco	5 (2.7)	2 (1.1)
- Gastrointestinal	2 (1.1)	2 (1.1)
SLEDAI, mediana (RIC)	2 (0 - 6)	-
SLICC-SDI puntaje, mediana (RIC)	0 (0 - 1)	-
Tratamiento actual, n (%)		
- Glucocorticoides	71 (38.8)	61 (33.5)
- FARMEsc		
o Hidroxicloroquina	158 (86.4)	35 (19.2)
o Metotrexato	13 (7.1)	96 (52.7)
o Lefunomida	1 (0.5)	16 (8.8)
o Sulfasalazina	-	2 (1.1)
o Azatioprina	-	11 (6)
- FARMEmb	8 (4.4)	21 (11.5)
- FARMESd	-	4 (2.2)
- Ciclofosfamida	8 (4.4)	8 (4.4)
- Mofetil micofenolato	31 (17)	31 (16.9)
- Ciclosporina	5 (2.75)	1 (0.5)

DE: Desvío estándar; RIC: Rango intercuartílico; SLEDAI: Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index; SLICC-SDI: Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology Damage Index; FARMEsc: Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales; FARMEmb: Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos; FARMESd: Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos dirigidos.

Tabla 1: Características del grupo de casos y controles (n=365).

<sup>1</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, <sup>2</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA, <sup>3</sup>HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, <sup>4</sup>HOSPITAL EVA PERÓN, <sup>5</sup>HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA, <sup>6</sup>HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO, <sup>7</sup>INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS DR. ALFREDO LANARI

**INTRODUCCIÓN:** El SLE Risk Probability Index (SLERPI) es un modelo de predicción clínico para lupus eritematoso sistémico (LES), obtenido mediante Machine Learning por técnicas de selección de variables como Random Forest y LASSO. La suma de variables permite obtener distintos grados de certeza diagnóstica (LES improbable, posible, probable y definitivo). Ha sido adaptado un modelo dicotómico (LES/No LES), con un puntaje de corte >7, que mostró alta especificidad y sensibilidad. Además, presentó buen desempeño en los subgrupos de pacientes con LES temprano (<5 años).

**OBJETIVO:** Evaluar sensibilidad (S), especificidad (E) y likelihood ratio (LR) del SLERPI (dicotómico) en una cohorte de pacientes con enfermedades del tejido conectivo de Argentina. Correlacionar el puntaje final con los índices de actividad y daño del LES. Evaluar su desempeño en un subgrupo de pacientes con LES temprano.

**MÉTODOS:** Estudio multicéntrico, observacional, de corte transversal, descriptivo y analítico. Se incluyeron pacientes ≥ de 18 años con diagnóstico de LES (grupo casos) y otras patologías autoinmunes sistémicas (grupo control). Se excluyeron: infección activa, patologías oncohematológicas, lupus inducido por fármacos y superposición de LES con otras collagenopatías. Se consignaron datos sociodemográficos, características de la enfermedad, índices de actividad/daño y tratamiento. Tres evaluadoras ciegas determinaron si los pacientes presentaban LES. Se consideró gold standard al 100% de concor-

Criterios de clasificación	Sensibilidad	Especificidad	LR (+)	LR (-)
Criterios ACR 1997	93.64%	90.10%	9.46	0.07
Criterios SLICC 2012	98.27%	88.02%	8.20	0.02
Criterios ACR/EULAR 2019	99.42%	89.06%	9.08	0.006
SLERPI	98.27%	88.02%	8.20	0.02

SLERPI: SLE Risk Probability Index; LR: likelihood ratio.

**Tabla 2:** Desempeño de los criterios de clasificación y del SLERPI (n=365).

Presentó baja correlación con SLEDAI (r=0.24; p=0.0012) y SLICC-SDI (r=0.23; p=0.0022). Su mediana fue mayor en aquellos con daño (20 [16.5-22]; p=0.02). En LES temprano, presentó una S de 96.6% y una E de 87.9%.

**CONCLUSIÓN:** El SLERPI presentó un buen desempeño, similar al de los criterios SLICC de 2012. Si bien la correlación con actividad/daño fue baja, la mediana de su puntaje fue mayor ante la presencia de daño. También mostró un buen desempeño en pacientes con LES temprano.

dancia. En todos los casos, se comparó la opinión de las expertas con los criterios ACR 1997, SLICC 2012, ACR/EULAR 2019 y SLERPI. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Se determinó S, E, LR +/- de los criterios. Se estimó la asociación entre puntajes mediante Spearman.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 365 pacientes de 7 centros: 183 en grupo de casos y 182 en grupo control. Las características de la población se muestran en la Tabla 1. SLERPI demostró una S de 98.3%, E de 88% y un LR + de 8.2 y LR - de 0.02. Su desempeño frente a otros criterios se observa en la Tabla 2.

**CONCLUSIÓN:** La autoeficacia fue mayor en hombres y pacientes no obesos, se asoció a mayor calidad de vida y a mejores resultados clínicos.

0157

## AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

**BANDE Juan Manuel, MEDINA María Alejandra, DAPEÑA Joan Manuel, KLAJN Diana, CARACCIOLLO José Ángel, PAPASIDERO Silvia**

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ

**INTRODUCCIÓN:** La autoeficacia en enfermedades articulares crónicas como la artritis reumatoidea (AR) hace referencia a la creencia de que el paciente puede implementar con éxito estrategias para controlar varios aspectos de la enfermedad. El cuestionario *Arthritis Self-Efficacy Scale-8* (ASES-8) constituye una herramienta útil para evaluar esta dimensión. Está compuesto por 8 preguntas que indagan respecto de la seguridad del paciente para manejar distintos síntomas de su enfermedad con un rango de puntaje total de 0 a 10, donde puntajes mayores representan mayor autoeficacia.

**OBJETIVO:** Describir la autoeficacia percibida en pacientes con AR y establecer asociaciones con características de la población.

**MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo, de corte trasversal y analítico. Se incluyeron pacientes consecutivos  $\geq$  de 18 años con diagnóstico de AR (ACR-EULAR 2010). Se excluyeron pacientes con otras enfermedades del tejido conectivo concomitante, fibromialgia y/o con dificultades para la lectocomprensión. Se registraron variables sociodemográficas, características de la enfermedad, clinimetría y tratamiento. Además, se evaluó ansiedad y depresión mediante *Hospital Anxiety and Depression Scale*. Todos los pacientes completaron el cuestionario ASES-8. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Se evaluaron asociaciones entre el puntaje de ASES-8 y características de la población mediante coeficiente de correlación de Spearman o prueba de Pearson. Se consideró significativo  $p < 0.05$ .

**RESULTADOS:** Se incluyeron 53 pacientes con una edad media de 55.5 años (DE 10), el 92.5% fueron mujeres. La mediana del tiempo de evolución de la enfermedad fue de 102 meses (RIC 60-192). Las características de la población y clinimetría se observan en la Tabla 1. La mediana de ASES-8 fue de 6.4 (RIC 4.8-7.4) y este puntaje fue mayor en hombres y en pacientes no obesos ( $p=0.02$  y  $p=0.03$  respectivamente). El puntaje total del ASES-8 presentó buena correlación con QOL-RA II ( $r=0.72$ ;  $p=0.002$ ), así como con EVA global de la enfermedad por el paciente y por el médico, índices de actividad y capacidad funcional (Tabla 2). Aquellos pacientes con ansiedad dudosa y probable presentaron medianas progresivamente menores del puntaje total del ASES-8 y esta diferencia fue estadísticamente significativa ( $p=0.03$ ).

**CONCLUSIÓN:** La autoeficacia fue mayor en hombres y pacientes no obesos, se asoció a mayor calidad de vida y a mejores resultados clínicos.

Edad en años, media (DE)	55.5 (10)
Mujeres, n (%)	49 (92.5)
Años de estudio, media (DE)	9.9 (3.4)
Comorbilidades, n (%)	47 (88.7)
Osteoporosis	21 (44.7)
Obesidad	21 (44.7)
HTA	20 (42.6)
Dislipemia	10 (21.3)
Hipotiroidismo	9 (17)
DBT	6 (12.8)
Otras	34 (72.3)
Tiempo de evolución en meses, mediana (RIC)	102 (60-192)
FR, n (%)	51 (96.2)
APCA, n (%) N= 45	42 (93.3)
Enfermedad erosiva, n (%) N= 52	36 (69.4)
Manifestaciones extra-articulares n (%)	25 (47.2)
NAD28, mediana (RIC)	2 (0-5)
NAT28, mediana (RIC)	0 (0-2)
EVA (dolor), mediana (RIC)	55 (5-80)
EVA global paciente, mediana (RIC)	50 (30-70)
EVA global médico, mediana (RIC)	30 (20-50)
DAS28, mediana (RIC)	3.88 (3.19-4.57)
CDAI, mediana (RIC)	11 (7-17)
SDAI, mediana (RIC)	12.3 (7.9-18.9)
HAQ-A, mediana (RIC)	1.19 (0.88-2.06)
QOL-RAII, mediana (RIC)	6.3 (4.8-7.5)
HADS	
-Ansiedad, mediana (RIC)	6 (4-10)
Categorías, n (%)	
Ausente	27 (55.1)
Dudosa	12 (24.5)
Probable	10 (20.4)
-Depresión, mediana (RIC)	6 (4-9)
Categorías, n (%)	
Ausente	32 (65.3)
Dudosa	6 (12.2)
Probable	11 (22.5)
ASES-8, mediana (RIC)	6.4 (4.8-7.4)

DE: Desvío estándar; RIC: Rango intercuartílico; FR: Factor reumatoideo; APCA: Anticuerpos anti péptidos/proteínas citrulinadas; NAD: Número de articulaciones dolorosas; NAT: Número de articulaciones tumefactas; EVA: Escala visual analógica; DAS28: Disease Activity Score 28; CDAI: Clinical Disease Activity Index; SDAI: Simplified Disease Activity Index; HAQ-A: Health Assessment Questionnaire versión argentina; QOL-RAII: Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale II; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; ASES-8: Arthritis Self-Efficacy Scale-8.

**Tabla 1:** Características de la población y clinimetría (n=53).

Variable	r	p-valor
EVA (GP)	-0.53	0.003
EVA (GM)	-0.45	0.02
DAS28	-0.47	0.02
CDAI	-0.51	0.003
SDAI	-0.49	0.01
HAQ-A	-0.5	0.006
QOL-RAII	0.72	0.002

ASES-8: Arthritis Self-Efficacy Scale-8; r= Coeficiente de correlación de Spearman; EVA: Escala visual analógica; GP: Global por el paciente; GM: Global por el médico; DAS28: Disease Activity Score 28; CDAI: Clinical Disease Activity Index; SDAI: Simplified Disease Activity Index; HAQ-A: Health Assessment Questionnaire versión argentina; QOL-RAII: Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale II.

Tabla 2: Asociaciones de ASES-8 con variables clínicas de la enfermedad.

0198

## EL ÍNDICE NEÚTRÓFILOS-LINFOCITOS Y LA INCIDENCIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA. UN ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO

MARTINI Mauro Damián<sup>1</sup>, TORRES Valentina<sup>2</sup>, DE LA TORRE Paola<sup>1</sup>, VARGAS Alfredo<sup>1</sup>, ALVARADO Nicolás<sup>1</sup>, CURA María Julia<sup>1</sup>, MAZZUOCCOLO Luis<sup>1</sup>, ACOSTA FELQUER María Laura<sup>1</sup>, ROSA Javier<sup>1</sup>, SORIANO Enrique<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, <sup>2</sup>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE

**INTRODUCCIÓN:** El índice neutrófilos-linfocitos (INL) se ha propuesto como predictor de enfermedad cardiovascular en algunas enfermedades autoinmunes, pero no en la psoriasis (PsO) o en la artritis psoriásica (APs).

**OBJETIVO:** Evaluar si el INL predice eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) y todas las causas de mortalidad en pacientes con PsO y APs.

**MÉTODOS:** Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron pacientes con PsO y PsA seguidos en un hospital universitario. Los pacientes aportaron tiempo desde su diagnóstico (casos incidentes) o primer contacto con el hospital (casos prevalentes) hasta el desarrollo de MACE (compuesto de infarto de miocardio no fatal, accidente cerebrovascular no fatal o muerte cardiovascular), muerte, pérdida de seguimiento o finalización del estudio (1/5/2022). El INL se calculó a partir del hemograma al diagnóstico o en la primera visita al hospital, antes de iniciar tratamiento sistémico. Se excluyeron pacientes con MACE o tratamiento sistémico previo. Se registró el tratamiento sistémico después de la inclusión. Las tasas de incidencia (IR) se calcularon para MACE incidentes o muerte por todas las causas. Las asociaciones entre INL (bajo: <2,5; y alto: ≥2,5) y MACE o muerte por todas las causas se analizaron utilizando un modelo de riesgos proporcionales de Cox ajustado por factores de riesgo cardiovascular tradicionales y tratamiento sistémico.

Características	Psoriasis (n: 825)	Artritis psoriásica (n: 142)	Valor P
Femenino, n (%)	436 (56)	51 (36)	<0.001
Edad a la inclusión, media (DE)	45,8 (21,1)	51,9 (16)	0.0009
Tiempo de seguimiento desde la inclusión, media (DE)	14,4 (5,3)	14,7 (5)	0.4402
Hipertrigliceridemia arterial, n/N (%)	336/821 (40,8)	60/141 (42,5)	0,796
Dislipemia, n/N (%)	240/822 (29,2)	52/141 (36,9)	0,067
Índice de masa corporal, media (DE)	27,87 (5,1)	28,93 (4,97)	0,0062
Tabaquismo actual o previo, n (%)	432 (52,36)	78 (54,93)	0,572
Diabéticos, n (%)	80 (7,3)	7 (5)	0,305
Tratamiento sistémico luego de la inclusión, n (%)	163 (19,76)	105 (73,94)	<0,001
Media del INL	2,3 (2,4)	2,8 (1,6)	0,1552
INL >2,5, n (%)	213 (25,8)	56 (39,7)	0,001

Tabla 1: Características basales.

Variable	Hazard Ratio (HR)	Error estándar	IC 95%	Valor p
INL >=2,5	1,8277	0,4774	1,0954 - 3,0497	0,021
Sexo	1,9608	0,5436	1,0851 - 3,3295	0,025
Edad	1,0314	0,0092	1,0135 - 1,0496	0,001
HTA	0,9393	0,2921	0,5106 - 1,7279	0,840
DSL	2,2179	0,6664	1,2077 - 3,7905	0,004
TBO	2,2931	0,6960	1,2648 - 4,1571	0,006
IMC	0,9950	0,0293	0,9390 - 1,0543	0,866
DM2	0,8629	0,3453	0,3938 - 1,8907	0,713
TS	0,3589	0,1458	0,1618 - 0,7960	0,012

Tabla 2: Análisis multivariado.

**RESULTADOS:** 967 pacientes seguidos por un total de 13946 pacientes/años (p/a) (Tabla 1). Se incluyeron 825 con PsO y 142 con PsA. Hubo 67 MACE (IR: 0,48/100p/a): 62 en PsO (IR: 0,52/100p/a) y 5 en PsA (IR: 0,24/100p/a), y 97 muertes por todas las causas (IR: 0,68/100p/a; 86 en PsO: IR: 7,3/100p/a; 11 en PsA: IR: 0,52/100p/a). En la población general la incidencia de MACE en pacientes con INL≥2,5 fue de 0,70/100p/a frente a 0,39/100p/a (razón de tasas de incidencia (IRR): 1,8; IC 95%: 1,05-2,9; p=0,0121) en aquellos con INL<2,5. En el modelo de riesgos proporcionales de Cox, después de ajustar por factores de riesgo CV tradicionales y tratamiento sistémico, un INL ≥2,5 se asoció con un mayor riesgo de MACE: Hazard Ratio: 1,8 (IC 95%: 1,1-3, p=0,021) (Tabla 2). Aunque el INL≥2,5 se asoció con un aumento en la mortalidad por todas las causas en el análisis univariable (IRR: 1,55; IC 95%: 1-2,4; p=0,0198), la asociación se perdió después de ajustar por las variables mencionadas. El INL solo se correlacionó fuertemente con el valor de proteína C reactiva (r: 0.6367).

**CONCLUSIÓN:** El INL es un índice fácil y universalmente disponible, que se asoció con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares mayores en pacientes con psoriasis y artritis psoriásica.

0217

## CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL AUTOINMUNE QUE RECIBEN TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO. DATOS DE LA VIDA REAL

VIVERO Florencia, BUSCHIAZZO Emilio, ENGHMAYER Juan Ignacio, GASER Adrián, LLOVES SCHENONE Nicolás, BARBAGLIA NAVARRO Ana Lucía, NIGRA Natalia, CUCCHIARO Natalia, NAVARRO Sandra, GORDILLO María Florencia, PAPAGNO María Julia, BERSANO Noelia, BENÍTEZ Cristian Alejandro, LÓPEZ MEILLER María José, MARTÍN María Luz, MONTOYA Sandra Fabiana, GONZALO Paula, TELLEZ NORIEGA Jorge, RESIDENCIA REUMATOLOGÍA IREP, OLIVER Marina, PENA Claudia, NITSCHKE Alejandro, PACHECO Gonzalo, USANDIVARAS Marcela, VELAZCO ZAMORA José Luis, PERTICONE Eugenia  
REGISTRO EPIMAR 2

**INTRODUCCIÓN:** Los fármacos antifibróticos (AF) retrasan la progresión de la caída funcional pulmonar en la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) con fibrosis pulmonar progresiva (FPP). El nintedanib ha sido aprobado recientemente para las EPI con FPP, incluyendo las etiologías autoinmunes. Si bien su efecto e impacto sobre la progresión de la caída de la capacidad vital forzada se ha demostrado en varios *trials*, existe escasa evidencia sobre su uso en la vida real.

**OBJETIVO:** Describir las características basales de los pacientes tratados con nintedanib de la cohorte EPIMAR 2.

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

**RESULTADOS:** De un total de 168 pacientes registrados en EPIMAR, 16 (10%) recibieron nintedanib, 69% mujeres, edad promedio: 58 años (vs 63 años en pacientes sin AF). El 25% tenía antecedentes de tabaquismo actual o previo. El 50% presentaba enfermedad subclínica (asintomática). El tiempo de demora promedio desde el inicio de los síntomas al diagnóstico fue de 8,7 meses. De los 16 pacientes, 14 presentaban ETC, 1 IPAF y 1 EPI-ANCA+. Dentro de las ETC la frecuencia fue la siguiente: 11 (79%) esclerosis sistémica y 3 (21%) artritis reumatoidea. Ningún paciente presentaba comorbilidades relevantes y todos tenían vacunación completa. Lo datos serológicos más frecuentes fueron los siguientes: FAN 80%, FR 43%, anti-Sc170 38%, anticentrómero 23%, anti-Ro/SSa 23%, anti-CCP 15%, anti-RNP 15%. Hubo mayor compromiso funcional en los pacientes tratados con AF con respecto a los pacientes sin tratamiento AF con respecto a promedio CVF% (63% vs 73%), mediana %DLCO (48% vs 58%) y desaturación en el test de la marcha (50% vs 23%). Todos los pacientes recibían inmunosupresores en forma concomitante siendo: glucocorticoides 67%, micofenolato mofetil 50%, rituximab 38%, metotrexato 33%, ciclofosfamida 33%, azatioprina 27%. El 53% tuvo exacerbaciones de la EPI en el año previo y un 10% requirió hospitalizaciones.

**CONCLUSIÓN:** Los primeros pacientes descriptos con EPI-Ai que recibieron tratamiento con nintedanib correspondían principalmente a ETC (esclerosis sistémica y artritis reumatoidea), con mayor compromiso funcional en comparación con pacientes sin tratamiento AF. La mitad de los casos fueron diagnosticados en períodos asintomáticos y el 53% tuvieron exacerbación de la EPI en el año previo. Futuros estudios podrán brindar más información sobre el uso de antifibróticos en la vida real en pacientes con EPI-Ai.

0224

## FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL COMPROMISO OFTALMOLÓGICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

FLORES TREJO Javier Federico, **DAPEÑA Joan Manuel**, PASCUAL Florencia Micaela, GHIGLIONE Graciela Liliana, BANDE Juan Manuel, MEDINA María Alejandra, CARACCILO José Ángel, PAPASIDERO, Silvia

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ

**INTRODUCCIÓN:** La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad inflamatoria, crónica y sistémica que afecta principalmente las articulaciones sinoviales. Sin embargo, en más de la mitad de los casos puede comprometer otros órganos, siendo las manifestaciones oftalmológicas una de las más frecuentes. Además del compromiso ocular secundario a la enfermedad, muchos pacientes desarrollan complicaciones visuales relacionadas con el tratamiento.

**OBJETIVO:** Describir las manifestaciones oftalmológicas en una cohorte de pacientes con AR y evaluar su asociación con las características sociodemográficas y de la enfermedad.

**MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y analítico. Se incluyeron pacientes consecutivos ≥ de 18 años con diagnóstico de AR (ACR-EULAR 2010). Se registraron datos sociodemográficos, características de la AR, antecedentes de compromiso ocular, clinimetría y tratamiento. Todos los pacientes fueron evaluados por una médica oftalmóloga, quien realizó el *Ocular Surface Disease Index* (OSDI), pruebas de sequedad ocular, biomicroscopía, fondo de ojo y medición de presión intraocular. En caso de encontrar alguna alteración que requiera tratamiento, se indicó el mismo al paciente. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Se evaluó la presencia de asociaciones del OSDI con características de la población mediante la prueba de chi-cuadrado y Spearman. Se consideró una  $p \leq 0.05$ .

Edad en años, media (DE)	56.7 (9.9)
Sexo femenino, n (%)	43 (86)
Tiempo de evolución de la AR en meses, mediana (RIC)	106.5 (40.5-168)
Enfermedad erosiva, n (%)	31 (62)
FR positivo, n (%)	47 (94)
ACPA positivo, n (%)	40 (80)
Manifestaciones extra-articulares, n (%)	31 (62)
DAS28, mediana (RIC)	3.87 (3.4-8)
SDAI, mediana (RIC)	15.3 (7.2-19.7)
CDAI, mediana (RIC)	14 (6.2-19)
HAQ-A, mediana (RIC)	1.5 (1.2-14)
Tratamiento actual, n (%)	
- Glucocorticoides	47 (94)
- Dosis en mg, mediana (RIC)	10 (10-15)
- DMAR sintéticos convencionales	48 (96)
- DMAR sintéticos dirigidos	4 (8)
- DMAR biológicos	16 (32)

DE= Desvió estándar, RIC= Rango intercuartílico; FR= Factor Reumatoideo, ACPA= Anticuerpos anti péptidos/proteínas citrulinadas; DAS-28= Disease Activity Score-28; SDAI= Simplified disease activity index; CDAI= Clinical disease activity index; HAQ-A= Health Assessment Questionnaire - versión argentina.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 50 pacientes. Las características de la población se muestran en la Tabla 1. El 50% de los pacientes informó síntomas SICCA previos, siendo el más frecuente la xeroftalmia (46%). Un 6% tenía síndrome de Sjögren secundario. La mediana del OSDI fue de 8.3 puntos (RIC 4.2-38), clasificando al 40% como sequedad moderada-severa. El examen oftalmológico reveló un 94% de xeroftalmia (78% leve, 12% moderada y 4% severa). El 46% de los pacientes presentó cataratas, siendo en el 32% nucleares. Las evaluaciones oftalmológicas se observan en la Tabla 2. Aquellos pacientes que presentaron sequedad moderada-severa según puntaje OSDI presentaron mayor actividad de la enfermedad por DAS28 ( $p = 0.025$ ) y por SDAI ( $p = 0.018$ ). En aquellos con alteraciones oculares se inició el seguimiento y tratamiento con el especialista.

**CONCLUSIÓN:** En los pacientes con AR evaluados, la manifestación ocular más frecuente fue la xeroftalmia, siendo leve en el 78% de los casos. Un 46% presentó cataratas, siendo la nuclear la más frecuente. Además, en aquellos pacientes con xeroftalmia moderada-severa, encontramos una asociación con mayor actividad de la enfermedad.

Tabla 1: Características de la población (n=50).

OSDI, mediana (RIC)	8.3 (4.2-38)
<b>Categorías del OSDI, n (%)</b>	
- Normal	27 (54)
- Leve - Moderado	3 (6)
- Moderado - Severo	20 (40)
<b>Tests de ojo seco positivos, n (%)</b>	
- BUT	45 (90)
- Test de Schirmer	41 (82)
- Tinción corneal con fluoresceína	10 (20)
- Rosa de Bengala	16 (32)
<b>Presión intraocular, media (DE)</b>	
- Ojo derecho	13.6 (1.8)
- Ojo izquierdo	13.8 (1.7)
<b>Biomicroscopia, n (%)</b>	
- Alteración del film lagrimal	17 (34)
- Catarata nuclear	16 (32)
- Queratitis superficial	3 (6)
- Catarata cortical	3 (6)
- Catarata corticonuclear	2 (4)
- Catarata incipiente	2 (4)
- Pseudoafaquia con LIO en CP	2 (4)
- Hiperemia conjuntival tarsal y bulbar	2 (4)
- Blefaritis	1 (2)
- Leucoma corneal	1 (2)
- Disfunción de las glándulas de Meibomio	1 (2)
<b>Fondo de ojo, n (%)</b>	
- Normal	43 (86)
- Vasos con estrechamiento y tortuosidad	2 (4)
- Nervio óptico levemente pálido	1 (2)
- Retinopatía miópica degenerativa	1 (2)
- Disminución de brillo macular	1 (2)
- Angiosclerosis y cruces	1 (2)
- Opacidades de medios	1 (2)
<b>Diagnóstico del oftalmólogo, n (%)</b>	
- Sin signos de xerofalmia	3 (6)
- Síndrome de ojo seco leve (Grado I)	39 (78)
- Síndrome de ojo seco moderado (Grado II)	6 (12)
- Síndrome de ojo seco severo (Grado III)	2 (4)

RIC= Rango intercuartílico; BUT= Tiempo de ruptura lagrimal. LIO= Lente intraocular, CP= Cámara posterior.

Tabla 2: Evaluaciones oftalmológicas (n=50).

0243

## NEFRITIS LÚPICA EN LA VIDA REAL: VALOR PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE LA PROTEINURIA A LOS 12 MESES DE LA BIOPSIA RENAL

ALVARADO Nicolás, GRELONI Gustavo, SCOLNIK Marina, ROSA Javier, SORIANO Enrique, VARELA Federico, VARGAS CASELLES Alfredo Leiber  
HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Variable	Resultado
Género femenino, n (%)	67 (87)
Edad al diagnóstico de LES, años media (DE)	31.4 (13.2)
Edad al momento de la biopsia, años media (DE)	34.8 (12.3)
Diagnóstico de LES previo a la biopsia renal	66 (72.7)
Tiempo de seguimiento posbiopsia renal, años mediana (RIC)	9.4 (6.4-13.0)
BLEED-2K al momento de la biopsia renal, mediana (RIC)	8 (6.12)
Anti DNA positivo, n (%)	60 (84.9)
Complemento C3 bajo, n (%)	62 (77.9)
Complemento C3 bajo, n (%)	43 (56.9)
<b>Neftitis lúpica, n (%)</b>	
- Clase II	6 (6.6)
- Clase III/IV	51 (66.2)
- Clase V	13 (16.9)
- Clases Mixtas (II o IV + V)	8 (10.4)
Proteínauria extracapilar en la biopsia renal, n (%)	22 (28.6)
Tratamiento con GC post biopsia, n (%)	76 (97.4)
Dosis de GC, mediana (RIC)	40 (40-60)
Uso de hidroclorotiazida, n (%)	63 (81.8)
<b>Tratamiento de inducción</b>	
- Micofenolato mofetilo, n (%)	43 (56.8)
- Ciclofosfamida endovenosa, n (%)	24 (31.1)
- Rituximab, n (%)	3 (3.9)
<b>Tratamiento de mantenimiento</b>	
- Micofenolato mofetilo, n (%)	64 (70.13)
- Azatioprina, n (%)	16 (19.5)
- ICN, n (%)	3 (3.9)
IECA concomitante, n (%)	64 (70.13)
Rebiopsia renal durante el seguimiento, n (%)	23 (29.9)
Tratamiento de reinducción, n (%)	21 (27.3)
Tiempo a la reinducción, mediana (DE)	2.3 (1.0)
Proteínauria $\geq 0.7$ durante el seguimiento (nuevo o persistente) luego de los 12 meses, n (%)	38 (50.7)
Neftitis lúpica (n° Frecuencia por campo) durante el seguimiento (nueva o persistente) luego de los 12 meses, n (%)	31 (41.3)
Inicio de diálisis antes de los 5 años, n (%)	6 (7.8)
Tiempo para el inicio de diálisis años, mediana (RIC)	2.5 (1.1-3.3)
Trasplante durante el seguimiento, n (%)	3 (3.9)

Tabla 1: Características basales de la cohorte.

**INTRODUCCIÓN:** Las recomendaciones actuales en el tratamiento de la nefritis lúpica (NL) sugieren un tratamiento orientado al objetivo de lograr la optimización de la función renal y una relación proteinuria/creatininuria entre 500-700 mg/g a los 12 meses (respuesta clínica completa). Este valor de proteinuria fue el que logró mayor capacidad de predecir una buena respuesta renal a largo plazo en ensayos clínicos randomizados.

**OBJETIVO:** Evaluar el valor pronóstico a largo plazo de la disminución de la proteinuria en el primer año de tratamiento de paciente con NL en una cohorte de vida real.

**MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES (criterios SLICC 2012 y/o ACR/EULAR 2018) atendidos en un Hospital Universitario en la Ciudad de Buenos Aires, que tuvieran una biopsia renal con NL realizada entre 2002 y 2017 en este centro, y al menos 5 años de seguimiento posbiopsia. Se revisaron las biopsias renales y los parámetros de laboratorio al momento de la biopsia, al año (12+/-4 meses) y a los 5 años de seguimiento (60+/-4 meses). Se definió remisión completa al año como la presencia de un valor de proteinuria en orina de 24 horas (g/24 h) o relación proteinuria/creatininuria en muestra aislada (mg/g)  $\leq 0.7$  y una tasa de filtración glomerular medida por MDRD-4 (TFG) no mayor al 20% del valor basal. Se definió como buena respuesta renal a largo plazo un valor de creatinina  $\leq 1.0$  mg/dl a los 5 años de seguimiento.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 77 pacientes con biopsia renal (5 clase II, 51 clases III/IV, 13 clase V y 8 combinadas), 87% mujeres, edad al momento de la biopsia de 34.8 años (DE 12.4) y tiempo de seguimiento posbiopsia de 9.4 años (RIC 6.4-12.9). Durante el seguimiento, 6 pacientes (7.8%) requirieron terapia de reemplazo renal, la mediana de inicio de diálisis posbiopsia fue de 2.5 años (RIC: 1.1-3.3) y 3 pacientes (3.9%) fueron trasplantados dentro del período de seguimiento (Tabla 1). En la Tabla 2 se muestran los parámetros re-

Valores a los 12 meses				
	S	E	VPP	VPN
Proteinuria <math>\leq 0.7</math>	82%	36%	90%	23%
Proteinuria <math>\leq 0.7</math> y Creat <math>\leq 1</math> mg/dl	81%	55%	89%	20%
Proteinuria <math>\leq 0.7</math> y Creat <math>\leq 1</math> mg/dl y hematúria <math>\leq 5</math> por campo	42%	70%	89%	11%
Proliferación endocapilar en la biopsia renal	26%	66%	81%	16%

**Tabla 2:** Sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de los distintos parámetros a los 12 meses de la biopsia renal en relación a un buen resultado renal a los 5 años (creatinina  $\leq 1$  mg/dl).

con un buen resultado renal a los 5 años mostró un área bajo la curva de 0.42 (0.25-0.59) con una sensibilidad (S) de 62%, especificidad (E) de 36%, valor predictivo positivo (VPP) de 90% y valor predictivo negativo (VPN) de 23%. La evaluación de parámetros combinados a los 12 meses (proteinuria  $\leq 0.7$  g/24 h + creatinina  $\leq 1$  mg/dl y hematúrias por campo  $\leq 5$ ) encontró una S: 42%, E: 70%, VPP: 89% y VPN: 17% (Tabla 2).

**CONCLUSIÓN:** En esta cohorte de pacientes con NL, la proteinuria al año mostró una baja sensibilidad y especificidad para identificar pacientes con buena respuesta renal a los 5 años.

0245

## PREVALENCIA DEL POLIMORFISMO DEL PROMOTOR DEL GEN DE IL-6 Y SU IMPLICANCIA EN LA REMISIÓN LIBRE DE CORTICOIDES EN PACIENTES CON POLIMIALGIA REUMÁTICA

PALACIOS SANTILLÁN Erika<sup>1</sup>, SCAGLIONI Valeria<sup>1</sup>, SCOLNIK Marina<sup>1</sup>, ALVARADO Nicolás<sup>1</sup>, SERUA DIAZ DE ARCE Heidy<sup>1</sup>, GONZÁLEZ HERMIDA Paula<sup>1</sup>, AGUDELO CARDONA Carlos<sup>2</sup>, ROSA Javier<sup>1</sup>, SORIANO Enrique<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

	Genotipo C/C (n= 5)	Genotipo G/C (n= 15)	Genotipo G/G (n=28)	p
Edad al diagnóstico, media $\pm$ DE, años	70.4 $\pm$ 8.79	73.0 $\pm$ 6.36	72.0 $\pm$ 6.25	0.73
Género				
Femenino	4(80%)	7(46.7%)	20 (69%)	0.25
Comorbilidades				
Hipertensión arterial	4 (80%)	10 (66.7%)	19 (65.5%)	0.81
Diabetes mellitus tipo 2	0 (0%)	1 (6.7%)	5 (17.2%)	0.40
Infarto agudo de miocardio	0 (0%)	1 (6.7%)	1 (3.4%)	0.78
Dislipidemia	1 (20%)	8 (53.3%)	8 (27.6%)	0.18
Osteoporosis	1 (20%)	1 (6.7%)	3 (10.3%)	0.69
Síntomas de PMR*				
Duración, mediana (RIC), semanas	8 (4-20)	8 (8-10)	8 (4-16)	0.70
Rigidez matutna	3 (60%)	10 (66.7%)	18 (65.2%)	0.78
Dolor cintura escapular	5 (100%)	15 (100%)	28 (96.6%)	0.70
Dolor cintura pélvica	4 (80%)	14 (93.3%)	26 (89.7%)	0.69
Artralgias/artritis	3 (60%)	10 (66.7%)	18 (62.1%)	0.94
Constitucionales	1 (20%)	1 (6.7%)	2 (6.9%)	0.59
ESR* al diagnóstico, media $\pm$ DE	88.4 $\pm$ 31.6	48.53 $\pm$ 29	60.1 $\pm$ 28.7	0.827
PCR* al diagnóstico, media $\pm$ DE	64.2 $\pm$ 50.1	19.75 $\pm$ 15.4	30.4 $\pm$ 26.1	0.913
Niveles séricos de IL-6 al diagnóstico, mediana (RIC), pg/ml.	15.3 (6.1-29.2)	13.6 (4.6-25.6)	14.0 (4.8-31.9)	0.93
Remisión libre de corticoides, n (%)	0	2 (13.3%)	4 (13.8%)	1

\*PMR= polimialgia reumática, ESR= Eritrosedimentación, PCR= Proteína C reactiva ultrasensible, IL-6= interleucina-6.

**Tabla 1:** Características generales.

Predictores	Odds Ratios	IC95%	p
Género Masculino	2.636	0.384 - 19.592	0.317
Edad	1.025	0.881 - 1.189	0.740
PCR elevada basal	0.087	0.004 - 0.677	0.041
Alelo C	0.756	0.082 - 5.204	0.782

**Tabla 2:** Modelo de regresión logística multivariado. Factores asociados con la remisión libre de corticoides.

nales al basal al año y 5 años. La remisión completa a los 12 meses y 5 años se alcanzó en el 58.7% y el 68% de los pacientes respectivamente. Durante este período 23 pacientes (27.3%) requirieron tratamiento de reinducción, 17 de los cuales (77.3%) lograron una buena respuesta renal a los 5 años. Durante el seguimiento, 7 pacientes presentaron hematuria persistente aislada (sin proteinuria), no recibieron tratamiento de reinducción y tuvieron un buen resultado renal a los cinco años. La curva ROC para evaluar la capacidad discriminativa de una proteinuria  $\leq 0.7$  al año en relación

nales al basal al año y 5 años. La remisión completa a los 12 meses y 5 años se alcanzó en el 58.7% y el 68% de los pacientes respectivamente. Durante este período 23 pacientes (27.3%) requirieron tratamiento de reinducción, 17 de los cuales (77.3%) lograron una buena respuesta renal a los 5 años. Durante el seguimiento, 7 pacientes presentaron hematuria persistente aislada (sin proteinuria), no recibieron tratamiento de reinducción y tuvieron un buen resultado renal a los cinco años. La curva ROC para evaluar la capacidad discriminativa de una proteinuria  $\leq 0.7$  al año en relación

nales al basal al año y 5 años. La remisión completa a los 12 meses y 5 años se alcanzó en el 58.7% y el 68% de los pacientes respectivamente. Durante este período 23 pacientes (27.3%) requirieron tratamiento de reinducción, 17 de los cuales (77.3%) lograron una buena respuesta renal a los 5 años. Durante el seguimiento, 7 pacientes presentaron hematuria persistente aislada (sin proteinuria), no recibieron tratamiento de reinducción y tuvieron un buen resultado renal a los cinco años. La curva ROC para evaluar la capacidad discriminativa de una proteinuria  $\leq 0.7$  al año en relación

**INTRODUCCIÓN:** La polimialgia reumática (PMR) es una enfermedad inflamatoria que afecta a personas  $\geq 50$  años. Los reactantes de fase aguda (RFA) y la interleucina 6 (IL-6) son biomarcadores asociados con la actividad de la enfermedad. El polimorfismo C/C y el alelo C del promotor del gen de la IL-6 se ha relacionado con niveles persistentemente elevados de IL-6 y con menor probabilidad de alcanzar remisión de la enfermedad.

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia del genotipo C/C y el alelo C del promotor del gen de la IL-6 en pacientes con PMR, y evaluar la asociación de este genotipo y los RFA con la remisión libre de corticoides

**MÉTODOS:** Se evaluó un total de 76 pacientes de los cuales 49 cumplieron los criterios de inclusión. Se realizó un análisis descriptivo y se obtuvo una muestra de sangre periférica para purificar ADN genómico y realizar la genotipificación del polimorfismo 174 de la IL-6 (rs1800795) mediante la reacción en cadena de la polimerasa usando la tecnología de discriminación alélica TaqMan. Se evaluaron RFA, niveles de IL-6 al diagnóstico y en su seguimiento. Para evaluar los factores asociados con la remisión libre de corticoides se construyó un modelo de regresión logística multivariado, considerando un  $p < 0.05$  como estadísticamente significativa.

**RESULTADOS:** La prevalencia del genotipo C/C y del alelo C en pacientes con PMR fue de 10.20% y 40.8% respectivamente. Los pacientes con valores de proteína C reactiva (PCR) elevada (más de tres veces el valor de referencia) al diagnóstico tuvieron menor probabilidad de remisión libre de corticoides a los 12 meses de seguimiento (OR 0.087, IC95% 0.004-0.677;  $p=0.041$ ). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el genotipo C/C ( $p=0.99$ ), el alelo C ( $p=0.716$ ) y la remisión de la enfermedad.

**CONCLUSIÓN:** En nuestra población no se encontró asociación entre el genotipo C/C y la remisión de la enfermedad. Sin embargo, los valores elevados de PCR al diagnóstico pueden ser un factor de riesgo para no alcanzar la remisión libre de corticoides a los 12 meses.

## EVENTOS ADVERSOS INMUNOMEDIADOS EN PACIENTES CON CÁNCER Y TRATAMIENTO POR INHIBIDORES DE CHECK POINTS. ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

PALOMINO ROMERO Luis, SCOLNIK Marina, ROSA Javier, SORIANO Enrique, DELTIN Elisabet, SCAGLIONI, Valeria

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Características	n=109
<b>Cantidad de eventos adversos autoinmunes, n (%)</b>	
1	76 (69.7)
2	25 (22.9)
3 o más	8 (7.3)
<b>Grado máximo de severidad del EAI (según CTCAE), n (%)</b>	
1	12 (11.2)
2	65 (60.7)
3	26 (24.3)
4	3 (2.8)
5	1 (0.9)
<b>Tipos de irAEs, n (%)</b>	
Tiroiditis	31 (28.4)
Artritis/artralgias	15 (13.8)
Eccema o vasculitis cutánea	14 (12.8)
Polimialgia reumática	7 (6.4)
Glomerulonefritis	6 (5.5)
Hepatitis	6 (5.5)
Otros	30 (27.6)
<b>Interrupción de la inmunoterapia por irAEs, n (%)</b>	
No	55 (50.5)
Transitoria	22 (20.2)
Definitiva	32 (29.4)
<b>Requirieron tratamiento por irAEs, n (%)</b>	101 (93.5)
<b>Tipo de tratamiento, n (%) (n=101)</b>	
Corticoides vía oral	54 (53.5)
Reemplazo hormonal (T4)	22 (21.8)
Corticoides tópicos	13 (12.9)
DMARDs o Inmunosupresores	2 (2.0)
Biológicos	1 (1.0)
Otros	9 (8.8)
<b>Pacientes con irAEs reumatológicos* (n=35)</b>	
Evaluación por reumatología, n (%)	25 (71.4)
Cumplen criterios de enfermedad reumatológica, n (%)	15 (42.9)

\*Incluye: artritis, polimialgia reumática, esclerosis sistémica, fenómeno Raynaud severo, sarcoidosis, miositis, fascitis eosinofílica y artritis psoriásica.

Tabla: Características de los pacientes con irAEs.

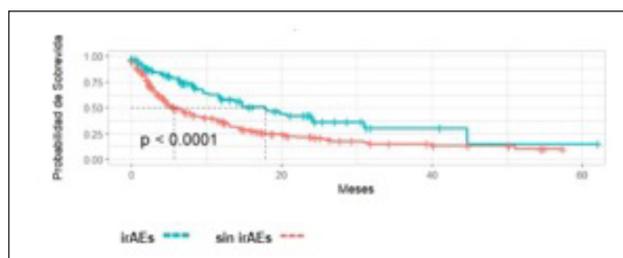


Figura: Sobrevida libre de progresión.

**CONCLUSIÓN:** Los irAEs en nuestra cohorte fueron principalmente endocrinológicos, articulares y cutáneos. Un tercio fueron considerados musculoesqueléticos o reumatológicos. En el análisis multivariado, el sexo masculino y el uso de quimioterapia asociado a inmunoterapia fueron factores protectores, mientras que tener una enfermedad autoinmune previa y recibir ipilimumab solo o combinado con nivolumab se asoció a mayor probabilidad de irAEs.

**INTRODUCCIÓN:** La introducción de los agentes biológicos que tienen como blanco los “check points” inmunológicos, es uno de los mayores avances en el campo de la Oncología. Actualmente hay seis drogas aprobadas para inmunoterapia en Argentina: atezolizumab, avelumab, durvalumab, nivolumab, pembrolizumab e ipilimumab. Estas terapias pueden provocar eventos adversos denominados inmunomediados relacionados con una mayor activación/sobreactivación del sistema inmune, generando un nuevo espectro de manifestaciones clínicas, denominado irAEs (del inglés “immune-related adverse events”).

**OBJETIVO:** Describir los eventos adversos inmunomediados en una cohorte de pacientes con cáncer en tratamiento con inmunoterapia, el tipo de compromiso y grado de severidad, e identificar probables factores predictivos para el desarrollo de irAEs.

**MÉTODOS:** Estudio observacional y retrospectivo. Se evaluaron los registros de la historia clínica electrónica de todos los pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de cáncer y recibieron inmunoterapia entre el 1/1/2015 hasta el 31/12/2021.

**RESULTADOS:** Se incluyó un total de 396 pacientes, con una edad media de 63.2 años (DE 12.5) y una mediana de seguimiento de 4 años (RIC 1.7-9.4). La incidencia de eventos inmunomediados fue de 37.1/100 pacientes/año. Hubo 109 (27.5%) pacientes con irAEs. En la Tabla se describen las características basales de los pacientes con irAEs. Los irAEs más frecuentes fueron tiroiditis (28.4%), artritis (13.8%) y eccema o vasculitis cutánea (12.8%). La mayoría de los eventos fueron clasificados como grado II (60.7%). Casi la mitad tuvieron que suspender la inmunoterapia, 20.2% de manera temporal y 29.4% de manera definitiva. Hubo 35 pacientes con eventos reumatológicos, de los cuales 25 (71.4%) tuvieron alguna evaluación por un especialista en Reumatología y 42.9% cumplieron criterios clasificatorios para alguna patología. Los pacientes que recibieron quimioterapia convencional previa o concomitante a la inmunoterapia presentaron en forma significativa menor frecuencia de irAEs (38 [34.9%] vs 157 [54%], p 0.001). Por otro lado, aquellos que presentaron eventos inmunomediados tuvieron menor progresión de la enfermedad oncológica de acuerdo con criterios RECIST (45 [44.1%] vs 176 [66.7%], p < 0.001). En el análisis multivariado de regresión logística con relación a los irAEs, el sexo masculino (OR 0.55, IC 95% 0.34-0.88; p 0.01) y el uso de quimioterapia previa o concomitante con la inmunoterapia (OR 0.55, IC 95% 0.33-0.91; p 0.02) fueron factores protectores, mientras que tener una enfermedad autoinmune previa (OR 4.13, IC 95% 1.25-14.12; p 0.01) o recibir ipilimumab solo (OR 11.22, IC 95% 3.90-35.28; p 0.01) o en combinación con nivolumab (OR 2.6, IC 95% 1.23-6.04; p < 0.001) se asociaron con una mayor probabilidad de irAEs. En la curva de Kaplan-Meier la probabilidad de supervivencia libre de progresión de la enfermedad oncológica fue mayor entre los pacientes que presentaron irAEs (Figura).

## MANIFESTACIONES HEMATOLÓGICAS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN

PUCCI Paula<sup>1</sup>, ASNAL Cecilia<sup>1</sup>, AMITRANO Cristina<sup>1</sup>, CROW Catherine<sup>1</sup>, SECCO Anastasia<sup>2</sup>, CATALAN PELLET Antonio<sup>2</sup>, SALVATIERRA Gabriela<sup>3</sup>, ZALLES LAZARTE Sinda<sup>4</sup>, JUÁREZ Vicente<sup>5</sup>, RAITI Laura<sup>6</sup>, BEJARANO Vanesa<sup>2</sup>, PAPASIDERO Silvia<sup>7</sup>, ALASCIO Lucia<sup>7</sup>, CAEIRO Francisco<sup>8</sup>, SAURIT Verónica<sup>8</sup>, BAENAS Diego<sup>8</sup>, CRUZAT Vanesa<sup>6</sup>, LIDA Santiago<sup>9</sup>, DUARTES NOE Damián<sup>4</sup>, DEGIOANNI Lucia<sup>8</sup>, ROLLANO PERASSO Alejandra<sup>4</sup>, GÓMEZ Andrea<sup>4</sup>, GOBBI Carla Andrea<sup>10</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ALEMÁN, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, <sup>2</sup>HOSPITAL RIVADAVIA, <sup>3</sup>REUMATOLOGÍA INTEGRAL, <sup>4</sup>HOSPITAL BRITÁNICO, <sup>5</sup>HOSPITAL DEL MILAGROS, <sup>6</sup>CLÍNICA BESSONE, <sup>7</sup>HOSPITAL TORNÚ, <sup>8</sup>HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA, <sup>9</sup>OMI, <sup>10</sup>HOSPITAL CÓRDOBA, <sup>11</sup>CONSULTORIO PRIVADO

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Sjögren (SSp) puede estar asociado a manifestaciones sistémicas, el dominio hematológico en un tercio de los pacientes. Este estudio tiene como objetivo analizar este dominio en una base de datos de pacientes con SSp.

**OBJETIVO:** evaluar la frecuencia de manifestaciones hematológicas en pacientes con SSp de la base de datos y factores de riesgo asociados.

**MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Se analizaron datos de pacientes con diagnóstico de SSp (criterios americano-europeos 2002/ACR-EULAR 2016), incluidos en la base de datos GESSAR. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, y se excluyeron aquellos con datos incompletos o inconsistentes que pudieran alterar los resultados. Los datos fueron volcados en planilla de Excel y analizados con Stata versión 14. Los datos se analizaron mediante un modelo de regresión logística múltiple, incluyendo las variables de interés científico y aquellas estadísticamente significativas en base al modelo univariado. Se generó una variable dependiente (*outcome*) en base a los registros, que define compromiso hematológico (citopenias anemia, neutropenia y trombopenia) con resultados: 0=negativo, o 1=positivo (alteración de serie roja, blanca, y/o plaquetas).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 650 pacientes; edad promedio de 54 años, edad promedio al diagnóstico de la enfermedad de 49, 95.4% femeninos. Dentro de las manifestaciones asociadas a SSp: 92.5% (603) presentaron xeroftalmia, 87% xerostomía, 50% xerodermia y 33% xerovagina, 65.8% artralgias, 27.5% tumefacción parotídea, 25% fatiga, 156 pacientes (24%) presentaron manifestaciones hematológicas (14% alteración de serie roja, 12.4% alteración de serie blanca y 2.7% alteración de plaquetas). Se encontró asociación significativa entre la presencia de compromiso hematológico y alteración de gammaglobulinas, positividad del FAN, SS-A, SS-B, tumefacción parotídea, xerostomía y púrpura. En el modelo multivariado se observó asociación estadísticamente significativa e independiente con alteraciones de gammaglobulinas (OR 2, IC 95% 1.3 a 3.1; p=0.000) ajustado por la condición de tener SS-B positivo (OR 1.76 p=0.000, IC 95% de 1.18 a 2.65) y la presencia de púrpura (OR 2.52 IC 95% 1.3 a 4.8; p=0.006).

**CONCLUSIÓN:** El dominio hematológico se encuentra entre las manifestaciones extraglandulares más frecuente. La presencia de aumento de gammaglobulinas, SS-B y púrpura aumentan la probabilidad de su presencia.

0305

## PREVALENCIA DE LITIASIS RENAL EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL: SU ASOCIACIÓN CON VARIABLES DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y PARÁMETROS METABÓLICOS

SCHNEEBERGER Emilce, GIORGIS Pamela, GOLDENBERG Julieta, BRAVO Andrea, ROLDÁN Brian, EZQUER Alejandro, ROSEMFEEET Marcos, CITERA Gustavo  
SECCIÓN REUMATOLOGÍA, INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (IREP)

**INTRODUCCIÓN:** Nuestro grupo reportó tempranamente una alta frecuencia de litiasis renal (LR) en pacientes con espondiloartritis axial (EspAax). Si bien hay varias teorías, se desconoce su fisiopatogenia.

**OBJETIVO:** Evaluar la prevalencia de LR en pacientes con EspAax e identificar las variables asociadas a la misma.

**MÉTODOS:** Estudio de corte transversal, en pacientes consecutivos  $\geq 18$  años con EspAax según criterios ASAS 2009 y/o NYM 1984. Se consignaron variables sociodemográficas, comorbilidades, características de la enfermedad, tiempo de evolución de la enfermedad y tratamiento. Se realizaron cuestionarios de la actividad de la enfermedad (BASDAI), capacidad funcional (BASFI) y calidad de vida (ASQoL). Laboratorio completo (8 h de ayuno): rutina convencional, reactantes de fase aguda (ERS, PCR), ácido úrico, PTH intacta, 25(OH) vitamina D3, calcio, calcio iónico, fosfato e ionograma en sangre y calcio, fosfato, ácido úrico, oxalato, citrato, magnesio, sodio, ácido úrico en muestra de orina de 24 h e índices deoxipiridinolina y calcio/creatinina. PH y sedimento urinario. Radiografía simple de árbol urinario (Rx) y ecografía renal (US). Se calculó índice SASDAS-ERS. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Análisis uni y multivariado.

**RESULTADOS:** 68 pacientes, edad media de 47.5 años (DS 11.9), 80.9% varones, tiempo promedio de evolución de 17.9 años (DS 11.1). EspAax no radiográfica 10 pacientes (14.7%). Un total de 15/68 (22.1%) pacientes tenían LR (8 por US, 2 por Rx y 5 por ambas). La presencia de LR se asoció significativamente a la presencia de: hipernatriuria ( $\geq 220$  meq/l) [40% vs 8.2%, p=0.008] e hipocitraturia ( $\leq 350$  mg/día) [33% vs 10.4%, p=0.04]. Los pacientes con LR presentaron una tendencia de mayor frecuencia de hipomagnesuria ( $\leq 70$  mg/día) [40% vs 27.1%, p=NS]. También presentaban mayor IMC [30.4 DS 5.3 vs 26.9 DS 5.9, p=0.04] y más frecuentemente obesidad [60% vs 22.2%, p= 0.03] e hipertensión arterial [53.3% vs 25%, p= NS]. En el análisis multivariado, la obesidad fue la única variable que se mantuvo significativamente asociada a la presencia de LR [OR: 5.16 (IC95% 1.24-18.66)].

**CONCLUSIÓN:** Nuestro estudio confirma una alta prevalencia de LR en pacientes con EspAax. La presencia de hipernatriuria, hipocitraturia y obesidad se asociaron a este desorden.

0318

## RESULTADOS DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2 EN PACIENTES CON VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA. DATOS DEL REGISTRO NACIONAL SAR-COVID

BRIGANTE Alejandro<sup>1</sup>, ISNARDI Carolina<sup>1</sup>, EMILI Daiana<sup>1</sup>, SAURIT Verónica<sup>2</sup>, TISSERA Yahana<sup>2</sup>, DA ANGELO María Eugenia<sup>2</sup>, PETKOVIC Ingrid<sup>2</sup>, PISONI Cecilia<sup>2</sup>, QUINTANA Rosana<sup>1</sup>, BÁEZ Roberto Miguel<sup>2</sup>, ORNELLA Sofía<sup>2</sup>, CASTRO COELLO Vanessa<sup>2</sup>, PERA Mariana<sup>2</sup>, HAYE SALINAS María<sup>2</sup>, PEREIRA Dora<sup>2</sup>, BERBOTTO Guillermo<sup>2</sup>, ALONSO Carla Gimena<sup>2</sup>, GOBBI Carla Andrea<sup>2</sup>, REYES Álvaro Andrés<sup>1</sup>, ALBA Paula<sup>2</sup>, VELOZO Edson<sup>2</sup>, GAMBA María Julieta<sup>2</sup>, TANTEN Romina<sup>2</sup>, SEVERINA María de los Ángeles<sup>2</sup>, ZELAYA Marcos David<sup>2</sup>, ALLE Gelsomina<sup>2</sup>, COGO Karina<sup>2</sup>, NIETO Romina<sup>2</sup>, ASNAL Cecilia<sup>2</sup>, ALBIERO Juan Alejandro<sup>2</sup>, COSATI Micaela<sup>2</sup>, VILLAFANE Jaime<sup>2</sup>, MALDONADO, Federico<sup>2</sup>, PONS-ESTEL Guillermo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UNISAR, <sup>2</sup>INVESTIGADOR DE SARS-COVID

**INTRODUCCIÓN:** Las vasculitis asociadas a ANCA presentan características que las diferencian de otras vasculitis. Existe evidencia de que la infección por (SARS-CoV-2) puede desencadenar la presentación o exacerbación de enfermedades autoinmunes, e impactar de manera diferente en pacientes con diferentes enfermedades de base y distintas comorbilidades.

**OBJETIVO:** Describir las características clínicas y principales desenlaces de una población de vasculitis sistémicas luego de la infección por COVID-19.

**MÉTODOS:** Estudio observacional, multicéntrico, de corte transversal. Pacientes mayores de 18 con diagnóstico de vasculitis sistémicas incluidos en el registro SAR-COVID. Se evaluaron los pacientes de julio de 2020 hasta febrero de 2022. Se compararon pacientes con diagnóstico de vasculitis ANCA asociadas (VAA), otras vasculitis sistémicas (arteritis de células gigantes, enfermedad de Behçet, Takayasu) y un grupo control compuesto por pacientes con otras enfermedades reumatológicas. Se estudió la curva de sobrevida por Kaplan-Meier y comparación entre ellas con Log-Rank Test. Se realizó un modelo de regresión de Cox para ajustar la sobrevida por distintas variables.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 282 pacientes de un total de 2694, 57.4% mujeres, edad media de 55.7 años (DE 14.1). Se estudiaron 54 pacientes en el grupo VAA, 32 en el grupo otras vasculitis y 196 controles. Etnia caucásica 50.7%, mestiza 39.7% y otras etnias 9.6%. El diagnóstico de COVID-19 se

realizó por PCR en el 81.2% de los casos. Los controles presentaban tratamiento con corticoides previo al inicio de los síntomas en el 30.1% de los casos, mientras que 64.8% y 68.8% en el grupo VAA y otras vasculitis respectivamente (p<0.001). Requirieron hospitalización 53.7% en el grupo VAA, 37.5% en otras vasculitis y 26.2% en el grupo control. Presentaron síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) 5.6% pacientes en el grupo control, 15.6% en el grupo otras vasculitis y 22.2% en el grupo VAA (p<0.001) con requerimiento de ventilación mecánica invasiva en el 13% del grupo control, 33.3% del grupo otras vasculitis y en 57% de los pacientes en el grupo VAA (p<0.001). Se observó recuperación total en 82.3% pacientes del grupo control, 75% en el grupo otras vasculitis y 63% en el grupo VAA. Encontramos que 5.7% de los pacientes en el grupo control fallecieron por COVID-19, 9.4% en otras vasculitis y 27.8% en el grupo VAA (p<0.001). Hallamos una menor sobrevida en el grupo VAA comparada con el grupo control (p<0.005). En el modelo multivariado de regresión de Cox pudimos observar que mayor edad (HR:1,05 IC95%1.01-1.09; p=0,01), tratamiento con dexametasona (HR: 5,6 IC95% 2.3-3.4; p<0.005), IMC >40 (HR:13,2 IC95% 2.1-83.2; p=0,01) y alta actividad de la enfermedad de base (HR:16 IC95% 3.7-69.4; p<0.005) se asociaron con menor sobrevida.

**CONCLUSIÓN:** Los pacientes con diagnóstico de VAA presentaron una peor evolución de la enfermedad causada por SARS-CoV-2, con mayor requerimiento de ventilación mecánica invasiva. Asimismo, estos pacientes presentaron una mayor mortalidad con una menor sobrevida comparado con otras enfermedades autoinmunes.

0320

## ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO E HIPERTENSIÓN PULMONAR. “CUANDO EL TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO IMPACTA EN EL PRONÓSTICO”

**MOLINA María Josefina**<sup>1</sup>, **CARRIZO ABARZA Virginia**<sup>1</sup>, **VILLALOBOS Fernando Manuel**<sup>1</sup>, **VANEGAS RODRÍGUEZ Tomás Leonardo**<sup>2</sup>, **COSTAS MARTIGNAGO Pablo Alcantara**<sup>3</sup>, **VARGAS Paul**<sup>3</sup>, **SILVA CROOME Nicolás Maximiliano**<sup>4</sup>, **SORASIO Guillermina**<sup>2</sup>, **CARUSO Nicolás**<sup>2</sup>, **NITSCHKE Alejandro**<sup>5</sup>, **LESCANO Adrián José**<sup>3</sup>

<sup>1</sup>CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, <sup>2</sup>CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES, SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, <sup>3</sup>SANATORIO DE LA TRINIDAD QUILMES Y CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES, SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, <sup>4</sup>SANATORIO DE LA TRINIDAD QUILMES, <sup>5</sup>CONSULTORIOS MÉDICOS PUEYRREDÓN

Variables evaluadas	HAP-ETC (Grupo A) n=54	HAP-No ETC (Grupo B) n=147	p=
Edad media en años	53 ± 13	58.9 ± 14	<b>0.03</b>
Sexo Masculino, %	9	23	<b>0.01</b>
Insuficiencia cardíaca, %	49	64	0.051
CF III/IV, %	37	48	0.1
PAD, mmHg	8.3 ± 0.6	10 ± 0.4	<b>0.046</b>
RVP, UW	7.2 ± 0.6	8.5 ± 0.5	0.188
PAPM, mmHg	39.9 ± 1.9	45.8 ± 1.4	<b>0.02</b>
IC, l/min/mt <sup>2</sup>	2.7 ± 0.1	2.7 ± 0.06	0.995
TC6M, mts	371 ± 21	351 ± 14	0.47
CAF VD, %	31.8	27.9	<b>0.02</b>
Bajo Riesgo estratificado, %	36	19	<b>0.03</b>
Tratamientos específicos			
IPDE5, %	28	29.4	0.9
IRE, %	63.4	65.9	0.7
PCI, %	28.8	29.4	0.9

**Tabla:** Diferencias entre las variables evaluadas en ambos grupos de pacientes con HAP.

t, chi-cuadrado, Fisher o Wilcoxon según las variables continuas o categóricas y la normalidad de la muestra. Se adjudicó significancia estadística a un valor p <0.05.

**RESULTADOS:** De los 201 pacientes con HAP grupo 1, 54 (27%) fueron HAP-ETC y 147 (73%) HAP-No ETC. La población global presentó: edad media de 61±17 años, mujeres 67%, historia de insuficiencia cardíaca 60%, perfil hemodinámico: PAD 9.6±4.8 mmHg, PAPM 42.5±15 mmHg, RVP 7.4±5 UW e IC 2.7 ± 0.7 l/min/mt<sup>2</sup>; TC6M 356±12.2 mts. Estratificación de riesgo de la población global: bajo 22%, intermedio 52% y alto 26%. Tratamiento: IPDE-5 96.8%, IRE 65.3%, PCI 26.2%. De los 54 pacientes con HAP-ETC el 72% presentaron diagnóstico de ES, 11% LES, 9.2% AR, 3.9% EMTC y 3.9% síndrome de Sjögren. La Tabla muestra las diferencias entre las variables evaluadas en ambos grupos de pacientes con HAP.

**CONCLUSIÓN:** Nuestros pacientes con HAP-ETC fueron con mayor frecuencia mujeres, más jóvenes, con mejor perfil hemodinámico, mejor función del ventrículo derecho y mayor bajo riesgo estratificado basal. Los parámetros clínicos, funcionales y tratamientos farmacológicos no tuvieron diferencias significativas. En HAP-ETC, el mejor perfil hemodinámico observado podría deberse a una eficaz estrategia multidisciplinaria de *screening* sistemático en el diagnóstico y tratamiento.

**INTRODUCCIÓN:** La hipertensión pulmonar (HP) es una entidad clínica multifactorial caracterizada por elevada morbilidad que requiere de un enfoque multidisciplinario. Los pacientes con enfermedades del tejido conectivo (ETC) representan uno de los subgrupos de HP con mayor prevalencia, pronóstico diferente y escasa información en Latinoamérica. Las ETC en general y la esclerosis sistémica (ES) en particular constituyen un fenotipo único y de mal pronóstico para el desarrollo de hipertensión arterial pulmonar (HAP).

**OBJETIVO:** Determinar y comparar las características demográficas, clínicas, hemodinámicas, la estratificación de riesgo y los tratamientos en nuestra población de pacientes con diagnóstico de HAP-ETC vs. HAP-No ETC.

**MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo, consecutivo, de corte transversal y multicéntrico. Se incluyeron 201 pacientes con diagnóstico confirmado de HAP, grupo 1 (presión media de arteria pulmonar [PAPM] >20 mmHg, resistencia vascular pulmonar [RVP] ≥2 UW y presión wedge [PW] <15 mmHg). Se clasificó a los pacientes con HAP con (Grupo A) y sin (Grupo B) ETC. Se evaluaron las características demográficas, clínicas: insuficiencia cardíaca, clase funcional; test de caminata de 6 minutos (TC6M), ecocardiográficas: función sistólica del VD, cambio del área fraccional (CAF) del VD en %, hemodinámicas: presión de aurícula derecha (PAD), PmAP, RVP, PW e índice cardíaco (IC); estratificación de riesgo (*score* de guías europeas) y conductas terapéuticas: inhibidores de fosfodiesterasa-5 (IPDE-5), inhibidores del receptor de endotelina (IRE) y prostaciclina (PCI) durante 6 meses a partir del cateterismo cardíaco derecho. Análisis estadístico: las variables se expresaron en media o mediana, con los desvíos standard o rangos intercuartílicos. Se aplicó test de

## ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA DE INHIBIDORES JAK/STAT EN ARTRITIS REUMATOIDEA Y ARTRITIS PSORIÁSICA EN EL REGISTRO BIOBADASAR 3.0

**BRIGANTE** Alejandro<sup>1</sup>, CITERA Gustavo<sup>2</sup>, ISNARDI Carolina<sup>1</sup>, HAYE SALINAS María<sup>1</sup>, GAMBA María Julieta<sup>2</sup>, PEON Claudia<sup>2</sup>, VELOZO Edson<sup>2</sup>, BERBOTTO Guillermo<sup>2</sup>, DE LA SOTA Mercedes<sup>2</sup>, EXENI Ida Elena<sup>2</sup>, CHIARVETTO Victoria<sup>2</sup>, GÓMEZ Graciela<sup>2</sup>, YUCRA Demelza<sup>2</sup>, SAURIT Verónica<sup>2</sup>, CATAY Erika Roxana<sup>2</sup>, MEDINA Gustavo<sup>2</sup>, KIRMAYR Karin<sup>2</sup>, DOMÍNGUEZ LEIVA Patricia Belén<sup>2</sup>, GUAGLIANONE Débora<sup>2</sup>, LARROUDE María<sup>2</sup>, SECCO Anastasia<sup>2</sup>, ASTE Nora<sup>2</sup>, PONS-ESTEL Bernardo<sup>2</sup>, BOVEA Gladys<sup>2</sup>, RODRÍGUEZ Graciela<sup>2</sup>, GARCÍA Mercedes<sup>2</sup>, DE LA TORRE María Laura<sup>2</sup>, ASTESANA Pablo<sup>2</sup>, STRUSBERG Ingrid<sup>2</sup>, CAVILLÓN Emilia<sup>2</sup>, SAVIO Verónica<sup>2</sup>, ÁLVAREZ Analía Patricia<sup>2</sup>, CASADO Gustavo<sup>2</sup>, LÁZARO María Alicia<sup>2</sup>, KERZBERG Osvaldo<sup>2</sup>, PETKOVIC Ingrid<sup>2</sup>, GALLARDO María de los Ángeles<sup>2</sup>, DE LA VEGA María Celina<sup>2</sup>, PONS-ESTEL Guillermo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UNISAR, <sup>2</sup>INVESTIGADOR DE BIOBADASAR

**INTRODUCCIÓN:** Los inhibidores de JAK/STAT (JAKi) demostraron su eficacia en el control de la inflamación y la progresión de la enfermedad. Es fundamental evaluar la eficacia y seguridad de estos agentes en la vida real. La supervivencia del fármaco es una medida indirecta de la eficacia de los tratamientos. El Registro BIOBADASAR es una fuente de información sobre pacientes con AR y APs con tratamiento biológico en un escenario clínico de la vida real.

**OBJETIVO:** analizar la sobrevida de los inhibidores de la vía JAK/STAT en pacientes con AR y APs, utilizando los datos longitudinales del Registro BIOBADASAR 3.0

**MÉTODOS:** Datos del registro BIOBADASAR 3.0 de pacientes con diagnóstico de AR y APs (ACR-EULAR 2010/CASPAR 2006) desde junio de 2010 hasta marzo de 2023. Se extrajeron datos de pacientes en tratamiento con anti-TNF alfa e inhibidores de JAK. Se registró el antecedente de comorbilidades específicas y la aparición de EA. Se evaluó la sobrevida por curvas de Kaplan Meier y estas se compararon por Log Rank Test.

**RESULTADOS:** Se estudiaron 2674 (90%) con AR y 301 (10%) con APs. Edad mediana de 55.0 [RIC:18.3], mujeres 2457 (82.6%). Los pacientes presentaban 37.8 años de evolución de la enfermedad [RIC:61.6]. Los pacientes con AR 2120 (79%) recibían un anti-TNFa, 457 (17%) tofacitinib, 71 (23%) tofacitinib-genérico y 26 (1%) baricitinib. Los pacientes con APs 275 (91.3%) recibían un anti-TNFa, 20 (6.7%) tofacitinib, 4 (1.3%) tofacitinib-genérico y 2 (0.7%) baricitinib. Se observaron glucocorticoides asociados al tratamiento en 1182 (39.7%) pacientes, mientras que 793 (60.3%) no presentaban corticoides orales asociados, sin diferencias entre los grupos. Se observaron 924 eventos infecciosos totales, 771 (32.2%) en el grupo anti-TNFa, 10 (35.7%) en el grupo baricitinib, 130 (27.3%) en el grupo tofacitinib y 13 (17.3%) en el grupo tofacitinib genérico (p=0.009). La frecuencia global de cáncer excluyendo melanoma fue de 49 (2.1%) pacientes en el grupo anti-TNFa, 6 (2.6%) en el grupo JAKi y de 52 (2.4%) en el grupo control (p=0.3). La mediana de sobrevida de tratamiento (en meses) con anti-TNFa fue de 40.8 [RIC:64.8], para tofacitinib 38.6 [RIC:45.4] y para baricitinib 27 [RIC:25.5] (p=0.013). Las variables asociadas a reducción en la sobrevida fueron el tiempo de evolución de la enfermedad HR:1.004 (IC 95%: 1.002-1.006, [p<.001]), el tratamiento con corticoides orales HR:1.278 (IC 95%:1.078-1.515, [p=0.005]) y Tofacitinib genérico vs anti-TNFa HR:0.495 (IC95%:0.269-0.912, [p=0.024]).

**CONCLUSIÓN:** La sobrevida de los JAKi es inferior a la de los anti-TNFa, probablemente debido a la menor frecuencia de utilización de los JAKi con respecto a los anti-TNFa y menor cantidad de eventos. Observamos una mayor frecuencia de eventos adversos en el grupo anti-TNFa similar a la observada en otros registros similares. Son necesarios estudios con una frecuencia de utilización de los JAKi más balanceada y ajustada por variables que en este estudio mostraron influir en la sobrevida. Los resultados contribuirán a optimizar el uso de estas drogas, ofreciendo así una perspectiva más sólida sobre su efectividad y seguridad en el mundo real.

## ¿ES POSIBLE CUANTIFICAR EL EDEMA ÓSEO EN RESONANCIA MAGNÉTICA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL?

**GARCÍA CICCARELLI** Agustín<sup>1</sup>, CAMUS Walter<sup>2</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL EL CARMEN, <sup>2</sup>FUESMEN

**INTRODUCCIÓN:** La utilización de la resonancia magnética (RM) para la búsqueda de edema de médula ósea (EMO) en las articulaciones sacroilíacas (SI) ha favorecido el diagnóstico temprano de pacientes con espondiloartritis axial (EspAax). Actualmente se utilizan distintas secuencias, tales como *T2-Mapping* (T2m) y *Fat-Fraction* (FF), que brindan parámetros cuantificables de edema en otras regiones anatómicas que se han comenzado a utilizar en el seguimiento y posible respuesta al tratamiento de diversas patologías. Consideramos que aún no es clara la utilización de estas técnicas en la evaluación del EMO de articulaciones SI en pacientes con EspAax.

**OBJETIVO:** Cuantificar el edema de médula ósea en pacientes con diagnóstico de EspAax en diferentes secuencias mediante los valores de T2m obtenidos de una secuencia Spin-Echo y de FF a partir de la secuencia dPDFF, y a su vez, definir su desempeño en la caracterización de edema de médula ósea en EspAax.

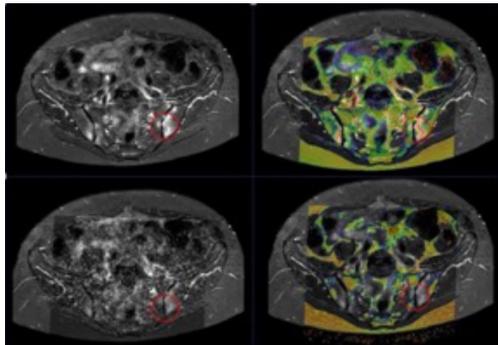
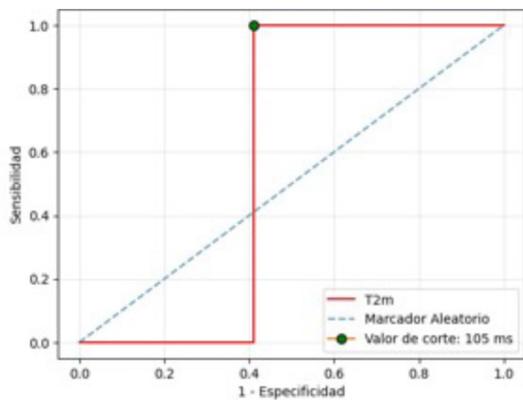


Imagen.

**MÉTODOS:** Estudio de tipo analítico, experimental, utilizando un método de segmentación por *threshold*. Se incluyeron de manera consecutiva pacientes con diagnóstico de EspAax, según criterios ASAS, mayores de 18 años, de la región de Cuyo. Las imágenes se adquirieron en un sistema de RM Philips Healthcare 1.5 Teslas R.10. El protocolo inició con un estudio orientado a sacroilíacas con secuencias T1 y STIR. Posteriormente se adquirieron la T2m y dPDFF. Dos radiólogos expertos delimitaron volúmenes de interés (VOIs) correspondiente a EMO y a tejido normal (TN). Se utilizó el *software* SPSS (IBM, v25) para realizar los T-Test en los datos recolectados y se obtuvieron curvas ROC para T2m y FF con sus valores de corte correspondientes. Se utilizó un nivel de significancia de 0.05 para los valores de p. Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética Institucional. **RESULTADOS:** Se realizaron resonancias magnéticas a 81 pacientes con edad promedio de 45 años (DS 6). Todas las lesiones fueron identificadas visualmente con los mapas paramétricos T2m y FF. Los valores p (significancia de 0.05), producto de la comparación entre los VOIs con EMO y TN, fueron de  $9.55 \times 10^{-5}$  para T2m, de 0.463



para FF y de 0.227 para el ADC. Al ser estadísticamente significativos, a través del criterio de la mínima distancia, se determinó un tiempo de relajación T2m de 105 ms como valor de corte.

**CONCLUSIÓN:** Se ha podido cuantificar el EMO en las articulaciones SI de pacientes con EspAax mediante los mapas paramétricos T2m y FF. Los análisis t-test muestran una diferencia estadísticamente significativa entre los edemas de médula ósea (EMO) y el tejido normal (TN) en el caso del T2m, pudiendo ser un posible biomarcador diferenciador en pacientes con EspAax.

Figura: Curva ROC T2M.