

Posters

0111

**COMPARACIÓN DEL COSTO POR REMISIÓN CLÍNICA DE LAS TERAPIAS CON INHIBIDORES DE JANUS KINASA (JAKi) EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA EN ARGENTINA**

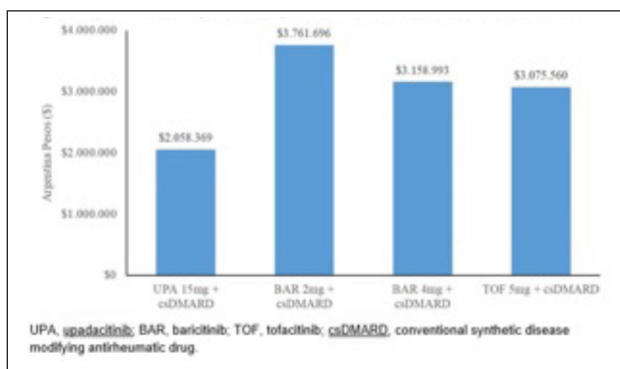
ELGART Jorge<sup>1</sup>, BRITOS María de los Ángeles<sup>2</sup>, CALVI Guido<sup>2</sup>, KANEVSKY Diego<sup>2</sup>, SECCO Anastasia<sup>3</sup>

<sup>1</sup>CENEXA, <sup>2</sup>ABBVIE, <sup>3</sup>SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL RIVADAVIA

Tratamiento	Remisión Clínica	Costo de Tratamiento Argentina Pesos (24 semanas)	Costo incremental por remisión Argentina Pesos
csDMARD	12,3%	\$26.336	—
UPA 15mg + csDMARD	46,7%	\$1.063.754	\$3.015.750
BAR 2mg + csDMARD	32,6%	\$1.169.891	\$5.633.278
BAR 4mg + csDMARD	37,9%	\$1.169.891	\$4.467.014
TOF 5mg + csDMARD	20,1%	\$1.225.804	\$15.377.801

UPA, upadacitinib; BAR, baricitinib; TOF, tofacitinib; csDMARD, conventional synthetic disease modifying antirheumatic drug.

**Tabla:** Tasa de remisión, costos y costo incremental por remisión para los inhibidores JAK a las 24 semanas.



**Figura:** Costo incremental por remisión para los inhibidores de JAK a las 12 semanas.

les por remisión fueron, en orden creciente, UPA 15 mg \$3.015.750; BAR 4mg \$4.467.014; BAR 2mg \$5.633.278; y TOFA 5 mg \$15.377.801. El costo incremental por remisión fue consistentemente más bajo para UPA en comparación con todos los tratamientos JAKi disponibles en Argentina.

**Conclusión:** Los resultados sugieren que en Argentina entre los JAKi para el tratamiento de pacientes con AR moderada a grave con DMARsc-RI, UPA tendría el costo incremental por remisión clínica más bajo.

**INTRODUCCIÓN:** Los inhibidores de la kinasa de Janus (JAKi) son una clase de terapias dirigidas para la artritis reumatoidea (AR) con eficacia clínica establecida. Sin embargo, se sabe poco sobre el costo por respuesta clínica de estas terapias comparadas entre sí.

**OBJETIVO:** Estimar el costo incremental por remisión (DAS28-PCR) para JAKi en pacientes con AR moderada a severa que tuvieron respuesta inadecuada a drogas modificadoras de la AR convencionales (DMARsc-RI) en Argentina.

**MÉTODOS:** Utilizando un modelo desarrollado en Excel, que combina tasas de remisión clínica (definida como DAS28<2,6) y costos de tratamiento, estimamos el costo por remisión (CpR) de los tratamientos JAKi disponibles en Argentina: baricitinib (BAR), tofacitinib (TOFA) y upadacitinib (UPA). Consideramos el CpR a 12 y 24 semanas, de acuerdo con el período comúnmente informado para evaluar eficacia en los ensayos clínicos en AR. La eficacia (remisión) para comparar JAKi con DMARsc se obtuvo de un metaanálisis de red publicado. Los costos de tratamiento (considerando JAKi con DMARsc) se estimaron en base a los regímenes aprobados, las dosis de cada medicamento original y los precios de los medicamentos obtenidos de una lista de precios disponible públicamente. El costo incremental por remisión en comparación con DMARsc se calculó como el costo incremental del tratamiento de interés dividido por la tasa de eficacia incremental (% de remisión). Los costos incrementales por remisión están expresados en pesos (\$) (tipo de cambio 1US\$=173,75\$, Nov 2022).

**RESULTADOS:** A 12 semanas, las tasas de remisión fueron: UPA (15 mg) 32,3%; BAR (4 mg) 25,3%; TOFA (5 mg) 24,4%; BAR (2 mg) 22,3%; y DMARsc 7,1%. Mientras que los costos del tratamiento fueron: UPA (15 mg) \$531.877; BAR (2/4 mg) \$584.946; TOFA (5 mg) \$612.902; y DMARsc \$13.168. El tratamiento con UPA mostró el costo incremental por remisión más bajo. Considerando la remisión clínica a 24 semanas, UPA produjo costos de tratamiento más bajos que BAR y TOFA. Los costos incrementales por remisión fueron, en orden creciente, UPA 15 mg \$3.015.750; BAR 4mg \$4.467.014; BAR 2mg \$5.633.278; y TOFA 5 mg \$15.377.801. El costo incremental por remisión fue consistentemente más bajo para UPA en comparación con todos los tratamientos JAKi disponibles en Argentina.

0112

**VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO Y ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIO COMO PREDICTORES DE RESPUESTA A METOTREXATO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

BENÍTEZ Cristian Alejandro<sup>1</sup>, GÓMEZ Ramiro<sup>1</sup>, PEON Claudia<sup>1</sup>, ALFARO María Agustina<sup>1</sup>, FEDERICO Andrea<sup>2</sup>, KLIMOVSKY Ezequiel<sup>2</sup>, GAMBA María Julieta<sup>1</sup>

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

**INTRODUCCIÓN:** Los pacientes afectados por artritis reumatoidea (AR) tienen un aumento del ancho de distribución eritrocitaria (RDW) y volumen corpuscular medio (VCM), y estos valores aumentan aún más con el inicio de metotrexato (MTX).

**OBJETIVO:** Relacionar la diferencia del RDW y VCM (visita basal y semana 12) con la cantidad de pacientes que alcanzan remisión o baja actividad de AR por CDAI en la semana 24 que iniciaron tratamiento con MTX.

**MÉTODOS:** estudio retrospectivo, analítico y observacional en pacientes adultos consecutivos con diagnóstico de AR (ACR/EULAR 2010). Se evaluaron datos demográficos, características clínicas, antecedentes personales, tratamientos instaurados, y se registraron VCM (fL) y RDW (%) en las semanas 0, 4, 12 y 24. Se registraron los datos de seguridad. Se realizó análisis descriptivo. Test de chi-cuadrado o test exacto de Fischer; prueba de T de Student o Mann Whitney, y ANOVA o Kruskal Wallis. Regresión lineal y/o logística múltiple.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 139 pacientes de los cuales 109 pacientes completaron los requisitos del estudio. El 83,5% de los pacientes eran mujeres, edad mediana (m) 50 años (RIQ 39-60), con un tiempo de evolución m de 12 meses (RIQ 0-78). En el análisis por protocolo se analizaron 109 pacientes. El delta RDW entre valor basal y la semana 12 m fue de 0.8 (RIC 0-2.4) y el delta VCM m fue de 2.0 (RIC 0.1-4.4). No se encontró correlación entre delta RDW y CDAI en la semana 24 (Rho= -0.08; p=0.416), pero sí entre delta VCM y CDAI semana 24, estadísticamente significativa (Rho= -0.190; p=0.048). Se analizaron los resultados por intención de tratar de 139 pacientes. Entre valor basal y semana 12 se registró un delta RDW m de 0.8 (RIC 0-2.4) y un delta VCM m de 2.2 (RIC 0.2-4.5). No se encontró correlación entre delta RDW y CDAI semana 24 (Rho= -0.073; p=0.433), pero sí entre delta

VCM y CDAI semana 24, estadísticamente significativa ( $Rho = -0.217$ ;  $p = 0.018$ ). El 64.2%, 39.4% y 15.6% de los pacientes alcanzaron respuesta CDAI 50/70/85 respectivamente en la semana 12, sin cambios significativos en la semana 24. Se muestra el análisis por protocolo y por intención de tratar de delta RDW y delta VCM y CDAI <10 o  $\geq 10$  en semana 24. En el análisis univariado y multivariado, el único factor que se asoció significativamente a alcanzar respuesta CDAI 50 en la semana 24 fue haber alcanzado dicha respuesta en la semana 12 ( $p = 0,001$ ). La evaluación de seguridad mostró que 68 pacientes (48,9%) habían presentado algún evento adverso, de estos, 20 (14.4%) se relacionaron con el MTX. Solo 5 (3.6%) fueron considerados eventos adversos serios y no se relacionaron con el tratamiento.

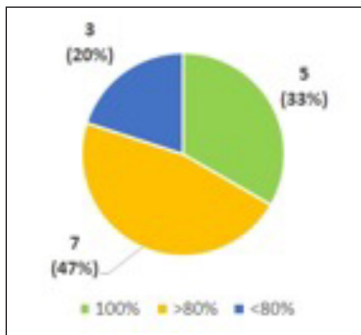
**CONCLUSIÓN:** Este estudio reveló que el aumento de RDW y el VCM se asociaron con el inicio del tratamiento de MTX. Sin embargo, solo se encontró una correlación significativa entre el cambio en el VCM y la actividad de la AR medida por CDAI en la semana 24. Aunque el delta RDW no mostró una asociación significativa con la actividad de la AR, el delta VCM se correlacionó negativamente con la CDAI en la semana 24. Además, se observó que un porcentaje significativo de pacientes alcanzó una respuesta positiva en la semana 12, pero no hubo cambios significativos en la semana 24. El análisis de seguridad mostró que cerca del 50% de los pacientes presentaron eventos adversos, siendo una pequeña proporción de ellos considerados eventos adversos serios y no relacionados con el tratamiento.

0113

## “RAZONAMIENTO” Y LIMITACIONES DE CHATGPT EN REUMATOLOGÍA

REBAK Jonathan Eliseo<sup>1</sup>, SCHWARCZ Héctor<sup>2</sup>, SORRENTINO Laura<sup>1</sup>, GÓMEZ Gimena<sup>1</sup>, BRIGANTE Alejandro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SANATORIO GÜEMES, <sup>2</sup>PROGRAMADOR INFORMÁTICO SENIOR



**Figura:** Concordancia entre ChatGPT con reumatólogos.

**INTRODUCCIÓN:** La inteligencia artificial avanza vertiginosamente en todos los campos de la ciencia y el arte, incluida la Medicina. Existen algoritmos para diagnóstico por imágenes y biopsias con precisión considerable, y probablemente se estén creando otros para diagnósticos rápidos y concisos. Este trabajo intenta comparar respuestas de ChatGPT contra reumatólogos en casos típicos de la consulta reumatológica.

**OBJETIVO:** Primarios: evaluar la calidad y adecuación de la información otorgada por el Chat; evaluar la precisión de definiciones, diagnósticos y/o tratamientos propuestos otorgados por el Chat; evaluar la eficacia en la resolución de los casos. Secundarios: determinar si existe necesidad de supervisión o corroboración por profesionales de la información otorgada por el Chat; determinar si existe necesidad de reformular preguntas por mala calidad de respuesta del Chat; determinar si las respuestas del Chat se mantienen o varían al repreguntar; determinar si la utilización de la API sirve para facilitar trabajos con IA y lograr escalabilidad para futuros trabajos.

**MÉTODOS:** El investigador principal desarrolló 15 casos problema basados en la práctica reumatológica diaria con la intención de evaluar conocimientos en diagnósticos, tratamientos, y para generar conflicto por haber más de una posible respuesta válida.

**RESULTADOS:** Respondieron 68 reumatólogos a las encuestas enviadas. Ninguna tuvo 100% de concordancia, logrando únicamente tres más del 80% (casos 2, 3 y 14). En 10 de los 15 casos, ChatGPT proporciona respuestas diferentes al realizar más de un intento de consulta, variando las respuestas por la interfaz web y la API.

**CONCLUSIÓN:** Se observó marcada variabilidad entre las respuestas de los reumatólogos, observándose la menor concordancia en los casos diseñados para generar conflicto. Para que ChatGPT brinde información relevante a lo que el solicitante desea saber, se debe incluir en el pedido un contexto acorde. Impresiona que ChatGPT no es capaz de razonar al mismo nivel que un especialista capacitado y entrenado, si bien esto deberá reevaluarse a futuro.

0116

## ECOGRAFÍA PULMONAR COMO HERRAMIENTA DE PESQUISA DE COMPROMISO INTERSTICIAL EN LA ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA: NUESTRA EXPERIENCIA

GORDILLO María Florencia, LUNA Melisa, GUZZANTI Fernanda, NASI Silvana

HOSPITAL EL CARMEN

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es una de las complicaciones más significativas de la artritis reumatoidea (AR) en términos de morbimortalidad, representando la segunda causa de muerte, posterior a la enfermedad cardiovascular.

**OBJETIVO:** Evaluar a los pacientes con diagnóstico de AR seropositiva, sin síntomas respiratorios (tos, disnea, diagnóstico previo de EPID), mediante ultrasonografía pulmonar (US) en seguimiento por el Servicio de Reumatología de un hospital de tercer nivel.

**MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR (según criterios ACR/EULAR 2010) mayores de 18 años, en un período comprendido entre mayo de 2022 y mayo de 2023. Se excluyeron aquellos que presentaban síntomas respiratorios (tos, disnea) o diagnóstico previo de EPID. Se evaluaron mediante ultrasonografía (US) pulmonar, bajo un protocolo de valoración de 14 espacios intercostales (EIC): 2° espacio paraesternal bilateral, 4° medioclavicular bilateral, 4° sobre línea axilar anterior bilateral, 4° sobre línea axilar media bilateral, 8° sobre línea axilar posterior bilateral, 8° subescapular bilateral y 8° paravertebral bilateral. Se consignó la presencia o ausencia de engrosamiento pleural, deslizamiento pleural, presencia de líneas B y su número por EIC. Se consignó como patológico la presencia de más de 6 líneas B. Todos los pacientes fueron evaluados, además, por tomografía computada de alta resolución (TACAR) de tórax y espirometría. Las variables continuas fueron expresadas como media y desvío estándar (DS) y/o mediana y rangos intercuartílicos (RIC) según corresponda. Las variables categóricas fueron expresadas como frecuencias absolutas y relativas (n, %). Los análisis estadísticos fueron realizados con Epi Info 7.

**RESULTADOS:** Se evaluaron en total 57 pacientes, 42 con diagnóstico de AR seropositiva. Del total de ecografías realizadas, los pacientes que lograron completar la totalidad de los estudios complementarios (TACAR de tórax y espirometría) fueron 19. Se excluyeron 2 pacientes por presentar diagnóstico previo de EPID y 1 paciente por presentar síndrome de superposición (AR+LES). Se encontraron más de 6 líneas B en 7 de 16 ecografías incluidas en el análisis, coincidiendo con el hallazgo de enfermedad intersticial por TACAR (7 de 16). De los 7 pacientes con algún hallazgo patológico estructural por imágenes, 3 presentaron alteraciones en la espirometría y sólo 1 presentaba algún signo clínico (rales velcro). La presencia de EPID se encontró con mayor frecuencia en tabaquistas.

**CONCLUSIÓN:** En nuestra corta experiencia pudimos evidenciar la presencia de EPID subclínica en 43,75% de los pacientes valorados por US y confirmado por TACAR. Cabe destacar que ninguno de ellos presentaba síntomas sugerentes y solo 1 presentaba auscultación compatible. La presencia de EPID fue más frecuente en el sexo femenino (5 de 7 pacientes) y en tabaquistas (5 vs 2). Es de relevancia poner en evidencia que solo 3 de los 7 pacientes con US positiva para EPID presentaron alteraciones en la espirometría, posicionando a la US como un método sensible para la detección de patología pulmonar.

Características demográficas	% / N: 16
Sexo: Femenino	75% (n 12)
Edad	58,9375 (+/- 11,6188)
Años de evolución de la AR	9,9375 (+/- 8,9701)
Tabaquismo	43,75% (7)
Positividad para factor reumatoideo	93,75% (15)
Positividad para anti CCP	81,25% (13)
Tratamiento:	
DMARD sc	50,00% (8)
DMARD b	12,50% (2)
DMARD sd	31,25% (5)
Rituximab	6,25% (1)
Actividad:	
Remisión	6,25% (1)
Leve	37,50% (6)
Moderada	50,00% (8)
Alta	6,25% (1)
US >6 líneas B	43,75% (7)
Espirometría con curva de restricción	18,75% (3)
TACAR positiva para EPID	43,75% (7)
Auscultación positiva (presencia de rales velcro)	6,25% (1)

**Tabla:** Características demográficas.

## ¿ES GHRELINA UN POTENCIAL BIOMARCADOR EN ARTRITIS PSORIÁSICA?

**SAVIO Verónica**<sup>1</sup>, ALBIERO Juan Alejandro<sup>2</sup>, GALLERANO Verónica<sup>3</sup>, DEMARCHI Marcela<sup>4</sup>, GOBBI Carla Andrea<sup>5</sup>, RACCA María Agustina<sup>4</sup>, CANTARELLI Verónica<sup>6</sup>, PONZIO Marina<sup>6</sup>, TORRES Pedro<sup>6</sup>, LEWIS Daniela<sup>7</sup>, CASTRILLÓN María Elena<sup>7</sup>, YORIO Marcelo Augusto<sup>8</sup>, ALBA Paula<sup>2</sup>, MARTINI Ana Carolina<sup>6</sup>

<sup>1</sup>CÁTEDRA DE FISIOLÓGÍA HUMANA, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, <sup>2</sup>UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, CÁTEDRA DE SEMIOLOGÍA, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC, <sup>3</sup>UNIDAD DE DERMATOLOGÍA, HOSPITAL CÓRDOBA, <sup>4</sup>SERVICIO DE LABORATORIO, HOSPITAL CÓRDOBA, <sup>5</sup>CÁTEDRA DE MEDICINA I, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC, <sup>6</sup>INSTITUTO DE FISIOLÓGÍA, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNC, INICSA (CONICET-UNC), <sup>7</sup>1° CÁTEDRA DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES, FCM, UNC, <sup>8</sup>SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA, CÁTEDRA DE SEMIOLOGÍA, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC

**INTRODUCCIÓN:** Los pacientes con enfermedad psoriásica (EPs) presentan un mayor riesgo de padecer comorbilidades cardiometabólicas. Ghrelina (Ghrl) es un péptido involucrado en la regulación del metabolismo glucídico que tiene efectos cardioprotectores, inmunomoduladores y antiinflamatorios. Pocos estudios han explorado la relación entre Ghrl y psoriasis (PsO). Sin embargo, no existen estudios que vinculen artritis psoriásica (APs) y Ghrl.

**OBJETIVO:** Evaluar la concentración de Ghrl en pacientes con APs, su relación con la actividad de la enfermedad, el estado metabólico y el riesgo cardiovascular.

**MÉTODOS:** Se realizó un estudio prospectivo, de casos y controles, de corte transversal, entre julio de 2019 y marzo de 2022. Se incluyeron pacientes con APs (criterios CASPAR) > o = a 18 años apareados por sexo y edad (±3 años) con individuos que presentaran PsO y controles (CT). Se excluyeron pacientes con enfermedad inflamatoria articular. Se analizaron características demográficas, clínicas y de laboratorio. La actividad fue medida por PASI (leve, moderado, severo), DAPSA (remisión, baja, moderada y alta actividad) y MDA. Se definió aterosclerosis subclínica (ATEsc) evaluando engrosamiento miointimal > o = a 0,9 mm y/o presencia de placa carotídea por ultrasonido, excluyendo para su análisis a los pacientes con evento cardiovascular previo. Se aplicaron test paramétricos y no paramétricos, considerando un valor de p<0,05 significativo.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 163 pacientes. Las características sociodemográficas, comorbilidades y de la enfermedad se presentan en la Tabla. Las concentraciones de Ghrl fueron menores en los pacientes con APs y PsO que en los CT, aunque sin diferencias estadísticamente significativas (APs: 199,56±37,40 pg/ml; PsO: 318,47±117,33pg/ml y CT: 492,50±151,47pg/ml). Los resultados fueron similares al agrupar a los sujetos como EPs vs CT.

Ghrl tendió a ser mayor en los pacientes con MDA ( $p>0,05$ ). No se encontraron diferencias entre los grupos según PASI o DAPSA. Los pacientes con APs y PsO mostraron mayor frecuencia de ATEsc que los CT (57% y 68% vs 36% respectivamente;  $p<0,05$ ) y las concentraciones de Ghrl en los pacientes con ATEsc y con SMet tendieron a ser menores. Ghrl fue significativamente menor en los pacientes con hipertensión arterial ( $149,57\pm 139,13\text{pg/ml}$  vs  $489,03\pm 110,70\text{pg/ml}$ ,  $n=52$  y  $78$  respectivamente;  $p<0,05$ ) y se correlacionó negativamente con la tensión arterial máxima ( $r=-0,19$ ;  $p<0,05$ ).

**CONCLUSIÓN:** Este es el primer estudio que explora la asociación entre APs y Ghrl, encontrando niveles más bajos del polipéptido en los pacientes con EPs y ATEsc, y mayores en aquellos que lograron la mínima actividad de la enfermedad. Estos resultados sugieren que Ghrl podría ser un biomarcador candidato en APs, así como su potencial rol fisiopatogénico en EPs. Es necesario confirmar estos hallazgos en futuros estudios.

Variable	APs n=69	PsO n=43	CT n=61	P
Edad (años)	50,1±1,66	50,4±2,07	48,18±1,62	0,63
Eso femenino n (%)	40 (58)	20 (47)	36 (59)	0,12
Duración de la enfermedad (años)				
prolaxia	17,1±0,64	12,24±1,74		0,050
artritis psoriásica	4,35±0,84			
Etnia				
mestizo n (%)	56 (81)	30 (69)	37 (61)	0,04
Comorbilidades				
hipertensión n (%)	41 (59)	25 (58)	15 (25)	0,01**
diabetes n (%)	20 (29)	14 (33)	1 (2)	0,0002*
obesidad n (%)	30 (43)	26 (60)	17 (28)	0,06*
dislipemia n (%)	40 (58)	20 (47)	18 (30)	0,60***
hipertrigliceridemia n (%)	25 (37)	14 (33)	12 (20)	0,27
evento cardiovascular n (%)	5 (7)	3 (7)	0	0,04*
aterosclerosis subclavica n (%)	32 (47)	15 (35)	15 (25)	0,02*
Sarcopenia n (%)	41 (59)	20 (47)	18 (30)	0,01*
Hábitos tóxicos				
tabaquismo actual n (%)	18 (26)	14 (33)	2 (4)	0,001*
tabaquismo n (%)	31 (45)	15 (35)	3 (5)	<0,0001*
alcoholismo n (%)	4 (6)	4 (9)	0	0,02**
Examen físico				
IMC	31,18±0,73	32,8±1,07	28,11±0,85	0,0014*
perímetro de la cintura (cm)	102,48±1,8	105,22±3,12	92,13±2,31	0,0004*
Medidas de actividad simples				
body surface area (%)	6,99±1,35	4,1		0,24
PASI (0-70)	3,15 (±0,7)	8		0,17
HAQ (0-48)	4,51±0,51			
HAQ (0-66)	1,81±0,38			
EVA dolor del paciente (0-100 mm)	49,87±3,96			
EVA global del paciente (0-100 mm)	49,22±3,66			
EVA global del médico (0-100 mm)	43,62±3,22			
Medidas de actividad compuestas				
DAPSA remisión n (%)	7 (10)			
DAPSA actividad baja n (%)	31 (45)			
DAPSA actividad moderada n (%)	31 (45)			
DAPSA actividad elevada n (%)	0			
MDA	24 (35)			
VLDA	6 (9)			
Tratamiento				
biológico n (%)	25 (36)	37 (86)		0,1
fototerapia n (%)	0 (0)	4 (10)		0,25
DMARD convencional n (%)	46 (67)	15 (35)		0,001
LIMAMU biológico o sintético dirigido n (%)	23 (33)	0		<0,0001
glucocorticoides n (%)	6 (9)	1 (2)		0,17
anti-inflamatorios n (%)	23 (33)	2 (5)		0,0004

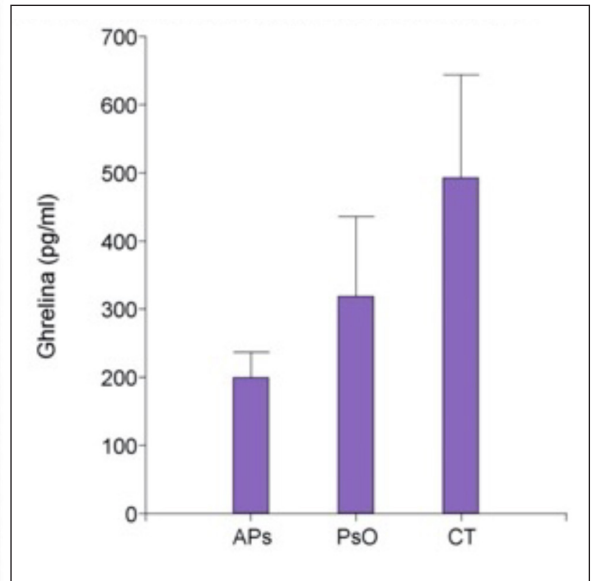


Figura: Concentración de ghrelina en pacientes con APs, PsO y controles.

Tabla: Características demográficas y clínicas de los pacientes con APs, PsO y controles.

## INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES INTERNADOS CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS

MUÑOZ TORRES Carla Andrea, ORTUÑO LOBO Rossio Gardenia, LÓPEZ Ignacio, MEDINA Gustavo

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

**INTRODUCCIÓN:** Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo heterogéneo de enfermedades autoinmunes sistémicas. El tratamiento convencional incluye glucocorticoides e inmunosupresores, pero no siempre son efectivos. La inmunoglobulina intravenosa (IGIV) se ha utilizado como terapia alternativa segura y eficaz para pacientes con MII refractarias a otros tratamientos.

**OBJETIVO:** Comparar las características clínicas entre pacientes internados con miopatías inflamatorias idiopáticas (MII), con o sin inmunoglobulinas (IGIV), como tratamiento.

**MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, unicéntrico. Pacientes con MII que cursaron internación entre julio de 2015 y enero de 2023. Se compararon dos grupos: aquellos que recibieron IGIV durante la hospitalización y aquellos que no, como parte del tratamiento inmunosupresor. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y pruebas de significancia.

**RESULTADOS:** Se evaluaron 46 pacientes. 24/46 (52,2%) recibieron IGIV durante la internación y 22/46 (47,8%) otros inmunosupresores. La mayoría fueron mujeres (80,4%), con edad de  $50,8\pm 15$  años. La dermatomiositis fue el fenotipo más frecuente (76,1%). El 60,9% de los pacientes fueron debut de MII. Mediana de estadía 16 días. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: debilidad muscular (87%), rash cutáneo (73,9%) y disfagia (60,9%). En el grupo que recibió IGIV, el 54,2% correspondieron a recaídas y el 45,8% a casos de nuevo diagnóstico, mientras que en el grupo sin IGIV,

22,7% y 77,2% respectivamente (p=0,029). El tiempo de evolución de la enfermedad fue mayor en el grupo IGIV (5,5 vs. 2 meses; p<0,001). Las manifestaciones clínicas más prevalentes en el grupo de IGIV fueron debilidad muscular (100% vs. 72,7%, p=0,008) y disfagia (83,3% vs. 36,4%; p<0,001). Los pacientes con disfagia que recibieron IGIV presentaron grados moderados (29,2% vs. 9,1%) y severos (33,3% vs. 0%) en mayor proporción (p<0,001). La IGIV se utilizó por refractariedad (58,3%), primera opción (33,3%) o infección concomitante (8,3%). 5/24 (20,8%) fallecieron por shock séptico y solo un paciente en el otro grupo. No se registraron eventos adversos relacionados con la infusión de IGIV. Los niveles de CPK al ingreso mostraron una tendencia a ser más elevados en el grupo que recibió IGIV, pero la diferencia no fue significativa (mediana de 2030 mg/dl vs 778 mg/dl; p=0,18). El descenso de CPK fue similar en ambos grupos (69± 25,6% vs. 59±24,7%; p=0,26).

**CONCLUSIÓN:** Este estudio sugiere que la IGIV puede ser una opción terapéutica efectiva en el tratamiento de pacientes con MII, especialmente en aquellos con enfermedad refractaria y con manifestaciones clínicas graves. El uso de IGIV se asoció con mejoras clínicas, incluida la reducción de los niveles de CPK, y la mejoría de la debilidad muscular y disfagia de grado moderado o severo. Destacamos la buena tolerancia a las mismas.

	Población total	Pacientes tratados con IGIV (n=24)	Pacientes no tratados con IGIV (n=22)	Valor de p
Edad media (DE)	50,8 ± 13	61,9 ± 14	49,5 ± 12	0,002
Sexo femenino, n (%)	37 (80,4)	20 (83,3)	17 (77,3)	0,441
Cobertura de Salud, n (%)	33 (67,4)	18 (75)	15 (68,2)	0,250
Tipo de MII, n (%)				<b>0,497</b>
Dermatomiositis	85 (76,3)	39 (79,2)	36 (72,7)	
Polimiositis	4 (8,7)	1 (4,2)	3 (13,6)	
Dermatomiositis overlap	1 (2,2)	0 (0)	1 (4,5)	
Síndrome antisintetasa	5 (10,9)	3 (12,5)	2 (9,1)	
Miocardio necrotizante	1 (2,2)	1 (4,2)	0 (0)	
Condición de diagnóstico, n (%)				<b>0,029</b>
De novo	28 (60,9)	14 (58,3)	17 (77,3)	
Recidiva	18 (39,1)	10 (41,7)	5 (22,7)	
Tiempo desde el diagnóstico (meses) [mediana (RIC)]	3 (7,3)	5,5 (7)	2 (9)	<b>&lt; 0,001</b>
Días de internación [mediana (RIC)]	16 (17)	22,5 (17,9)	9 (54)	<b>&lt; 0,001</b>
Manifestaciones clínicas, n (%)				
Fenómeno de Raynaud	17 (37)	9 (37,5)	8 (36,4)	0,936
Artralgia/artritis	11 (23,9)	5 (20,8)	6 (27,3)	0,609
Dermatitis	34 (73,9)	18 (75)	16 (72,7)	0,461
Embolia pulmonar intersticial	11 (23,9)	9 (37,5)	3 (13,6)	0,425
Miocarditis	2 (4,3)	1 (4,2)	1 (4,5)	0,733
Pulmonografía	2 (4,3)	2 (8,3)	0 (0)	0,490
Insuficiencia ventilatoria	1 (2,2)	1 (4,2)	0 (0)	0,522
Disfagia	28 (60,9)	20 (83,3)	8 (36,4)	<b>&lt; 0,001</b>
Grado de disfagia, n (%)				<b>&lt; 0,001</b>
Leve	11 (39,3)	5 (20,8)	6 (27,3)	
Moderada	9 (32,1)	7 (29,2)	2 (9,1)	
Severa	8 (28,5)	8 (33,3)	0 (0)	
Debilidad muscular proximal, n (%)	40 (87)	24 (100)	16 (72,7)	<b>0,008</b>
CPK al ingreso (mg/dl) [mediana (RIC)]	969 (515-2.398)	2090 (350-695)	778 (197-2.370)	0,18
Betotroponina (media ± DE)	46,1 ± 31	46,6 ± 30	45,5 ± 32	0,917
Proteína C reactiva (mg/dl) [mediana (RIC)]	1,67 (1,4)	0,72 (1,0)	1,18 (1,4)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Tratamiento</b>				
Dosis diaria prednisona (mg) (media ± DE)	57 ± 17	59 ± 15	54 ± 18	0,935
Metotrexato, n (%)	11 (23,9)	6 (25)	6 (27,3)	0,857
Ciclofosfamida, n (%)	8 (17,4)	4 (16,7)	4 (18,2)	0,596
Azatioprina, n (%)	9 (19,6)	5 (20,8)	4 (18,2)	0,559
Metilglucocorticoides, n (%)	1 (2,2)	0 (0)	1 (4,5)	0,476
Rituximab, n (%)	1 (2,2)	1 (4,2)	0 (0)	0,522
Interferón alfa, n (%)	1 (2,2)	0 (0)	2 (9,1)	0,333

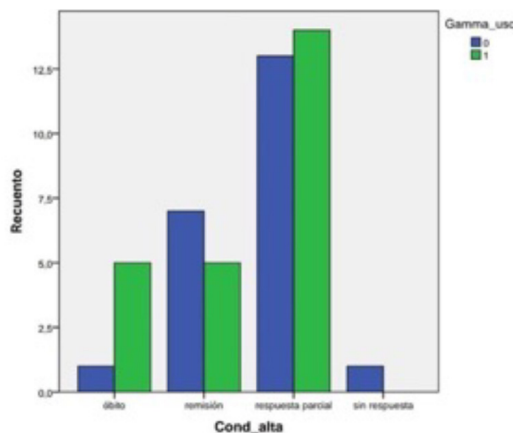


Figura.

Tabla: Características demográficas de los pacientes con MII.

## DESEMPEÑO DE LA MEDICIÓN DE BETA-2-MICROGLOBULINA COMO BIOMARCADOR DE ACTIVIDAD EN MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS: PRUEBA DE CONCEPTO

GÓMEZ Ramiro, BENÍTEZ Cristian Alejandro, PEON Claudia, ALFARO María Agustina, GAMBA María Julieta

HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS

**INTRODUCCIÓN:** La β2-microglobulina (β2) está presente en todas las células nucleadas donde se asocia a proteínas del CMH tipo I, del complejo CD1 y MR1. Sus niveles pueden elevarse en enfermedades inflamatorias crónicas y se ha demostrado que los interferones (IFN) tipo I y II estimulan la síntesis y liberación de β2M. Las miopatías inflamatorias (MII) son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizado por la inflamación muscular y extramuscular. Se ha descrito un aumento de IFN en todos los tipos de MII.

**OBJETIVO:** Evaluar el desempeño de la medición de β2M como biomarcador de actividad en MII como una prueba de concepto.

**MÉTODOS:** Estudio transversal. Se evaluaron retrospectivamente historias clínicas digitales de pacientes con MII atendidos en nuestro Servicio (noviembre de 2019 a junio de 2023), y se incluyeron aquellos que contasen con determinación de β2M y descripción clínica de actividad de enfermedad (dentro del mes de la determinación analítica). Se excluyeron pacientes con síndrome de superposición, neoplasias activas e insuficiencia renal crónica (ClCr <60 ml/min), ya que estos factores podrían elevar los valores de β2M. Se recabaron datos demográficos, tipo de MII (subgrupos EULAR/ACR 2017) y pacientes con anticuerpo antisintetasa se reclasificaron por criterios de Connors), dosaje de β2M, MMT-8, actividad de enfermedad por MYTAX, laboratorio (CPK, VSG, PCR, ferritina, leucocitos plaquetas, albúmina y glucemia), índices inflamatorios (índice PMN/L, índice plaquetas/linfocitos, índice monocitos/linfocitos, PCR/albumina, VSG/albumina, índice inflamatorio sistémico (PMN/L\*plaquetas), índice leucoglucémico (glucemia\*leucocitos/1000), tratamiento al momento de la consulta. La asociación entre β2M y MYTAX se evaluó mediante coeficiente de correlación de Spearman, al igual que entre otras variables de laboratorio y actividad, utilizando Jamovi V1.6 (2021).

**RESULTADOS:** Se evaluaron 87 historias y se incluyeron 43 pacientes; se excluyeron 12 por síndrome de superposición, 1 por neoplasia activa y 1 por IRC en hemodiálisis. Se analizaron 29 pacientes. El 86,2% de sexo femenino, edad mediana (m) 42,5 años (RIC 34-50), evolución m 11 meses (RIC 2-29). En su mayoría dermatomiositis (72,4%). El 62% de los pacientes presentaron alguna actividad definida por MYTAX, pero la mediana MYTAX fue 1 (RIC 0-10). Al estratificar por máximo nivel de actividad alcanzado, 37,9% en remisión y 20,7% actividad leve, 17,2% moderada y 24,1% severa. La mediana β2M fue 2167 (1723-2833), con 41,4% por encima del límite superior normal. Encontramos correlación entre MYTAX y β2M (rho 0,432, p=0,019). Al estratificar pacientes activos (MYTAX>0) y no activos, la media β2M fue 2621±817 y 1821±532 respectivamente (p=0,008). Estratificando según máximo puntaje MYTAX alcanzado, encontramos diferencias en β2M estadísticamente significativas entre pacientes en remisión y pacientes con actividad moderada y severa. La presencia de β2M elevada se asoció a enfermedad activa con un OR de 15,71 (1,63-151,13; p=0,008). Encontramos correlación entre MYTAX y ferritina (rho 0,555, p=0,014) y entre MYTAX y albúmina (rho -0,462, p=0,026). Al explorar los índices inflamatorios, MYTAX solo correlacionó con índice VSG/Albumina (rho 0,495, p=0,016). No encontramos diferencias de acuerdo a los tratamientos recibidos.

**CONCLUSIÓN:** Encontramos mayores valores de β2M en pacientes activos y correlación entre MYTAX y β2M. El dosaje de β2M podría ayudar como un elemento adicional para evaluar actividad en pacientes con MII, al igual que el dosaje de ferritina y albumina. Se requieren estudios a mayor escala para confirmar estos hallazgos.

## DETECCIÓN DE RIGIDEZ ARTERIAL Y RECLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES

**BERBOTTO Leonel**<sup>1</sup>, **GHELFI Albertina**<sup>2</sup>, **QUINTANA Rosana**<sup>1</sup>, **NIETO Romina**<sup>1</sup>, **GARAVELLI Florencia**<sup>1</sup>, **VÉLEZ Lautaro**<sup>2</sup>, **KISLUK Boris**<sup>1</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 DE 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 estratificación tradicional del riesgo cardiovascular (RCV) puede subestimar el riesgo real en estos pacientes, en los que puede existir afectación vascular subclínica precoz consecuente al estado inflamatorio crónico. La rigidez arterial se puede determinar mediante: velocidad de la onda del pulso (VOP), presión aórtica central (PAC) e índice de aumentación (IAu).

**OBJETIVO:** Medir la VOP, PAC e IAu en pacientes con ERA; comparar los parámetros obtenidos con un grupo control de sujetos sanos.

**MÉTODOS:** Estudio de cohorte. Grupo 1: pacientes con cualquier ERA en remisión clínica según médico tratante, sin compromiso órgano-específico, 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, enfermedad renal crónica, diabetes, hipertensión arterial, lesión de órgano diana, RCV ≥5% y si recibían estatinas, aspirina o fármacos antihipertensivos por cualquier otro motivo. Grupo 2: sujetos sanos que acudieron a control rutinario de salud. Se utilizó muestreo consecutivo. Se realizó medición de PAS y PAD con Omron M3, y de VOP carotídeo-femoral, PAC e IAu con AorticTM.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 79 sujetos: Grupo 1 (n=33), Grupo 2 (n=46). Los diagnósticos fueron de ERA: lupus eritematoso sistémico (LES) n=10, artritis reumatoidea (AR) n=13. No se encontraron diferencias en relación a edad, peso, talla, índice de masa corporal, frecuencia cardíaca, PAS y PAD entre los grupos. Los sujetos con ERA mostraron mayor VOP: 7,02 ±1,20 m/s vs 5,96 ±0,86 m/s (p<0,0001). No se encontraron diferencias de PAC e IAu entre los grupos. Entre sujetos con ERA no se observaron diferencias en el valor de VOP en relación al hecho de recibir o no corticosteroides, fármacos modificadores de enfermedad reumática.

**CONCLUSIÓN:** Los sujetos con ERA incluidos (en remisión clínica, sin afectación orgánica, normotensos, con RCV<5%) mostraron mayor VOP que los pacientes sanos pareados por sexo y edad.

## DETECCIÓN DE RIGIDEZ ARTERIAL Y RECLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

**QUINTANA Rosana**<sup>1</sup>, **GHELFI Albertina**<sup>2</sup>, **BERBOTTO Leonel**<sup>1</sup>, **NIETO Romina**<sup>1</sup>, **GARAVELLI Florencia**<sup>2</sup>, **VÉLEZ Lautaro**<sup>2</sup>, **KISLUK Boris**<sup>1</sup>, **KILSTEIN 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 DE 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: velocidad de la onda del pulso (VOP), presión aórtica central (PAC) e índice de aumentación (IAu).

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

**MÉTODOS:** Estudio de corte transversal. Grupo 1: pacientes con AR en remisión clínica medida por DAS28, sin compromiso órgano-específico, 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, enfermedad renal crónica, diabetes, hipertensión arterial, lesión de órgano diana, RCV ≥5% y si recibían estatinas, aspirina o fármacos antihipertensivos 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 58 individuos: 12 con AR y 46 controles sanos. La mediana de edad en años de los pacientes y controles fue de 42.5 (38.8, 47.3) y 42.0 (30.3, 48.8) respectivamente. Los pacientes con AR presentaron una media de evolución de su enfermedad de 6.00 años (3.00, 12.3), el 58% estaban en tratamiento con corticoides (mediana de 5 mg/día [5.00, 6.25]) y el 92% en tratamiento con DARMES. Los pacientes con AR presentaron un valor mayor de VOP (mediana de 6.20 [5.88, 6.60] vs 6.00 [5.55, 6.40]; p 0.173) y IAu 8.00 ([4.50, 10.0] vs 5.00 [2.00, 8.00]; p 0.299) en comparación con los controles, sin alcanzar una diferencia estadísticamente significativa.

**CONCLUSIÓN:** A pesar de ser pocos los sujetos incluidos, los pacientes con AR (en remisión, sin afectación orgánica, normotensos, con RCV <5%) mostraron una tendencia en mayores índices de rigidez arterial que los pacientes sanos pareados por sexo y edad.

## ¡NO HAGA ESTE ESTUDIO SOBRE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO!

**SERNA GÓNGORA Melissa Brenda**<sup>1</sup>, **PARÍS Nicole Josianne**<sup>1</sup>, **ABBAS Leila**<sup>2</sup>, **PISSANI María Pía**<sup>2</sup>, **SEQUEIRA Gabriel**<sup>1</sup>, **KERZBERG Eduardo**<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA, <sup>2</sup>UNIDAD ASISTENCIAL DR. CÉSAR MILSTEIN

**INTRODUCCIÓN:** Solo se publica una minoría de todos los trabajos presentados en los Congresos Argentinos de Reumatología (CAR). Un tercio de los trabajos sobre artritis reumatoidea presentados en los CAR a lo largo de una década corresponden a temas de estudio (TDE) revisitados, que no mejoran la tasa de publicación.

**OBJETIVO:** Analizar los temas de estudio (TDE) de los trabajos sobre lupus eritematoso sistémico (LES) presentados en los CAR y su tasa de publicación.

**MÉTODOS:** Se analizaron todos los resúmenes sobre LES, como motivo primario de estudio, presentados en los CAR entre 2008 y 2017. Todos los trabajos sobre un mismo TDE fueron analizados y se determinaron los TDE revisitados definidos como, al menos, 2 estudios similares presentados sobre el mismo tema. Para ello fue necesario el acuerdo entre dos investigadores. A través de una búsqueda en *Google Scholar* se determinó la tasa de publicación al 30 de junio de 2023 de todos los resúmenes presentados al CAR. Se determinó además el número de estudios similares por TDE, el número de centros participantes y el número de pacientes estudiados.

**RESULTADOS:** Sobre 2092 trabajos presentados en los CAR, se analizaron 209 trabajos (10%) sobre LES. Solo 26 (12.4%) de los 209 estudios sobre LES presentados en los CAR fueron publicados. Teniendo en cuenta los 209 trabajos sobre LES presentados en los CAR, 154 (73.7%) correspondieron a TDE revisitados. Que un TDE fuera revisitado no implicó una mayor tasa de publicación: se publicaron 17 (11.0%) de los 154 estudios sobre TDE revisitados vs 9 (16.4%) del resto de los TDE (p:0.4). Se encontró que 88 de los 154 trabajos con TDE revisitados (57.1%) correspondieron a TDE con (al menos) 3 estudios similares. Estos 88 trabajos correspondían a 20 TDE de los cuales solo 4 tenían trabajos publicados. Se encontraron 3 TDE sin estudios publicados, pero que tenían trabajos argentinos indexados en PUBMED y publicados antes que los presentados al CAR (Tabla).

**CONCLUSIÓN:** Solo una minoría de los trabajos sobre LES presentados en los CAR se publican. Más del 70% de los estudios presentados al CAR sobre LES corresponden a TDA revisitados que no mejoran la tasa de publicación.

## ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE Y TROMBOCITOPENIA INMUNE EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

MILESI **Florencia**, GROSSO DI GIORGIO **Mayra**, MUÑOZ TORRES **Carla** Andrea, PINO **María**, GARCÍA CARRASCO **Marina**, MEDINA **Gustavo**  
HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

**INTRODUCCIÓN:** El 80% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) desarrollan manifestaciones hematológicas. La plaquetopenia inmune (PI) sucede en el 10-40%. Es moderada con <50000 plaquetas/mm<sup>3</sup> y severa <30000, con una prevalencia del 5%. Se asocia a mayor actividad, anemia hemolítica autoinmune (AHA), compromiso renal y neurológico. La AHA tiene una prevalencia del 5-10%. Es severa con hemoglobina ≤7.5 mg/dL. Se relaciona a compromiso renal, convulsiones y serositis. Ambas se asocian a daño y mortalidad en algunos estudios.

**OBJETIVO:** Evaluar la prevalencia de AHA/PI, las características y la evolución en una cohorte de pacientes con LES.

**MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal. Se incluyeron pacientes con LES en seguimiento del 06/2013 al 01/2023 que cumplieron criterios ACR 1997, SLICC 2012 y ACR/EULAR 2019, y que hayan presentado AHA/PI previo, al debut o posterior al diagnóstico de LES. Se analizaron datos demográficos, clínicos, inmunoserológicos, actividad de la enfermedad por SLEDAI-2K, evolución y tratamientos recibidos.

**RESULTADOS:** En 469 pacientes con LES analizados, la prevalencia total de AHA/PI fue 22%. 89% mujeres, media de edad al diagnóstico de LES 30.5±15 años. Duración media de la enfermedad 13.6±8.29 años. 78.4% presentaron AHA/PI al debut del LES. 52/102 (51%) tuvieron AHA, siendo severa en 22 (21.6%). 72/102 (71%) desarrollaron trombocitopenia, alcanzando valores moderados y severos en 35%. Prevalencia de AHA+PI severas/

moderadas: 86%. Media de SLEDAI 2K al momento de la manifestación hematológica 8±5. 47% tuvieron aDNA positivo y 64% hipocomplementemia. 99% de los pacientes recibieron corticoides vía oral, asociado más frecuentemente a hidroclicloroquina (94%) y azatioprina (26.5%). La mitad de los pacientes (51) presentaron nefritis lúpica, siendo clase III-IV en 38%. Solo 6 pacientes presentaron enfermedad renal terminal. Otras manifestaciones asociadas: mucocutáneas y articulares (65%), serositis (28%), neurolupus (19%). 87% de los pacientes alcanzaron la remisión, recayendo 18.6% de ellos. Un 13% fueron corticodependientes, no pudiendo alcanzar dosis de prednisona ≤7.5 mg/día. Solo 3 (2.9%) fallecieron a causa de la manifestación hematológica.

**Conclusión:** Observamos una prevalencia de AHA/PI similar a otras series de pacientes con LES. Fueron severas en el 5-10%. Si bien 50% de los pacientes presentaron compromiso renal, solo 6% desarrollaron enfermedad renal terminal. La gran mayoría de los pacientes alcanzó la remisión.

Prevalencia AHA/PI % (evento AHA/PI / N total base de datos LES)	22% (102/469)
Edad al diagnóstico de LES, media(SD) años	30.5 (15)
Sexo femenino N (%)	91 (89%)
Tiempo de evolución del LES, media(DS) años	13.6 (8.2)
FAN ≥ 1/80 N (%)	102 (100%)
ENAs N (%)	
aRo/SSA	36 (35.3)
aLa/SSB	19 (18.6)
aSM	36 (35.3)
aRNP	23 (22.5)
aDNA N (%)	48 (47)
Hipocomplementemia N (%)	
C3	59 (57.8)
C4	65 (63.7)
Características clínicas N (%)	
Alopecia	76 (74.5)
Lupus cutáneo agudo	67 (65.7)
Artralgias/Artritis	66 (64.7)
Nefritis lúpica	51 (50%)
Clase III-IV	38 (37.6)
Clase II-VI	12 (11.7)
Clase VI	2 (1.9)
NTI	1 (0.98)
ERC	6 (5.9)
Úlceras orales	41 (40.2)
Serositis	28 (27.7)
Neuropsiquiátrico	19 (18.6)
SAF Trombótico	15 (14.7)
Compromiso pulmonar	8 (7.8)
SAF obstétrico	7 (6.8)
Gastrointestinal	3 (2.9)
Cardíaco	1 (0.98)
SLEDAI 2K al momento de la manifestación hematológica, media (SD)	8 (5)

**Tabla 1:** Características clínicas de los 102 pacientes con AHA/PI.

Desarrollo de la manifestación: N (%)	
Previo al diagnóstico de LES	11 (10.8)
Al debut del LES	80 (78.4)
Posterior al diagnóstico de LES	11 (10.8)
AHA N (%)	
total	52 (51)
severa hb ≤7.5g/dl	22 (21)
Plaquetopenia N (%)	
Total	72 (70.6)
PI Leve (>50000-100 000)	38 (37.2)
PI Moderada (>30000-49 900)	16 (16.7)
PI Severa (<29900)	20 (19.6)
Síndrome de Evans (AHA+PI) N (%)	13 (12.7)
AHA + PI moderadas y severas N (%)	88 (86%)
Tratamientos recibidos por la manifestación hematológica N (%)	
Hidroclicloroquina	96 (94)
Corticoides EV	44 (43)
Corticoides VO	101 (99)
Ciclofosfamida	9 (8.8)
Rituximab	14 (13.7)
Micofenolato	8 (7.8)
Azatioprina	27 (26.5)
Belimumab	1 (0.98)
Ivlg	16 (15.7)
Plasmaféresis	2 (1.96)
Esplenectomía	3 (2.9)
Agonistas del receptor de trombopoyetina (ART)	3 (2.9)
Líneas de tratamientos recibidos N (%)	
1 línea (HCQ-CTC EVVO)	82 (80.1)
2 líneas (CFA, MMF, AZA)	19 (18.6)
3 líneas (Ivlg, RTX, PEX, Esplenectomía, ART)	3 (2.9)
Hospitalización N (%)	52 (51)
Internación en terapia intensiva N (%)	7 (6.8)
Evolución N (%)	
Remisión	88 (87)
Recalida	19 (18.6)
Corticodependientes	13 (12.7)
Obito	3 (2.9)

**Tabla 2:** Manifestaciones hematológicas. Tratamientos recibidos. Evolución.

## PREVALENCIA DE COMPROMISO PULMONAR INFLAMATORIO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN REMISIÓN ARTICULAR SIN SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

**CARBONELL Rafael**, MATA Darío, MARTÍNEZ Maura, VIOLA Malena, MOLINA Hernán, RIOPEBRE Augusto Martín, GARBARINO Cecilia, REDONDO Griselda, DE LA VEGA María Celina

HOSPITAL DR. COSME ARGERICH

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) tiene un 10% de riesgo de desarrollo en pacientes con artritis reumatoidea (AR). En la actualidad, no hay estudios que muestren la prevalencia de la actividad inflamatoria pulmonar en pacientes con AR en remisión articular sin síntomas respiratorios. En este trabajo evaluamos la prevalencia de actividad inflamatoria pulmonar en pacientes con AR en remisión articular sostenida sin síntomas respiratorios en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires.

**OBJETIVO:** Primario: evaluar la prevalencia de actividad inflamatoria pulmonar (bronquiolitis/vidrio esmerilado) evaluada por tomografía computada de alta resolución (HRTC) en pacientes con AR en remisión articular por CDAI y sin síntomas respiratorios. Secundarios: describir la presencia de variables de riesgo de desarrollo de compromiso pulmonar como tiempo de inicio de la AR, sexo masculino, tabaquismo y seropositividad para FR y anti-CCP; describir la presencia de otras manifestaciones extraarticulares.

**MÉTODOS:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, en pacientes con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010, remisión articular medida por CDAI igual o mayor a 6 meses, sin síntomas respiratorios y reclutados en consultorios externos de forma consecutiva

**RESULTADOS:** Se incluyeron 27 pacientes, 7 hombres (26%) y 20 mujeres (74%). Se observó actividad inflamatoria pulmonar en 19 pacientes (68%), de tipo bronquiolitis (11 pacientes, 39%) y vidrio esmerilado (8 pacientes, 29%). Sobre las variables riesgo, la media de edad fue de 58.7 años y el tiempo promedio de inicio de la AR fue de 10.1 años. En relación al sexo masculino, 5 de 7 hombres (71%) presentaron actividad inflamatoria pulmonar. Con respecto al tabaquismo, 11 de 19 pacientes (58%) presentaron actividad inflamatoria pulmonar. Sobre la positividad de autoanticuerpos, 65% de los pacientes tuvieron positividad para anti-CCP y factor reumatoide, y 35% tuvieron positividad solo para anti-CCP. No se detectaron otras manifestaciones extraarticulares.

**CONCLUSIÓN:** En nuestro estudio, más del 50% de los pacientes con AR en remisión articular sostenida sin síntomas respiratorios tuvieron hallazgos de actividad inflamatoria pulmonar de tipo bronquiolitis y vidrio esmerilado. Se deben considerar los factores de riesgo como el tiempo de evolución de la enfermedad, el sexo masculino, el tabaquismo y la seropositividad de los ACPAS.

## ARTRITIS REUMATOIDEA DE INICIO TARDÍO RECIBE TERAPIAS MENOS AGRESIVAS QUE LA ARTRITIS REUMATOIDEA DE INICIO TEMPRANO EN UNA COHORTE ARGENTINA

**PÉREZ Nicolás**<sup>1</sup>, GARGIULO María de los Ángeles<sup>1</sup>, KHOURY Marina<sup>1</sup>, SUÁREZ Lorena<sup>1</sup>, CORREA María de los Ángeles<sup>2</sup>, PERA Mariana<sup>3</sup>, SARAVIA CHOCOBAR Karín Natali<sup>4</sup>, GÓMEZ Graciela<sup>1</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS DR. ALFREDO LANARI, <sup>2</sup>INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, <sup>3</sup>HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, <sup>4</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ

	YORA (n=51)	EORA (n=51)	p
Femenino, n (%)	40 (78,43)	39 (76,47)	0,813
Edad al momento del diagnóstico, media ± desvío estándar	43,41±10,12	68,66±6,38	---
Demora diagnóstica, en meses	4,82 (1,85-7,39)	5,46 (2,07-8,11)	0,7709
Etnia, n (%)			
Biancos	12 (23,53)	22 (43,14)	0,004
Mestizos	24 (47,06)	25 (49,02)	
Amerindios puros	15 (29,41)	3 (5,88)	
Asiáticos	0	1 (1,96)	
Años de estudio, mediana (RIQ)	12 (12-16)	12 (8-16)	0,1075
Comorbilidades, n (%)			
Tabaquismo	18 (35,29)	30 (58,82)	0,029
Dislipemia	11 (21,57)	13 (25,49)	0,816
Cardiovasculares (HTA, ICC, arritmias, enfermedad coronaria, cerebrovascular)	11 (21,57)	28 (54,90)	0,001
Diabetes	3 (5,88)	6 (11,76)	0,487
Alteración de la función renal	1 (1,96)	1 (1,96)	1,000
Neoplasia	0	4 (7,84)	0,118

HTA: hipertensión arterial, ICC: insuficiencia cardíaca, RIQ: rango intercuartil

**Tabla:** Características demográficas y comorbilidades.

**INTRODUCCIÓN:** Cuando la artritis reumatoidea (AR) comienza después de los 60 años se denomina AR de inicio en el anciano (*elderly-onset rheumatoid arthritis*, EORA) y cuando se inicia antes, artritis reumatoidea de inicio en el joven (*young-onset rheumatoid arthritis*, YORA).

**OBJETIVO:** Evaluar diferencias en las características clínicas, evolución y elección terapéutica entre los pacientes con AR de inicio antes o después de los 60 años en cuatro centros de Argentina.

**MÉTODOS:** Estudio observacional de pacientes con diagnóstico de AR atendidos en forma consecutiva desde el 1° de agosto de 2021 hasta el 31 de marzo de 2022 en cuatro centros Argentina. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con inicio de síntomas posterior al 1° de enero de 2010, que cumplían criterios de clasificación del ACR-EULAR 2010 para AR. Se revisaron las historias clínicas para recolectar datos sociodemográficos, comorbilidades, manifestaciones clínicas al momento del diagnóstico y la presencia de factor reumatoideo y/o anti-CCP (*cyclic citrullinated peptide*). Se consignaron los tratamientos recibidos. Al momento de la última visita se registró el número de articulaciones tumefactas y dolorosas y la actividad de la enfermedad por el paciente y el médico mediante EVA numérica de 0 a 10. Se

evaluó la presencia de manifestaciones extraarticulares, erosiones radiográficas y estado funcional mediante HAQ-DI.

**RESULTADOS:** Se analizaron 102 pacientes con AR. La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 56±15,2 años. La mediana en la demora diagnóstica fue de 4,9 (2,1-7,6) meses. Se encontraron diferencias significativas en la etnia con mayor proporción de amerindios en el grupo YORA y de blancos en el grupo EORA. El grupo EORA tuvo significativamente mayor proporción de tabaquistas, de pacientes con antecedentes cardiovasculares, con inicio abrupto y con síntomas similares a la PMR. El grupo YORA presentó mayor frecuencia de factor reumatoideo y anti-CCP positivos, pero la diferencia no alcanzó significación estadística. Los valores de HAQ en la última visita fueron similares en ambos grupos y no se observaron diferencias significativas luego de ajustar por la edad a la última visita, edad al diagnóstico ni la duración de la enfermedad. El uso de csDMARDs fue similar en los dos grupos: 48 pacientes (94,1%) en YORA y 46 (90,2%) en EORA (p=0,715). Hubo diferencias significativas en la dosis máxima empleada de metotrexato, 21,9 mg (20-25) en grupo YORA vs 19 mg (15-25) en EORA (p=0,0036). Se registraron efectos adversos asociados al tratamiento en 16 pacientes del grupo YORA y 9 en grupo EORA (p=0,107). El aumento de transaminasas fue el más frecuente en ambos grupos.

**CONCLUSIÓN:** La información disponible sobre las características clínicas, la evolución y el pronóstico de los pacientes con EORA ha evolucionado



en las últimas décadas desde su descripción inicial como una entidad benigna a la actual, como una forma de AR similar a YORA. Se han descrito los beneficios del tratamiento precoz en pacientes con AR. En este trabajo, el empleo de DMARDs en el grupo EORA fue menos intensivo, sugiriendo que la edad avanzada constituye una barrera en la elección terapéutica. Se requiere de estudios prospectivos con evaluación de complicaciones y mortalidad para evaluar si el abordaje de los pacientes con EORA tiene que ser similar al resto de pacientes con AR.

0137

## AFECTACIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN. COHORTE PSECOPY

VÁZQUEZ BÁEZ Marcos Aurelio, YINDE Yanina

DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SAN LORENZO, PARAGUAY

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Sjögren es una patología autoinmune caracterizada por una afectación glandular. De etiología multifactorial, su patogenia se centra en la infiltración linfocitaria a nivel epitelial. Puede presentar un compromiso sistémico, entre los que se destaca la afectación pulmonar en un 15% de los casos.

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de manifestaciones pulmonares en pacientes con Síndrome de Sjögren de la cohorte Psecopy; describir los hallazgos tomográficos a nivel pulmonar de los pacientes con síndrome de Sjögren de la cohorte Psecopy; identificar los tratamientos establecidos en pacientes con afectación pulmonar de la cohorte Psecopy.

**MÉTODOS:** Estudio observacional, prospectivo, de corte transversal, destinado a seleccionar pacientes con el diagnóstico de síndrome de Sjögren, que reúnan los criterios ACR/EULAR 2016 y que hayan acudido al Departamento de Reumatología del Hospital de Clínicas de San Lorenzo.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 50 pacientes, 48 (96%) fueron mujeres. La media de edad al diagnóstico fue de 44,62 años. En 6 (12%) del total de los pacientes se diagnosticó compromiso pulmonar. De los que tuvieron afectación pulmonar se encontró un diagnóstico simultáneo entre síndrome de Sjögren y enfermedad pulmonar intersticial en 3 (50%) pacientes, y SS precediendo a la EPI en 3 (50%) pacientes. Entre las comorbilidades, se encontró la hipertensión arterial en 3 (50%) pacientes. Se observó disnea en 3 (50%) pacientes, de los cuales 2 (33,33%) correspondían según la NYHA a la clase funcional II y 1 (16,66%) a la clase NYHA III. El patrón de EPID más frecuente fue el de neumonía intersticial usual (UIP) en el 50% de los pacientes y el 50% restante presentaban manifestaciones pulmonares en ausencia de EPID. No hubo antecedentes de tabaquismo. En relación al tratamiento, el (100%) recibieron hidroxiquina, 2 (13,33%) micofenolato mofetil y 1 (16,66%) ciclofosfamida al momento del diagnóstico

**CONCLUSIÓN:** Se encontró un predominio femenino, con el patrón tomográfico UIP como el más frecuente y con la presencia de la hipertensión arterial como comorbilidad.

0138

## DESCRIPCIÓN DE PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS Y ANTICUERPO ANTIMITOCONDRIAL: EXPERIENCIA EN ARGENTINA

LÓPEZ Ignacio<sup>1</sup>, GÓMEZ Ramiro<sup>2</sup>, BARROS Gonzalo Martín<sup>1</sup>, BRESAN Eleonora<sup>1</sup>, GARCÍA CARRASCO Marina<sup>1</sup>, PINO María Selva<sup>1</sup>, GAMBA María Julieta<sup>2</sup>, GUSTAVO Medina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, <sup>2</sup>HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS

**INTRODUCCIÓN:** Las miopatías inflamatorias inmunomediadas (MII) son un grupo heterogéneo de enfermedades sistémicas caracterizadas por compromiso muscular y extramuscular. La presencia de diferentes anticuerpos específicos de miositis (AEM) y asociados a miositis (AAM) le confiere características clínicas particulares a esta patología. Las cohortes japonesas, norteamericanas y francesas han descrito la asociación de ciertas características clínicas como la atrofia muscular y el compromiso cardíaco en pacientes con MII, con la presencia de anticuerpos antimitocondriales subtipo M2 (AMA-M2).

**OBJETIVO:** Estudiar la prevalencia de AMA-M2 (+) en una cohorte de MII; comparar las características clínicas, demográficas, serológicas y terapéuticas en pacientes con MII AMA-M2 (+) vs AMA-M2 (-).

**MÉTODOS:** Estudio analítico, retrospectivo y transversal. Se revisaron historias clínicas desde 2008 a 2023 de pacientes con MII con dosaje de anticuerpos mediante kit ORGENTEC Myositis Plus ORG 760® evaluados en ambos centros participantes. Se incluyeron aquellos AMA-M2 (+) y controles pareados por sexo y edad AMA-M2 (-) con una relación 1:3. Se recabaron datos demográficos, tipo de MII (según ACR/EULAR 2017 y los pacientes con anticuerpos antisintetasa se recategorizaron por criterios de Connors), características clínicas, laboratorio y tratamiento.

**RESULTADOS:** Se evaluaron 236 historias clínicas. Se incluyeron 9 pacientes AMA-M2 (+), con una prevalencia de 3.8% en la cohorte combinada. Se incluyeron 27 controles pareados AMA-M2 (-). El 69% mujeres (n=25); edad media 45 ±11,4 años; mediana retraso diagnóstico 6 meses (RIC 2-12,3), con mayor retraso en pacientes AMA-M2 (+) (p=0,02); en su mayoría dermatomiositis (DM) (45%, n=16). En los pacientes AMA-M2 (+), 45% se clasificaron como polimiositis (PM) (n=4). 22% de los pacientes AMA-M2 (+) (n=2) tenían cirrosis biliar primaria concomitante. La mayoría de los pacientes de la cohorte presentaron debilidad muscular y compromiso cutáneo. Se observó artritis, manos de mecánico y enfermedad pulmonar intersticial en alrededor de un tercio de los pacientes. Los pacientes con AMA-M2 (+) tuvieron numéricamente menor frecuencia de EPI y sus características diferenciales fueron la atrofia muscular (p=0,01) y el compromiso cardíaco (OR 52 (IC95% 4.57-591), p<0,001). La CPK pico fue menor en pacientes AMA-M2 (+), aunque sin significancia estadística. La coexistencia de AMA-M2 (+) con AEM fue infrecuente, pero no así con AAM. Todos los pacientes recibieron corticoides y aquellos AMA-M2 (+) utilizaron menos frecuentemente dosis altas (OR 0.1 (IC95% 0.01-0.59, p=0.01.3). La mayoría de los pacientes recibieron inmunosupresores, sin diferencias entre grupos.

**CONCLUSIÓN:** En nuestra cohorte de pacientes con MII la presencia de AMA-M2 (+) se asoció, en línea con otros trabajos publicados, con un mayor retraso diagnóstico, atrofia muscular y compromiso cardíaco. A diferencia de los estudios japoneses y norteamericanos, no observamos tanta frecuencia PM, tampoco compromiso muscular axial, pero nuestros resultados coincidieron con los del grupo francés en cuanto a menores valores de CPK en AMA-M2 (+). La medición de AMA-M2 está al alcance de la mayoría de los centros y puede aportar valor en el estudio de los pacientes con MII. Este trabajo aporta datos importantes sobre el impacto de la presencia de AMA-M2 en pacientes con MII en una población no publicada hasta la fecha.

## LESIONES PULMONARES SUGESTIVAS DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN ARTRITIS REUMATOIDEA. ESTUDIO PRELIMINAR

**CALDERÓN MOSTAJO Gabriela**, GONZÁLEZ MÁRQUEZ Anabel, REITICH Abel Gastón, IBÁÑEZ Giuliano, URRUTIA Julio César, QUISPE VILLANUEVA Laura, OTERO María José, WERNICKE Verónica Cecilia, LOJO María Nieves

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HIGA PROF. DR. RODOLFO ROSSI

Pacientes con lesiones compatibles con EPI	18
Sexo femenino	13
Edad >a 55a	13
≥ a 2 lesiones pulmonares	11
FR+	18
FR/ACPA+	13
Tabaquismo	11
Más de 2 años de AR al momento de TACAR	15

Tabla: Resumen de resultados.

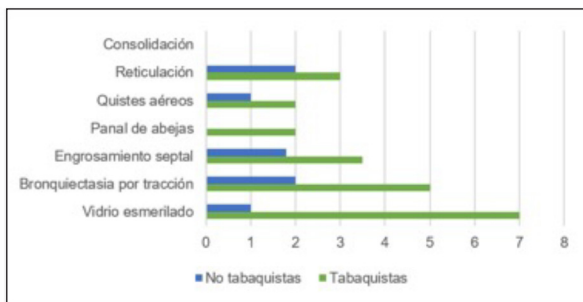


Figura: Frecuencia de lesiones pulmonares en pacientes con AR tabaquistas y no tabaquistas.

**INTRODUCCIÓN:** La prevalencia de enfermedad pulmonar intersticial (EPI) oscila entre 10 y 30% en artritis reumatoidea (AR) precoz (<2a), y entre 4 y 42% en AR establecida. Es la segunda causa de muerte y el 10% tiene compromiso clínico. Existen factores de riesgo asociados a la presencia de EPI. La tomografía axial computada de alta resolución de tórax (TACAR) es de elección para detallar las lesiones pulmonares (lp).

**OBJETIVO:** Describir las lp sugerentes de EPI en pacientes (p) con AR atendidos en nuestro Servicio; describir los factores de riesgo en los p con AR y lp. **MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en p con AR, según criterios de ACR/EULAR 2010 con historia clínica (HC) en nuestro Servicio, e informe de TACAR realizado por imagenólogo, de enero de 2015 a junio de 2023, revisadas en junio de 2023. Se consideraron: vidrio esmerilado (VE), consolidación pulmonar (CP), reticulación (R), panal de abejas (PA), engrosamiento septal (ES), bronquiectasias por tracción (BT) y quistes aéreos (QA). Los factores de riesgo evaluados: >55a, varón, tabaquismo, FR y/o ACPA+ y tiempo de evolución de AR al momento del estudio. Exclusión: falta de informe y/o resultado de TACAR compatible con otras etiologías distintas a EPI.

**RESULTADOS:** Se revisaron 371HC: 55 tenían TACAR, 39 con informe y de estos, 18p con lp compatibles con EPI. Mujeres 13p. Edad <55a ( $\bar{X}$  40a) 5p y >55a ( $\bar{X}$  62a) 13p. En los 18p se encontró 31 lp: 7p con 1 lp y 11p con 2 o más. En los informes revisados (18) se halló: VE 8, BT 7, ES 6, R 5, QA 3, PA 2, CP 0. 100% fue FR+. El 72% (13p) tuvo FR/ACPA+. Hubo 11p con tabaquismo (61%), ocho de los 11p (72%) presentaron más de 1 lp. Las más frecuentes fueron VE en 7p (88%) y BT 5p (71%) (Figura). La TACAR con lp fue realizada cuando la AR tenía un tiempo de evolución >2a en 15p (83%), con  $\bar{X}$  16.5a.

**CONCLUSIÓN:** La frecuencia de lp fue del 46%, levemente mayor al referido por Carrasco et al. El mayor número se dio en mujeres, en oposición con la literatura. El VE y las BT fueron las más habituales, predominando en tabaquistas. El factor de riesgo que predominó fue FR+, seguido de ACPA+ y su doble positividad. Fue más prevalente entre la 5° y 6° década de vida, concordando con Kadura et al. Hallamos 61% de tabaquistas y estos presentaban más lp.

## RENDIMIENTO DE LOS DISTINTOS SET DE CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE VASCULITIS ANCA ASOCIADA

**LÓPEZ Ignacio**, MARINO Diego Andrés, YAHUITA Jimena, GUT Oscar, PINO María Selva, MEDINA Gustavo

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

**INTRODUCCIÓN:** La clasificación de las vasculitis ANCA asociadas (VAA) es un área de controversia. Hasta 2022 se utilizaban los criterios del ACR publicados en 1990 y las definiciones histológicas de vasculitis de la Conferencia Internacional de Consenso de Chapel Hill (CHCC) revisadas en 2012. Ambos tienen limitaciones: no incluir PAM (ACR), superposición de diagnósticos (*overlap*), porcentaje alto de pacientes sin clasificar. Un algoritmo que combina ACR 1990 y CHCC 2012 (algoritmo EMA 2007) mejora el rendimiento y evita superposición. En 2022 una colaboración entre ACR y EULAR propone un set de criterios de clasificación (ACR/EULAR 2022) para VAA.

**OBJETIVO:** Evaluar el rendimiento ACR 1990, algoritmo EMA 2007, ACR/EULAR 2022 comparados con el diagnóstico clínico en una cohorte de pacientes con diagnóstico clínico de VAA.

**MÉTODOS:** Estudio analítico de corte transversal, retrospectivo. Pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico clínico de VAA evaluados en el período 2018-2023. Se excluyeron otros tipos de vasculitis (primarias o asociadas). Se recopilaron datos clínicos, de laboratorio, imagenológicos e histopatológicos. Se tomó como *gold standard* el diagnóstico clínico realizado por 1 o más reumatólogos con experiencia. Se aplicaron los criterios ACR 1990, algoritmo EMA 2007 y ACR/EULAR 2022. Se evaluó el rendimiento para la clasificación de los distintos sets de criterios clasificación de los distintos tipos de vasculitis, porcentaje de pacientes clasificados y pacientes sin clasificar.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 115 pacientes, 78 (68%) mujeres. Edad media 49 años ( $\pm$ 16). Paciente con diagnóstico clínico: GPA en 72 (63%) PAM en 27 (23%) y EGPA en 16 (14%). Inicialmente se aplicaron los criterios ACR 1990, clasificando como GPA 32 (27%) y EGPA 4 (3%), 70% de los pacientes no lograron ser clasificados. En una segunda instancia realizamos el algoritmo EMA 2007, clasificando como GPA 64 (55%) y PAM 11 (9%), EGPA 4 (3%), 36 (31%) quedaron sin clasificar. Al aplicar ACR/EULAR 2022 a pacientes con diagnóstico clínico de GPA: 41 (56%) clasificaron para GPA, de los 31 (44%)

restantes, 20 (64%) clasificaron para PAM, 11 (36%) no pudieron ser clasificados. Al aplicarlos a pacientes con diagnóstico clínico de PAM: 24 (89%) clasificaron para PAM, de los 3 restantes 2 clasificaron para GPA, 1 no pudo ser clasificado. Y al ser aplicados a pacientes con diagnóstico clínico de EGPA: 11 (68%), 5 (32%) clasificaron para EGPA, de los restantes 4 clasificaron para PAM, 2 clasificaron para GPA y 5 no pudieron ser clasificados.

**CONCLUSIÓN:** En nuestra cohorte observamos que los distintos cambios realizados en los criterios mejoran gradualmente la cantidad de pacientes clasificados, en consonancia con otros trabajos publicados, sin embargo un porcentaje no menor sigue sin ser clasificado. Cabe destacar que se observa un mayor porcentaje de pacientes con GPA diagnosticados por criterios clínicos en contraste con otras cohortes publicadas. Al aplicar los nuevos criterios se modifica la frecuencia de los tipos de vasculitis: PAM>GPA>EGPA, mostrando resultados similares con respecto a estudios publicados.

0145

## POSITIVIDAD DE PRUEBA DE TUBERCULINA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA Y ARTRITIS SERONEGATIVA

**GONZÁLEZ MÁRQUEZ Anabel,** CALDERÓN MOSTAJO Gabriela, REITICH Abel Gastón, IBAÑEZ Giuliano, URRUTIA Julio César, QUISPE VILLANUEVA Laura, OTERO María José, WERNICKE Verónica Cecilia, LOJO María Nieves

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HIGA PROF. DR. RODOLFO ROSSI

	AR	APs/EA	p
No. de pacientes	162	24	
Sexo F	80.24%	62.50%	
Edad media	49.7	52.25	
No. de PPD (+)	22	7	
Viraje	7	0	
% PPD (+)	13.60%	27% 0.07	

Tabla.

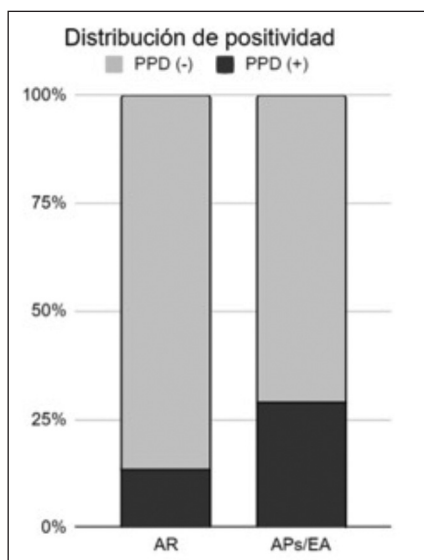


Figura.

**INTRODUCCIÓN:** La artritis reumatoidea (AR), la artritis psoriásica (APs) y la espondilitis anquilosante (EA) cursan con alteraciones del sistema inmune; esto y sus tratamientos (tto) aumentan el riesgo de desarrollar infecciones como tuberculosis (TBC). El test de Mantoux (PPD) se usa como tamizaje de TBC latente.

**OBJETIVO:** Primario: evaluar la prevalencia de PPD positiva en pacientes (P) con AR y artritis seronegativas. Secundario: evaluar viraje (V) de PPD y analizar diferencia de positividad entre ambas poblaciones.

**MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, donde se revisaron en junio de 2023 historias clínicas (HC) de P con AR, APs y EA, recabando los resultados de PPD realizadas durante su seguimiento en el

Servicio, desde 1989 hasta la actualidad, excluyendo los P sin concurrencia  $\geq$  a 10 años. Se tomó  $\geq$  5 mm como punto de corte. Otras variables consideradas fueron sexo, edad, motivo de indicación de PPD, tiempo desde el diagnóstico de AR, EA o APs, y tratamiento.

**RESULTADOS:** De 448 HC revisadas, en 186 se halló  $\geq$  1 PPD, con predominio femenino (78%), edad media de 52 años, con AR 87% (162 P). La positividad en P con AR fue de 13,6%, y en P con APs o EA de 27%. La diferencia entre ambos grupos no fue significativa ( $p=0,07$ , IC 95). Los P con AR estaban en tratamiento: con metotrexato (MTX) 9 P, MTX y leflunomida (L) 10 P, MTX e hidrocliclo-roquina (HQ) 2 P, solo HQ 3 P y etanercept 2 P; y los P con APs o EA con MTX 3 P. Se observó en 20 P (76%) meprednisona (MP) asociada (2 con EA y 18 con AR) con una dosis media de 6 mg. La media del tiempo desde el diagnóstico fue de 5 años. El motivo de indicación de PPD en pacientes con PPD inicial positiva (22 P) fue por tamizaje 15 P, inicio de anti-TNF 4 P, tos crónica 2 P y contacto estrecho 1 P. En 37 HC hubo  $\geq$  2 PPD, con AR el 59,4%. El V se observó en el 19%, todos P con AR. Hubo 4 P con MTX, 2 P MTX y L y 1 P con HQ; todos con MP a dosis media de 6 mg. En todos los casos habían pasado  $\geq$  de 6 meses entre ambas pruebas. El motivo de indicación de PPD en P que viraron fue: por tamizaje 3 P, inicio de anti-TNF 1 P, tos crónica 1 P y contacto estrecho 2 P.

**CONCLUSIÓN:** La positividad de la PPD en nuestros P con AR fue de 13,6%, similar a lo reportado por Tamborenea et al. en 2009. La positividad en el grupo APs y EA fue mayor (27%), pero no estadísticamente significativa tal vez por el bajo N de P. Todos los P que viraron tenían AR en tratamiento con MP (dosis media 6 mg) y 6/7 con MTX, solo o asociado.

0146

## SEGURIDAD A LARGO PLAZO DE LA VACUNACIÓN PARA COVID-19 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y PSORIASIS: DATOS DEL REGISTRO NACIONAL SAR-COVAC

**ISNARDI Carolina<sup>1</sup>,** VIRASORO Belén María<sup>1</sup>, D'ANGELO María Eugenia<sup>2</sup>, PEREIRA Dora<sup>2</sup>, PETKOVIC Ingrid<sup>2</sup>, TISSERA Yohana<sup>2</sup>, CORREA María de los Ángeles<sup>2</sup>, PISONI Cecilia<sup>2</sup>, RODRÍGUEZ GIL Gustavo<sup>2</sup>, QUINTANA Rosana<sup>2</sup>, COGO Karina<sup>2</sup>, KREIMER Jennifer<sup>2</sup>, ALONSO Carla<sup>2</sup>, KOGAN Nora<sup>2</sup>, TOLEDO Ana Laura<sup>2</sup>, ALFARO María Agustina<sup>2</sup>, COSATTI Micaela<sup>2</sup>, NIETO Romina<sup>2</sup>, GARCÍA Lucila<sup>2</sup>, ROLLANO PERASSO Alejandra<sup>2</sup>, TROYANO Zaida<sup>2</sup>, DEBERNARDI Emilia<sup>2</sup>, PONS-ESTEL Guillermo<sup>1</sup>, SCHNEEBERGER Emilce<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGIA, <sup>2</sup>INVESTIGADOR DE SAR-COVAC

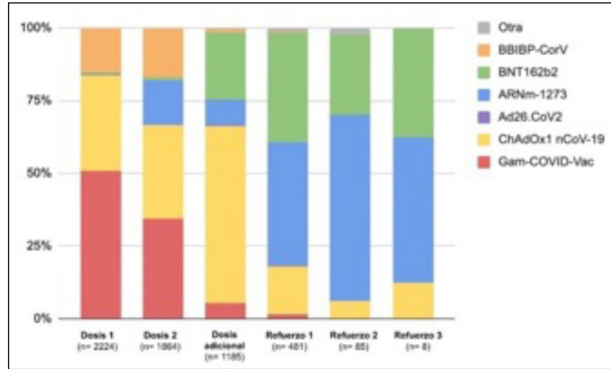
**INTRODUCCIÓN:** La vacunación para COVID-19 ha sido ampliamente utilizada en nuestro país en pacientes con enfermedades reumáticas (ER) y psoriasis (Ps); sin embargo, ningún estudio clínico randomizado controlado se ha realizado en esta población.

**OBJETIVO:** Estudiar las características de la vacunación para COVID-19 en pacientes con ER y Ps en Argentina, y su seguridad a largo plazo.

**MÉTODOS:** SAR-CoVAC es un registro nacional, longitudinal y observacional, en el que se incluyeron de forma consecutiva pacientes ≥18 años, con diagnóstico de ER y/o Ps que hayan recibido al menos una dosis de vacuna para COVID-19. Para este análisis se incluyeron los datos recolectados desde junio de 2021 hasta mayo de 2023. Se registraron datos sociodemográficos, clínicos, terapéuticos, vacunas aplicadas, desarrollo de eventos

	Gam-COVID-Vac	ChAdOx1 nCoV-19	BBIBP-CorV	ARNm-1273	BNT162b2
Nro de dosis	1846	2127	666	653	516
Nro de EA	327	516	67	194	104
Incidencia (eventos cada 1000 dosis aplicadas, IC95%)	177 (160-195)	243 (225-261)	101 (80-126)	297 (263-333)	202 (169-238)

**Tabla:** Incidencia de EA según tipo de vacuna.



**Figura:** Frecuencia de uso de los diferentes tipos de vacunas según la dosis.

adversos (EA), brote de la enfermedad y manifestaciones inmunomediadas nuevas e infección por SARS-CoV-2 luego de la vacunación y su gravedad.

**RESULTADOS:** Se incluyó un total de 2264 pacientes, la mayoría de sexo femenino (78.4%), con una edad media de 56.5 años (DE 14.5). Cerca de la mitad (47.3%) presentaba al menos una comorbilidad, siendo hipertensión arterial y dislipemia las más frecuentes. Las enfermedades más prevalentes fueron artritis reumatoidea (39.0%) y osteoartritis (16.7%). Al momento de iniciar el esquema de vacunación, el 72.7% se encontraban en remisión y baja actividad, 19.8% recibía glucocorticoides, 30.1% agentes biológicos o pequeñas moléculas. Respecto del esquema primario de vacunación, las vacunas más frecuentemente utilizadas fueron Gam-COVID-Vac, ChAdOx1 nCoV-19 y BBIBP-CorV, mayormente en forma de esquemas homogéneos (67.2%). En la Figura se muestran las vacunas utilizadas según la dosis. El 39% de los pacientes reportaron al menos un EA durante alguna de las vacunas recibidas, un total de 1215 EA en 4632 dosis. Los más frecuentes fueron hipersensibilidad local y síndrome pseudogripal, mayormente de curso leve-moderado. Solo 8 eventos motivaron la internación y se registraron 2 casos de anafilaxia. La incidencia total de EA fue de 207.4 eventos cada 1000 dosis aplicadas, siendo significativamente menor para BBIBP-CorV ( $p < 0.05$ ). Se identificaron 59 casos de brote de la enfermedad, 6 nuevas manifestaciones inmunomediadas y 2 de trombosis trombocitopenia asociadas a vacunas.

**CONCLUSIÓN:** En esta cohorte en la que se evaluaron las vacunas para COVID-19 disponibles en nuestro país, las mismas demostraron ser seguras en pacientes con ER y/o Ps.

0147

## SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS E INFECCIÓN POR SARS-COV-2: DATOS DEL REGISTRO SAR-COVID

ISNARDI Carolina<sup>1</sup>, ALFARO María Agustina<sup>1</sup>, VIRASORO Belén María<sup>1</sup>, D'ANGELO María Eugenia<sup>2</sup>, GÓMEZ Gimena<sup>1</sup>, SAURIT Verónica<sup>2</sup>, PETKOVIC Ingrid<sup>2</sup>, QUINTANA Rosana<sup>2</sup>, TISSERA Yohana<sup>2</sup>, PISONI Cecilia<sup>2</sup>, BERBOTTO Guillermo<sup>2</sup>, HAYE SALINAS María<sup>2</sup>, ORNELLA Sofía<sup>2</sup>, PERA Mariana<sup>2</sup>, REYES Álvaro Andrés<sup>2</sup>, BÁEZ Roberto<sup>2</sup>, PEREIRA Dora<sup>2</sup>, ALLE Gelsomina<sup>2</sup>, CASTRO COELLO Vanessa<sup>2</sup>, ALBA Paula<sup>2</sup>, COGO Karina<sup>2</sup>, ALONSO Gimena<sup>2</sup>, GOBBI Carla Andrea<sup>2</sup>, GALLINO YANZI Josefina<sup>2</sup>, PONS-ESTEL Guillermo<sup>1</sup>

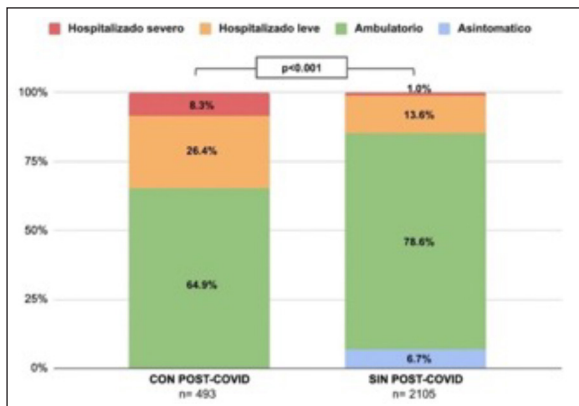
<sup>1</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, <sup>2</sup>INVESTIGADOR DE SAR-COVID

**INTRODUCCIÓN:** Se ha observado que los pacientes con enfermedades reumáticas (ER) presentan mayor severidad de la infección por SARS-CoV-2 y un desenlace desfavorable, particularmente asociado a la actividad de la enfermedad y alguno de los tratamientos utilizados.

**OBJETIVO:** Describir la evolución de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes con ER y evaluar el desarrollo de síndrome pos-COVID (PC).

**MÉTODOS:** Estudio observacional. Se incluyeron pacientes con ER e 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 junio de 2023. Se excluyeron los pacientes con desenlace desconocido y/o con fechas discordantes en los cuales no se pudo establecer la duración de los síntomas. Se definió PC como aquel cuadro caracterizado por la persistencia de síntomas por más de 12 semanas.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 2707 pacientes, 81.7% de sexo femenino, con una edad media de 51.4±15.5 años. Las enfermedades reumatológicas más frecuentes fueron artritis reumatoidea (44.2%) y lupus eritematoso sistémico (16.4%). La mayoría de los pacientes presentaron síntomas (94%), siendo los más frecuentes: fiebre (60.4%), tos (51.6%) y cefalea (40.6%). La mayoría (78.1%) tuvo un curso ambulatorio, mientras que el 6.4% presentó un valor de la escala ordinal de la Organización Mundial de la Salud (EO-OMS) ≥5 y el 4.0% falleció. Luego de excluir a los pacientes que fallecieron, se identificaron 493/2598 (19%) casos de PC. Este grupo era más añoso, con mayor frecuencia de etnia caucásica y comorbilidades. Asimismo, síntomas como fiebre, cefalea, tos, disnea, dolor torácico, confusión, artromialgia, anosmia y disgeusia fueron más prevalentes en este grupo. También fueron hospitalizados con mayor frecuencia (35.1% vs 15.3%,  $p < 0.01$ ), la severidad de la COVID-19 fue mayor (EO-OMS ≥5) (Figura) y presentaron más complicaciones, incluyendo síndrome de distrés respiratorio (9.1% vs 0.8%,  $p < 0.01$ ) y sepsis (2.4% vs 0.1%,  $p < 0.01$ ). En los 189 pacientes con LC con seguimiento a 12 meses, los síntomas más frecuentes fueron la fatiga y la disnea. Se recolectaron datos de seguimiento de 1075 pacientes, de los cuales 89 reportaron al menos una segunda infección por SARS-CoV-2.



**Figura:** Severidad de la infección según la escala ordinal de la OMS en pacientes con y sin desarrollo pos-COVID.

**CONCLUSIÓN:** En esta cohorte de pacientes con ER e infección confirmada por SARS-CoV-2, 2 de cada 10 pacientes desarrollaron PC, siendo la fatiga y la disnea los síntomas prolongados más frecuentes. Los pacientes que presentaron esta condición tuvieron COVID-19 agudo más severo.

### PERSISTENCIA Y SEGURIDAD DE TOFACITINIB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INMUNOMEDIADAS DE ARGENTINA: DATOS DEL REGISTRO NACIONAL BIOBADASAR 3.0

ISNARDI Carolina<sup>1</sup>, HAYE SALINAS María<sup>1</sup>, BRIGANTE Alejandro<sup>1</sup>, GAMBA Julieta<sup>2</sup>, VELOZO Edson<sup>2</sup>, BERBOTTO Guillermo<sup>2</sup>, DE LA SOTA Mercedes<sup>2</sup>, EXENI Ida Eleni<sup>2</sup>, ALVARADO Nicolás<sup>2</sup>, GÓMEZ Graciela<sup>2</sup>, GÓMEZ María Gimena<sup>2</sup>, YUCRA DEMELZA Viviana<sup>2</sup>, SORRENTINO Laura Julieta<sup>2</sup>, SAURIT Verónica<sup>2</sup>, CATAY Erika Roxana<sup>2</sup>, MEDINA Gustavo<sup>2</sup>, CITERA Gustavo<sup>2</sup>, KIRMAYR Karin<sup>2</sup>, DAPEÑA Joan Manuel<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>, PISONI Cecilia<sup>2</sup>, GOBBI Carla Andrea<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>, DE LA VEGA María Celina<sup>1</sup>, PONS-ESTEL Guillermo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, <sup>2</sup>INVESTIGADOR DE BIOBADASAR

	Total (n= 583)	Tofacitinib genericos # (n= 97)	Tofacitinib Original (n=486)	p
Discontinuación, n (%)	296 (50.8)	31 (32.0)	265 (54.6)	<0.001
Causa de discontinuación, n (%)				
Falla	104 (35.1)	12 (36.7)	92 (34.7)	
EA	36 (12.2)	1 (3.2)	35 (13.2)	
Pérdida de seguimiento	85 (28.7)	-	85 (32.1)	
Substitución no médica	24 (8.1)	15 (48.4)	9 (3.4)	
Pérdida de acceso	19 (6.4)	2 (6.5)	17 (6.4)	<0.001
Embarazo	5 (1.7)	-	5 (1.9)	
Remisión	3 (1.0)	-	3 (1.1)	
Decisión del paciente	3 (1.0)	-	3 (1.1)	
Otra	9 (3.0)	1 (3.2)	8 (3.0)	
Desconocido	7 (2.4)	-	7 (2.6)	
Persistencia de tofacitinib				
6 meses	96.1%	94.9%	96.3%	
12 meses	90.1%	69.5%	92.1%	<0.001
24 meses	73.6%	20.9%	77.9%	

# Incluye: Tolvor (51), Terfanib (16), Janvax (16), Rofek (12), Tofax (1), Intraart (2); \*EA: evento adverso

Tabla: Causas de discontinuación y persistencia del tratamiento con tofacitinib.

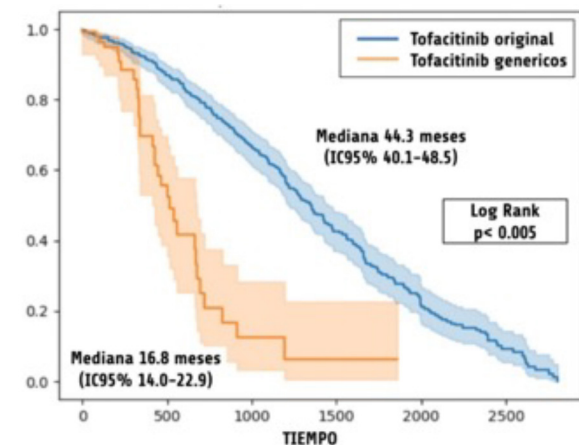


Figura: Sobrevida del tratamiento con tofacitinib.

**INTRODUCCIÓN:** Tofacitinib original (tofa-o) fue introducido en el mercado en 2013 y desde 2020 ocho drogas genéricas (tofa-g) se han incluido. Sin embargo, existen escasos datos locales acerca de la persistencia y sobrevida de estos agentes.

**OBJETIVO:** Estudiar las diferencias en relación a la sobrevida, persistencia y seguridad entre tofa-o y tofa-g.

**MÉTODOS:** Subanálisis realizado a partir de los datos del registro BIOBADASAR en el que se incluyeron todos los pacientes que hayan realizado al menos un ciclo de tratamiento con tofacitinib hasta junio de 2023. Para el análisis de sobrevida, cada ciclo de tratamiento con tofacitinib fue evaluado de manera individual y luego de manera continua, independientemente de la sustitución de marca.

**RESULTADOS:** Se incluyó un total de 528 pacientes con 583 ciclos de tratamiento, 486 (83.4%) con tofa-o y 97 (16.6%) con tofa-g. El tiempo de seguimiento para el primer grupo fue significativamente mayor (1271 vs 76 paciente/año, p<0.01). La mayoría de los pacientes (93.4%) presentaban artritis reumatoidea. En el 26.5% de los ciclos con tofa-o se reportaron al menos un EA, mientras que esto sucedió en el 15.5% de los ciclos con tofa-g (p=0.08). La incidencia de EA fue significativamente mayor con tofa-g, 34.2 y 23.7 eventos cada 100 paciente/año, respectivamente, p=0.01. Durante el seguimiento, 265 (54.5%) y 31 (32.0%) ciclos fueron suspendidos en los grupos tofa-o y tofa-g, respectivamente. En cerca del 35% de ambos grupos esto se debió a falla en el tratamiento. Cabe destacar que el 32.1% de los ciclos de tofa-o fueron suspendidos por pérdida de seguimiento y el 13.2% por el desarrollo de un EA. Por el contrario, casi la mitad de los ciclos de tofa-g se discontinuaron por sustitución no médica (Tabla). Se registraron 55 sustituciones de marca en 37 pacientes. Asimismo, la sobrevida de tofa-g fue significativamente menor (mediana 16.8 meses, IC95% 14.0-22.9 vs 4.3 meses, IC95% 40.1-48.5, p<0.01 (Figura). Algo similar ocurrió con la persistencia a 6, 12 y 24 meses, 94.9%, 69.5%, 20.9% vs 96.3%, 92.1%, 77.9%, respectivamente, p<0.001.

**CONCLUSIÓN:** En esta cohorte nacional de pacientes tratados con tofacitinib, la incidencia de EA fue mayor en los ciclos con agentes genéricos. La sobrevida del fármaco fue menor en este grupo, siendo la principal causa de suspensión la sustitución automática por parte de la cobertura de salud.

### PATRONES DE USO DE INHIBIDORES DE JAK EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN ARGENTINA EN FUNCIÓN DEL TIEMPO: DATOS DEL REGISTRO NACIONAL BIOBADASAR

ISNARDI Carolina<sup>1</sup>, ALFARO Agustina<sup>1</sup>, BRIGANTE Alejandro<sup>1</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>, GÓMEZ Gimena<sup>2</sup>, YUCRA DEMELZA Viviana<sup>2</sup>, SORRENTINO Laura Julieta<sup>2</sup>, LIZARRAGA Camila<sup>2</sup>, CATAY Erika Roxana<sup>2</sup>, MEDINA Gustavo<sup>2</sup>, CITERA Gustavo<sup>2</sup>, KIRMAYR Karin<sup>2</sup>, DAPEÑA Joan Manuel<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>, PISONI Cecilia<sup>2</sup>, GOBBI Carla Andrea<sup>2</sup>, TISSERA Yohana<sup>2</sup>, CAVILLÓN Emilia<sup>2</sup>, SAVIO Verónica<sup>2</sup>, LÁZARO María Alicia<sup>2</sup>, KERZBERG Osvaldo<sup>2</sup>, DE LA VEGA María Celina<sup>1</sup>, PONS-ESTEL Guillermo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, <sup>2</sup>INVESTIGADOR DE BIOBADASAR

	Periodo 1 n= 2054	Periodo 2 n= 2042	Periodo 3 n= 206	Periodo 4 n= 346
Inhibidores de TNF	1565 (76.2)	1090 (53.4)	70 (34.0)	119 (34.4)
Abatacept	247 (12.0)	265 (13.0)	21 (10.2)	36 (10.4)
Rituximab	134 (6.5)	132 (6.5)	17 (8.3)	29 (8.4)
Inhibidores de IL6	102 (5.0)	162 (7.9)	19 (9.2)	28 (8.1)
Tofacitinib original	-	377 (18.5)	56 (27.2)	29 (8.4)
Tofacitinib generico	-	-	14 (6.8)	74 (21.4)
Baricitinib/Upadacitinib	-	9 (0.4)	9 (4.4)	30 (8.7)

p< 0.001 en todas las comparaciones entre periodos

Tabla: Frecuencia de tratamientos nuevos en cada período de tiempo.

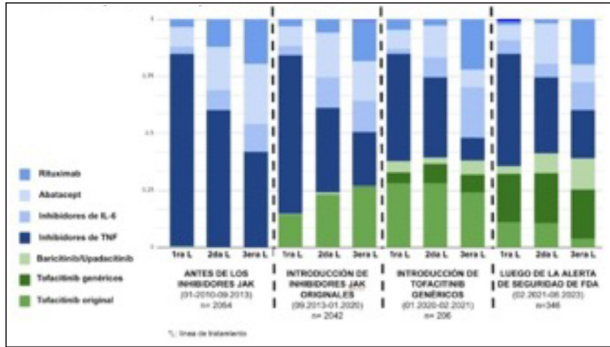
**INTRODUCCIÓN:** Actualmente existen diversos inhibidores de JAK disponibles en Argentina. Las alertas de seguridad emitidas por las agencias regulatorias locales e internacionales y la introducción de genéricos podrían haber tenido un impacto sobre la prescripción de estos fármacos.

**OBJETIVO:** Estudiar los patrones de inicio de tratamiento de inhibidores de JAK en una cohorte de pacientes con artritis reumatoidea (AR).

**MÉTODOS:** Análisis del registro BIOBADASAR en el que se incluyeron pacientes con AR que hayan iniciado al menos una droga biológica o

pequeña molécula hasta junio de 2023. El inicio de los distintos tratamientos se estudió en cuatro períodos: 1) previo a la disponibilidad de inhibidores JAK en el mercado desde 2010; 2) desde el lanzamiento de tofacitinib original en 09.13 hasta la introducción de los genéricos en 01.20; 3) hasta la emisión del comunicado de seguridad de FDA en 02.21; 4) hasta 06.23.

**RESULTADOS:** Se incluyó un total de 2901 pacientes con AR, con un total de 4648 tratamientos iniciados, 2054 (44.2%), 2042 (43.9%), 206 (4.4%), 346 (7.4%) en cada uno de los períodos. Los fármacos más frecuentemente utilizados fueron los inhibidores de TNF, particularmente como primera línea de tratamiento. Se identificó un descenso significativo en su frecuencia de uso en función del tiempo. Por el contrario, los otros agentes biológicos, abatacept, rituximab e inhibidores de IL-6 fueron más frecuentemente utilizados como segunda y tercera línea de tratamiento en todos los períodos. Con respecto a los inhibidores de JAK, luego de su introducción en el mercado, en el período 2 fueron principalmente utilizados como segunda o tercera línea de tratamiento principalmente, representando de manera global el 18.9% de los tratamientos iniciados. En los períodos subsiguientes el uso de inhibidores JAK fue comparable entre las líneas de tratamiento, alcanzando un 38.4% de los esquemas nuevos iniciados. No se observaron diferencias significativas en el uso de inhibidores JAK entre los períodos 3 y 4. Sin embargo, al analizar los tipos de drogas, se observó un franco aumento del uso de tofacitinib genérico en el período 4, mientras que la frecuencia de nuevos esquemas con tofacitinib original disminuyó. De manera inversa el uso de baricitinib y upadacitinib aumentó (Tabla y Figura).



**Figura:** Frecuencia de inicio de tratamientos biológicos y pequeñas moléculas en los diferentes períodos de tiempo en función de la línea de tratamiento.

**CONCLUSIÓN:** En esta cohorte de pacientes con AR del registro BIOBADASAR se observó un cambio en los patrones de uso de inhibidores JAK en el tiempo. La introducción de los agentes genéricos se acompañó de una reducción del uso de tofacitinib original y aumento de baricitinib y upadacitinib. La advertencia realizada por las agencias reguladoras en relación a la seguridad de estas drogas no parecería haber tenido impacto sobre su uso.

0151

## FRECUENCIA DE SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA MEDIANTE EL CUESTIONARIO FATIGUE, RESISTANCE, AMBULATION, ILLNESSES Y LOSS OF WEIGHT (FRAIL)

ALCIVAR NAVARRETE José Simón, DOMÍNGUEZ LEIVA Patricia Belén, DAPEÑA Joan Manuel, BANDE Juan Manuel, MEDINA María Alejandra, KLAJN Diana Silvia, CARACCILO José Ángel, PAPASIDERO, Silvia  
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ

Edad en años, media (DE)	56.1 (10.2)
Mujeres, n (%)	72 (90)
Empleado, n (%)	34 (42.5)
Años de estudio, media (DE)	9.5 (3.3)
IMC (N=75), media (DE)	28.7 (6.7)
Tabaquismo, n (%)	14 (17.5)
Polifarmacia, n (%)	61 (76.2)
Hospitalizaciones, n (%)	45 (62.5)
Comorbilidades, n (%)	63 (78.7)
Tipo de comorbilidades, n (%) (N=63)	
• Osteoporosis	36 (57.1)
• Hipertensión arterial	27 (42.9)
• Gastritis	21 (33.3)
• Dislipemia	11 (17.5)
• Hipotiroidismo	10 (15.9)
• Diabetes	6 (9.5)
• Otras	34 (54)
Tiempo de evolución de la AR en meses, mediana (RIC)	108 (48–180)
Factor reumatoideo, n (%) (N=79)	77 (96.2)
ACPA, n (%) (N=68)	64 (94)
Clase radiológica, n (%)	
• Clase I	5 (6.3)
• Clase II	26 (32.9)
• Clase III	48 (60.8)
Enfermedad erosiva, n (%)	54 (68.3)
MEA, n (%)	37 (46.2)
EVA dolor, mediana (RIC)	50 (0–90)
EVA general del paciente, mediana (RIC)	50 (20–50)
EVA general del médico, mediana (RIC)	40 (20–50)
DAS28, mediana (RIC)	3.8 (2.9–4.5)
HAQ-A, mediana (RIC)	1.2 (0.9–2)
QOL-RA II, mediana (RIC)	6.2 (4.9–7.5)
HADS-A, mediana (RIC)	6 (3–9)
HADS-D, mediana (RIC)	6 (4–9)
Tratamiento, n (%)	
• DMAR sintéticos convencionales	69 (86.2)
• DMAR biológicos	11 (13.7)
• DMAR sintéticos dirigidos	5 (6.2)

DE= Desvío estándar; IMC= Índice de masa corporal; RIC= Rango intercuartílico; ACPA= Anticuerpos anti proteínas citrulinadas; MEA= Manifestaciones extraarticulares; EVA= Escala visual analógica; DAS28= Disease activity score 28; HAQ-A= Health Assessment Questionnaire- versión argentina; QOL-RA II= Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale-II; HADS-A= Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety; HADS-D= Hospital Anxiety and Depression Scale- Depression; DMAR= Drogas modificadoras de la AR.

**Tabla 1:** Características de la población (n=80).

**INTRODUCCIÓN:** La fragilidad se define como la disminución multiorgánica de la reserva funcional y una alta vulnerabilidad a eventos adversos. Aunque es un concepto propio de la geriatría, se ha planteado que los pacientes con artritis reumatoidea (AR) podrían desarrollar fragilidad independientemente de la edad. El cuestionario *Fatigue, Resistance, Ambulation, Illnesses and Loss of weight* (FRAIL) es considerado una herramienta útil para detectar prefragilidad y fragilidad.

**OBJETIVO:** Determinar la frecuencia de prefragilidad/fragilidad en una cohorte de pacientes con AR, y evaluar su asociación con características de la población y de la enfermedad.

**MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo, transversal y analítico. Se incluyeron pacientes consecutivos  $\geq 18$  años con diagnóstico de AR (ACR-EULAR 2010). Se recabaron datos sociodemográficos, hábitos, comorbilidades, características de la AR, clinimetría y tratamiento. Se administró el cuestionario FRAIL, se midió fuerza (dinamómetro JAMAR o 5T chair stand test), masa y rendimiento muscular para determinar sarcopenia. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Se compararon los resultados del FRAIL con las características de la población y la enfermedad mediante prueba de T de Student, Wilcoxon, Pearson, ANOVA o Spearman.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 80 pacientes, las características de la población y de la enfermedad se observan en la Tabla 1. El cuestionario FRAIL detectó 46.8% de fragilidad, 39.2% de prefragilidad y 13.9% de robustez. Los resultados de cada componente del FRAIL y de la sarcopenia se detallan en la Tabla 2. La presencia de manifestaciones extraarticulares (MEA) se asoció con fragilidad (25 [67.6%],  $p=0.004$ ). La prefragilidad/fragilidad predominó en clases radiológicas II (38.7%/53.8%) y III (41.7%/ 47.2%), mientras que el 100% de la clase I fueron robustos ( $p=0.01$ ). Los pacientes frágiles presentaron mayor EVA dolor (60 [RIC 50-80],  $p=0.004$ ) y global de la enfermedad (80 [RIC 50-85],  $p=0.03$ ). Se observó asociación entre sarcopenia y fragilidad ( $p=0.02$ ); los pacientes con sarcopenia severa y definida se distribuyeron mayormente entre prefragilidad y fragilidad, mientras que con sarcopenia probable y ausente la proporción aumentó para robustez y prefragilidad, pero disminuyó para fragilidad. Las asociaciones significativas se detallan en la Tabla 2.

**CONCLUSIÓN:** El cuestionario FRAIL detectó prefragilidad/fragilidad en el 86% de los pacientes evaluados, y se asoció con sarcopenia, daño radiológico, MEA y mayor evaluación del dolor y global del paciente.

Categorías de fragilidad		Componentes de fragilidad		
• Robustez	11 (13.9)	• Fatigabilidad	35 (43.7)	
• Prefragilidad probable	31 (39.2)	• Resistencia	48 (60)	
• Fragilidad probable	37 (46.8)	• Desambulación	28 (32.5)	
		• Comorbilidad	43 (53.7)	
		• Pérdida de peso	19 (23.7)	
Resultados de sarcopenia (N=80)				
Categorías de sarcopenia		Componentes de sarcopenia		
• Ausente	7 (8.7)	• Fuerza muscular disminuida	11 (13.7)	
• Probable	39 (48.7)	• Masa muscular disminuida	67 (83.7)	
• Definida	32 (40)	• Rendimiento físico disminuido	35 (43.7)	
• Dudosa	2 (2.5)			
Correlación de las categorías de fragilidad según FRAIL (N=80)				
Categoría de fragilidad:	Robustez (n=11)	Prefragilidad (n=31)	Fragilidad (n=37)	p-valor
MEA, n (%)	1 (2.7)	11 (29.7)	25 (67.6)	0.004
Clase Radiológica, n (%)				
• Clase I	4 (100)	0	0	
• Clase II	2 (7.7)	10 (38.5)	14 (53.8)	0.01
• Clase III	5 (10.4)	20 (41.7)	23 (47.2)	
EVA dolor, mediana (RIC)	40 (30-50)	40 (20-60)	60 (50-80)	0.004
EVA global del paciente, mediana (RIC)	0 (0-50)	30 (0-70)	80 (50-95)	0.03
Categoría de Sarcopenia, n (%)				
• Ausencia (n=7)	1 (14.3)	5 (71.4)	1 (14.3)	
• Probable (n=36)	7 (18.4)	19 (50)	12 (31.6)	0.02
• Definida (n=32)	3 (9.4)	6 (18.7)	23 (71.9)	
• Severa (n=2)	0	1 (50)	1 (50)	

Tabla 2: Resultados y análisis del FRAIL.

## FRECUENCIA DE MANIFESTACIONES HEMATOLÓGICAS EN EL REGISTRO RELESSAR TRANSVERSAL Y FACTORES ASOCIADOS

SCAFATI Julia<sup>1</sup>, QUINTANA Rosana<sup>2</sup>, GARCÍA Lucila<sup>1</sup>, ROBERTS Karen<sup>3</sup>, GOBBI Carla Andrea<sup>4</sup>, ALBA Paula<sup>5</sup>, ROVERANO Susana<sup>6</sup>, ÁLVAREZ Analía<sup>7</sup>, GRAF César Enrique<sup>8</sup>, SPINDLER Alberto<sup>9</sup>, PISONI Cecilia<sup>10</sup>, FIGUEREDO Heber Matías<sup>11</sup>, PAPASIDERO Silvia<sup>12</sup>, PANIEGO Raúl<sup>13</sup>, DE LA VEGA María Celina<sup>14</sup>, CIVIT Emma<sup>15</sup>, AGUILA MALDONADO Rodrigo<sup>1</sup>, PONS-ESTEL Bernardo<sup>2</sup>, GARCÍA Mercedes<sup>1</sup>, GONZÁLEZ LUCERO Luciana<sup>16</sup>, MARTIRE María Victoria<sup>17</sup>, GORDON Sergio<sup>18</sup>, MICELLI Marina<sup>19</sup>, NIETO Romina<sup>20</sup>, RAUSCH Gretel<sup>21</sup>, GÓNGORA Vanina<sup>22</sup>, BATTAGLIOTTI Cristina Guadalupe<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 María Marcela<sup>35</sup>, CAPUTO Víctor<sup>36</sup>, LARROUDE María Silvia<sup>37</sup>, DOMÍNGUEZ Nadia<sup>19</sup>, GÓMEZ Graciela Noemí<sup>38</sup>, RODRÍGUEZ Graciela Nora<sup>1</sup>, MARIN 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>38</sup>, ZELAYA Marcos<sup>19</sup>, SACNUN Mónica<sup>20</sup>, FINUCCI CURRI Pablo<sup>22</sup>, ROJAS TESSEL Romina<sup>42</sup>, ARIAS SAAVEDRA Maira<sup>19</sup>, SATTLER María Emilia<sup>43</sup>, MACHADO ESCOBAR Maximiliano Augusto<sup>44</sup>, ASTESANA Pablo<sup>3</sup>, PARÍS Úrsula<sup>39</sup>, VIRASORO Belén María<sup>8</sup>, SANTA CRUZ María Julia<sup>12</sup>, ALLIEVI Alberto<sup>45</sup>, VANDALE Juan Manuel<sup>33</sup>, HOJBERG Noelia Giselle<sup>19</sup>, PONS-ESTEL Guillermo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (HIGA) GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA, <sup>2</sup>CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (CREAR), <sup>3</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, <sup>4</sup>SANATORIO ALLENDE, <sup>5</sup>HOSPITAL CÓRDOBA, <sup>6</sup>HOSPITAL J.M. CULLEN DE SANTA FE, <sup>7</sup>HOSPITAL PENA, <sup>8</sup>CENTRO MÉDICO MITRE, <sup>9</sup>CENTRO MÉDICO PRIVADO DE REUMATOLOGÍA DE TUCUMÁN, <sup>10</sup>CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS "NORBERTO QUIRNO" (CEMIC), <sup>11</sup>HOSPITAL CENTRAL DE FORMOSA, <sup>12</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, <sup>13</sup>CEPRER, SANTA ROSA, <sup>14</sup>CEIM INVESTIGACIONES MÉDICAS, <sup>15</sup>HOSPITAL DEL CARMEN, <sup>16</sup>HOSPITAL ÁNGEL C PADILLA, <sup>17</sup>HOSPITAL SAN ROQUE DE GONNET, <sup>18</sup>HIGA DR. ALENDE MAR DEL PLATA, <sup>19</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA, <sup>20</sup>HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO, <sup>21</sup>CONSULTORIO PRIVADO RÍO GRANDE, <sup>22</sup>HOSPITAL SAN MARTÍN, PARANÁ, <sup>23</sup>HOSPITAL DE NIÑOS DE SANTA FE DR. ORLANDO ALASSIA, <sup>24</sup>HOSPITAL INTERZONAL DR. JOSÉ PENNA, <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 DE 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 ANGELA IGLESIA DE LLANO, <sup>36</sup>SANATORIO JUNCAL, <sup>37</sup>CONSULTORIO PRIVADO, AVELLANEDA, <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, <sup>44</sup>HOSPITAL EVA PERÓN, TUCUMÁN, <sup>45</sup>UNIVERSIDAD DEL SALVADOR

**INTRODUCCIÓN:** Las anomalías hematológicas son comunes en el LES, muchas veces asociadas a la presencia de anticuerpos antifosfolípidos.

**OBJETIVO:** Describir la frecuencia de manifestaciones hematológicas y variables asociadas a su presencia.

**MÉTODOS:** Estudio observacional, analítico y transversal multicéntrico. Se obtuvieron los datos a partir de la revisión de la base RELESSAR de pacientes con LES. Se describieron variables sociodemográficas y clínicas del LES, tratamientos instaurados, comorbilidades a través del índice de Charlson, score de actividad (SLEDAI) y score de daño (SDI). El compromiso hematológico primario debido al LES se definió como la presencia de al menos uno de los siguientes: anemia hemolítica, trombocitopenia, leucopenia, linfopenia según criterios ACR, púrpura trombótica trombocitopenica según BILAG, aplasia medular y síndrome hemofagocítico.

**RESULTADOS:** Un total de 1515 pacientes fueron analizados, pero luego de ser pareados por edad y sexo, se incluyeron 1468 de los cuales presentaron compromiso hematológico 949 (62.6%). La frecuencia de las manifestaciones hematológicas en todo el registro: 173/1515 (11.6%) anemia hemolítica, 279 (18.9%) trombocitopenia, 730 (49.1%) leucopenia, 520 (35.3%) linfopenia según criterios ACR, 53 (3.57%), púrpura trombótica trombocitopenica según BILAG, 9 (0.6%) aplasia medular y 3 (0.2%) síndrome hemofagocítico. Los pacientes con compromiso hematológico fueron más jóvenes y con un menor retraso en el diagnóstico. Tal como muestra la Tabla 1, presentaron mayor índice de Charlson, de SDI y mayor frecuencia de infecciones graves y hospitalizaciones. Asimismo, mostraron mayor frecuencia de hipocomplementemia y de anticuerpos antifosfolípidos positivos. En comparación con el grupo sin manifestaciones hematológicas, utilizaron mayores dosis de corticoides, más azatioprina, ciclofosfamida IV, rituximab y gammaglobulina. En el análisis multivariado (Tabla 2), la hipocomplementemia, el tratamiento con azatioprina, rituximab e Ig se mantuvieron asociadas de manera independiente con las manifestaciones hematológicas (p < 0.05).

**CONCLUSIÓN:** Más de un tercio de los pacientes presentaron manifestaciones hematológicas, asociadas a manifestaciones serológicas, presencia de anticuerpos antifosfolípidos y mayores comorbilidades, asimismo dichas manifestaciones se asociaron a mayor score de daño y hospitalizaciones.

	Con compromiso hematológico (N=949)	Sin compromiso hematológico (N=519)	p-valor	Total (N=1468)
Edad al diagnóstico	27.8	30.1	0.003	28.6
Mediana [Q1, Q3]	[20.5, 37.3]	[22.6, 39.1]		[21.1, 38.0]
Sexo femenino, n (%)	867 (91.4)	478 (92.1)	0.696	1345 (91.6)
Retraso diagnóstico en meses	5.20	6.20	0.026	5.50
Mediana [Q1, Q3]	[2.10, 13.2]	[3.00, 15.8]		[2.20, 14.3]
Índice Charlson	3	3	0.017	3
Mediana [Q1, Q3]	[3, 3]	[3, 3]		[3, 3]
SLEDAI	2	2	0.064	2
Mediana [Q1, Q3]	[0, 4]	[0, 4]		[0, 4]
Índice de daño SDC/SUCC	3	0	0.001	3
Mediana [Q1, Q3]	[0, 2]	[0, 3]		[0, 1]
SAF, n (%)	108 (11.8)	48 (9.7)	0.295	154 (11)
Hipocomplementemia en algún momento, n (%)	814 (88.4)	388 (77.6)	<0.001	1202 (84.6)
Aca IgG, n (%)	182 (22.1)	75 (17.3)	0.048	258 (20.4)
Aca IgM, n (%)	168 (20.4)	70 (15.9)	0.063	238 (18.8)
IL, n (%)	144 (18.7)	53 (13.0)	0.016	197 (16.7)
Ac aB2GP1 IgM, n (%)	61 (9.8)	24 (6.9)	0.160	85 (8.8)
Ac aB2GP1 IgG, n (%)	58 (9.49)	19 (5.51)	0.040	77 (8)
Corticoides, n (%)				
Azatioprina, n (%)	352 (39.7)	122 (25.8)	<0.001	474 (34.9)
Ciclofosfamida, n (%)	321 (36.4)	131 (27.6)	0.001	452 (33.5)
Rituximab, n (%)	66 (7.5)	11 (2.32)	<0.001	77 (5.6)
Inmunoglobulina iv, n (%)	41 (4.6)	6 (1.28)	0.002	47 (3.5)
Hospitalizaciones, n (%)	582 (61.3)	216 (41.9)	<0.001	798 (54.4)

**Tabla 1:** Características sociodemográficas y tratamientos de los pacientes según presencia de manifestaciones hematológicas.

Variables	Univariado			Multivariado		
	OR	95%IC	p-valor	OR	95% IC	p-valor
Hipocomplementemia en algún momento	2.20	1.64-2.94	<0.001	2.07	1.52-2.84	<0.001
Azatioprina	1.90	1.49-2.43	<0.001	1.65	1.27-2.14	<0.001
Rituximab	3.42	1.89-6.90	<0.001	2.30	1.22-4.74	0.015
Inmunoglobulina iv	3.78	1.72-9.98	0.003	2.66	1.18-7.13	0.030

**Tabla 2:** Análisis uni y multivariado de las variables asociadas a manifestaciones hematológicas.

## FRECUENCIA DE HIPEROSTOSIS ESQUELÉTICA IDIOPÁTICA DIFUSA EN UNA POBLACIÓN ARGENTINA

Variables	Paciente con DISH (n= 11), %	Paciente sin DISH (n= 89), %	Valor p
<b>Género</b>			
Masculino	81.8%	80.7%	0.205
Relación M/F	4.5	1.5	
Edad, mediana - RIC	71 (62-74)	59 (51-68)	<b>0.024</b>
Tabaquismo actual	27.3%	22.5%	0.12
HTA	72.3%	50.8%	0.210
DBT	18.2%	20.2%	1
Dislipemia	9.1%	5.8%	0.513
E. CV	83.6%	21.4%	<b>0.006</b>
E. pulmonar	18.2%	2.3%	0.059
Neoplasias	36.4%	24.7%	0.470
ERC	0	12.4%	0.605
<b>TC solicitada</b>			
Torácica	54.5	19.1	<b>0.017</b>
Abdomen-pelvis	27.3	51.7	0.201
Ambas	18.2	29.2	0.723
Fractura vertebral	0	10.1%	0.593

**Tabla:** Diferencias entre los pacientes con y sin DISH (análisis bivariado).

COSENTINO Máximo, **SCAFATI Julia**, LEIVA Carlos, GARCÍA Lucila, GARCÍA Mercedes  
HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS GENERAL SAN MARTÍN DE LA PLATA

**INTRODUCCIÓN:** La hiperostosis esquelética idiopática difusa (DISH) es una afección esquelética sistémica que se caracteriza por la osificación progresiva del ligamento longitudinal vertebral anterior y calcificación patológica de las entesis a nivel vertebral y periférico. Su prevalencia varía entre el 3-40% de la población general mayor de 50 años. En la mayoría de los casos es asintomática y representa un hallazgo imagenológico, pero puede ser causa de dolor y deterioro funcional a nivel de la columna, así como motivo de diagnóstico diferencial con otras patologías crónicas que afectan el esqueleto axial.

**OBJETIVO:** Determinar la frecuencia de DISH en pacientes internados que se someten a tomografía computada (TC) por distintos motivos, y evaluar si existen diferencias entre aquellos con y sin DISH.

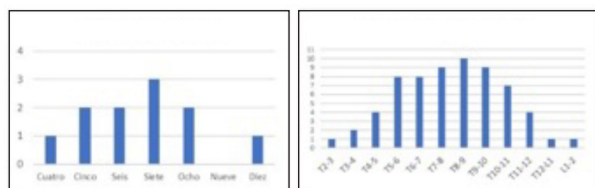
**MÉTODOS:** Estudio observacional, analítico y de corte transversal en pacientes ≥40 años de edad a quienes se les realizó una TC torácica y/o de abdomen durante su internación. La revisión del total de TC fue realizada por dos reumatólogos (MC y JS) quienes definieron en conjunto la presencia de DISH (según criterios de Resnick y Niwayama de 1976), previo a lo cual realizaron un ejercicio de correlación intra e interobservador. Tanto las imágenes como los datos de la historia clínica se obtuvieron a través del sistema virtual de historia clínica única del hospital (REMESI).

**RESULTADOS:** El coeficiente kappa de concordancia intraobservador para el revisor uno y el revisor dos fue de 1 y 0,84, respectivamente. El valor para la concordancia interobservador fue de 0,85. Se revisaron las TC de 100 pacientes durante la internación. La mediana de edad fue de 60 (51-68) años, con un predominio masculino (63%). El 23% eran tabaquistas actuales. En cuanto a las comorbilidades, en orden de frecuencia presentaban: hipertensión arterial 53%, enfermedad cardiovascular y neoplasias 26%, diabetes mellitus 20%, enfermedad renal crónica 11%, dislipemia 6% y enfermedad pulmonar 4%. Los motivos más frecuentes de internación y de solicitud de TC fueron abdomen agudo 33% y 27%, y fiebre 12% y 23 %, respectivamente. El número de TC solicitada fue de 23 torácica, 49 abdomino-pelvis y 28 ambas regiones. Se observó DISH en 11 pacientes (11%), siendo torácico en 10 y en uno toracolumbar. La frecuencia de DISH en relación al total de TC torácicas (51) fue de 19.6%. El número de vértebras afectadas y la distribución del compromiso se presenta en la Figura. Ninguno de los casos estaba descrito en el informe del estudio. En la Tabla se muestra el análisis bivariado en relación a la presencia o ausencia de DISH.

**CONCLUSIÓN:** La frecuencia de DISH fue del 11% en general y 19.6% a nivel de columna torácica, con predominio en la población masculina. La región torácica fue la más afectada, principalmente desde la vértebra T5 hasta T11, con una mediana de 7 vértebras afectadas. Los pacientes con DISH



presentaron mayor edad y enfermedad cardiovascular. Consideramos importante su detección, independientemente del origen de la solicitud del estudio, ya que el diagnóstico permitiría eventualmente explicar la sintomatología osteoarticular del paciente, así como adecuar la prevención de comorbilidades asociadas.



**A** **B**  
 Figura: A) Número de vértebras. B) Frecuencia de segmentos afectados.

0154

### DETECCIÓN TEMPRANA DE RETINOPATÍA ASOCIADA AL USO DE ANTIMALÁRICOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

PONS-ESTEL Guillermo, MIASSI Fernando, NIETO Romina, **QUINTANA Rosana**, SERRANO MORALES Rosa, GUAGLIANONE Débora, PONS-ESTEL Bernardo  
 CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (CREAR)

**INTRODUCCIÓN:** La retinopatía inducida por antimaláricos (AM) se presenta de forma insidiosa, lo que hace difícil su detección. Se recomienda realizar el tamizaje mediante el uso de campos visuales automatizados y la tomografía de coherencia óptica (OCT).

**OBJETIVO:** Evaluar el estado macular de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) tratados con AM.

**MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo, longitudinal. Se incluyeron pacientes con LES en tratamiento con AM. Se realizó la medición de la agudeza visual, lámpara de hendidura, examen de fondo de ojo, campos visuales (CV) y OCT. Se consignaron variables sociodemográficas, criterios acumulados, scores de SLEDAI y SDI, comorbilidades y tratamientos instaurados.

**RESULTADOS:** Un total de 31 pacientes fueron incluidos, el 80% fueron mujeres. Edad media de 38 años, DS 8 años. El tiempo medio de duración de la enfermedad fue de 30 meses, DS 10 meses. Los dominios más afectados según los criterios ACR fueron cutáneos y articulares. El 25% tuvieron compromiso renal. La mediana del SLEDAI fue de 2.00 (0, 6.00) y la de SDI DE 1.00 (0, 1.00). La mediana de duración de tratamiento con AM fue de 38.0 (24.0, 120). Más de la mitad de los pacientes utilizaban una dosis diaria promedio de 400 mg/día, sin eventos adversos registrados. El 10% utilizaban corticoides de manera concomitante y el 35% tenían asociado otro inmunosupresor. El 6.5% de los pacientes tenían al menos una comorbilidad; la hipertensión y diabetes fueron las más frecuentes. Solo dos (6.5%) pacientes presentaron un patrón alterado en los estudios oftalmológicos. Estos dos pacientes tenían además como comorbilidad hipertensión y diabetes.

**CONCLUSIÓN:** Un bajo porcentaje de pacientes tuvieron compromiso macular en asociación con patologías vasculares. No se registraron otros eventos adversos asociados al uso de AM. Es primordial aumentar el n de pacientes para mejorar el poder estadístico de estos resultados.

0162

### EXPERIENCIA DEL CONSULTORIO CONJUNTO REUMATOLOGÍA-DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PSORIÁSICA

DEGIOANNI Lucia, LIZARRAGA Camila, BORDÓN Florencia, NOVATTI Elisa, GUZZANTI Fernanda, BAENAS Diego, ÁLVAREZ Cecilia, REYES Verónica, ALVARELLOS Alejandro, CAEIRO Francisco, SAURIT Verónica

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

**INTRODUCCIÓN:** La psoriasis (PsO) es una enfermedad inflamatoria, sistémica y crónica que afecta a un 2% de la población mundial. El 30% de los pacientes desarrollará en su evolución artritis psoriásica (PsA). Habitualmente dermatólogos y reumatólogos se involucran en el manejo de un mismo paciente de manera fragmentada e inefectiva. La formación de unidades multidisciplinarias especializadas ha demostrado un aumento en el diagnóstico temprano de la artritis, mayor uso de medicación sistémica y adecuado abordaje de casos complejos.

**OBJETIVO:** Describir las características demográficas, clínicas y terapéuticas de los pacientes con enfermedad psoriásica que asistieron al consultorio conjunto Reumatología-Dermatología del Hospital Privado Universitario de Córdoba (HP).

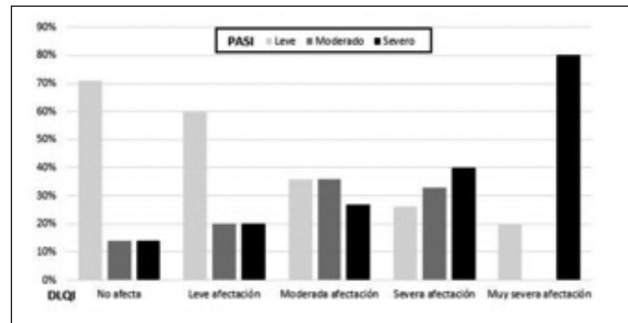
**MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo que incluyó pacientes atendidos consecutivamente en el consultorio de psoriasis desde noviembre de 2022 hasta julio de 2023. La valoración se realizó por un equipo reumatólogo-dermatólogo de manera simultánea en el mismo consultorio. Se recabaron datos demográficos y características clínicas. Se utilizaron los scores: PASI y PGA para severidad de compromiso cutáneo, DLQI para calidad de vida, DAPSA y BASDAI para compromiso articular y MASES para entesitis. El cuestionario PASE se eligió para *screening* de PsA con un punto de corte de 34 puntos.

**RESULTADOS:** De los 75 pacientes evaluados, se descartó la psoriasis en 5 casos. En la Tabla se presentan las características basales de los pacientes restantes (n:70). El 50% eran hombres, mediana de edad 48 años. El 64% tenían un IMC mayor a 25 kg/m<sup>2</sup>. La psoriasis en placas fue el fenotipo más frecuente (68%). El 41% tuvieron compromiso ungueal, siendo esta la única afectación en 3 casos (demora diagnóstica promedio de 10 años). Si bien el 46% de los pacientes tuvieron score PASI leve, el 40% de esta cohorte tuvo un DLQI con severa o muy severa afectación (Figura). De los 18 pacientes con PASI severo, menos de la mitad habían recibido tratamiento sistémico y el 44% (n:8) solo terapia tópica. Una cuarta parte de los pacientes tuvieron un score PASE positivo, realizándose nuevo diagnóstico de PsA solo en 3 casos. Además de estos, otros 15 pacientes con PsA fueron evaluados en la unidad. El 72% presentó psoriasis en placas, 61% compromiso ungueal y 55% de cuero cabelludo. El compromiso oligoarticular fue el más frecuente, con dactilitis y entesitis en el 44% y 27% de los casos respectivamente. Ningún paciente presentó compromiso axial, uveítis ni enfermedad inflamatoria intestinal. Las manifestaciones cutáneas precedieron a la afectación articular en el 77% de los casos (promedio 16 años). El 74% de

los pacientes tenían un DAPSA en remisión o baja actividad de la enfermedad, encontrándose el 60% (n:11) bajo tratamiento sistémico. El 69% (n:48) del total de pacientes requirieron nuevo tratamiento en la primera visita, siendo el metotrexato vía oral (15-20 mg/semanal) la droga más indicada.

**CONCLUSIÓN:** En nuestra cohorte un importante porcentaje tuvo sobrepeso u obesidad. El score PASE sobreestimó el riesgo de desarrollar PsA. El retraso diagnóstico fue considerable en los casos con afectación ungueal aislada, siendo importante evaluar las uñas ya que pueden ser la única manifestación de la enfermedad. En relación al manejo terapéutico, en nuestra experiencia el score DLQI fue importante para la decisión del tratamiento. Gran parte de los pacientes con PASI severo utilizaba terapia tópica, con un uso deficiente del tratamiento sistémico. El subtratamiento de estos pacientes implicó que posterior a la visita inicial se indicara una nueva terapéutica, habitualmente metotrexato. Las unidades de trabajo interdisciplinarias tienen un valor incalculable para tratar a estos pacientes y optimizar los resultados.

Sexo masculino n(%)	35 (50)
Edad. Mediana (RIC)	48.5 (41-61)
Ant familiares de psoriasis n(%)	31 (44)
Derivaciones. n(%)	Dermatólogo n(%) - 42 (60) Reumatólogo n(%) - 21 (30) Autorreferido n(%) - 7 (10)
Comorbilidades n(%)	DM II - 9 (13) HTA - 22 (31) Dislipemia - 15 (21) Hipotiroidismo - 12 (17) Sobrepeso (IMC 25-30 kg/m <sup>2</sup> ) - 23 (33) Obesidad (IMC >30kg/m <sup>2</sup> ) - 23 (33) Tabaquismo actual - 14 (20) Eventos CV previos - 6 (9)
<b>Características subgrupo pacientes con PsA (n= 18)</b>	
Sexo masculino. n(%)	12 (66)
Edad en años. Mediana (RIC)	54 (44-61)
Tiempo de evolución de la PsA en años. Mediana (RIC)	8 (5-14)
Compromiso ungueal. n(%)	- 11(61)
PASI. n(%)	leve (0-5) - 14 (77) moderado (5-10) - 2 (11) severo( >10) - 2 (11)
Fenotipo articular. n(%)	Poliartritis simétrica - 3 (18) Oligoartritis - 11 (61) Compromiso IFD - 2 (11) Dactilitis - 8 (44) Entesitis - 5 (27)
DAPSA (n=16) n (%)	Remisión (0-4) - 6 (37) Baja actividad ( 5-14) - 6 (37) Moderada actividad(15-28) - 4 (25)
Tratamientos actual n(%)	MTX VO - 2 (11) MTX SC - 4 (22) Anti-TNF + MTX - 1 (5) Anti-IL 17 - 2 (11) Anti-IL 23 - 1 (5) Anti- JAK - 1 (5) Sin tratamiento - 7 (38)



**Figura:** Características basales de los pacientes con enfermedad psoriásica (n=70).

**Tabla:** Características basales de los pacientes con enfermedad psoriásica (n=70).

## EVALUACIÓN DE LAS CREENCIAS SOBRE EL TRATAMIENTO Y LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

**LALLOPIZZO Carla**<sup>1</sup>, DAL PRA Fernando<sup>1</sup>, EZQUER Alejandro<sup>1</sup>, VALDEZ DONELLI Florencia<sup>1</sup>, BRAVO Andrea Carolina<sup>1</sup>, GOLDENBERG Julieta<sup>1</sup>, PEÓN Claudia<sup>2</sup>, ALFARO María Agustina<sup>1</sup>, BENÍTEZ Cristian Alejandro<sup>2</sup>, GAMBA María Julieta<sup>2</sup>, GÓMEZ Ramiro<sup>2</sup>, CORREA María de los Ángeles<sup>1</sup>, LÁZARO María Alicia<sup>3</sup>, CITERA Gustavo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, <sup>2</sup>HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS, <sup>3</sup>INSTITUTO MÉDICO DE ALTA COMPLEJIDAD

**INTRODUCCIÓN:** En pacientes con artritis reumatoidea (AR), las creencias sobre la enfermedad y la medicación pueden tener impacto en la adherencia al tratamiento y los resultados a largo plazo. En nuestro conocimiento, estas características no se han evaluado profundamente en Argentina.

**OBJETIVO:** Evaluar la percepción y las creencias de nuestros pacientes con AR sobre su enfermedad y el tratamiento utilizando los cuestionarios *Beliefs about Medicines Questionnaire* (BMQ)-específico y *Brief illness perception questionnaire* (BIPQ), y analizar la asociación de estos factores con variables sociodemográficas y clínicas.

**MÉTODOS:** El BMQ valora subescalas de necesidad y preocupación sobre la medicación. El cálculo necesidad-preocupación permite generar un diferencial, donde una puntuación positiva indica creencias más sólidas sobre la necesidad de medicación antes que las preocupaciones. El BIPQ evalúa la percepción de enfermedad. Estos cuestionarios fueron administrados a pacientes consecutivos con AR activa, *naïve* de tratamiento con DMARD biológicos o sintéticos dirigidos, de diferentes centros reumatológicos en CABA y Gran Buenos Aires. Se consignaron características sociodemográficas y clínicas basales al momento de la evaluación. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Test T o Mann-Whitney, ANOVA o Kruskal Wallis, y correlación de Pearson o Spearman según correspondiese. Regresión lineal múltiple usando el BMQ diferencial como variable independiente.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 49 pacientes de 4 centros. En la Tabla 1 se describen las variables sociodemográficas y clínicas. En el análisis univariado no encontramos asociaciones significativas con el BMQ. Respecto del BIPQ hubo una tendencia a asociación solo con el HAQ-A (p=0,053). Obser-

vamos que la subescala de preocupación del BMQ se asoció al BIPQ global (p=0,04). En análisis multivariado, mayor edad y mayor BIPQ global se asociaron a mayor preocupación por la medicación, mientras que mayor HAQ se asoció a mayor necesidad de tratamiento (Tabla 2).

**CONCLUSIÓN:** Los pacientes con AR activa presentan puntuaciones elevadas, tanto en la necesidad de la medicación como en las preocupaciones por la misma y, a su vez, alta percepción de severidad de la enfermedad. La preocupación se asoció de manera independiente con mayor edad y mayor severidad percibida, mientras que un mayor HAQ-A se asoció con mayor necesidad de recibir tratamiento.

n	49
<b>Sexo masculino</b> n (%)	9 (18,4)
<b>Edad</b> media (DE)	48,06 (10,94)
<b>Escolaridad</b> media (DE)	9,79 (3,53)
<b>Status Laboral</b> n (%)	
Ama de casa	7 (14,3)
Desempleado	4 (8,2)
Desempleado por enfermedad	6 (12,2)
Empleado	28 (57,1)
Jubilado	4 (8,2)
<b>Cobertura Médica</b> n (%)	
Obra Social	18 (36,7)
Prepaga	3 (6,1)
Sin Cobertura	28 (57,1)
<b>Centro Atención Público</b> n (%)	45 (91,8)
<b>Certificado de Discapacidad</b> n (%)	26 (55,3)
<b>Tiempo de Evolución</b> media (DE)	117,14 (108,80)
<b>DAS28</b> media (DE)	5,48 (0,87)
<b>HAQ</b> media (DE)	1,51 (0,71)
<b>RDCI</b> media (DE)	0,61 (0,81)
<b>Tabaquismo</b> n (%)	
NO	30 (62,5)
SI (actual)	12 (25,0)
SI (pasado)	6 (12,5)
<b>BMQ Necesidad</b> mediana [RIC]	23 [20-25]
<b>BMQ Preocupación</b> mediana [RIC]	19 [16-22]
<b>BMQ diferencial</b> mediana [RIC]	3 [0-7]
<b>BIPQ global</b> mediana [RIC]	52 [47-56]
<b>DMAR-c</b> n (%)	
Leflunomida	5 (10,4)
MTX Oral	34 (70,8)
MTX Parenteral	8 (16,7)
Sulfasalazina	1 (2,1)
<b>Tratamiento Combinado</b> n (%)	19 (38,8)
<b>Corticoides sistémicos</b> n (%)	43 (87,8)

	Coefficiente	Error estandar	p
(Intercept)	26.48246	9.12219	0.006
Sexo masculino	-3.36277	1.95586	0.094
<b>Edad</b>	-0.21413	0.07317	<b>0.005</b>
Escolaridad	0.16842	0.22248	0.454
DAS28	-0.91538	0.94800	0.34
<b>HAQ-A</b>	3.27195	1.29398	<b>0.016</b>
<b>BIPQ global</b>	-0.26412	0.12470	<b>0.041</b>

Tabla 2: Regresión lineal múltiple (variable dependiente BMQ diferencial).

Tabla 1: Variables sociodemográficas y relacionadas a la enfermedad.

## PRONÓSTICO RENAL DE ACUERDO AL MOMENTO DE PRESENTACIÓN DE LA NEFRITIS LÚPICA

ORNELLA Sofía, GARCÍA Lucila, COSENTINO Máximo, GARCÍA Mercedes

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (HIGA) GENERAL SAN MARTÍN DE LA PLATA

Características	NL Temprana n=40 (%)	NL Tardía n=20 (%)	Pvalue	Total n=60 (%)
<b>Sexo</b>			0.707	
-Femenino	34 (85%)	18 (90%)	-	52 (86.7%)
-Masculino	6 (15%)	2 (10%)	-	8 (13.3%)
<b>Obra social</b>			0.402	
-No	26 (65%)	10 (50%)	-	36 (60%)
-Si	14 (35%)	10 (50%)	-	24 (40%)
<b>Nacionalidad</b>			0.408	
-Argentinos	38 (95%)	19 (95%)	-	57 (95%)
-Bolivianos	2 (5%)	0 (0%)	-	2 (3.3%)
-Paraguayos	0 (0%)	1 (5%)	-	1 (1.67%)
<b>Edad al diagnóstico de LES mediana en años [Q3-Q1]</b>	25.5 [RIC 21.8-37.3]	19.5 [RIQ 17.8-26.5]	0.066	24.0 [RIQ 19.0-35.5]
<b>Edad al diagnóstico de NL mediana en años [Q3-Q1]</b>	36.0 [RIQ 21.8-37.3]	31.5 [RIQ 22.0-41.3]	0.527	29.0 [RIQ 22.0-39.3]
<b>Clase Histológica</b>			0.639	
-II	7 (17.5%)	4 (20%)	-	11 (18.3%)
-III	2 (5%)	3 (15%)	-	5 (8.33%)
-IV	19 (47.5%)	10 (50%)	-	29 (48.3%)
-III + V / IV + V	5 (12.5%)	1 (5%)	-	6 (10%)
-V	7 (17.5%)	2 (10%)	-	9 (15%)

Tabla 1: Características sociodemográficas.

**INTRODUCCIÓN:** La nefritis lúpica (NL) ocurre en aproximadamente el 50% de los pacientes, pudiendo progresar a enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en el 10% de los pacientes dentro de los 5 años posterior al diagnóstico. Aunque la NL puede desarrollarse en varios momentos durante el curso de la enfermedad, cerca del 50% de los casos se presenta al debut del LES, y el resto entre los 3 a 5 años posteriores al diagnóstico.

**OBJETIVO:** Comparar las características clínicas y la evolución renal en pacientes con NL temprana (dentro del año) y tardía (posterior al año) en relación al diagnóstico de LES.

**MÉTODOS:** Retrospectivo, observacional, analítico y de centro único. Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de LES según ACR 1982-97 y/o SLICC 2012 y/o ACR/EULAR 2019, y NL confirmada por biopsia renal según la ISN/RPS 2003, con un seguimiento mínimo de 3 años desde el inicio de la nefritis. Exclusión: enfermedad renal atribuida a otra causa como nefropatía diabética, nefropatía hipertensiva, poliquistosis renal u otra enfermedad renal primaria.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 60 pacientes, 40 con NL temprana (grupo 1) y 20 con NL tardía (grupo 2). Las características sociodemográficas se

resumen en la Tabla 1. La clase histológica más frecuente fue la clase IV en ambos grupos (47.5% vs 50%; p=0.639). No hubo diferencias estadísticamente significativas en las manifestaciones clínicas extrarrenales, con excepción del compromiso articular (65% vs 25%; p=0.008). Por otra parte, tampoco hubo diferencia entre los grupos en cuanto al perfil inmunológico y otras alteraciones de laboratorio: proteína C reactiva (p=0.527), velocidad de sedimentación global (p=0.093), creatinina (p=0.304), sedimento urinario activo (p=0.598), *clearance* de creatinina (mediana 81.0 [57.5-105] vs 73.0 [62.8-103] p=0.752) y proteinuria (2.8 g [1.6-5.7] vs 1.9 g [0.93-4.08] p=0.163) al inicio del compromiso renal. La mayoría de los pacientes recibieron tratamiento con hidroxiquina (100% vs 90%; p=0.107), realizaron inducción con ciclofosfamida (72.5% vs 65%; p=0.765) y continuaron mantenimiento con micofenolato (80% vs 80%; p=1.000). Se logró la respuesta renal completa en el 57.5% y 50% de los pacientes (p=0.783). En cuanto a

Resultado Renal	NL Temprana n=40 (%)	NL Tardía n=20 (%)	P-value	Total n=60 (%)
Respuesta Renal Completa			0.783	
-No	17 (42.5%)	10 (50%)	-	27 (45%)
-Sí	23 (57.5%)	10 (50%)	-	33 (55%)
Recidiva Renal			0.402	
-No	19 (47.5%)	10 (50%)	-	36 (60%)
-Sí	21 (52.5%)	10 (50%)	-	24 (40%)
Cantidad de recaídas (mediana [Q1-Q3])	1.0 [0-1.00]	0.50 [0-1.00]	0.910	1.0 [0-1.00]
ERC			0.083	
-No	35 (87.5%)	13 (65%)	-	48 (80%)
-Sí	5 (12.5%)	7 (35%)	-	12 (20%)
ERCT			0.481	
-No	34 (85%)	15 (75%)	-	49 (81.7%)
-Sí	6 (15%)	5 (25%)	-	11 (18.3%)
Trasplante renal			0.333	
-No	40 (100%)	19 (95%)	-	59 (98.3%)
-Sí	0 (0%)	1 (5%)	-	1 (1.67%)

Tabla 2: Resultado renal.

la evolución renal, no se observó significancia estadística entre los grupos. Los resultados se resumen en la Tabla 2. Se registraron 2 muertes en el grupo 1 (p=0.548) de causa no filiada. El tiempo de seguimiento hasta el peor resultado renal (ERC o ERCT) o la última visita de seguimiento fue de 7.00 (4.00-12.00) vs 7.50 (4.50-10.5) años (p=0.925).

**CONCLUSIÓN:** El 66.6% de los pacientes se diagnosticaron como nefritis lúpica de comienzo temprano. Este grupo se caracterizó por ser de menor edad al diagnóstico del compromiso renal, con mayor frecuencia cursaban con artritis, por tener menor evolución a enfermedad renal crónica, así como a enfermedad renal terminal. Si bien no se observaron diferencias estadísticamente significativas, excepto por el compromiso articular, nos permite inferir un perfil de menor severidad en estos pacientes, tal vez relacionado con el diagnóstico y los tratamientos tempranos. Estos resultados indican la necesidad de incorporar un mayor número de pacientes que permitan aseverar nuestros resultados.

**IDENTIFICACIÓN DE FENOTIPOS CLÍNICOS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS: ANÁLISIS DE CLÚSTER EN UNA COHORTE ARGENTINA**

	Clúster 1 (N=170)	Clúster 2 (N=104)	p-value	Total (N=274)
Edad (años), media (DE)	47.3 (14.5)	52.2 (13)	0.005	49.1 (14.1)
Sexo masculino, n (%)	64 (37.6)	55 (52.9)	0.014	119 (43.4)
Estatus socioeconómico (Graffar), n (%)				
- Grado 1	10 (5.9)	5 (4.8)		15 (5.5)
- Grado 2	51 (30)	23 (22.1)		74 (27)
- Grado 3	67 (39.4)	34 (32.7)	0.009	101 (36.9)
- Grado 4	38 (22.4)	31 (29.8)		69 (25.2)
- Grado 5	4 (2.4)	11 (10.6)		15 (5.5)
Tiempo de estudio (años), mediana (RIC)	12 (9-12)	12 (7-12)	0.023	12 (7-15)
Comorbilidades, n (%)				
- Hipertensión arterial	46 (27.1)	41 (39.4)	0.033	87 (31.8)
- Diabetes mellitus	15 (8.8)	17 (16.3)	0.06	32 (11.7)
- IAM	5 (2.9)	1 (1)	0.277	6 (2.2)
- ACV-AIT	0 (0)	4 (3.8)	0.01	4 (1.5)
Ansiedad, n (%)	16 (9.4)	14 (13.5)	0.297	30 (10.9)
Depresión, n (%)	6 (3.5)	10 (9.6)	0.037	16 (5.8)
IMC, media (DE)	26.4 (4.7)	28.3 (5.5)	0.002	27.1 (5.1)
TBQ, n (%)	44 (25.9)	23 (22.1)	0.481	67 (24.5)
Tiempo TBQ, mediana (RIC)	20 (15-25)	23 (10-30)	0.910	20 (13.5-30)
Pack-Year, mediana (RIC)	10 (6-20)	16 (5-29)	0.565	10 (5.5-26.5)
Tipo de EspA, n (%)				
- Periférica	88 (51.8)	55 (52.9)		143 (52.2)
- Axial	82 (48.2)	49 (47.1)	0.857	131 (39.4)
EspAax Radiográfica, n (%)	(N=82)	(N=49)	0.387	100 (36.5)
- Compromiso Axial & Periférico, n (%)	80 (73.2)	40 (81.6)	0.002	100 (36.5)
- Periférico, n (%)	55 (32.4)	53 (51)	0.002	108 (39.4)
T. de evolución de la EspA (Meses), mediana (RIC)	55.5 (24-120)	88 (36-180)	0.019	62 (24-132)
Demora diagnóstica, mediana (RIC)	12 (4-31)	12 (7-12)	0.034	12 (5-36)
VSG, mediana (RIC)	13 (7-22)	18 (30-70)	<0.001	15 (8-25)
PCR, mediana (RIC)	1.7 (0.3-5.6)	3.6 (0.8-8)	<0.001	2.3 (0.4-6)
ASQoL, mediana (RIC)	3 (1-6)	12 (9-14)	<0.001	6 (2-11)
BASFI, mediana (RIC)	1.5 (0.5-3.3)	6.5 (5-8)	<0.001	3.3 (1.5-9)
BASDAI, mediana (RIC)	2 (1-3.5)	6 (4.6-7.4)	<0.001	3.3 (1.6-5.8)
ASAS-HI, mediana (RIC)	4 (8-6.7)	10 (8-12)	<0.001	6 (3-10)
ASDAS, mediana (RIC)	1.9 (1.2-2.4)	3.5 (2.9-4)	<0.001	2.4 (1.6-3.4)
SASDAS, mediana (RIC)	8.5 (3.1-16)	24 (19-32)	<0.001	14 (5-24)
EVA general del paciente (mm), mediana (RIC)	10 (0-30)	70 (50-80)	<0.001	30 (0-60)
EVA general del médico (mm), mediana (RIC)	10 (0-20)	50 (30-70)	<0.001	15 (10-40)
DAS-28, mediana (RIC)	2.3 (1.7-3.3)	3.8 (2.9-4.9)	<0.001	3.8 (2-3.8)
LEI, mediana (RIC)	1 (0-1)	1 (1-2)	0.001	1 (1-1)
HAQ, mediana (RIC)	0.5 (0-1)	1.5 (1-2)	<0.001	0.9 (0.2-1.5)
Uveítis anterior aguda, n (%)	22 (12.9)	12 (11.5)	0.733	34 (12.4)
ES, n (%)	8 (4.7)	6 (5.9)	0.896	14 (5.1)
Psoriasis, n (%)	87 (51.2)	56 (53.8)	0.668	143 (52.2)
Enteritis, n (%)	79 (46.5)	54 (51.9)	0.381	133 (48.5)
Dactilitis, n (%)	48 (28.2)	35 (33.7)	0.344	83 (30.3)
DME, n (%)				
- AINES	77 (45.3)	57 (54.8)	0.044	134 (48.9)
- DME Sintéticos convencionales	88 (51.8)	71 (68.3)	0.007	159 (58)
- DME Biológicos	82 (48.2)	43 (41.3)	0.267	125 (45.6)
- Esquema combinado	30 (17.6)	25 (24)	0.200	55 (20.1)

DE: Desvío estándar; RIC: Rango intercuartil; IAM: infarto agudo de miocardio; ACV-AIT: Accidente cerebrovascular - Accidente isquémico transitorio; IMC: índice de masa corporal; TBQ: Tabaquismo; EspA: Espondiloartritis; EspAax: Espondiloartritis axial; T. de evolución de la EspA: Tiempo de evolución de la espondiloartritis; VSG: Velocidad de sedimentación; PCR: Proteína C reactiva; ASQoL: Ankylosing Spondylitis Quality of Life questionnaire; BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index; BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; ASAS-HI: Assessment of Spondyloarthritis International Society Health Index; ASDAS: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score; SASDAS: Simple Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score; EVA: Escala visual analógica; DAS28: Disease Activity Score; LEI: Leeds Entesis Index; HAQ: Health Assessment Questionnaire; ES: enfermedad inflamatoria intestinal; DME: droga modificadora de la enfermedad; AINES: antiinflamatorios no esteroideos.

Tabla: Identificación de dos clúster entre los pacientes incluidos (n=274).

DAPEÑA Joan Manuel<sup>1</sup>, BENEGAS Mariana<sup>1</sup>, MARTIRE María Victoria<sup>2</sup>, AIROLDI Carla<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SANATORIO MÉNDEZ, <sup>2</sup>INSTITUTO MÉDICO PLATENSE, LA PLATA, <sup>3</sup>HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO

**INTRODUCCIÓN:** El análisis de clúster (AC) es un método basado en datos que permite agrupar pacientes según sus características clínicas. *K-means* es una técnica de agrupamiento no supervisado que podría aportar información sobre los fenotipos clínicos y confirmar si ciertos grupos son más frecuentes en pacientes con un diagnóstico específico.

**OBJETIVO:** Identificar y describir los diferentes fenotipos clínicos en pacientes con diagnóstico de espondiloartritis axial (EspAax) y periférica (EspAp) de una cohorte argentina.

**MÉTODOS:** Estudio multicéntrico de corte transversal, descriptivo y analítico. Se incluyeron pacientes ≥18 años con EspAax y EspAp (Criterios ASAS) de 15 centros argentinos. Se recabaron datos sociodemográficos, comorbilidades, hábitos, índice de masa corporal (IMC), características de la EspA y tratamiento. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Se realizó un AC mediante *K-means* sobre las variables de nuestra población. Se llevó a cabo pruebas de chi-cuadrado, Fisher, t de Student o Wilcoxon. Se consideró una p≤0.05.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 274 pacientes con EspA: 43% hombres con una edad de 49 (±14) años y una duración de la EspA de 62 meses (RIC 24-132). Se identificaron 2 clúster de pacientes (Clúster 1: N=170; Clúster 2: N=104, Figura y Tabla). Los pacientes del Clúster 2 tenían mayor porcentaje de hombres (53% vs 38%; p=0.014), mayor edad (52 vs 47; p=0.005) y menor nivel socioeconómico (p=0.009). Además, tenían un mayor porcentaje de hipertensión (39% vs 27%; p=0.033), depresión (10% vs 3%; p=0.037), ACV-AIT (0% vs 3.8%; p=0.01) e IMC (28 vs 26; p=0.002). En cuanto a las características de la EspA, estos tenían mayor tiempo de evolución (88 vs 55 meses; p=0.019) y compromiso periférico (83% vs 52%; p=0.857), mayor afectación axial y periférica concomitante (51% vs 32%; p=0.002), así como valores más altos de VSG (p<0.001) y PCR (p<0.001). En cuanto a la clinimetría, tuvieron índices más elevados: ASQoL (p<0.001), BASFI (p<0.001), BASDAI (p<0.001), ASAS-HI (p<0.001), ASDAS (p<0.001), SASDAS (p<0.001), EVA tanto médico como paciente (p<0.001), DAS-28 (p<0.001), LEI (p=0.001) y HAQ (p<0.001). El Clúster 2 tuvo una mayor proporción de tratamiento con drogas modificadoras convencionales (DME-c) (68.3% vs 51.8%; p=0.007).

**CONCLUSIÓN:** Este estudio permitió identificar un fenotipo clínico más severo, el Clúster 2, caracterizado por un menor nivel socioeconómico, mayor edad, proporción de hombres, comorbilidades, IMC, tiempo de evolución de la EspA, compromiso periférico, actividad y uso de DME-c.

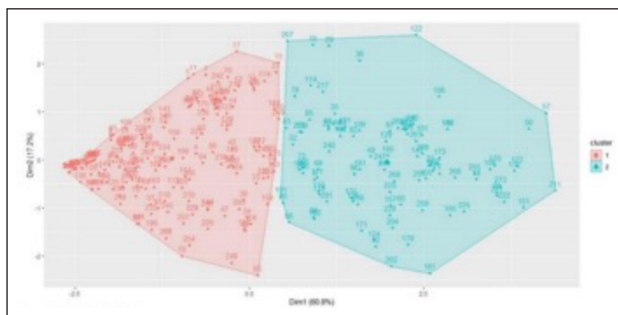


Figura: Clúster plot (n=274).

0168

### STATUS DE VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA, NEUMOCOCO Y HERPES ZÓSTER EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA Y ESPONDILOARTRITIS

VALDEZ DONELLI Florencia, BARBICH Tatiana, EZQUER Alejandro, BRAVO Andrea, LALLOPIZZO Carla, REYES GÓMEZ Camila, SCHNEEBERGER Emilce, CITERA Gustavo

INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

**INTRODUCCIÓN:** La vacunación previene infecciones al mejorar la inmunidad de cada paciente.

**OBJETIVO:** Evaluar la prevalencia de cobertura de vacunación antigripal, antineumocócica y contra herpes zóster (HZ) en una cohorte de pacientes con artritis reumatoidea (AR) y espondiloartritis (EspA).

**MÉTODOS:** Estudio observacional. Se incluyeron pacientes consecutivos ≥18 años con diagnóstico de AR según criterios ACR-EULAR 2010, y pacientes con EspA según criterios CASPAR para artritis psoriásica o ASAS 2009 para EspA axial, desde 15/03 al 15/07/2023. Se consignaron datos sociodemográficos, clínicos y sobre vacunación (antigripal, antineumocócica conjugada 13 valente -PCV13- y polisacárida 23 valente -PPSV23- y para HZ -Zostavax®, o Shingrix®). Se registraron antecedentes de infección de virus varicela zóster (VVZ) y HZ (número de episodios, fecha del/los evento/s, forma clínica, demora diagnóstica, tiempo de duración, severidad, tipos de tratamiento y complicaciones). Análisis estadístico: estadística descriptiva y análisis univariado.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 90 pacientes. Las características se describen en la Tabla 1. El 81.1% referían antecedente de infección por VVZ y el 22.2% por HZ. La forma de presentación de HZ más frecuente fue leve, en tronco y monometamérico (Tabla 2). El 88.9% recibió al menos una dosis de la vacuna antigripal y el 61.4% lo hizo de forma consecutiva los últimos 5 años, siendo en el 83.3% de los casos indicado por el reumatólogo. La causa más frecuente de vacunación incompleta fue por decisión del paciente (18.9%). El 82.2% recibió una dosis con PCV13 y 58.9% con PPSV23 (55.5% ambas con esquema completo para neumonía). En este caso, el 80.0% fue indicado por el reumatólogo y la causa principal de no vacunación fue la falta de indicación por el médico (en 7.8% y 20%, respectivamente). El 16% tenía el refuerzo correspondiente con PPSV23. Ningún paciente se encontraba vacunado contra HZ (en el 100% de los casos por falta de indicación). Aquellos pacientes que habían recibido la vacuna antigripal por 5 años consecutivos y la vacuna PPSV23 fueron más frecuentemente mujeres (67.1% vs 20%, p= 0.01 y 64.1% vs 25%, p= 0.02, resp.) y de mayor edad (X 59 años vs 53, p=0.04, y X 58.4 años vs 52.5, p=0.02, resp.).

**CONCLUSIÓN:** La prevalencia de HZ fue similar a la descripta para la población general y la cobertura vacunal fue nula. Pertenecer al sexo femenino y tener mayor edad se asociaron significativamente a mayor cobertura vacunal para antigripal y PPSV23.

Variables	Pacientes n= 90
Sexo Femenino n (%)	76 (86.7)
Edad (años) m (RIC)	57.0 (48-64)
Etnia Mestizo n (%)	87 (96.7)
Ocupación	
Empleado n (%)	17 (18.8)
Ama de casa n (%)	13 (14.4)
Universitario n (%)	5 (5.6)
Desocupado n (%)	45 (50)
Causa de desocupación	
Pensionado/Jubilado n (%)	23 (25.5)
Por la enfermedad reumática n (%)	14 (15.5)
Motivo social n (%)	8 (8.8)
Tiempo de evolución de la enfermedad reumática (años) m (RIC)	13.8 (7.3-23)
Cobertura social n (%)	56 (62.2)
Obra social n (%)	41 (45.5)
Incluir salud (Ex PROFE) n (%)	12 (13.3)
Comorbilidades n (%)	72 (80)
HTA n (%)	27 (30)
Tabaquismo actual n (%)	13 (14.4)
Tabaquismo pasado n (%)	10 (11.1)
Diabetes n (%)	7 (7.8)
Manifestaciones extra-articulares n (%)	28 (31.1)
Nódulos reumatoideos n (%)	9 (10)
Enfermedad pulmonar intersticial n (%)	13 (14.4)
Enteritis n (%)	12 (13.3)

Tabla 1: Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes.

Variables	Pacientes n= 20
Forma clínica	
Mono dermatoma n (%)	19 (95)
Polidermatoma n (%)	1 (5)
Localización	
Tronco n (%)	17 (85)
Miembros inferiores n (%)	1 (5)
Facial n (%)	2 (10)
Severidad de la infección	
Leve n (%)	17 (85)
Moderado n (%)	3 (15)
Tratamiento farmacológico para HZ n (%)	7 (35)
Aciclovir n (%)	6 (30)
Ganciclovir n (%)	1 (5)
Terapias alternativas para HZ n (%)	11 (55)
Complicaciones n (%)	4 (20)
Dolor neuropático n (%)	3 (15)
Otra n (%)	1 (5)
Suspensión del tratamiento para enfermedad reumática durante la infección por HZ n (%)	0 (0)

Tabla 2: Características clínicas de la infección por herpes zóster.

## ROL DE LA GESTIÓN CLÍNICA EN LA EVALUACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA. DIFERENCIAS ENTRE EL SUBSECTOR PÚBLICO Y PRIVADO

MARECO Jonatan Marcos<sup>1</sup>, GIMÉNEZ Yolanda Luján<sup>2</sup>, BERNARDO Mariana Emilia<sup>3</sup>, JALDÍN Rosario<sup>1</sup>, ALMADA Felicia<sup>1</sup>, CÓRDOBA Lucía<sup>3</sup>, GONZÁLEZ Marisa<sup>3</sup>, BRÁVIZ LÓPEZ María Eugenia<sup>3</sup>, LUCINI Dolly<sup>3</sup>, ALANÍZ María del Rosario<sup>3</sup>, MARTÍN Mariana<sup>3</sup>, MARTÍNEZ Camilo<sup>3</sup>, RUTA Álvaro<sup>1</sup>, VERA María Alejandra<sup>3</sup>, GARCIA SALINAS Rodrigo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, <sup>2</sup>HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS Y CRÓNICOS ALEJANDRO KORN, <sup>3</sup>HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO EN AGUDOS Y CRÓNICOS SAN JUAN DE DIOS

**INTRODUCCIÓN:** La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad con un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes y en el sistema de salud debido a sus múltiples comorbilidades. Las características del sistema pueden ser determinantes a la hora del diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.

**OBJETIVO:** Analizar las diferencias clínicas, demográficas, de laboratorio e imágenes y en acceso a la evaluación de los pacientes que acuden para evaluación diagnóstica de APs en el subsector público y privado con un mismo modelo de atención.

**MÉTODOS:** Estudio observacional, transversal, multicéntrico. Se incluyeron pacientes mayores a 18 años al momento del diagnóstico de APs y que cumplían criterios CASPAR en un centro público y un centro privado en el mismo período de tiempo (abril de 2021 y abril de 2023) evaluados por los mismos profesionales. En ambos centros se optimizaron los procesos de gestión de acceso a estudios de laboratorio e imágenes mediante acuerdos con las áreas implicadas (gestión clínica). A todos los pacientes con sospecha de APs se les realizó en cada hospital: entrevista clínica y comorbilidades, evaluación física con clinimetría musculoesquelética, radiología y ultrasonografía (articular-entesis) y laboratorio. Se evaluaron los tiempos de demora al diagnóstico desde el inicio de los síntomas y desde la primera evaluación hasta completar todos los procedimientos. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, Test de chi-cuadrado y exacto de Fisher (variables categóricas) y Test de Student o Mann Whitney (variables continuas) según su distribución; se realizó regresión logística binomial (variables  $p \leq 0,1$ ).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 132 pacientes a quienes se le realizó diagnóstico de APs 42 en el subsector público y 90 en el privado, con una media de edad de 52 años (DS: 8), sexo masculino 51%. Entre las diferencias en el análisis univariado se destacan (sector público vs privado): menor escolaridad, menor oligoartritis, más psoriasis cutánea, menor cantidad de manifestaciones "no musculoesqueléticas", menor compromiso por imágenes (Rx y Eco), menor VAS dolor, pero mayor compromiso articular y de entesis clínico, mayor DAPSA. Hubo diferencia respecto de la demora al diagnóstico sin diferencias significativas, pero no hubo diferencias en el tiempo de obtención de los estudios complementarios para el diagnóstico final. En el análisis multivariado utilizando subsector privado como variable dependiente las características que se asociaron en forma independiente fueron: VAS dolor (OR 2.9 IC 95% 1.5-5.6), DAPSA (OR 0.7 IC 95% 0.6-0.9) y Eco entesis + (OR 13 IC 95% 1.6-110).

**CONCLUSIÓN:** Los pacientes que acuden para la evaluación de APs en el subsector público y privado (bajo condiciones similares de atención) presentaron diferencias en torno a la clínica y a los hallazgos en imágenes, sin embargo no se observaron diferencias respecto de la demora al diagnóstico ni al tiempo de demora para la obtención de estudio para el diagnóstico, destacando el impacto de la utilización de la gestión clínica para optimizar procesos de atención.

## TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA REUMATOLÓGICA, DE LA PEDIATRÍA A ADULTOS. EXPERIENCIA A UN AÑO

PENA Claudia<sup>1</sup>, COSENTINO Máximo<sup>1</sup>, FABI Mariana<sup>2</sup>, MONTECUCO Micaela<sup>2</sup>, MASTRI Viviana<sup>2</sup>, GARCÍA Mercedes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (HIGA) GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA, <sup>2</sup>HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS ESPECIALIZADO EN PEDIATRÍA, SOR MARÍA LUDOVICA

**INTRODUCCIÓN:** La adolescencia es un período de vital importancia en pacientes con enfermedades crónicas de inicio en la infancia. En esta etapa es importante guiar a los pacientes y a sus familias para una participación activa en el cuidado de su salud, favoreciendo su independencia. Las unidades de transición han demostrado un claro beneficio en estos pacientes. Para una transición eficaz se requiere comunicación activa, coordinación y trabajo colaborativo entre servicios actuantes. Un cuestionario validado en Argentina es el *Transition Readiness Assessment Questionnaire* (TRAQ) 5.0, el cual busca medir el grado de preparación para la transición de jóvenes con condiciones especiales de salud.

**OBJETIVO:** Describir la experiencia en la transición de pacientes con enfermedades reumatológicas de inicio en la infancia hacia la atención en la adultez en un período de 1 año.

**MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes consecutivos derivados a consulta de transición entre junio de 2022 a julio de 2023. El consultorio de transición pediátrico-adulto entre el Servicio de Reumatología del Hospital de niños Sor María Ludovica y del Hospital San Martín de La Plata se consensuó e inició en junio de 2022. El procedimiento establecido incluye inicialmente la decisión por parte de los pediatras junto con el paciente y su familia de iniciar la transición a la atención del adulto. Luego se coordina una fecha entre ambos servicios para una primera consulta con los médicos de adulto. Una vez iniciado, se realizan visitas alternantes entre ambos servicios y se trabaja en conjunto frente a las decisiones diagnósticas y terapéuticas que surgen en la atención.

**RESULTADOS:** Iniciaron el proceso de transición 10 pacientes, de los cuales 6 eran mujeres. La mediana de edad al momento del inicio fue de 17 (16-19) años. En 6 casos los pacientes residían en La Plata, y el resto en localidades próximas a la ciudad, cursando el secundario en 9 casos y con cobertura social 3 pacientes. La mediana de tiempo desde la derivación por Pediatría a la primera consulta en adulto fue de 1,5 (1-3) meses. Cuatro pacientes presentaban diagnóstico de ALJ, 2 LES, 3 fenómeno de Raynaud y 1 púrpura trombótica idiopática. La mediana de edad al inicio de la enfermedad en la infancia fue de 14 (9-15) años. En 9 pacientes la transición inició de forma ambulatoria, con buen control de su enfermedad, y 1 caso que debió realizarse mediante internación por presentar un brote de la enfermedad. Al momento de la transición, 5 pacientes utilizaban inmunosupresores convencionales y 2 casos tocilizumab endovenoso. La mediana de dosis de corticoide era 12 mg (2-20) al día. Dos pacientes presentaban daño crónico con limitación de rango articular. La mediana de consultas por paciente entre los dos servicios a lo largo de 1 año fue de 4 (2-9). En todos los pacientes durante la primera consulta con los reumatólogos de adulto se realizó el cuestionario TRAQ (Tabla).

**CONCLUSIÓN:** En el curso de un año han iniciado y continuado el proceso de transición entre dos hospitales públicos 10 jóvenes con enfermedades autoinmunes sistémicas. Estos resultados, a pesar del bajo número de pacientes, avalan la factibilidad de un método dinámico y necesariamente planificado. El cuestionario TRAQ 5.0 resulta una herramienta de fácil realización y de utilidad, tanto para el análisis de distintas etapas del proceso por parte del propio adolescente, como para el mejor conocimiento de los mismos por parte de los médicos de adultos. Los adolescentes demuestran el interés y capacidad de adquirir habilidades que les permiten incrementar su autonomía y responsabilidad en el cuidado de la salud.

Pregunta	No, no sé cómo hacerlo	No, pero quiero aprender a hacerlo	No, pero estoy aprendiendo a hacerlo	Si, ya he comenzado a hacerlo	Si, lo hago siempre que lo necesito
<b>Manejo de medicación</b>					
Si te necesitas, ¿vas a buscar tu medicación?	-	-	10%	80%	30%
¿Sabes qué hacer si tienes una reacción adversa?	10%	30%	40%	20%	-
¿Tomas por vos mismo tus medicamentos como te indican?	-	-	20%	30%	50%
¿Solicitas tus medicamentos antes de que se terminen?	-	-	10%	50%	40%
<b>Asistencia a citas</b>					
¿Te ocupas vos mismo de pedir los turnos?	-	40%	30%	20%	10%
¿Estás pendiente de las derivaciones a especialistas, controles o resultados de análisis?	-	-	30%	40%	30%
¿Organizas vos mismo como viajar para ir a las consultas?	-	10%	30%	50%	10%
¿Te ocupas vos mismo de consultar al médico si observas cambios inusuales en tu salud?	-	-	20%	50%	30%
¿Sabes realizar vos mismo los trámites para obtener una cobertura médica si perdés la actual?	30%	50%	10%	10%	-
¿Sabes qué beneficios cubre tu obra social?	60%	20%	20%	-	-
¿Maneja tu propio dinero y te encargas de los gastos de la casa?	30%	30%	20%	20%	-
<b>Seguimiento de los problemas de salud</b>					
¿Podes completar vos mismo algún formulario relacionado con tu historia clínica?	-	10%	30%	40%	20%
¿Tenes anotada tu turno médicos y demás citas?	-	-	30%	30%	40%
¿Realizas vos mismo una lista de preguntas antes de ir a la consulta?	20%	20%	-	20%	40%
¿Recibís ayuda económica a través de alguna institución?	50%	20%	10%	10%	10%
<b>Comunicación con los profesionales</b>					
¿Les contas al médico o a la enfermera lo que te pasa?	-	-	20%	30%	50%
¿Respondes vos mismo las preguntas que te hace el médico, enfermedad u otra persona de salud?	-	-	20%	40%	40%
<b>Manejo de las actividades cotidianas</b>					
¿Colaboras con la planificación o preparación de las comidas?	-	-	40%	40%	20%
¿Mantienes ordenado tu cuarto y/o casa o levantas la mesa y/o lavas los platos después de comer?	-	-	20%	50%	30%
¿Vas a hacer compras a los negocios del barrio?	-	-	20%	30%	50%

Tabla.

0171

## SEGURIDAD CON TERAPIAS DIRIGIDAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INMUNOMEDIADAS: DATOS BIOBADAGUAY

ABREU Paloma<sup>1</sup>, CABRERA Sonia<sup>2</sup>, MELGAREJO Patricia<sup>3</sup>, ROMÁN Lourdes<sup>4</sup>, MOREL Zoilo<sup>5</sup>, ROLÓN Roger<sup>2</sup>, AMARILLA Angélica<sup>2</sup>, ZARZA Mariela<sup>2</sup>, VALINOTTI Vannia<sup>2</sup>, BRUNENGO Cristina<sup>6</sup>, SOTO Macarena<sup>6</sup>, ACEVEDO Belén<sup>6</sup>, LEYVA Evelyn<sup>7</sup>, PUSINERI Paola<sup>7</sup>, **PARODI Clyde**<sup>7</sup>, JARA Paola<sup>2</sup>, ARANDA Raquel<sup>7</sup>, CONSANI Sandra<sup>8</sup>, ZANOTTI Maggi<sup>1</sup>, VEGA Cynthia<sup>9</sup>, ACOSTA María Isabel<sup>7</sup>, YINDE Yanira Rossana<sup>7</sup>, MAIDANA Agustina<sup>2</sup>, ÁVILA Gabriela<sup>5</sup>

<sup>1</sup>SOCIEDAD PARAGUAYA DE REUMATOLOGÍA, <sup>2</sup>HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, <sup>3</sup>HOSPITAL REGIONAL DE VILLARRICA, REUMATOLOGÍA, <sup>4</sup>HOSPITAL DE VILLA ELISA, <sup>5</sup>HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA, <sup>6</sup>INSTITUTO NACIONAL DE REUMATOLOGÍA, <sup>7</sup>UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, HOSPITAL DE CLÍNICAS, REUMATOLOGÍA, <sup>8</sup>COSEM, REUMATOLOGÍA, <sup>9</sup>HOSPITAL PEDIÁTRICO NIÑOS DE ACOSTA ÑU, REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

**INTRODUCCIÓN:** BIOBADAGUAY es el registro paraguayo-uruguayo de acontecimientos adversos (AA) en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias bajo tratamiento con terapias dirigidas (TD): biológicos, biosimilares y compuestos sintéticos con diana identificable.

**OBJETIVO:** Analizar la frecuencia y la gravedad de AA en pacientes en tratamiento con TD incluidos en el registro BIOBADAGUAY.

**MÉTODOS:** Estudio observacional, prospectivo, de duración indeterminada para verificar la eficacia, la seguridad y la supervivencia de las TD. La metodología utilizada está disponible en: <https://biobadaguay.ser.es>. Para el presente estudio se analizaron: variables epidemiológicas, clínicas, TD recibida, el tipo y gravedad del AA. La tasa de incidencia (IR) por 1000 pacientes-año, intervalo de confianza (IC 95%) y la razón de tasa de incidencia (IRR) mediante regresión de Poisson (valor de significación nominal 0,05).

**RESULTADOS:** Se analizaron 1104 pacientes con TD, el 73.3% eran mujeres y el diagnóstico más frecuente fue la artritis reumatoidea (AR) en un 62.1%. Se observaron 1365 AA, 1191 (87.2%) de carácter leve, 161 (11.8%) graves y 13 (0.9%) mortales. La incidencia global de AA fue 251.75 (238.6-265.8), 219.7 (207.4-232.5) para leves y 32.1 (27.5-37.2) para graves. La infección fue el AA más frecuente, la incidencia global de fue de 138.4 (126.69-265.47), de 121.8 (112.7-131.5) en leves y (27.48-37.2%) en graves. Al analizar la IR de AA en función del diagnóstico, la AR se asoció a una mayor IR de AA globales y graves comparada con otros diagnósticos (IRR=1.35 [95% CI,1.1-1.7] p=0.0088) (IRR=1.72 [95% CI,1.2-2.5] p=0.006) respectivamente. la artritis psoriásica (APSo) y la espondilitis anquilosante (EA) se asociaron a una menor IR global de AA (IRR=0.57 [95% CI,0.4-0.9]

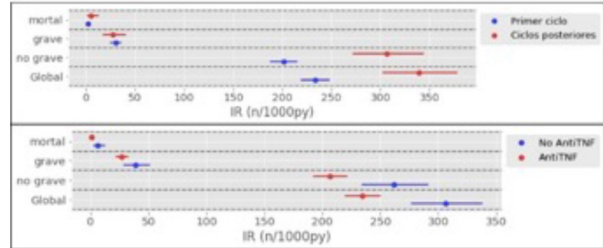
p=0.007) y (IRR=0.66 [95% CI,0.5-1] p=0.04) respectivamente. El uso de corticoides se asoció a un IR mayor de AA globales (IRR=1.46 [95% CI,1.2-1.8] p=0.0009). Se analizó la IR en función de la gravedad, se observó que segundos y posteriores ciclos de tratamiento de TD se asoció a una mayor IR global e IR leve de AA comparada con el primer ciclo de tratamiento. El tratamiento con antiTNF se asoció con una menor IR de AA globales y mortales comparada con los no-antiTNF (Tabla y Figura).

**CONCLUSIÓN:** Los AA fueron en su mayoría leves y el más frecuente fue la infección. La AR presentó una mayor IRR de AA globales y graves, mientras APSO, EA y uso de antiTNF a una menor IRR globales. Segundos y posteriores ciclos de tratamiento, y el uso de corticoides se asociaron a un IRR mayor de AA globales.

	Primer ciclo		Ciclos posteriores		P
	Tasa de incidencia (IC 95%)	Tasa de incidencia (IC 95%)	Razón de tasa de incidencia (IC 95%)		
Global	233.22 (219.28, 247.80)	339.2 (305.1, 378.3)	1.45 (1.14, 1.85)		0.0024
Leve	201.27 (186.34, 214.85)	306.50 (272.29, 343.82)	1.52 (1.18, 1.97)		0.0014
	Non-antiTNF		AntiTNF		
	Tasa de incidencia (IC 95%)	Tasa de incidencia (IC 95%)	Razón de tasa de incidencia (IC 95%)		P
Global	306.31 (276.92, 337.98)	234.63 (200.09, 249.88)	0.77 (0.61, 0.97)		0.0262
Mortal	4.17 (2.66, 12.58)	1.21 (0.39, 2.83)	0.29 (0.06, 2.83)		0.0043

Seguimiento 1000pacientes/año: primer ciclo: 1044, ciclos posteriores: 0.949, no-antiTNF: 1.296, antiTNF: 4.13.  
IC intervalo de confianza

**Tabla:** Tasa de incidencia de acontecimientos adversos en función de la gravedad.



**Figura:** Análisis de incidencia en función de la gravedad.

0173

## IMPACTO DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

**FIGUEROA Rosa María**<sup>1</sup>, **SAVIO Verónica**<sup>2</sup>, **ALBIERO Alejandro**<sup>3</sup>, **ALONSO Carla**<sup>1</sup>, **JARCHUF Carolina**<sup>4</sup>, **DEMARCHI Marcela**<sup>4</sup>, **GOBBI Carla Andrea**<sup>5</sup>, **PAULA Alba**<sup>3</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL CÓRDOBA, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, <sup>2</sup>UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, CÁTEDRA DE FISIOLÓGÍA, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC, <sup>3</sup>UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, CÁTEDRA DE SEMIOLOGÍA, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC, <sup>4</sup>SERVICIO DE LABORATORIO, HOSPITAL CÓRDOBA, <sup>5</sup>UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad psoriásica (EPs) describe un abanico de manifestaciones que afecta a pacientes con psoriasis. La artritis psoriásica (APs) se asocia a comorbilidades cardiometabólicas, entre ellas, el síndrome metabólico (SMet) provocando un estado inflamatorio crónico que podría afectar la actividad de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.

**OBJETIVO:** Describir la asociación del SMet en pacientes con APs, su relación con la actividad de la enfermedad, función, calidad de vida y el tratamiento.

**MÉTODOS:** Se realizó un estudio prospectivo, de corte transversal, entre 07/2019 a 03/2022. Ingresaron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de APs (criterios CASPAR). Se evaluaron características sociodemográficas y clínicas, la actividad de la enfermedad por PASI (*Psoriasis Area Severity Index*), DAPSA (*Disease Activity for Psoriatic Arthritis*), MDA y VLDA (*minimal and very low disease activity*); calidad de vida por cuestionarios auto-administrados: DLQI (*Dermatology Life Quality Index*), PASQoL (*Psoriatic Arthritis Quality of Life*) y HAQ (*Health Assessment Questionnaire*). El SMet se definió utilizando las 3 definiciones: WHO, ATPIII, IDF. Para el análisis entre grupos se utilizó ATPIII. Se aplicaron test paramétricos y no paramétricos, considerando un valor de p<0,05 significativo.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 69 pacientes con APs, con una mediana de 55,92±9,88 años. 60% sexo femenino. Presentaron SMet el 39% (OMS), 70% (IDF) y 37% (ATPIII). La afectación más frecuente fue poliarticular (>80%) en ambos grupos. Los pacientes con SMet presentaron mayor frecuencia de hipertensión, diabetes, dislipemia y cardiopatía isquémica (p<0,05). Lograron remisión por DAPSA el 4% de los con SMet vs el 14% de aquellos que no lo tenían; MDA el 28% vs 40% y VLDA el 4% y 12%, sin significancia estadística. Lo mismo ocurrió para DLQI (7,65±6,18 vs 9,72±7,83; p>0,05) y PASQoL (10,04±4,49 vs 8,3±5,32; p>0,05). Los pacientes con SMet presentaron significativamente mayor HAQ (1,08±0,61 vs 0,73±0,66; p<0,05). No se encontraron diferencias en el tratamiento entre ambos grupos.

**CONCLUSIÓN:** Los pacientes del presente estudio con APs y SMet asociado presentaron mayores comorbilidades cardiometabólicas junto con una peor calidad de vida. Es fundamental el abordaje multidisciplinario en este grupo de pacientes para disminuir la morbimortalidad cardiovascular.

0176

## FRECUENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS DE RODILLA

**TOLCACHIER Yamila Mariel**, **SECCO Anastasia**, **MORBIDUCCI Julieta**, **SILVA Sabrina**

SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL RIVADAVIA

**INTRODUCCIÓN:** La osteoartritis (OA) es la principal causa de dolor y discapacidad a nivel mundial, con alta prevalencia en edad adulta. Engloba un conjunto de condiciones heterogéneas que conducen a la destrucción del cartilago articular presentando diversas causas asociadas, entre ellas, el síndrome metabólico (SM).

**OBJETIVO:** Primario: determinar la frecuencia del SM, definido por la Federación Internacional de Diabetes 2004, en un grupo pacientes con diagnóstico de OA de rodilla atendidos en un centro público de CABA. Secundarios: estimar la frecuencia de los componentes del SM en estos individuos; evaluar la relación entre SM y el compromiso radiográfico de OA rodilla según la escala de Kellgren-Lawrence y con el cuestionario WOMAC.

**MÉTODOS:** Estudio observacional, analítico, de corte transversal, con recolección prospectiva de datos en pacientes. Se recabaron datos de la historia clínica y estudios complementarios, y cuestionarios WOMAC. Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC), las categóricas se expresaron como proporciones (%). Se realizó análisis uni y multivariado de regresión logística considerando el SM como variable dependiente y a la severidad de la OAR como variable de interés.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 114 pacientes, 85% eran mujeres, la media de edad en años fue 61(±8), 59% tenían OA generalizada, 44.64% eran laboralmente activos, 9.65% eran tabaquistas y solo el 23% realizaba actividad física regular. En cuanto al tratamiento, el 21,9% utilizaba AINES y el 24% antiartrosicos. El SM se encontró en el 40%, respecto a sus componentes, la frecuencia de HTA fue de 41%, dislipemia 45%, DBT 25%. La media



de índice masa corporal fue de 30 (±6.2). Al comparar la frecuencia del SM entre el grupo radiográfico con compromiso nulo/leve vs el compromiso moderado/severo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (38.10% vs 48.15%; p=0.36). Tampoco se encontró asociación entre la frecuencia de SM y mayor puntuación en el cuestionario Womac (mediana 37 ric 20-56 vs 33.5 24-46; p=0.76).

**CONCLUSIÓN:** Encontramos que casi la mitad de los pacientes presentaron SM. Si bien no hallamos asociación estadísticamente significativa entre la frecuencia de SM y mayor compromiso radiográfico, así como tampoco la puntuación reportada por cuestionario WOMAC, no descartamos que estudios prospectivos con mayor número de pacientes puedan reflejar esta asociación.

0177

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

ARIAS Tamara Graciela, PERTUZ REBOLLEDO María Milena, BARCOS Verónica, MEDINA Gustavo, LÓPEZ MEILLER María José

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

**INTRODUCCIÓN:** En la esclerosis sistémica (ES) el tracto gastrointestinal es el segundo órgano afectado en frecuencia, siendo una de sus consecuencias la malnutrición, condición subdiagnosticada y asociada a mayor morbimortalidad.

**OBJETIVO:** Describir la prevalencia de malnutrición, riesgo de malnutrición con MUST, y evaluar la asociación con variables demográficas, clínicas y laboratorio en pacientes con ES de la División de Reumatología de un Hospital Universitario.

**MÉTODOS:** Estudio observacional. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, diagnóstico de ES (criterios 2013 ACR-EULAR). Se excluyeron: enfermedad oncológica activa, trastornos de la conducta alimentaria, superposición con miositis, embarazo, enfermedad celíaca sin tratamiento. Se realizó: cuestionario MUST (0 riesgo bajo; 1 intermedio; 2 alto); cuestionario UCLA SCTC GIT 2.0 (puntaje 0 a 2,83, mayor puntaje, mayor afectación gastrointestinal); cuestionario Eq5D (calidad de vida); índice de masa corporal (IMC); circunferencia pantorrilla y cintura; score de Rodnan modificado (mRSS); actividad de la enfermedad (EUSTAR activity index); valoración nutricional por licenciada en nutrición: test de la silla (sarcopenia probable >15 segundos); fuerza de agarre con dinamómetro (sarcopenia probable <27 kg hombres y 16 kg mujeres); valoración global subjetiva (VGS) del estado nutricional (A=bien nutrido, B=sospecha de desnutrición o desnutrición moderada, C=desnutrición severa). Definición malnutrición: IMC <18.5 kg/m<sup>2</sup> o VGS B o C.

**RESULTADOS:** Se evaluaron 116 pacientes consecutivos entre febrero de 2022 y enero de 2023. 94 cumplieron criterios de inclusión: 89 (94%) mujeres, mediana de edad 61.5 (RIC 49-70), 30 (32%) malnutridos. El 15% presentó riesgo intermedio y un 15% adicional riesgo elevado de desnutrición según MUST. Análisis bivariado: malnutridos presentaron mRSS más alto, puntuaciones más altas en HAQ-DI, UCLA, Eq5D, y mayor proporción de artritis y tomografías con dilatación esofágica con respecto a los pacientes no malnutridos con asociación estadísticamente significativa. No hubo asociación entre malnutrición y ninguno de los parámetros de laboratorio o tratamientos analizados en esta cohorte. Análisis multivariado: artritis y dilatación esofágica evidenciada por tomografía de tórax fueron predictores de malnutrición en nuestra población.

**CONCLUSIÓN:** La prevalencia de malnutrición fue elevada, en proporción coincidente con trabajos publicados. El cuestionario MUST resultó una herramienta confiable para realizar derivación a intervención nutricional. La presencia de artritis y la dilatación esofágica en la tomografía de tórax fueron predictores independientes de malnutrición.

0182

## EVALUACIÓN DE VARIABLES ASOCIADAS AL COMPROMISO NEUROLÓGICO AGUDO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DATOS DEL REGISTRO NACIONAL RELESSAR-TRANSVERSAL

AGUILA MALDONADO Rodrigo Alejandro<sup>1</sup>, GARCÍA Lucila<sup>1</sup>, GOBBI Carla Andrea<sup>2</sup>, QUINTANA Rosana<sup>3</sup>, ALBA Paula<sup>4</sup>, ROVERANO Susana<sup>5</sup>, ÁLVAREZ Analía Patricia<sup>6</sup>, GRAF César<sup>7</sup>, PISONI Cecilia<sup>8</sup>, SPINDLER Alberto<sup>9</sup>, PAPASIDERO Silvia<sup>10</sup>, PERA Mariana<sup>1</sup>, ARTURI Valeria<sup>1</sup>, RODRÍGUEZ Graciela<sup>1</sup>, GARCÍA Mercedes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (HIGA) GENERAL SAN MARTÍN DE LA PLATA, <sup>2</sup>SANATORIO ALLENDE, <sup>3</sup>CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (CREAR), <sup>4</sup>HOSPITAL CÓRDOBA, <sup>5</sup>HOSPITAL J.M. CULLEN DE SANTA FE, <sup>6</sup>HOSPITAL PENA, <sup>7</sup>CENTRO MÉDICO MITRE, <sup>8</sup>CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS "NORBERTO QUIRNO" (CEMIC), <sup>9</sup>CENTRO MÉDICO PRIVADO DE REUMATOLOGÍA DE TUCUMÁN, <sup>10</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, <sup>11</sup>HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD JUAN D. PERÓN

**INTRODUCCIÓN:** La prevalencia reportada de manifestaciones neurológicas en lupus se encuentra entre 14-95% y esta variación depende de las definiciones utilizadas. El compromiso neurológico se asocia a peor pronóstico y mortalidad.

**OBJETIVO:** Determinar la frecuencia y los factores asociados al compromiso neurológico en LES.

	Con compromiso neurológico (N=350)	Sin compromiso neurológico (N=522)	P. value	Total (N=872)
Edad última evaluación (En años) [Q1, Q3]	39.6 [30.8, 49.3]	38.6 [30.0, 49.2]	0.533	39.1 [30.2, 49.2]
Sexo Femenino	331 (94.6%)	492 (94.3%)	0.96	823 (94.4%)
SLEDAI [Q1, Q3]	2.00 [0, 6.00]	2.00 [0, 4.00]	0.469	2.00 [0, 4.00]
Índice de Charlson [Q1, Q3]	2.00 [1.00, 3.00]	1.00 [1.00, 2.00]	<0.001	1.00 [1.00, 3.00]
Corticoides >10 mg/día	262 (74.9%)	334 (64%)	<0.001	596 (68.4%)
Metotrexato*	75 (22.9%)	95 (19.7%)	0.313	170 (21.0%)
Antipalúdicos*	324 (98.2%)	469 (96.9%)	0.365	793 (97.4%)
Azatioprina*	140 (42.6%)	162 (33.8%)	0.014	302 (37.3%)
IgIV <sup>1</sup>	17 (5.28%)	9 (1.89%)	0.014	26 (3.25%)
Belimumab*	31 (9.57%)	29 (6.14%)	0.097	60 (7.54%)
Ciclofosfamida*	140 (42.4%)	142 (29.7%)	<0.001	282 (34.9%)
Mofetil Micofenolato*	87 (26.9%)	105 (22.0%)	0.126	192 (24.0%)
Rituximab*	31 (9.51%)	18 (3.75%)	0.001	49 (6.08%)
Número Hospitalizaciones	235 (67.1%)	256 (49.0%)	<0.001	491 (56.3%)
Infecciones Graves	75 (22.2%)	60 (12.0%)	<0.001	135 (16.1%)
LES refractario	67 (19.1%)	72 (13.8%)	0.043	139 (15.9%)
Óbito	18 (5.19%)	12 (2.39%)	0.047	30 (3.53%)
SLICC ACR [Q1, Q3]	1.00 [0, 2.00]	1.00 [0, 1.00]	<0.001	1.0 0, 2.00]

\*Uso pasado o presente. <sup>1</sup> IgIV: Inmunoglobulinas Endovenosas.

Tabla.

**MÉTODOS:** Estudio de corte transversal que incluyó pacientes con LES (ACR 1982) mayores de 18 años incluidos en el registro RELESSAR-TRANSVERSAL. El compromiso neurológico agudo se definió según criterios de clasificación ACR e índice de actividad SLEDAI. Se evaluaron datos sociodemográficos, clínicos, comorbilidades, tratamientos, daño y mortalidad. Se compararon pacientes con y sin manifestaciones neurológicas machedados según edad y sexo. Se determinaron factores asociados a manifestaciones neurológicas agudas.

**RESULTADOS:** Se analizaron 872 pacientes con LES de los cuales 350 (40.1%) presentaron compromiso neurológico agudo, y se los comparó con 522 pacientes sin manifestaciones del sistema nervioso central (SNC) (Tabla). Se evidenció que los pacientes con manifestaciones del SNC mostraron mayor índice de Charlson, mayor uso de corticoides, azatioprina, ciclofosfamida, inmunoglobulinas intravenosa y rituximab, y presentaron mayor número de hospitalizaciones, LES refractario, infecciones graves, índice de daño y mortalidad con respecto a los pacientes que no tuvieron compromiso neurológico. En el análisis multivariado, las variables que se asocian de forma independiente al compromiso neurológico

fueron el uso de ciclofosfamida (RO 1.45, IC 95% 1.06-1.97; p=0.018), el uso de rituximab (RO 2.22, IC 95% 1.21-4.17; p=0.012) y el daño (RO 1.28, IC 95% 1.16-1.43; p<0.001).

**CONCLUSIÓN:** La frecuencia de compromiso neurológico agudo en el registro fue del 40.1%. Las manifestaciones del SNC se asociaron al uso de ciclofosfamida, rituximab y daño.

0183

## VALORACIÓN DE LA CALIDAD DEL SUEÑO EN DISTINTAS PATOLOGÍAS REUMATOLÓGICAS SEGÚN ACTIVIDAD Y TRATAMIENTO. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN CINCO PROVINCIAS DEL NORESTE ARGENTINO

**RINGER Ariana**<sup>1</sup>, **SATTLER María Emilia**<sup>2</sup>, **BRAVO Maximiliano**<sup>3</sup>, **CATAY Erika Roxana**<sup>3</sup>, **GALLINO YANZI Josefina**<sup>4</sup>, **MAURI Marianela Eliana**<sup>4</sup>, **SCHMID María Marcela**<sup>4</sup>, **BENAVENTE Emilio Pablo Ignacio**<sup>5</sup>, **ASTE Nora**<sup>6</sup>, **SEEWALD Adriana**<sup>7</sup>, **PARÍS Úrsula Vanesa**<sup>7</sup>, **VELOZO Edson**<sup>8</sup>, **GÓNGORA Vanina**<sup>2</sup>, **ANTONIOL María Noelia**<sup>9</sup>, **FINUCCI CURRI Pablo**<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CONSULTORIO PRIVADO, COLÓN, <sup>2</sup>HOSPITAL SAN MARTÍN, <sup>3</sup>CENTRO MORENO, <sup>4</sup>HOSPITAL ÁNGELA I. DE LLANO, <sup>5</sup>HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD PTE. JUAN DOMINGO PERÓN, <sup>6</sup>INSTITUTO DE CIRUGÍA AMBULATORIA, <sup>7</sup>HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS RAMÓN MADARIAGA, <sup>8</sup>UNIVERSIDAD Y SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA, LIBERTADOR SAN MARTÍN, <sup>9</sup>FLENI

**INTRODUCCIÓN:** Estudios epidemiológicos han mostrado que las alteraciones del sueño han aumentado en las últimas décadas. El distrés psicosocial, determinadas patologías y el uso de diversos fármacos son factores que influyen en la calidad del sueño.

**OBJETIVO:** Evaluar la calidad del sueño en pacientes con artritis reumatoidea (AR), espondiloartritis (SpA) y lupus eritematoso sistémico (LES) en las provincias del noreste argentino (NEA).

**MÉTODOS:** Estudio multicéntrico, transversal, descriptivo-analítico, realizado en las provincias de la filial de ARNEA. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con AR, SpA y LES. Se excluyeron pacientes con causas orgánicas conocidas que alteren la calidad del sueño. Se evaluó de manera anónima la calidad del sueño mediante el Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño o *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI), se consideró buena calidad de sueño a los valores comprendidos entre 0 y 4 y mala calidad de sueño a los comprendidos entre 5 a 21. Se registraron índices de actividad, cronicidad y tratamientos para cada patología. Se realizó análisis descriptivo de las variables en evaluación. Todos los pacientes que aceptaron participar firmaron previamente el consentimiento informado (proyecto evaluado por el Comité de Bioética independiente).

**RESULTADOS:** Se evaluaron 137 pacientes (Entre Ríos 45, Corrientes 29, Chaco 10, Formosa 33 y Misiones 20), edad media 51 años (DE 14.4), 84.7% mujeres. El 61.3% con diagnóstico de AR, el 32.1% de LES, el 6.6% de SpA. Según la puntuación total del PSQI, 107 pacientes (78.1%) refirieron tener mala calidad de sueño, el 77.4% de los pacientes con AR, el 81.8% de los pacientes con LES y el 66.7% de los SpA. En la descripción del PSQI, la percepción del sueño general fue referida como muy buena (22.6%), bastante buena (46%), bastante mala (24.8%) y muy mala (6.6%). El 62.8% refirió uno o más problemas para dormir, demorando más de 60 minutos para conciliar el sueño en la mayoría de los casos. El 50,3% mencionó tener dificultades en las tareas diurnas y 56.9% somnolencia diurna. Un 70.8% no indicó consumir medicinas para dormir. Las horas de sueño promedio fueron 6.

**CONCLUSIÓN:** El 78.1% de la población evaluada presentó mala calidad del sueño según el PSQI. El 62.8% refirió uno o más problemas para dormir, siendo el más frecuente demorar más de 60 minutos para conciliar el sueño.

0184

## DESCRIPCIÓN DE LOS PRIMEROS PACIENTES INCLUIDOS EN EL REGISTRO DE ENFERMEDAD PSORIÁSICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA Y DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PSORIASIS (RENAEPSO)

**SAVIO Verónica**, **ECHEVERRÍA Cristina**, **COSENTINO Vanesa**, **MATA Darío**, **EXENI Ida**, **SEVERINA María de los Ángeles**, **MACHADO ESCOBAR Maximiliano**, **GORDILLO María Florencia**, **CAPELLI Lucía**, **COSATTI Micaela**, **COSTA Cecilia**, **GENTILETTI Julieta**, **DIEGUEZ Carolina**, **VILA Diego**, **DAPÉÑA Joan Manuel**, **MALVIDO Karina**, **CARLEVARIS Leandro**, **CASTELLANOS POSSE María Laura**, **LUNA Paula**, **KREIMER Jennifer**, **CERDA Osvaldo Luis**

INVESTIGADORES DEL REGISTRO NACIONAL DE ENFERMEDAD PSORIÁSICA (RENAEPSO)

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad psoriásica (EPs) es un término actualmente utilizado para describir un abanico de manifestaciones que afecta a pacientes con psoriasis (PsO). El compromiso articular (APs) puede afectar al 30% de los pacientes con EPs.

**OBJETIVO:** Describir las características sociodemográficas, clínicas, tratamiento y comorbilidades de pacientes con EPs en su visita basal.

**MÉTODOS:** Estudio de cohorte longitudinal y multicéntrico, que incluyó a pacientes > o = a 18 años con diagnóstico de PsO y/o APs. El diagnóstico de PsO lo realizó un dermatólogo y el de APs un reumatólogo. Variables consignadas: sociodemográficas, clínicas, tratamientos, dominio afectado y comorbilidades.

**RESULTADOS:** Ingresaron 111 pacientes. La distribución por provincias fue el 54,91% de Buenos Aires, 25,2% Córdoba, 5,41% Tucumán, 4,50% Santa Fe, 3,60% Mendoza, 1,80% Entre Ríos, 1,80% Tierra del Fuego, 0,9% Misiones, 0,9% Río Negro y 0,9% La Pampa. El 52,3% fueron mujeres, edad media 55,7±12,9 años. El 51,4% con un nivel socioeconómico medio, presentando el 57,7% obra social, 20,7% prepaga y el 18,9% pública. Un 68,5% de los pacientes con trabajo parcial o completo. El 30,9% de los pacientes presentaba antecedente familiar de EPs. El tiempo medio promedio a la atención especializada fue de 6 meses (RIC 3-12). El 71,3% con comorbilidades asociadas, 71,7% hipertensión, 26,2% diabetes, 32,3% síndrome metabólico, 49,2% dislipemia, 27,4% hipotiroidismo, 8,06% osteoporosis, 44,4% obesidad, 11,5% enfermedad cardiovascular, 3,28% enfermedad cerebrovascular, 11,5% depresión, 19,7% ansiedad, 13,1% fibromialgia, 8,20% cáncer, 1,61% litiasis renal, 12,9% esteatosis hepática. Tabaquismo el 46,3% actual o exfumador, 58,9% sedentario, 7,37% alcoholismo. Al momento del diagnóstico el 85,7% presentaba PsO en placas o vulgar, 6,12% en gotas, 8,16% eritrodérmica, 2,08% pustulosa palmo plantar, 6,12% palmo plantar, 3,06% invertida, 26,5% ungueal. El 75,5% de los pacientes presentaba APs, el 28,6% poliarticular, 20,4% oligoarticular, 16,3% de interfalángicas distales, axial el 21,7%, un 50,8% entesitis, 32,2% dactilitis y ninguno con artritis mutilante, además 3 pacientes con uveítis y 1 con enfermedad inflamatoria intestinal. Respecto al tratamiento, el 45,2% recibía tratamiento tópico, 14,5% fototerapia, el 82,4% sistémico, entre los cuales el 61,2% metotrexato, 6,12% leflunomida, sulfasalacina el 1,02% y acitretin el 1,03%. Se encontraban recibiendo medicación biológica el 58% de los pacientes, de los cuales el 20,4% adalimumab, certolizumab 3,06%, etanercept 3,06%, golimumab 1,02%, secukinumab un 19,4%, ixekizumab 2,04%, abatacept 5,10%, 4,08% guselkumab y 5,10% risankizumab. Con respecto al tratamiento sintético de pequeñas moléculas upadacitinib, el 3,06%, apremilast un paciente y ninguno tofacitinib ni baricitinib. Tres individuos se encontraban recibiendo drogas de investigación.

**CONCLUSIÓN:** Presentamos el primer reporte con las características basales de pacientes con EPs de la República Argentina. Destacamos la relevancia del trabajo colaborativo entre dermatólogos y reumatólogos para obtener e informar las características sociodemográficas, de la enfermedad y el tratamiento de todo el territorio nacional.

**INMUNOCOMPLEJOS EN LA BIOPSIA RENAL “NO TODO ES LUPUS”**

**TANTEN Romina, SCOLNIK Marina, ESPEJO Estefanía, SCAGLIONI Valeria, CHRISTIANSEN Silvia, BRATTI Griselda, VARELA Carlos Federico, ROSA Javier, SORIANO Enrique, GRELONI Gustavo**

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

	GMN Full House LES (n=116)	GMN Full House No Lúpica (n=65)	P
Sexo femenino, n (%)	98 (84.5)	26 (40.0)	< 0.001
Edad al momento de la biopsia, años, media (DS)	34.7 (11.8)	52.4 (16.4)	< 0.001
FAN positivo al momento de la biopsia, n (%)	108 (96.4)	20 (33.3)	< 0.001
C3 bajo al momento de la biopsia, n (%)	83 (76.8)	25 (42.4)	< 0.001
C4 bajo al momento de la biopsia, n (%)	56 (51.8)	9 (15.3)	< 0.001
Anti ADN positivo al momento de la biopsia, n (%)	69 (63.3)	1 (2.2)	< 0.001
Clearance de creatinina al momento de la biopsia, ml/min, mediana (RIC)	97 (62-121)	38 (25-64)	< 0.001
Clearance de creatinina a los 12 meses de la biopsia, ml/min, mediana (RIC)	109 (90-122)	43 (31-70)	< 0.001
Enfermedad renal terminal, n (%)	9 (7.8)	10 (15.4)	0.11
IgA +++/++++, n (%)	58 (50.9)	31 (48.4)	0.76
IgM +++/++++, n (%)	45 (39.8)	22 (34.4)	0.47
IgG +++/++++, n (%)	107 (93.0)	46 (71.9)	< 0.001
C3 +++/++++, n (%)	104 (90.4)	47 (72.3)	< 0.001
C1q +++/++++, n (%)	74 (64.3)	17 (26.6)	< 0.001
Todos +++/++++, n (%)	27 (23.3)	4 (6.2)	0.003
Fibrosis Intersticial moderada/severa, n (%)	17 (15.4)	33 (51.6)	< 0.001
Atrofia tubular moderada/severa, n (%)	17 (15.9)	32 (50.0)	< 0.001
Pulsos de corticoides, n (%)	27(28.4)	7 (16.7)	0.14
Corticoides vía oral, n (%)	95 (92.2)	19 (47.5)	< 0.001
Ciclofosfamida, n (%)	33 (33.3)	8 (19.5)	0.10
Micofenolato, n (%)	51 (52.1)	10 (25.6)	0.005
Rituximab, n (%)	7 (7.2)	1 (2.5)	0.28
Algún otro inmunosupresor, n (%)	88 (88.0)	18 (45.0)	< 0.001

**INTRODUCCIÓN:** El patrón de inmunofluorescencia conocido como *full house* (FH) se caracteriza por la presencia de depósitos de IgA, IgM, IgG, C3 y C1q en la biopsia renal. Tradicionalmente, este patrón se ha asociado al diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES). Sin embargo, existen otras causas menos conocidas que pueden dar lugar a este mismo patrón.

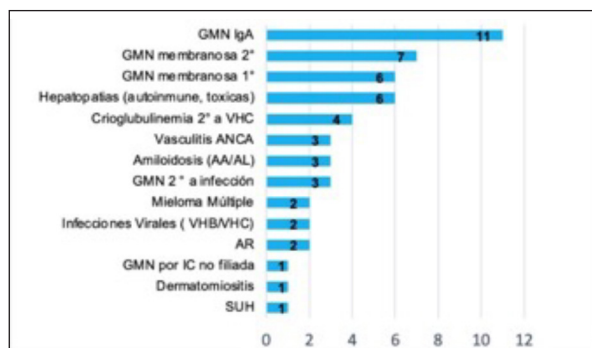
**OBJETIVO:** Evaluar en una cohorte de pacientes cuáles son los predictores clínicos y de la biopsia renal que se asocian al diagnóstico de lupus y que permiten distinguir de otras causas de glomerulonefritis (GMN) *full house*.

**MÉTODOS:** Estudio descriptivo, analítico, retrospectivo. Se revisaron biopsias renales realizadas en nuestro hospital entre 2000 y 2019 identificándose aquellas con patrón FH. Se recolectaron características clínicas, de laboratorio y de la biopsia renal. Se dividieron los pacientes en aquellos con GMN FH asociada a LES (si cumplían criterios ACR/SLICC/ACR-EULAR) y aquellos con otras causas de GMN FH (secundarias o idiopáticas). Se realizó estadística descriptiva, análisis de regresión logística uni y multivariado para identificar factores asociados con el diagnóstico de LES, y curvas de supervivencia renal comparando entre pacientes con y sin LES.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 181 pacientes con GMN FH, 124 mujeres (68.5%), con una edad media al momento de la biopsia de 41.1 años (DS 16.0) y una mediana de seguimiento posbiopsia de 2.9 años (RIC 0.4-6.8 años). 116 pacientes (64.1%) cumplieron criterios de LES (103 con manifestaciones extrarrenales y 13 lupus limitado a riñón), 52 presentaron causas secundarias identificables de GMN (Figura) y 13 permanecieron como GMN FH idiopática. Los pacientes con LES fueron significativamente más mujeres, más jóvenes y presentaron con mayor frecuencia FAN positivo, anti ADN, C3 o C4 bajo al momento de la biopsia renal (p<0.001 para todas las comparaciones). En la Tabla se muestran las características demográficas, clínicas, de laboratorio e histopatológicas de las biopsias renales de los pacientes, así como su evolución clínica y tratamientos recibidos. En la inmunofluorescencia los pacientes con LES presentaron 3 o 4 cruces de IgG, C3 y C1q con mayor frecuencia que los no lúpicos y menor compromiso moderado/severo del tubulointersticio. En el análisis multivariado los factores que permanecieron asociados con el diagnóstico de lupus como causa de la GMN FH fueron: sexo femenino, edad más joven, FAN y anti-ADN positivos y depósitos de 3 o 4 cruces de C1q. Tener una GMN FH asociada a Lupus fue protectora de ERT en el análisis univariado (HR 0.03, IC 95% 0.13-0.89), pero esta asociación no fue significativa en el análisis multivariado ajustado por haber recibido tratamiento con corticoides o inmunosupresores.

**CONCLUSIÓN:** Un 35.9% de las GMN FH no fueron asociadas a LES. El hecho de ser mujer, más joven, con anticuerpos FAN o anti-ADN positivo y con depósitos marcados de C1q en la biopsia renal se asociaron al diagnóstico de lupus.

**Tabla:** Características de los pacientes con GMN FH asociada a LES y no asociada.



*Virus de la hepatitis C (VHC), Virus de la hepatitis B (VHB), Artritis Reumatoidea (AR), inmunocomplejos (IC), Síndrome Urémico Hemolítico (SUH), Amiloidosis de Tipo AA/AL (AA/AL)*

**Figura:** Causas secundarias de GMN FH.

## EVOLUCIÓN A ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON VASCULITIS ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS: DATOS PRELIMINARES

SARDE Maiten, PENA Claudia, GARCÍA Lucila, COSENTINO Máximo, SARDI Bettina Soledad, GARCÍA Mercedes

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (HIGA) GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA

**INTRODUCCIÓN:** El compromiso renal en las VAA es una afectación frecuente y severa, y está usualmente asociada con mayor edad al momento del diagnóstico, positividad para ANCA, especificidad para MPO y, menos frecuente, compromiso otorrinolaringológico (ORL). El aumento en la mortalidad en estos pacientes se relacionó con el compromiso renal, en conjunto con la positividad para MPO, la severidad de las manifestaciones clínicas y el retraso en el diagnóstico, entre otros factores.

**OBJETIVO:** Describir la evolución a mortalidad y enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en pacientes con VAA.

**MÉTODOS:** Estudio de corte transversal de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de granulomatosis con poliangeítis (GPA), poliangeítis microscópica (PAM) y granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA) según ACR 2022 y/o Chapel Hill 2012, con compromiso renal definido por BVAS como aumento de la creatinina mayor al 30% del valor basal o caída del *clearance* de creatinina mayor al 20%, proteinuria mayor a 1 g/24 h, hematuria mayor a 10 eritrocitos/campo o creatinina sérica mayor 1.4 mg%. Se dividió la muestra según presencia de ERCT y mortalidad, y se evaluaron variables sociodemográficas, comorbilidades, manifestaciones clínicas, de laboratorio inmunológico y tratamiento.

**RESULTADOS:** Se revisaron las historias clínicas de 67 pacientes atendidos entre agosto de 1999 y enero de 2023, de los cuales se incluyeron 47 que cumplían con los criterios de inclusión. De estos, el 53.2% eran mujeres, con una edad media al momento del diagnóstico de 50.5 (DE 15.6) años. Un 89.4% eran mestizos, la mediana de tiempo de evolución de la enfermedad fue de 84 meses (RIC 49-150), con un retraso en el diagnóstico de 3 (RIC 2-4) meses. Al momento del debut de la enfermedad renal, los valores expresados como mediana fueron: urea 0.89 g/L (RIC 0.6-1.23), creatinina 2.45 mg% (RIC 1.83-3.91), proteinuria 1330 g/24 h (RIC 500-1930) y *clearance* de creatinina 32 ml/min (RIC 17-56). La mediana del BVAS3 fue de 21 (RIC 18-27.3). Contamos con los resultados de biopsias renales del 72.3% de los pacientes. En cuanto a las recaídas renales, 7 pacientes (15.2%) presentaron un episodio y 4 (8,70%), 2 o más. De los pacientes analizados, 13 (27.6%) evolucionaron a ERCT, de los cuales 10 iniciaron hemodiálisis (2 de estos pudieron recibir trasplante renal de donante cadavérico) y, 3 mantuvieron valores de filtrado glomerular estable sin necesidad de diálisis hasta el momento de analizar los datos. Un total de 7 pacientes murieron durante el seguimiento. En esta evaluación, se observó que los pacientes que murieron tenían menor evolución de la enfermedad medida en meses (22.5 vs 103; p 0.009), menor *clearance* de creatinina en ml/min (15 vs 33.5; p 0.034) y menor valor de proteinuria en mg/24hs (427 vs 1380; p 0.024).

**CONCLUSIÓN:** En esta cohorte de pacientes un 27.3% evolucionaron a ERCT. La mortalidad total fue de 14.9% durante el seguimiento, de los cuales 3 pacientes presentaban ERCT. Se observó que los pacientes que murieron tenían menor tiempo de evolución de la enfermedad, menor *clearance* de creatinina y menor valor de proteinuria.

## MOTIVOS DE PROLONGACIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS REUMATOLÓGICAS AUTOINMUNES

IBÁÑEZ PEÑA Pablo David, COSENTINO Máximo, GARCÍA Lucila, PENA Claudia, SARDI Bettina Soledad, SARDE Maiten, LEIVA Carlos, GARCÍA Mercedes

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (HIGA) GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA

**INTRODUCCIÓN:** Las hospitalizaciones en Reumatología son frecuentes debido principalmente a las exacerbaciones de la enfermedad de base e infecciones. Si bien se han estudiado previamente los motivos de la hospitalización, los datos sobre los motivos que prolongan la estadía hospitalaria siguen siendo escasos.

**OBJETIVO:** Describir los motivos de prolongación de hospitalización en pacientes con patologías reumatológicas autoinmunes y estimar los costos en salud ocasionados.

**MÉTODOS:** Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico previo o durante la hospitalización de patologías reumatológicas autoinmunes durante el período comprendido entre junio de 2022 a abril de 2023. Se recolectaron datos a partir de la revisión de historias clínicas sobre tratamientos recibidos, lugar y servicios que solicitaron la admisión, tiempo de estadía hospitalaria y costos. Se definió prolongación de internación como aquella estadía hospitalaria mayor a 10 días o que exceda el tiempo esperado para la resolución del motivo de admisión. Los costos de internación se basaron en datos del Servicio de Estadística del Hospital.

**RESULTADOS:** Se registraron 92 hospitalizaciones de las cuales se analizaron datos de 70 pacientes por falta de información relevante en las historias clínicas. Se descartaron 20 pacientes por no presentar enfermedad reumatológica como diagnóstico. Se analizaron 50 pacientes con enfermedad reumatológica establecida. Un 36% fueron mujeres con una mediana de edad de 39 (RIC 28- 52) años. Un 64% (32/50) de los casos tenían diagnóstico previo y en 18 pacientes, el diagnóstico de la enfermedad reumatología se realizó durante la hospitalización. En la Tabla se muestran las características de los pacientes. Se evaluó el tratamiento corticoideo recibido durante la internación. Ocho pacientes (16%) recibieron una dosis de prednisona o equivalente  $\leq 10$  mg/día, 9 (18%) entre 10-20 mg/día y 17 (34%) mayor a 20 mg/día. Un 30% de los casos recibieron pulsos de metilprednisolona (n= 15). Se realizó profilaxis por altas dosis de glucocorticoides en 26 pacientes (52%). La mediana de tiempo de hospitalización fue de 12 (RIC 7-24) días. La mediana de costo en US\$ por día de hospitalización fue de US\$ 786 (RIC 458,5-2161,5). Se observó prolongación de la hospitalización en 25 pacientes (50%), con una mediana de 14 días (RIC 7-26) y con un costo extra por los 14 días de prolongación de US\$ 11.000, lo que sumó en total un valor de US\$ 275.100. Los motivos más frecuentes de prolongación de hospitalización fueron las infecciones nosocomiales n=8 (32%), complicaciones de la enfermedad subyacente n=6 (24%), falta de respuesta al tratamiento n=4 (16%), demora en la derivación a otro centro, demora en la realización de una intervención y efectos adversos del tratamiento en dos casos cada uno (24%) y dificultades en el manejo del dolor n=1 (4%). De los pacientes que presentaron hospitalización prolongada cinco fallecieron (20%), todos por causa infecciosa.

**CONCLUSIÓN:** La principal causa de prolongación de la hospitalización fue la infección nosocomial, seguido de las complicaciones de la enfermedad subyacente y la falta de respuesta al tratamiento. Hubo un exceso de 14 días de hospitalización lo que conllevó un gasto extra de US\$ 11.000 por paciente.

Variable	N=50 (50%)
Edad	39 años (RIC 28-52)
Sexo (femenino)	36 (72%)
Diagnóstico reumatológico durante la internación	18 (36%)
<b>Motivo de hospitalización</b>	
- Sospecha de enfermedad reumatológica	18 (36%)
- Sospecha de infección	12 (24%)
- Estudio y tratamiento de comorbilidades	8 (16%)
- Reactivación de la enfermedad	7 (14%)
- Biopsia renal	2 (4%)
- Accidentes o lesiones traumáticas	2 (4%)
- Reacciones adversas medicamentosas	1 (2%)
<b>Enfermedades autoinmunes</b>	
- LES	29 (58%)
- AR	8 (16%)
- Vasculitis asociada ANCA	4 (8%)
- Enfermedad de Sjögren	4 (8%)
- Dermatomiositis	2 (4%)
- Vasculitis de grandes vasos	1 (2%)
- Síndrome antisintetasa	1 (2%)
- Enfermedad de Behcet	1 (2%)
<b>Servicios que solicitaron hospitalización</b>	
- Clínica Médica	22 (44%)
- Reumatología	6 (12%)
- Terapia intensiva	4 (8%)
- Ginecología/obstetricia	4 (8%)
- Sala de emergencias	3 (6%)
- Guardia de admisión	3 (6%)
- Nefrología	3 (6%)
- Cardiología	2 (4%)
- Unidad coronaria	1 (2%)
- Infectología	1 (2%)
- Neurología	1 (2%)
<b>Lugar de hospitalización</b>	
- Clínica médica	36 (72%)
- Obstetricia	4 (8%)
- Terapia intensiva	4 (8%)
- Cardiología	1 (2%)
- Unidad coronaria	1 (2%)
- Emergencias	1 (2%)
- Cirugía general	1 (2%)
- Traumatología	1 (2%)
- Unidad trasplante de médula ósea	1 (2%)

Tabla: Características de los pacientes.

## ¿LA ENFERMEDAD RENAL TERMINAL REDUCE LOS BROTES DE LUPUS?

SÁNCHEZ LEGUIZAMO Analía, ROSA Javier, SCOLNIK Marina

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

**INTRODUCCIÓN:** Reportes previos han sugerido que aquellos pacientes con nefritis lúpica (NL) y enfermedad renal terminal (ERT) que ingresan en terapia de reemplazo renal (TRR), ya sea hemodiálisis (HD) o diálisis peritoneal (DP), presentan disminución de la actividad del lupus.

**OBJETIVO:** Determinar la incidencia de *flares* en pacientes con NL y ERT, y comparar la misma en los 2 años previos y posteriores al inicio de TRR.

**MÉTODOS:** Se identificaron pacientes con NL que hayan dializado o hayan sido trasplantados en un hospital universitario de Buenos Aires entre 2000 y 2023 con al menos 2 años de seguimiento reumatológico, previos y posteriores al inicio de TRR. Se calcularon las densidades de incidencia (DI) de brotes de lupus no renal (LNR) (medido por SLEDAI *Flare Index* y por BILAG) durante los dos años previos al ingreso a TRR y durante los dos años posteriores.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 25 pacientes, 88.0 % mujeres, con una edad media al inicio de diálisis de 32.0 años (DE 10.9). Una media de edad al diagnóstico de lupus de 23.1 años (DE de 9.3). La mediana de tiempo entre el diagnóstico de lupus y la ERT fue de 8.3 años (RIC 2.8-12.3 años). En la Tabla se presentan las características demográficas, de laboratorio, índices de actividad, tratamiento y complicaciones. En 19 pacientes la modalidad de TRR fue HD, en 5 DP y uno fue a trasplante directamente. 15 pacientes en total fueron trasplantados en el seguimiento posterior. En los 2 años preinicio de TRR se identificaron 12 brotes de LNR por SLEDAI y 9 por BILAG en 23 pacientes, representando una DI por SLEDAI de 0.26 brotes por paciente año y 0.19 brotes por paciente año por BILAG. En los 2 años pos-TRR se observaron 9 brotes por SLEDAI y 7 por BILAG; DI (SLEDAI) de 0.18 brotes por paciente año y 0.14 brotes por paciente año (DI BILAG). Los brotes ocurrieron durante HD (n=6) y durante DP (n=3). Los dominios afectados en los brotes durante la diálisis fueron: mucocutáneo (4), gastrointestinal (3), musculoesquelético (2), cardiorrespiratorio (2), hematológico (2), neu-

ropsiquiátrico (2). Cuatro de 9 de los brotes se acompañaron de disminución de complemento, y 2 de incremento de títulos de anti ADN. La mediana de SLEDAI no renal 2 años previo al inicio de la TRR fue de 3.5 (2-6) y a los 2 años post TRR de 2 (0-4).

**CONCLUSIÓN:** En esta cohorte de pacientes con LES e inicio de TRR los brotes de la enfermedad no disminuyen significativamente luego de TRR.

Características demográficas	
Sexo femenino, n (%)	88.0 %
Edad al diagnóstico de Lupus, años (DE)	23.1 años (DE de 9.3)
Edad al inicio de la Terapia de reemplazo renal, años (DE)	32.0 años (DE 10.9)
Tiempo diagnóstico LES a ERT, mediana (RIC)	8.3 años (2.8 - 12.3)
Características de laboratorio	
FAV patógeno más frecuente, n (%)	Nucleo homogéneo, 18 (80%)
Anti Rb	7 (30.4%)
Anti La	2 (8.7%)
Anti Sm	9 (36.1%)
Anti RNP	8 (34.8%)
Anti ADN	15 (62.5%)
c3 disminuido (en algún momento)	20 (82.5%)
e4 disminuido (en algún momento)	10 (42.0%)
SAF asociado	6 (24.0%)
Actividad no renal	
SLEDAI no renal 2 años pre inicio TRR, mediana (RIC)	3.5 (2-6)
SLEDAI no renal al inicio TRR, mediana (RIC)	2 (2-4)
SLEDAI no renal 2 años post TRR, mediana (RIC)	2 (0 - 4)
Dosis corticoides 2 años pre TRR , prednisona en mg/día, mediana (RIC)	10 (0-27.5)
Dosis corticoides 2 años post TRR, prednisona en mg/día, mediana (RIC)	5 (5-10)
Tratamientos	
Hidrocloroquina al inicio TRR, n(%)	10 (40.4%)
inmunsupresor al inicio TRR, DMARD/Biológicos, n(%)	12 (50.0%)
inmunsupresor 2 años post TRR, n (%)	13 (52.0%)
Complicaciones	
Complicación por TRR, n (%)	18 (84%)
Infección de fístula, n (%)	8 (30%)
Trombosis de acceso de diálisis, n (%)	8 (37.8%)
Sangrado por HD, n (%)	3 (18.7%)
Sobrecarga de volumen, n (%)	1 (8.2%)
Hemoptorrea, n (%)	1 (8.2%)
Rechazo de trasplante renal, n (%)	0 (40%)
Ri trasplante, n (%)	2 (13.2%)
Muerte durante seguimiento, n (%)	7 (28%)

**Tabla:** Pacientes con LES y ERT (n=25).

## PREVALENCIA DE HIPOVITAMINOSIS D EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS CON OSTEOPOROSIS

**BOTTONE Daniel**, AGUILERA Graciela, PLAZA Guillermo, SCHAEFER Hilda

CENTRO PRIVADO DE REUMATOLOGÍA

**INTRODUCCIÓN:** La vitamina D tiene un efecto beneficioso sobre la salud ósea durante toda la vida a través de varias funciones clave: ayuda a la absorción de calcio de los alimentos en el intestino; tiene un efecto regulador sobre la hormona paratiroidea (PTH) resultando en una reducción de la pérdida ósea; asegura la correcta renovación y mineralización del hueso; tiene un efecto estimulante directo sobre el tejido muscular y por lo tanto, puede reducir el riesgo de caídas; aumenta la densidad mineral ósea. La Guía argentina para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la osteoporosis recomienda no iniciar tratamiento sin que el paciente tenga niveles adecuados de vitamina D (valores de 25OHD >30 ng/ml), los que deben mantenerse durante todo el tratamiento. Un estudio coordinado por AAOMM en diferentes provincias de la Argentina mostró que los sujetos mayores de 65 años que no recibían vitamina D, presentaban deficiencia del 52% (menor a 20 ng/ml) en el Norte de nuestro país.

**OBJETIVO:** Identificar la prevalencia de hipovitaminosis D en pacientes mujeres posmenopáusicas con diagnóstico de osteoporosis que fueron atendidas en un centro privado de Reumatología de Salta.

**MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. Se incluyeron 119 pacientes mujeres posmenopáusicas con diagnóstico de osteoporosis por densitometría ósea (DXA) de columna lumbar y cuello de femoral, con un T-score menor a -2.5. De la población objetivo se revisaron los registros de laboratorio que presentaron niveles subóptimos de vitamina D, durante el período enero a diciembre de 2022.

**RESULTADOS:** Del total de las 119 mujeres posmenopáusicas con osteoporosis, 92 (77.31%) presentaron hipovitaminosis D.

**CONCLUSIÓN:** Existe una alta prevalencia de hipovitaminosis D en mujeres posmenopáusicas con osteoporosis. La medición de los niveles séricos de 25 OHD constituye una herramienta fundamental antes de iniciar el tratamiento para la osteoporosis.

0195

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA ARGENTINA

SILVERY León<sup>1</sup>, CARROZZA Florencia<sup>1</sup>, GUT Oscar<sup>1</sup>, GÓMEZ Ramiro<sup>2</sup>, PARÍS Úrsula Vanesa<sup>3</sup>, SEEWALD Adriana<sup>3</sup>, PUERTA FRANCHI Ramiro<sup>4</sup>, MALIANDI María del Rosario<sup>5</sup>, PERROTTA Natalia<sup>6</sup>, BATTAGLIA Cecilia<sup>1</sup>, BERÓN Ana<sup>1</sup>, LÓPEZ MEILLER María José<sup>1</sup>, GARCÍA CARRASCO Marina<sup>1</sup>, MEDINA Gustavo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, <sup>2</sup>HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS, <sup>3</sup>HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS RAMÓN MADARIAGA, <sup>4</sup>SANATORIO LAS LOMAS, <sup>5</sup>SANATORIO GARAY, <sup>6</sup>UNIDAD ASISTENCIAL DR. CÉSAR MILSTEIN

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de Behçet (EB) es un desorden inflamatorio crónico, multisistémico de origen desconocido y poco frecuente en Latinoamérica. Se han reportado manifestaciones clínicas variables según la localización geográfica. Se describen actualmente 2 sets de criterios de clasificación: Grupo internacional de estudio (ISG) y Criterios Internacionales para Enfermedad de Behçet (ICBD). Otros estudios presumen que la EB consta de varios subtipos clínicos con diferente gravedad, resultando en la heterogeneidad de la enfermedad. La observación del agrupamiento de estos subtipos clínicos en enfermedades con manifestaciones heterogéneas es de importancia y puede tener una potencial implicación fisiopatológica y terapéutica.

**OBJETIVO:** Describir las manifestaciones clínicas de la EB. Clasificar a los pacientes con EB según criterios de ISG e ICBD. Analizar los diferentes grupos fenotípicos: grupo 1 (úlceras orales + úlceras genitales + eritema nodoso), grupo 2 (trombosis venosa superficial + trombosis venosa profunda), grupo 3 (uveítis), grupo 4 (acné + artritis).

**MÉTODOS:** Estudio descriptivo, retrospectivo de una cohorte multicéntrica de Argentina. Se seleccionaron 57 pacientes con diagnóstico clínico de EB, de enero de 2003 a junio de 2023. Se consignaron datos obtenidos de las historias clínicas dentro de los cuales figuraba la edad, sexo, etnia, edad de inicio de síntomas, edad al diagnóstico, tiempo de retraso diagnóstico, manifestaciones clínicas, presencia del HLA-B51, tratamiento recibido y evolución. Se aplicaron además los criterios clasificatorios ISG e ICBD. Los pacientes fueron clasificados según su manifestación clínica en grupos fenotípicos.

**RESULTADOS:** Se analizaron 57 pacientes con EB, 58% correspondieron al sexo femenino, 42% al sexo masculino con una relación mujer/hombre de 1,3:1; edad media de diagnóstico fue de 35 años±15, retraso diagnóstico de 16 meses (RIC 4.5-55.3). La manifestación clínica más común fueron las aftas 88%, seguida por el compromiso urogenital 65%, articular 64%, ocular 63%, cutáneo 60%, venoso 16%, gastrointestinal 12%, compromiso arterial 5%, sistema nervioso central 3%, pulmonar 3% y renal 2%. El HLA-B51 se realizó en 30 pacientes de los cuales 57% fueron positivos. El test de patergia se realizó en 23 de los pacientes de los cuales 52% fueron positivos. De los 57 pacientes con EB probable, 67% cumplieron con los criterios ISG y 88% con los criterios ICBD. Dentro de los grupos fenotípicos, 81% pertenecieron al grupo 1, mientras que 19%, 63% y 30% pertenecieron al grupo 2, 3 y 4 respectivamente. En cuanto al tratamiento recibido, 68% de los pacientes fueron tratados con corticoide sistémico, 61% con colchicina, 40% con azatioprina, 35% con metotrexato, 33% con anti-TNF, 26% con corticoide tópico, 12% con ciclofosfamida, 9% con ciclosporina, 7% con talidomida, 3% con micofenolato.

**CONCLUSIÓN:** La EB fue más común en el sexo femenino a diferencia de otras regiones geográficas. El compromiso mucoso fue el predominante, seguido por el articular, ocular y cutáneo. Los grupos fenotípicos más comunes fueron el 1 y el 3. La principal causa del uso de anti-TNF fue la panuveítis.

0196

## DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INTERSTICIAL PULMONAR ASOCIADA A ENFERMEDAD AUTOINMUNE DEL REGISTRO EPIMAR 2

VIRASORO Belén María<sup>1</sup>, ALFARO Agustina<sup>1</sup>, ENGHELMAYER Juan<sup>2</sup>, VIVERO Florencia<sup>2</sup>, GASER Adrián<sup>2</sup>, LANCELOTTI Diana<sup>2</sup>, MONTOYA Sandra Fabiana<sup>2</sup>, USANDIVARAS Marcela<sup>2</sup>, PACHECO Gonzalo<sup>2</sup>, BARBAGLIA NAVARRO Ana Lucía<sup>2</sup>, VELAZCO ZAMORA José Luis<sup>2</sup>, MARTÍNEZ MUÑOZ Alejandro<sup>2</sup>, CAMPINS Federico<sup>2</sup>, GAMARRA Antonella<sup>2</sup>, PENA Claudia<sup>2</sup>, OLIVER Marina<sup>2</sup>, GONZALO Paula<sup>2</sup>, LLOVES SCHENONE Nicolás Martín<sup>2</sup>, MARTÍN María Luz<sup>2</sup>, MOLINARI Luciana<sup>2</sup>, NIGRA Natalia<sup>2</sup>, BENÍTEZ Cristian Alejandro<sup>2</sup>, BERSANO Noelia<sup>2</sup>, PAPAGNO María Julia<sup>2</sup>, GORDILLO María Florencia<sup>2</sup>, NAVARRO Sandra<sup>2</sup>, CUCCHIARO Natalia Lili<sup>2</sup>, BRIGANTE Alejandro<sup>1</sup>, PONS-ESTEL Guillermo<sup>1</sup>, BUSCHIAZZO Emilio<sup>2</sup>, QUINTANA Rosana<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, <sup>2</sup>REGISTRO EPIMAR 2

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) forma parte de las manifestaciones clínicas de varias enfermedades autoinmunes (AI). Se caracteriza por inflamación y/o fibrosis del parénquima pulmonar. El tratamiento de basa en drogas inmunosupresoras como ciclofosfamida y micofenolato, y antifibróticos según las características clínicas del paciente.

**OBJETIVO:** Describir las características clínicas, serológicas y tratamientos recibidos en pacientes con EPI-AI

**MÉTODOS:** EPIMAR 2 es un registro de vida real de pacientes con EPI-AI, prospectivo, observacional y multicéntrico de Argentina. Incluye pacientes >18 años con diagnóstico de EPI-AI de 5 años de evolución, definida por hallazgos en tomografía computada de alta resolución (TCAR). Son 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).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 168 pacientes, 138 (82.1%), con una mediana de edad de 63 (54-71) años. La mayoría (59,70%) nunca fumó. Los subtipos de EPI-AI fueron: 142 (84.5%) EPI-ETC, 18 (10.7%) IPAF y 6 (3.6%) EPI-ANCA. Dentro de los pacientes EPI-ETC, 54 (38.3%) tenían esclerodermia, 51 (36.2%) artritis reumatoidea, 15(10,6%) miopatías inflamatorias, 24 (17.1%) Sjögren y 6 (31.6%) vasculitis ANCA. Los valores de CVF (lt y %) fueron 2.23 (DS 0.08) litros y 71.4% (DS 20) respectivamente. La DLCO basal fue 17.1 (DS 12.1) ml/min/mmHg. El 33% (53 pacientes) presentaron enfermedad subclínica. Al dividirlos según diagnóstico de EPI-ETC, IPAF Y ANCA las frecuencias de enfermedad subclínica fueron 35.8%, 11.1% y 50% respec-

tivamente. La demora diagnóstica fue mayor en los pacientes con EPI-ANCA con una mediana en meses de 10.0 [8.50, 16.0] vs 3.50 [1.00, 12.0] para EPI-ETC y 3.00 [2.00, 5.50] para IPAF. La medicación inmunosupresora más usada independientemente del diagnóstico fueron los corticoides (78%) seguidos por el micofenolato (43%) y ciclofosfamida (20%). La Tabla muestra los tratamientos utilizados según diagnóstico de EPI-ETC, IPAF Y ANCA. **CONCLUSIÓN:** Presentamos datos multicéntricos de pacientes de Latinoamérica del registro EPIMAR 2. La mayoría presentaba diagnóstico de enfermedad autoinmune definida, siendo el diagnóstico más frecuente la esclerodermia (54 pacientes). El inmunosupresor más usado, luego de los corticoides, fue el micofenolato independientemente del diagnóstico. Se necesita pesquisa temprana de EPID en todos los pacientes con enfermedades autoinmunes para poder acortar la demora diagnóstica a fin de instalar tratamiento oportuno.

	EPI asociada a ETC (N=142)	IPAF (N=18)	EPI-ANCA (N=6)	Total (N=168)
AZA	15 (12.8%)	4 (36.4%)	2 (33.3%)	21 (15.6%)
MMF	51 (42.9%)	5 (41.7%)	4 (66.7%)	60 (43.5%)
Rituximab	23 (18.9%)	1 (9.09%)	1 (16.7%)	25 (17.9%)
Ciclofosfamida	25 (20.7%)	2 (16.7%)	0 (0%)	28 (20.0%)
Abatacept	6 (5.04%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (4.38%)
Tofacitinib	5 (4.13%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (3.60%)
Corticoides	83 (69.2%)	9 (81.8%)	5 (83.3%)	98 (71.0%)

Tabla: Tratamientos utilizados según diagnóstico de EPI-ETC, IPAF y ANCA.

0208

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES CON ANTICUERPOS ANTIPOLIMERA III POSITIVO

Tabla 1	Población total (n=31)	Anti-RNAP III (+) (n=18)	Anti-RNAP III (-) (n=16)	p-valor
Sexo femenino, n (%)	29 (93.5%)	14 (83.3%)	15 (93.8%)	0.962
Edad (años), RIC	49 (41-60)	52 (42.5-62)	44.5 (41-58.5)	0.251
Subtipo de esclerosis sistémica				
Limitada	22 (72.7%)	9 (50%)	13 (81.3%)	0.166
Difusa	7 (22.6%)	5 (33.3%)	2 (12.5%)	0.193
Sin esclerodermia	2 (6.5)	1 (6.7%)	1 (6.3%)	1
Tiempo de evolución FR (años)	11 (4.5-12.5)	6 (3.50-9.50)	8.50 (6.50-26)	0.088
Tiempo de evolución enfermedad (años desde el diagnóstico)	8.81 (3.50-11)	7 (3.50-10)	7 (4.50-13.3)	0.539
Síndrome de superposición	11 (35.5%)	5 (33.3%)	6 (37.5%)	0.809
Migraña inflamatoria	4 (30.8%)	1 (14.3%)	3 (50%)	0.600
Compromiso vascular				
Úlceras digitales	19 (32.3%)	6 (40%)	4 (25%)	0.372
Amputaciones	3 (9.7%)	2 (13.3%)	1 (6.3%)	0.600
Compromiso Musculoesquelético				
Artritis	8 (25.8%)	5 (33.3%)	3 (18.8%)	0.354
Frote tendinoso	4/29 (12.9%)	3/15 (20%)	1/14 (7.1%)	0.598
Debilidad muscular	6 (19.4%)	3 (20%)	3 (18.8%)	0.930
Compromiso Gastrointestinal				
GAVE	2/21 (9.5%)	2/12 (16.7%)	0/9	0.198
Ausencia de contracción EEI por MEAR	4 (12.9%)	2 (40%)	2 (50%)	1
EPI	20/29 (69%)	10 (71.4%)	10 (66.7%)	0.961
NSIP	15 (51.7%)	9 (64.3%)	6 (40%)	0.270
HTP	5 (19.2%)	2/12 (16.7%)	3 (21.4%)	1
PSAP-ETT	30 (27-35)	29 (20-48)	31 (20-42)	0.862
Crisis renal esclerodérmica	1 (3.2%)	1 (6.7%)	0	0.494
Inmunoserología				
FAN Positivo	30	14	16	0.104
Patrón moteado fino	16 (55.2%)	5 (35.7%)	12 (76%)	0.020
Patrón moteado sin especificar	4 (13.8%)	4 (28.6%)	0	0.043
Patrón Nuclear	4 (13.8%)	1 (7.1%)	3 (18.8%)	0.600
Patrón Homogéneo	2 (6.9%)	1 (7.1%)	1 (6.3%)	1.000
Patrón nuclear moteado	3 (10.3%)	3 (21.4%)	0	0.191
Anti RNA polimerasa III (Anti-RNAP III)	15 (48.4%)	15 (100%)	0	
Título (Anti-RNAP III), RIC	97 (50-138)	97 (50-138)	0	<0.001

Tabla: Características generales y comparativas de la población estudiada.

ORTUÑO LOBO Rossio Gardenia, ARIAS Tamara Graciela, PINO María Selva, MALAH Verónica, MEDINA Gustavo, LÓPEZ MEILLER María José

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

**INTRODUCCIÓN:** En esclerosis sistémica (ES) la positividad de Ac es útil para diagnóstico y clasificación siendo autoexcluyentes. Antitopoisomerasa I (ATA) se asocia a variante difusa y fibrosis pulmonar, anticentrómero (ACA) a variante limitada e hipertensión pulmonar (HP) y anti-RNA polimerasa III (anti-RNAP III) a variante difusa, crisis renal, neoplasias, miositis, sinovitis, contracturas articulares y ectasia vascular antral gástrica.

**OBJETIVO:** Estimar la prevalencia de anticuerpos anti-RNAP III positivos en pacientes con (ATA) y (ACA) negativos. Describir las características clínicas de pacientes con ES anti-RNAP III positivos y negativos.

**MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, unicéntrico, >18 años con criterios de clasificación (ACR/EULAR) 2013, ATA, ACA negativos y anti-RNAP III determinado por ELISA, QUANTA lite Inova Diagnostics®.

**RESULTADOS:** Se evaluaron 296 historias clínicas, 2018-2023. 31 cumplían criterios de inclusión. El 48.4% (15/31) anti-RNAP III positivos y 51.6% (16/31) negativos. 80% mestizos. La prevalencia de anti RNAP-III positivos fue de 5.06%. Score mRodnan mediana 6 en ambos grupos. Mayor proporción de úlceras digitales (40% vs 25%), amputaciones (13.3% vs 6.3%), artritis (33% vs 18.8%), frote tendinoso (20% vs 7.1%) Y ectasia vascular antral gástrica (GAVE) 16,7% en el grupo anti-RNAP III positivo. 69% (20/31) tenía EPI, patrón NSIP 64.3% en anti-RNAP III positivos vs 40% en anti-RNAP III negativo. Capilaroscopia en anti-RNAP III positivos patrón temprano 33.3% vs 18.8% y patrón tardío 33.3% vs 18.8% y hallazgos inespecíficos 6,7% vs 25%. El 12.9% (n=4) requirió internación por hemorragia digestiva alta, neumonía, tuberculosis peritoneal en paciente embarazada y meningoencefalitis. Una sola muerte, anti-RNAP III positivo, GAVE y crisis renal; deceso por falla multiorgánica.

**CONCLUSIÓN:** La prevalencia encontrada fue similar a otro trabajo argentino publicado, y fue menor que los reportes de pacientes caucásicos, diferencia que podría explicarse por la etnia. Se ha descrito la positividad anti-RNAP III como marcador de pronóstico asociándose a mayor riesgo de crisis renal esclerodérmica, sinovitis, miositis y neoplasias. Si bien en nuestra serie se observa una tendencia porcentual, no hemos obtenido resultados estadísticamente significativos, lo que podría explicarse por el bajo número de pacientes o por sus características genéticas.



### NUESTRA EXPERIENCIA DE NEURO-SJÖGREN EN 5 AÑOS

**ROLLANO PERASSO Alejandra**, VIRASORO Belén María, JIMÉNEZ GARNAUT Mauricio Alberto, GÓMEZ Andrea, GÓMEZ Gimena, DUARTES NOE Damián  
HOSPITAL BRITÁNICO

**INTRODUCCIÓN:** El compromiso de neuro-Sjögren es heterogéneo, varía de 8.5 a 70%. La manifestación más frecuente es la neuropatía periférica, en particular la polineuropatía sensorial, son menos comunes las formas mixtas y afectación del SNC.

**OBJETIVO:** Describir manifestaciones neurológicas en pacientes con SSp en nuestra institución; describir características clínicas, resultados de estudios complementarios, evaluación de actividad, daño y tratamiento instaurado.

**MÉTODOS:** Estudio transversal, centro único. Se evaluaron 300 historias clínicas de pacientes con SSp (ACR EULAR-2016) ingresados en una base local desde 2018, 50 casos tenían datos completos correspondiendo el 20% (n=10) a compromiso neurológico. Se evaluó examen físico, actividad de enfermedad por ESSDAI, discapacidad por RANKINm y daño por SSDDI, laboratorio, PL, RMI (diferentes segmentos), EMG, QST, potenciales evocados, test de vaciamiento gástrico, Tilt test y biopsia de nervio sural según correspondiera.

**RESULTADOS:** De 50 casos evaluados, el 20% (n=10) presentó neuro-Sjögren. El compromiso más frecuente fue SNP (80%), manifestado por parestesias/hipoestesia/ataxia, seguido de compromiso mixto SNA+SNP (20%) (Tabla). Un paciente presentó ganglioneuropatía sensorial manifestado por parestesias y ataxia progresiva de MMSS. Laboratorio FAN Mo (+) 80%, antiRo 50%, hipergammaglobulinemia 50%. EMG neuropatía axonal sensitiva motora 80%, QST disfunción de fibras finas 10%. Score de actividad por ESSDAI 4 (0-13), discapacidad pre tratamiento RANKINm 2 (1-4) y postratamiento 1.5 (1-3), índice de daño SSDDI 2 (1-5).

**CONCLUSIÓN:** En nuestra muestra se observó mayor compromiso de SNP, más frecuente en mujeres, y el tratamiento más usado fue hidroxicloroquina, corticoides, rituximab e IgGEV.

<b>Edad (años) mediana ( ric)</b>	<b>61.5</b> <b>(55-69)</b>
<b>Sexo, femenino, n (%)</b>	<b>8(80%)</b>
<b>Duración enfermedad (meses) mediana (ric)</b>	<b>42</b> <b>(16-96)</b>
<b>Compromiso SNP n (%)</b>	<b>10 (100%)</b>
<b>Neuropatía axonal sensitiva</b>	<b>8(80%)</b>
<b>Compromiso SNA n (%)</b>	<b>2(20%)</b>
<b>Pts/trastornos motilidad gástrica</b>	<b>1(10%)</b>
<b>ESSDAI mediana (min-max)</b>	<b>4 (0-13)</b>
<b>RANKINm pre tto (mín-máx)</b>	<b>2(1-4)</b>
<b>RANKINm post tto (mín-máx)</b>	<b>1.5(1-3)</b>
<b>SSDDI mediana (min- max)</b>	<b>2(1-5)</b>
<b>Corticoides</b>	<b>4(40%)</b>
<b>Hidroxicloroquina</b>	<b>7(70%)</b>
<b>Rituximab</b>	<b>4(40%)</b>
<b>Gammaglobulina</b>	<b>4(40%)</b>

Tabla: Descripción demográfica.

### ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO E ÍNDICE PLAQUETA-LINFOCITO COMO AYUDA DIAGNÓSTICA PARA DIFERENCIAR LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ACTIVO E INFECCIÓN EN PACIENTES INTERNADOS

**YUCRA Demelza**, CASTRO Vanessa, HAMAUI Adriana, BRIGANTE Alejandro  
SANATORIO GÜEMES

**INTRODUCCIÓN:** En pacientes con LES la infección es una de las principales causas de morbilidad, el 14-50% de las internaciones están relacionados a infección. Las manifestaciones clínicas de la misma son similares a un brote de la enfermedad y a su vez puede gatillar actividad, por lo que se requiere de marcadores confiables y factibles para el manejo oportuno. Varios estudios previos han reportado marcadores, como la proteína C reactiva (PCR), la procalcitonina, las proteínas fijadoras de calcio (S100A8/A9) y el índice delta de neutrófilos, como marcadores de infección. En un metaanálisis se observó aumento del índice neutrófilo-linfocito (INL) en LES activo y compromiso renal en comparación a sujetos sanos. Un estudio en Indonesia obtuvo el valor de corte del INL de 2.94 para determinar la enfermedad activa. Pocos estudios han demostrado el INL y el índice plaqueta-linfocitos (IPL) para diferenciar infecciones y brotes en pacientes internados.

**OBJETIVO:** Determinar si el INL y IPL son de utilidad como diagnóstico diferencial de actividad e infección en pacientes internados.

**MÉTODOS:** Estudio observacional transversal. Se incluyeron pacientes >18 años con diagnóstico de LES según criterios 2019 EULAR/ACR que se internaron en el Sanatorio Güemes desde 01/2019 a 07/2023. Se recopilaron los datos de las historias clínicas (HC). Datos demográficos, edad, género. Datos relacionados con su enfermedad: medicación habitual, SLICC. Estudios de laboratorio del primer día de internación: hemograma, ESD,

PCR. Marcadores de actividad C3, C4, Anti DNA, se calculó SLEDAI. Se revisaron resultados de las primeras 72 h de hemocultivos, urocultivos, esputo o lavado bronquioalveolar. Estudios de imágenes ecografía, TC, ecocardiograma según el caso. Se agruparon según la evaluación clínica: actividad, infección, actividad + infección, otra causa de internación. Si requirieron internación en Unidad Cerrada. Se describieron tratamientos realizados: corticoide, pulsos de MP, ciclofosfamida, rituximab, inmunoglobulina, micofenolato.

**RESULTADOS:** De un total de 188 pacientes con Dx de LES, se revisaron HC de 51 internados, con 66 internaciones (1 a 3 internaciones), con una mediana de edad 36 años (RIC 24-48), mujeres 78.43%, tiempo de evolución de enfermedad de 48 meses (RIC 10-142). Causa de internación: actividad 39 (59%), infección 12 (18%), actividad+infección 12 (18%), otras 3 (5%), características basales (Tabla 1). En los pacientes con actividad+infección los valores de INL fueron más altos, se encontró correlación positiva entre los valores de INL y PCR ( $r=0.60$ ;  $p=0.03$ ) (Tabla 2). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los valores de INL e IPL entre infección y actividad. En los pacientes con actividad se encontró *flare* renal 18/39 (46%), mediana de SLEDAI más alta y mayor frecuencia de hipocomplementemia. En los pacientes con infección se encontró mayor frecuencia de fiebre y la mediana de PCR fue mayor, estas diferencias fueron estadísticamente significativas (Tabla 3). La etiología bacteriana 17/24 (71%) fue más frecuente, con foco urinario, gastrointestinal, respiratorio, mayor rescate de *E. coli*, *S. aureus* y polimicrobiano.

**CONCLUSIÓN:** En nuestra cohorte de pacientes la mayor causa de internación fue la actividad, con compromiso renal. Se observó más alto INL en los pacientes con actividad+infección y se correlacionó con PCR. La fiebre y PCR fueron marcadores de infección. No se encontró diferencia significativa de INL ni de IPL entre actividad e infección. La mayoría de los pacientes tuvieron un valor INL más alto que los hallados en los trabajos citados. Se requieren marcadores sencillos, rápidos y seguros para implementar un tratamiento adecuado.

<b>Internaciones</b>	<b>n= 66</b>
SLICC Me (RIC)	1 (0-3)
SLEDAI Me (RIC)	8.5 (4-14)
Fiebre n (%)	31 (46.97)
INL Me (RIC)	4.18 (2.87-7.1)
IPL Me (RIC)	182.5 (91-279)
ESD Me (RIC)	35 (24-71)
PCR Me (RIC)	59 (9-141)
Hipocomplementemia n (%) (n=65)	50 (76.92)
Anti DNA n (%) (n=64)	36 (56.25)
UTI n (%)	25 (37.88)
<b>Tratamiento al ingreso</b>	
Corticoide n (%)	44 (66.67)
Dosis mg/día Me (RIC)	8 (0-20)
Hidroxicloroquina n (%)	38 (57.58)
Inmunosupresión n (%)	27 (41)
MTX n (%)	3 (4.55)
AZA n (%)	11 (16.67)
MMF n (%)	12 (18.18)
CFD n (%)	7 (10.61)
RTX n (%)	2 (3.03)

Tabla 1: Características basales.

<b>Infección n (%)</b>	<b>12 (18.18)</b>
INL Me (RIC) (n=12)	3.98 (2.85-10.62)
IPL Me (RIC) (n=12)	209.19 (100-362.5)
<b>Actividad n (%)</b>	<b>39 (59.09)</b>
INL Me (RIC) (n=39)	3.9 (2.5-6.5)
IPL Me (RIC) (n=39)	173 (64.5-279)
<b>Ambos n (%)</b>	<b>12 (18.18)</b>
INL Me (RIC) (n=12)	4.08 (2.9-5.3)
IPL Me (RIC) (n=12)	148.75 (56.75-285.5)

Tabla 2: Resultado de INL e IPL

	Infección (n=12)	Actividad (n=39)	OR (IC)	p-valor
Edad Me (RIC)	40 (24-52)	28 (21-40)	n/a	0.34
Femenino n (%)	9 (75%)	30 (76.92)	0.9 (0.20-4.05)	0.89
Tiempo de evolución en meses Me (RIC)	54 (27-169)	28 (1-126)	n/a	0.17
SLICC Me (RIC)	1 (0-5-4)	1 (0-2)	n/a	0.16
SLEDAI Me (RIC)	4.5 (2-8)	13 (8-18)	n/a	<b>0.004</b>
Fiebre n (%)	9 (75)	15 (38.46)	4.8 (1.11-20.61)	<b>0.02</b>
INL Me (RIC)	3.98 (2.85-10.62)	3.9 (2.5-6.5)	n/a	0.39
IPL Me (RIC)	209.19 (100-362.5)	173 (64.5-279)	n/a	0.32
ESD Me (RIC)	53 (31-83)	31 (23-56)	n/a	0.30
PCR Me (RIC)	30 (89.5-1941.5)	30 (4.5-97)	n/a	<b>&lt;0.001</b>
Hipocomplementemia n (%) (n=65)	7 (58.33)	37 (94.87)	0.07 (0.01-0.47)	<b>0.001</b>
Anti DNA n (%) (n=64)	8 (66.67)	25 (65.79)	1.12 (0.28-4.39)	0.87
Corticoide al ingreso n (%)	9 (75)	26 (66.67)	1.5 (0.34-6.5)	0.58
Dosis mg/día al ingreso Me (RIC)	13.5 (4-20)	8 (0-40)	n/a	0.90
Inmunosupresión al ingreso n (%)	6 (50)	18 (46.15)	1.16 (0.32-4.25)	0.81

Tabla 3: Comparación entre infección y actividad.

## MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. DATOS DEL REGISTRO RELESSAR

**AVILA Juan Pablo**, GOBBI Carla Andrea, QUINTANA Rosana, GARCÍA Lucila, ALBA Paula, SAVIO Verónica, ALONSO Carla Gimena, ASTESANA Pablo José, ALBIERO Juan Alejandro, MIRANDA Juan Manuel, MICELLI Marina, SAPAG DURÁN Sandy, ÁLVAREZ Analía, PISONI Cecilia, ROVERANO Susana, SPINDLER Alberto, GRAF César, GÓMEZ Catalina, PAPASIDERO Silvia, PANIEGO Raúl, DE LA VEGA María Celina, SANTA CRUZ María Julia, FIGUEREDO Heber, MARTIRE María Victoria, CIVIT Ema, GONZÁLEZ LUCERO Luciana, AGUILA MALDONADO Rodrigo Alejandro, RILLO Oscar, GORDON Sergio, GONGORA Vanina, NIETO Romina, RAUSCH Gretel, ROMERO Julia, BATTAGLIOTTI Cristina, DAMICO Agustina, MAMANI Marta, ALLIEVI Alberto, ORDEN Alberto Omar, ZACARIAS HERETER Johana, DUBINSKY Diana, VIVERO Florencia, CAPUTO Víctor, VANDALE Juan Manuel, LARROUDE María, GÓMEZ Ramiro, RODRÍGUEZ Graciela, MARIN Josefina, SCHMID María Marcela, GOÑI Mario, PONS-ESTEL Bernardo, ROBERTS Karen, GARCÍA Mercedes

GRUPO DE ESTUDIO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (GESAR-LES)

**INTRODUCCIÓN:** De las manifestaciones clínicas del lupus, la afectación cutánea, renal, del sistema nervioso central, además de las anomalías hematológicas son las más frecuentemente observadas. La afectación gastrointestinal se observa en el 40-60% de los pacientes con LES. Se han descrito manifestaciones gastrointestinales clínicamente reconocidas en el 8-10% de los pacientes, sin embargo los estudios de autopsia informan hallazgos de afectación gastrointestinal en el 60-70% de los pacientes, lo que sugiere que la afectación subclínica o no reconocida es común. Existe poca información acerca de la afectación gastrointestinal en nuestro país.

**OBJETIVO:** Describir el compromiso gastrointestinal en los pacientes del registro RELESSAR transversal de la SAR, y relacionarlo con las manifestaciones clínicas, serológicas, complicaciones, etnia, nivel educativo y social.

**MÉTODOS:** Estudio descriptivo, observacional, analítico. Se estudiaron 1611 pacientes incluidos en la base multicéntrica RELESSAR Trans Argentina y se describieron las manifestaciones gastrointestinales según BILAG serositis, hepatitis, enteropatías perdedoras de proteínas y según SDI/SLICC infarto o resección, insuficiencia mesentérica, peritonitis crónica e insuficiencia pancreática. La etnia se definió como amerindios, caucásicos, mestizos y otros., el nivel socioeconómico por escala de Grafar y la educación por años de escolaridad. Para la comparación entre grupos los pacientes se aparearon además por edad y sexo.

**RESULTADOS:** Se estudiaron 136 con compromiso gastrointestinal (CGI) vs 243 sin compromiso gastrointestinal (SCGI), 148 pacientes, 9,2% presentaron CGI, 98 (6,1%) serositis abdominal, 2,4% hepatitis lúpica, 0,3% enteropatía perdedora de proteínas, 0,8 % resección intestinal, insuficiencia mesentérica 0,3%, 0,2% estenosis o cirugía gastrointestinal, 0,1% insuficiencia pancreática, ninguno peritonitis crónica. Al comparar los grupos CGI vs SCGI los pacientes clase media alta tuvieron menor compromiso  $p < 0.01$ , fenotípicamente es más frecuente en CGI tener pleuritis, pericarditis y trombopenia  $p < 0,001$ . En cuanto a las manifestaciones serológicas, este grupo tuvo mayor presencia de antiDNA  $p < 0,004$  e hipocomplementemia  $p < 0,03$ ; también usaron más cantidad de corticoides  $p < 0,001$ , AINES  $p < 0,03$  y ciclofosfamida  $p < 0,001$ . Hubo mayor frecuencia en hospitalizaciones e infecciones graves  $p < 0,001$ , mayor LES refractario  $p < 0,003$  y SLICC  $p < 0,001$ . No hubo diferencias en la etnia ni el nivel educativo.

**CONCLUSIÓN:** La frecuencia de compromiso gastrointestinal concordó con la literatura, sin embargo las manifestaciones gastrointestinales en este grupo se asociaron a enfermedad más severa y lupus refractario.

## UTILIDAD DE LOS ÍNDICES NEUTRÓFILOS-LINFOCITOS Y PLAQUETAS-LINFOCITOS EN MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS

**FERNÁNDEZ Paula**<sup>1</sup>, COSTI Ana Carolina<sup>1</sup>, COSENTINO Máximo<sup>1</sup>, GARCÍA Lucila<sup>1</sup>, YUCRA BOBARIN Demelza<sup>2</sup>, GARCÍA Mercedes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA, <sup>2</sup>SANATORIO GÜEMES

**INTRODUCCIÓN:** Neutrófilos-linfocitos ratio (NLR) y plaquetas-linfocitos ratio (PLR) han surgido como biomarcadores útiles para predecir la inflamación sistémica. Se han asociado en estudios previos con la actividad y el pronóstico de ciertas enfermedades autoinmunes.

**OBJETIVO:** Calcular NLR y PLR en pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) al debut de la enfermedad. Correlacionar los índices con ERS, PCR y CK, y determinar su asociación y puntos de corte para el compromiso muscular.

**MÉTODOS:** Estudio observacional, analítico, de corte transversal, de dos centros de Argentina. Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años con diagnóstico de polimiositis (PM), dermatomiositis (DM) y síndrome antisintetasa según EULAR/ACR 2017 y/o Bohan-Peter y/o Solomon-Connors. Se calculó NLR y PLR en pacientes al debut, y se determinó la correlación con ERS, PCR y CK según presentaron o no debilidad muscular. Se estableció la asociación de los índices con debilidad muscular y su punto de corte para dicho compromiso.

**RESULTADOS:** Se revisaron 113 historias clínicas, de las cuales se analizaron 51 que cumplían criterios de inclusión. Se obtuvieron los siguientes datos: sexo femenino (78%), mediana de edad 53, retraso del diagnóstico 3 meses, debilidad muscular de cintura escapular y pelviana 84%, de músculos del cuello 35% y de músculos respiratorios 25%, síndrome de repercusión general 60%, compromiso cutáneo 72%, intersticiopatía 23%, disfagia 45%, Raynaud 33%, FAN 74%, JO1 10%, MI2 16%, SSA/RO 24%. Los diagnósticos fueron: DM 51%, DM amiopática 11%, DM hipomiopática 5%, miopatía necrotizante inmunomediada 3%, PM 17% y síndrome antisintetasa 9%. Al comparar los pacientes con y sin debilidad muscular, los primeros presentaron mayor NLR, PLR, ERS, PCR y CK con una  $p < 0.05$  (Tabla). Se evaluó la correlación entre los parámetros de laboratorio, la cual fue buena (0.8) entre CK y PCR en pacientes sin debilidad, no así entre el resto de los parámetros (Figura). Según curvas ROC, en pacientes con debilidad muscular, el punto de corte de NLR fue  $\geq 2.75$  (sensibilidad 83.7%, especificidad 87.5%, AUC=0.83) y de PLR  $\geq 108.6$  (sensibilidad 72.1%, especificidad 87.5%, AUC=0.78).

**CONCLUSIÓN:** Los índices neutrófilos-linfocitos y plaquetas-linfocitos, así como los reactantes de fase aguda y los valores de CK, se asociaron significativamente con la presencia de debilidad muscular en MII, confirmando su utilidad como herramienta accesible para la evaluación del paciente. Destacamos los valores de corte de los índices (NLR  $\geq 2.75$  y PLR  $\geq 108.6$ ) que mostraron buena sensibilidad y especificidad al debut de la enfermedad.

Parámetros de laboratorio	Con debilidad (N=44)	Sin debilidad (N=7)	P-value
NLR Mediana [Q1, Q3]	4.79 [3.34, 7.70]	2.00 [1.60, 2.50]	<0.001
PLR Mediana [Q1, Q3]	210 [159, 278]	124 [99.9, 152]	0.0148
ERS mm/hs Mediana [Q1, Q3]	35.0 [17.0, 52.0]	15.0 [12.0, 19.5]	0.0306
PCR mg/l Mediana [Q1, Q3]	12.0 [4.00, 29.0]	2.00 [2.00, 5.00]	0.0198
CK U/l Mediana [Q1, Q3]	1780 [369, 4030]	104 [92.0, 192]	0.00191

Tabla: Parámetros de laboratorio según compromiso muscular.

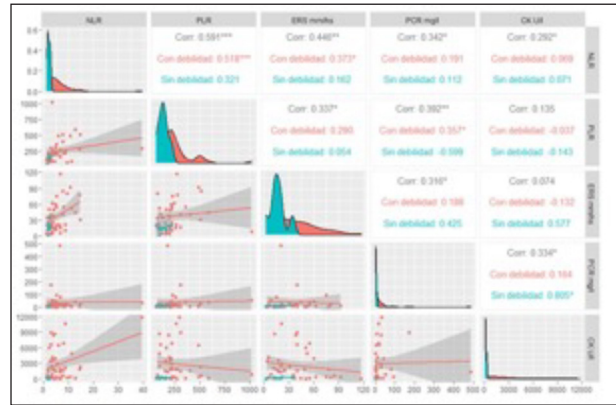


Figura: Correlación entre parámetros de laboratorio según compromiso muscular.

0216

## PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN DE ANTICUERPO ANTIMITOCONDRIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ARGENTINA

GÓNZALEZ GÓMEZ Carlos Alfonso, PISONI Cecilia, DE LA TORRE María Laura, COSATI Micaela

DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA E INMUNOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO CEMIC

**INTRODUCCIÓN:** Se desconoce si el anticuerpo antimitocondrial tipo 2 (AMA-2) tiene un rol en los pacientes con enfermedades autoinmunes (EA) sin cirrosis biliar primaria (CBP).

**OBJETIVO:** Evaluar la asociación de los anticuerpos antimitocondriales con enfermedad autoinmune reumática en una cohorte retrospectiva de pacientes.

Característica	n = 154 (%)
Sexo femenino, (n,%)	142 (92)
Edad (años), media, DE	65±14
<b>Hábitos</b>	
Tabaquismo, (n,%)	10 (6)
Alcoholismo, (n,%)	2 (1)
<b>Comorbilidades, (media ± DE)</b>	1 ± 1 (0,2)
Hipotiroidismo, (n,%)	39 (25)
Hipertensión arterial, (n,%)	32 (21)
Cáncer, (n,%)	15 (10)
Hiper gammaglobulinemia, (n,%)	15 (10)
Diabetes, (n,%)	15 (10)
Dislipidemia, (n,%)	15 (10)
Obesidad, (n,%)	8 (5)
Enfermedad renal crónica, (n,%)	6 (4)
Insuficiencia cardíaca, (n,%)	6 (4)
Enfermedad cerebrovascular, (n,%)	5 (3)
Enfermedad coronaria, (n,%)	5 (3)
Hepatopatía crónica, (n,%)	5 (3)
Eczema, (n,%)	3 (2)
Asma, (n,%)	2 (1)
Parkinsonismo, (n,%)	2 (1)
Hipertiroidismo, (n,%)	2 (1)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, (n,%)	1 (1)
<b>Enfermedades autoinmunes, reumáticas, asociadas, (n,%)</b>	53 (34)
LES, (n,%)	12 (8)
Esclerodermia, (n,%)	10 (6)
PMR, (n,%)	6 (4)
Síndrome de Sjögren, (n,%)	5 (3)
Artritis reumatoidea seropositiva, (n,%)	5 (3)
Artritis seronegativas, (n,%)	5 (3)
Vasculitis, (n,%)	4 (3)
Polimiositis, (n,%)	3 (2)
Osteoartritis, (n,%)	3 (2)
Síndrome antifosfolípido, (n,%)	3 (2)
Raynaud primario, (n,%)	2 (1)
Fibromialgia, (n,%)	2 (1)
Esclerosis localizada, (n,%)	1 (1)
Artritis cristálicas, (n,%)	1 (1)
<b>Enfermedad autoinmune no reumatoidea</b>	
Cirrosis biliar primaria, (n,%)	45 (29)
Tiroiditis de Hashimoto, (n,%)	10 (6)
Enfermedad celiaca, (n,%)	3 (2)
<b>Sin enfermedad autoinmune (reumatoidea ni no reumatoidea)</b>	56 (36)

Tabla 1: Características de pacientes con AMA 2 positivo por cualquiera de los tres métodos utilizados (Hep-2, triple tejido, ELISA).

**MÉTODOS:** Se evaluaron los registros de laboratorio de un Hospital Universitario entre 2017-2023. Se incluyeron las determinaciones de ANA en Hep-2 con patrón citoplasmático granular fino título = 1/80, triple tejido positivo título = 1/10 o AMA-2 ELISA positivo = 10U.

**RESULTADOS:** De 119703 determinaciones realizadas se encontraron 393 registros positivos. Se estimó una prevalencia de AMA-2 de 0.32%. Se analizaron finalmente 154 pacientes con 221 determinaciones, 96% ANA en Hep2, 27% AMA en triple tejido, y 21% por ELISA. El 92% eran mujeres, con edad media de 65±14 años. En 53 (34%) pacientes, se encontró EA reumática asociada, 12 (8%) lupus eritematoso sistémico (LES) y 10 (6%) esclerosis sistémica (ES) limitada; 45 (29%) tuvo diagnóstico de CBP. De los pacientes con CBP, 35 (78%) no tenían enfermedad reumática asociada, 3 (7%) tenían SS, 2 (4%) ES limitada, 2 (4%) PMR, 1 (2%) tenían vasculitis (arteritis de Takayasu), polimiositis y artritis seronegativa, cada uno. Las manifestaciones clínicas más frecuentes: artralgiás 21 (14%), fenómeno de Raynaud en 18 (12%), SICCA en 10 (7%) pacientes. Análisis descriptivo de los pacientes con LES y AMA 2: 12 mujeres con edad media de 65±14 años. Todos fueron positivos en Hep2 y 1 por triple tejido. Las comorbilidades más frecuentes fueron: hipotiroidismo e hipertensión arterial (n= 4, 32%). Ninguno tuvo CBP. LES fue la única EA en 8 (66%), asociado a SAF en 3 (22%) y 1 (8%) asociado a SS. Los síntomas más frecuentes fueron: derrame pericárdico y rash inflamatorio (n=5, 41%), seguido de derrame pleural y nefritis lúpica (n=4, 33%). En el laboratorio, 7 (58%) tenían leucopenia, 5 (41%) tenían Anti-Ro, C4 bajo y anti-DNA.

**CONCLUSIÓN:** La prevalencia de AMA-2 en nuestra población fue de 0.32%. Encontramos 12 pacientes con LES y AMA-2. Nuestro trabajo motiva explorar si en una muestra mayor se encuentran características relacionadas a este anticuerpo en pacientes con LES.

Características de los pacientes con LES y AMA 2		n = 12
<b>Características generales</b>		
Edad, media ± DE		65 ± 14
Sexo femenino, n (%)		12 (100)
<b>Método diagnóstico</b>		
ANA en Hep-2, patrón citoplasmático granular reticular > 1/80, n (%)		12 (100)
AMA 2 triple tejido, n (%)		1 (8)
AMA 2 ELISA, n (%)		0 (0)
<b>Comorbilidades, media ± DE</b>		
Hipotiroidismo, (n,%)		4 (32)
Hipertensión arterial, (n,%)		4 (32)
Hipergamaglobulinemia, (n,%)		2 (16)
Enfermedad cerebrovascular, (n,%)		1 (8)
Enfermedad coronaria, (n,%)		1 (8)
Hepatopatía crónica, (n,%)		1 (8)
Enfermedad renal crónica, (n,%)		1 (8)
<b>Enfermedad autoinmune no reumatoide</b>		
Enfermedad celíaca, (n,%)		1 (8)
Cirrosis biliar primaria, (n,%)		0 (0)
Tiroiditis de Hashimoto, (n,%)		0 (0)
<b>Enfermedad autoinmune reumatoide asociada</b>		
LES, (n,%)		8 (66)
LES + SAF, (n,%)		3 (25)
LES + SS, (n,%)		1 (8)
<b>Síntomas de enfermedad autoinmune</b>		
Derrame pericárdico, (n,%)		5 (41)
Rash inflamatorio, (n,%)		5 (41)
Derrame pleural, (n,%)		4 (33)
Neftitis lúpica, (n,%)		4 (33)
Artralgias inflamatorias, (n,%)		3 (25)
Fenómeno de Raynaud, (n,%)		3 (25)
Insuficiencia renal crónica, (n,%)		2 (17)
Úlceras cutáneas, (n,%)		2 (17)
Fotosensibilidad, (n,%)		2 (17)
Trombosis vascular arterial, (n,%)		2 (17)
Enfermedad vascular periférica, (n,%)		1 (8)
Úlceras orales, (n,%)		1 (8)
Anemia hemolítica autoinmune, (n,%)		1 (8)
Hipertensión pulmonar, (n,%)		1 (8)
Neuropatía, (n,%)		1 (8)
Ojo seco, (n,%)		1 (8)
Boca seca, (n,%)		1 (8)
Enfermedad hepática crónica, (n,%)		1 (8)
Mialgias, (n,%)		1 (8)
<b>Alteraciones en el laboratorio</b>		
Leucopenia, (n,%)		7 (58)
AntiRo, (n,%)		5 (41)
Hipocomplementemia C4, (n,%)		5 (41)
AntiDNA, (n,%)		5 (41)
Trombocitopenia, (n,%)		4 (33)
Anemia, (n,%)		3 (25)
Insuficiencia renal crónica, (n,%)		3 (25)
Hipocomplementemia C3, (n,%)		3 (25)
FAL elevada, (n,%)		2 (17)
Elevación de transaminasas > 2 VN, (n,%)		2 (17)
AntiLa, (n,%)		2 (17)
Infección por HIV, (n,%)		1 (8)
Anticoagulante lúpico, (n,%)		1 (8)
ACL IgM, (n,%)		1 (8)
B2GLP IgM, (n,%)		1 (8)
ACL IgG, (n,%)		0 (0)
B2GLP IgG, (n,%)		0 (0)
Crioglobulinas, (n,%)		0 (0)

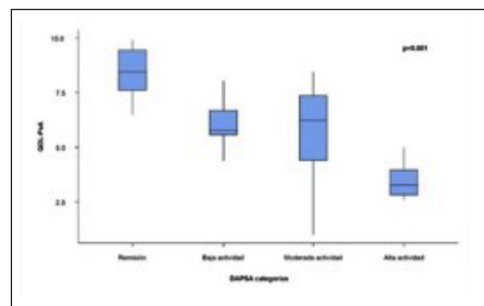
**Tabla 2:** Características sociodemográficas, clínicas y de laboratorio de pacientes con lupus y AMA 2 por cualquier método.

0218

## CUESTIONARIO QUALITY OF LIFE-PSORIATIC ARTHRITIS SCALE (QOL-PSA): UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA VALORAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA QUE NO REQUIERE LICENCIA

**GOLDENBERG Julieta**, ISNARDI Carolina, CARRIZO ABARZA Virginia, BARBICH Tatiana, EZQUER Roberto, REYES GÓMEZ Camila, GÓMEZ VARA Andrea, VALDEZ DONELLI Florencia, LALLOPIZZO Carla, SCHNEEBERGER Emilce, CITERA Gustavo

INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA



**Figura:** Valores de QOL-PsA según los niveles de actividad medidos por DAPSA.

(RIC 0,6-0,8) y QOL-PsA m 6,2 (RIC 4,9-7,8). El cuestionario demostró muy buena fiabilidad (Alpha de Cronbach 0,9). El efecto piso fue de 3,3% y techo 6,7%. Se observó redundancia entre las preguntas 1 con 5 y 6, 2 con 7 y 5 con 6 (Rho>0,8). El cuestionario QOL-PsA presentó buena correlación con dolor (Rho -0,71, p<0,001) y fatiga (Rho -0,82, p<0,001). La calidad de vida por QOL-PsA fue peor en los desocupados (X 5,4±2,2 vs X 7,1±1,7 p=0,03), los que no realizaban actividad física regular (X 5,3 ± 1,9 vs X 7,4±1,8 p=0,005), aquellos con comorbilidades (X 5,7±2 vs X 7,9±1,7 p=0,01), con rigidez matinal (X 5,1±1,9 vs 7,8 ±1,3 p<0,001), con maniobras sacroilíacas positivas (X 4,6±2,8 vs X 6,6±1,8 p=0,04) y quienes no cumplían los criterios de

**INTRODUCCIÓN:** El cuestionario QOL-RA II demostró confiabilidad en pacientes con APs. Sin embargo, se detectó la presencia de redundancia en algunas preguntas.

**OBJETIVO:** Desarrollar y validar un nuevo cuestionario a partir del QOL-RA II para pacientes con APs.

**MÉTODOS:** Estudio transversal. Pacientes ≥18 años con APs según criterios CASPAR. Datos sociodemográficos, comorbilidades y características de la enfermedad. Se evaluó la actividad de la enfermedad mediante DAPSA, MDA y VLDA. Se realizaron cuestionarios: HAQ-A, EQ-5D-3L, DLQI, QOL-PsA y PsAID. El QOL-RA II consiste en 8 preguntas que se responden a través de una escala visual numérica (de 1= pésima calidad de vida a 10= excelente), la pregunta 8 fue modificada y dirigida a la psoriasis. Su rango es de 0-8 y 8 representa la mejor calidad de vida. Análisis estadístico univariado y multivariado.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 30 pacientes con una edad mediana (m) de 60 años (RIC 43-66), 46,7% de sexo femenino y un tiempo de evolución de la APs m 9 años (RIC 5,3-21,4). El 26,7% cumplieron criterios de MDA y el DAPSA fue m 11,2 (RIC 4,6-18,3). Los resultados de los cuestionarios fueron: HAQ-A m 0,9 (RIC 0,1-1,1), DLQI m 4,5 (RIC 0-14,8), EQ-5D-3L m 0,7

MDA (X 5,4±1,8 vs X 8,3±1,2, p<0,001). Además, se observó a mayor actividad por DAPSA, peor calidad de vida (Figura). En el análisis multivariado ajustando por edad, sexo y tiempo de evolución de la enfermedad, el impacto de la enfermedad expresado a través de PsAID-12 se asoció significativamente con peor calidad de vida (β -0,5 IC 95% -0,8 -0,1; p=0,006).

**CONCLUSIÓN:** El QOL-PsA demostró buena confiabilidad en pacientes con APs, sin embargo la redundancia en varias preguntas limita su utilidad. El valor de PsAID se asoció independientemente a peor calidad de vida.

0219

## ARTRALGIA CON RIESGO DE PROGRESIÓN A ARTRITIS PSORIÁSICA EN UNA GRAN COHORTE DE PACIENTES: EL PAPEL DE LA ECOGRAFÍA

REYES JARA Gisele, MARECO Jonatan Marcos, RUTA Santiago, PÉREZ Ronald, GARCÍA SALINAS Rodrigo

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

Características	ARP-PsA no PsA (85)	ARP-PsA sí PsA (84)	p	TR (95%IC)
Edad (años), media (DE)	48 (14)	49 (15)	0.9	
Mujer, %	78	61	0.06	0,4 (0,2-1)
Años de educación, mediana (RIC)	14 (3)	13 (3)	0.8	
Tiempo entre el inicio de los síntomas y la visita basal (meses), media (DE)	13 (30)	18 (30)	0.2	
Tabaquismo, %	36	44	0.4	1,3 (0,6-3)
Comorbilidades cardiometabólicas, %	40	35	0.6	0,6 (0,3-1,8)
Familiar con PsO, %	80	47	>0.001	0,2 (0,1-0,5)
Pso + Familia historia Pso cutánea, %	8	26	0.008	4 (1,3-12)
Pso duración tiempo (años) mediana (RIC)	3 (15)	15 (15)	0.03	
VAS del paciente (0-100), media (DE)	50 (23)	60 (15)	0.04	
Articulaciones dolorosas (28), mediana (IQR)	2 (4)	1.5 (3)	0.05	
Artralgia menos de un año, %	38	19	0.04	0,4 (0,1-0,8)
Rigidez Matinal, %	16	12	0.6	0,7 (0,2-2)
Test squeeze +, %	22	31	0.3	1,5 (0,6-4)
VSG, media (DE)	17 (13)	18 (16)	0.6	
PCR +, %	21	28	0.6	1,2 (0,8-1,7)
PCR, mediana (RIC)	1 (2,7)	1 (4)	0.4	
HAQ, mediana (RIC)	0,5 (0,8)	0,8 (0,75)	0.1	
Rx: Erosiones óseas, %	4	26	0.004	7 (2-28)
Rx: Estrechamiento, %	25	19	0.5	7 (0,2-2)
Ultrasonido sinovitis, tenosinovitis, %	8	12	0.5	1,6 (0,4-6)
Ultrasonido sinovitis, escala de grises, %	5	21	0.01	5 (1,3-18)
Sinovitis ecográfica, señal Power Doppler, %	1,3	12	0.01	10 (1,1-98)
Ultrasonido Entesopatía hallazgos, %	4	53	>0.001	25 (6,5-99)

Tabla: Características de los pacientes.

se asoció con el desarrollo de PsA: mediana de años: 15 vs 3. En el análisis multivariado, las variables predictoras de progresión de ARP-PsA a PsA al año fueron: combinación de Pso más FH (OR: 32; IC 95%: 1,2-1026), sinovitis por PDUS (OR: 31; IC 95%: 1,1-967), hallazgos ecográficos de entesopatía (OR: 470; IC 95%: 13-1600) y recuento de articulaciones dolorosas (OR 0,2 IC 95% 0,05-0,6).

**CONCLUSIÓN:** La frecuencia de pacientes con riesgo de progresión a APs (artralgia más APs y/o HF) en nuestra cohorte fue del 8,4%, de los cuales el 29% desarrollaron APs al año de seguimiento. Las principales variables predictoras fueron los hallazgos ecográficos (sinovitis y entesopatía), así como la combinación de Pso más FH, un menor número de articulaciones dolorosas y una mayor duración de la Pso.

**INTRODUCCIÓN:** La transición de psoriasis a artritis psoriásica (APs) ofrece una oportunidad única para identificar a las personas con mayor riesgo de desarrollar APs e implementar estrategias preventivas.

**OBJETIVO:** Estimar la frecuencia de artralgias con riesgo de progresión a PsA (ARP-PsA) en una gran cohorte de pacientes, y estimar la incidencia de PsA al año en pacientes con ARP-PsA analizando variables predictoras clínicas, de laboratorio y de imagen.

**MÉTODOS:** Estudio de cohorte prospectivo, incluyó pacientes mayores de 18 años que ingresaron consecutivamente por artralgias. Al basal se realizó: laboratorio, rayos X, ultrasonografía (US) con power Doppler (PD) y entrevista clínica. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y clinimétricos (EVA global, recuento articular, HAQ). Cada evaluador (laboratorio, imagenología y clínico) desconocía los datos de los otros estudios. Se investigó la presencia de psoriasis (Pso) y antecedentes familiares (FH). Se excluyeron los pacientes con diagnóstico previo de APs. La ARP-PsA se definió como aquellos pacientes con artralgia más Pso y/o FH. Este grupo fue evaluado al año para estimar si desarrollaron APs. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, prueba de chi-cuadrado, prueba exacta de Fisher, prueba T de Student y Mann Whitney. Regresión logística multivariada: variable dependiente el diagnóstico final de APs al año.

**RESULTADOS:** Se incluyó un total de 1419 pacientes con artralgia entre julio de 2017 y marzo de 2022, el 8,4% (IC 95%: 7-10) cumplían criterios ARP-PsA. De estos 119 pacientes, 34 desarrollaron APs al año (29%, IC 95%: 20-37). Las características clínicas, de laboratorio y de imagen entre los pacientes con ARP-PsA que desarrollaron y no desarrollaron APs se muestran en la Tabla (análisis univariado). De los pacientes con ARP-PsA que solo tenían Pso (n 32), solo antecedentes familiares (n 70) o ambos combinados (n 17) desarrollaron PsA al año: 57 %, 11 % y 53 % respectivamente. La mayor duración de la psoriasis

0220

## ESPONDILOARTRITIS AXIAL TEMPRANA ACORDE A LOS NUEVOS CRITERIOS ASAS EN UNA COHORTE ARGENTINA. ANÁLISIS DESDE LA CLÍNICA, EL LABORATORIO Y LAS IMÁGENES

ALMADA Felicia, ARGUELLO Juan, REYES JARA Gisele, JALDIN CÉSPEDOS Rosario, GARCÍA SALINAS Rodrigo

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

**INTRODUCCIÓN:** Recientemente el grupo de expertos de ASAS ha establecido por consenso la definición de espondiloartritis axial temprana (EspA-axt): inicio de los síntomas axiales deben ser iguales o menores a 2 años.

**OBJETIVO:** Estimar la prevalencia al diagnóstico de EspAaxt y analizar las diferencias clínicas, de laboratorio e imágenes entre quienes cumplen y no cumplen la definición de acuerdo a tres análisis: cohorte completa, cohorte que cumple criterios de clasificación ASAS, cohorte sin psoriasis.

**MÉTODOS:** Estudio observacional, transversal, se incluyeron pacientes con diagnóstico de EspA axial. Se les realizó al basal a todos los pacientes: analítica sanguínea, HLA-B27, Rx y RM de sacroilíaca (protocolo de ASAS), ecografía entesis, datos sociodemográficos, nivel de educación y hábitos, síntomas y características EspAax, demora al diagnóstico y clinimetría. El evaluador de los síntomas desconocía el resultado de los estudios complementarios. Se definió EspAax temprana a una duración de los síntomas axiales menor 2 años al diagnóstico, se estimó su prevalencia y se analizaron las diferencias en la cohorte total, cohorte que cumplió criterios clasificatorios y cohorte sin psoriasis (eliminada sesgo de APs axial).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 124 pacientes con diagnóstico de EspAax, cuyas características con la totalidad de las evaluaciones realizadas se resumen en la Tabla. Del total la prevalencia de EspAax temprana fue: n 47, 38% (IC 95% 30-46). Las diferencias relevantes fueron (cumple sí/no):

tabaquismo (30% vs 51%; p0.02), respuesta a AINEs (58% vs 74%; p0.06), historia familiar (HF) (38% vs 23%), Rx Criterios NY+ (37% vs 71%; p0.03). En el análisis de regresión logística se asoció en forma independiente en forma negativa al TBQ (OR: 0.4 IC 95%: 0.1-0.9) y positiva a HF (OR: 2.4 IC 95%: 1.1-5.7). En la cohorte de criterios clasificatorios (n:114) la prevalencia de EspAax temprana fue de 33% Las diferencias relevantes fueron (cumple sí/no) tabaquismo (25% vs 45%; p0.07), HF (43% vs 23%; p0.06), dolor en tórax anterior (8% vs 27%; p0.04), edad al diagnóstico (37 DS 6.4 vs 45 DS 10) y años de estudio (15 DS2 vs 13 DS4). En el análisis de regresión logística se asoció en forma independiente a HF (OR: 6.3 IC 95%: 1.2-33), edad al diagnóstico (OR: 0.8 IC 95%: 0.8-0.9), años de estudio (OR: 1.4 IC 95%: 1.1-1.9). En la cohorte sin psoriasis (n:101) la prevalencia de EspAax temprana fue de 36% Las diferencias relevantes fueron (cumple sí/no) tabaquismo (16% vs 41%; p0.02), Rx Criterios NY+ (41% vs 58%; p0.06), esclerosis en RM (32% vs 15%; p0.09). En el análisis de regresión logística se asoció en forma independiente a esclerosis en RM (OR: 4.6 IC 95%: 1.1-18). En ninguno de los análisis se encontró diferencia en términos de HLA-B27, actividad de la enfermedad o alteración funcional al diagnóstico.

**CONCLUSIÓN:** La prevalencia de EspAax temprana es alrededor del 35%, en general se asocia a menor TBQ, HF de EspA, menos cambios en Rx de SI, menor edad al diagnóstico, más años de estudio y presencia de esclerosis en RM.

	EspA axial (n: 124)
Edad, media (DE)	46 (12,4)
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+ %	48
Dolor lumbar inflamatorio %	85
Cantidad de características de SpA (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
SI RM: 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 torax 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
MASES, 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)
Tto Biológico	46
TNFb	31
IL17b	11

Tabla: Características de los pacientes.

## VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO MINI-OSTEOARTHRITIS KNEE AND HIP QUALITY OF LIFE PARA SU USO EN ARGENTINA

TORRES Jorge Alberto<sup>1</sup>, DAPEÑA Joan Manuel<sup>1</sup>, BANDE Juan Manuel<sup>1</sup>, MEDINA María Alejandra<sup>1</sup>, DOMÍNGUEZ Nadia<sup>1</sup>, MARTÍNEZ MUÑOZ Alejandro<sup>2</sup>, CARACCIOLO José<sup>1</sup>, RILLO Oscar<sup>3</sup>, PAPASIDERO Silvia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, <sup>2</sup>SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS DR. C.A. BOCALANDRO, <sup>3</sup>SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. IGNACIO PIROVANO

**INTRODUCCIÓN:** El cuestionario *Mini-Osteoarthritis Knee and Hip Quality of Life* (Mini-OAKHQOL) es una versión reducida del cuestionario OAKHQOL de 43 ítems. Consta de 20 ítems, manteniendo la misma estructura de la versión original, que evalúan cinco dimensiones (actividades físicas, salud mental, dolor, apoyo social y funcionamiento social) y 3 ítems independientes (miedo, vida sexual y profesional). Mediante su cálculo se obtiene un puntaje final de 0 a 100, representando valores más altos, mayor calidad de vida.

**OBJETIVO:** Validar la versión argentina del cuestionario Mini-OAKHQOL en pacientes con osteoartritis (OA) de cadera y/o rodilla que residen en Argentina.  
**MÉTODOS:** Estudio observacional, de corte transversal, descriptivo y analítico. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de OA de rodillas (ACR-86) y/o caderas (ACR-90). Se excluyeron aquellos con enfermedades del colágeno concomitantes, artroplastia de rodilla y/o cadera, comorbilidades con impacto en la calidad de vida y/o con dificultad para la lecto-comprensión. Se registraron datos sociodemográficos, características de la enfermedad y clinimetría. Todos los pacientes respondieron la versión argentina del OAKHQOL y su versión reducida. Además, se determinó la capacidad funcional mediante WOMACab, ansiedad y depresión con HADS y fatiga por medio de FACIT-F. Se evaluó la reproducibilidad en 49 pacientes. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Correlación del mini-OAKHQOL con características de la población con test de Spearman. Se estableció la consistencia interna con  $\alpha$  de Cronbach y reproducibilidad con coeficiente de correlación intraclase (CCI).  
**RESULTADOS:** Se incluyeron 86 pacientes. El 89.5% fueron mujeres, con una edad media de 64.8 años (DE 10.2). La mediana del tiempo de evolución de la OA fue de 36 meses (RIC 18-60). Las características de la población y clinimetría se pueden observar en la Tabla 1. El mini-OAKHQOL presentó buena consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach=0.85) y buena reproducibilidad (CCI de 0.94 [IC 95%=0.84-0.98];  $p<0.001$ ). Se observó una excelente correlación de la versión reducida del cuestionario con la versión original ( $r=0.96$ ). Además, presentó una buena correlación con WOMACab y con ansiedad; y moderada con fatiga (Tabla 2).  
**CONCLUSIÓN:** El mini-OAKHQOL demostró ser un cuestionario de fácil administración, válido, confiable y reproducible para evaluar la calidad de vida en pacientes con OA de caderas y/o rodillas.

Edad en años, media (DE)	64.8 (10.18)
Sexo femenino, n (%)	77 (89.5)
Tiempo de evolución en meses, mediana (RIC)	36 (12-60)
Articulación más afectada, n (%)	
- Cadera derecha	4 (4.7)
- Cadera izquierda	6 (7)
- Rodilla derecha	47 (54.7)
- Rodilla izquierda	29 (33.7)
Compromiso de cadera y rodilla, n (%)	24 (27.9)
EVA dolor, mediana (RIC)	50 (34-75)
EVA general del paciente, mediana (RIC)	50 (30-75)
WOMACab, media (DE)	14.7 (7.1)
HADS, mediana (RIC)	
- Ansiedad	12 (11-14)
- Depresión	10 (7-11)
FACIT-F, media (DE)	32.5 (11.9)
OAKHQOL, media (DE)	57 (17.5)
Tiempo OAKHQOL en minutos, media (DE)	8.41 (3)
Mini-OAKHQOL, media (DE)	51.7 (19)
Tiempo Mini-OAKHQOL en minutos, media (DE)	3.9 (1.4)
Escala de Kellgren & Lawrence* (n= 81), n (%)	
- Grado 1	10 (12.3)
- Grado 2	26 (32.1)
- Grado 3	38 (46.9)
- Grado 4	3 (3.7)

DE = Desvío estándar; RIC = Rango intercuartílico; EVA = Escala visual analógica; RIC= Rango intercuartílico; WOMAC ab= Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index abreviado; HADS= Hospital Anxiety and Depression Scale; FACIT-F= Escala de Evaluación Funcional de Terapia de Enfermedades Crónicas - Subescala de Fatiga; OAKHQOL= Osteoarthritis Knee and Hip Quality of Life; \* Articulación más sintomática.

Tabla 1: Características de la población y clinimetría (n=86).

	r	p-valor
OAKHQOL	0.97	< 0.001
EVA dolor	-0.48	< 0.001
EVA general del paciente	-0.44	< 0.001
WOMAC ab	-0.75	< 0.001
HADS		
- Ansiedad	-0.73	< 0.001
- Depresión	-0.27	0.01
FACIT-F	0.55	< 0.001

r = Coeficiente de correlación de Spearman; OAKHQOL= Osteoarthritis Knee and Hip Quality of Life; EVA= Escala visual analógica; WOMACab= Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index abreviado; HADS= Hospital Anxiety and Depression Scale; FACIT-F= Escala de Evaluación Funcional de Terapia de Enfermedades Crónicas - Subescala de Fatiga

Tabla 2: Correlación del mini-OAKHQOL.

## FRECUENCIA DE FRAGILIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA MEDIANTE EL SURVEY OF HEALTH, AGEING AND RETIREMENT IN EUROPE-FRAILTY INSTRUMENT (SHARE-FI)

DOMÍNGUEZ LEIVA Patricia Belén, ALCIVAR NAVARRETE José Simón, DAPEÑA Joan Manuel, BANDE Juan Manuel, MEDINA María Alejandra, KLAJN Diana Silvia, CARACCILO José Ángel, PAPASIDERO, Silvia

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ

**INTRODUCCIÓN:** La fragilidad es un estado de vulnerabilidad caracterizado por una pérdida de las reservas fisiológicas, asociándose a mayor morbimortalidad. La artritis reumatoidea (AR) es una de las enfermedades que puede contribuir a su desarrollo prematuro. El Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe-Frailty Instrument (SHARE-FI) ha demostrado ser útil para detectar fragilidad. Consta de 4 preguntas (vida diaria, peso, actividad física y agotamiento) y una prueba de fuerza de prensión manual. Por medio de un cálculo se obtiene un valor que permite la categorización por género en frágil, prefrágil y robusto.

**OBJETIVO:** Determinar la frecuencia de fragilidad/prefragilidad en una cohorte de pacientes con AR e identificar asociaciones con características de la población.

**MÉTODOS:** Estudio observacional, de corte transversal, descriptivo y analítico. Se incluyeron pacientes consecutivos  $\geq 18$  años con diagnóstico de AR (ACR-EULAR 2010). Se registraron datos sociodemográficos, características de la AR, clinimetría y tratamiento. Se evaluó sarcopenia (Jamar, velocidad de marcha y diámetro de pantorrilla) y se midió fragilidad con SHARE-FI. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Se evaluaron las asociaciones del SHARE-FI con características de la población mediante prueba de T de Student, Wilcoxon, Pearson, ANOVA o Spearman. Se consideró  $p \leq 0.05$ .

**RESULTADOS:** Se incluyeron 80 pacientes. Las características de la población se muestran en la Tabla 1. La mediana del SHARE-FI fue de 2.5 (RIC 1.3-3.9) en mujeres y 1.7 (RIC 0-2.8) en hombres. Clasificó como frágiles al 59.7% de las mujeres y 25% de los hombres. El SHARE-FI presentó puntajes más altos en pacientes con sarcopenia severa y definida ( $p=0.008$ ), moderada correlación con el EVA global del paciente ( $r=0.6$ ;  $p=0.007$ ), CDAI ( $r=0.6$ ;  $p=0.008$ ), HAQ-A ( $r=0.6$ ;  $p=0.009$ ) y baja con EVA dolor ( $r=0.4$ ;  $p=0.008$ ), EVA global del médico ( $r=0.5$ ;  $p=0.009$ ), DAS28 (0.47;  $p=0.008$ ), SDAI ( $r=0.5$ ;  $p=0.005$ ), QOL-RA ( $r=-0.45$ ;  $p=0.006$ ), HADS-A ( $r=0.5$ ;  $p=0.007$ ) y HADS-D ( $r=0.5$ ;  $p=0.008$ ). Además, se observó asociación de las categorías de fragilidad/prefragilidad con sarcopenia definida y severa ( $p=0.04$ ). Los pacientes frágiles presentaron valores más altos de EVA dolor ( $p=0.03$ ), EVA global del paciente ( $p=0.008$ ), EVA global del médico ( $p=0.005$ ), DAS28 ( $p=0.007$ ), CDAI ( $p=0.02$ ) y HAQ-A ( $p=0.03$ ) (Tabla 2).



**CONCLUSIÓN:** La frecuencia de fragilidad fue de 56%, mientras que la de prefragilidad 32.5%. La fragilidad se asoció con sarcopenia severa/definida y valores mayores del EVA global del paciente, CDAI y DAS28.

Edad en años, media (DE)	56.1 (10.2)
Mujeres, n (%)	72 (90)
Tabaquismo, n (%)	14 (17.5)
Comorbilidades, n (%)	63 (78.7)
Tiempo de evolución de la AR en meses, mediana (RIC)	108 (48-180)
Factor reumatoideo, n (%)	77 (96.2)
ACPA (N=68), n (%)	64 (94)
Enfermedad erosiva, n (%)	54 (68.3)
Manifestaciones extra-articulares, n (%)	37 (46.2)
EVA dolor, mediana (RIC)	50 (0-90)
EVA global médico, mediana (RIC)	40 (20-50)
EVA global paciente, mediana (RIC)	50 (20-50)
DAS28, mediana (RIC)	3.8 (2.9-4.5)
SDAI, mediana (RIC)	11.7 (6.8-18.4)
CDAI, mediana (RIC)	11 (7-17)
HAQ-A, mediana (RIC)	1.2 (0.9-2)
QOL-RA II, mediana (RIC)	6.2 (4.9-7.5)
HADS, mediana (RIC)	
• Ansiedad	6 (3-9)
• Depresión	6 (4-9)
Tratamiento, n (%)	
• DMAR sintéticos convencionales	69 (86.2)
• DMAR biológicos	11 (13.7)
• DMAR sintéticos dirigidos	5 (6.2)

DE= Desvío estándar; RIC= Rango intercuartílico; ACPA= Anticuerpos anti péptidos/proteínas citrulinadas; DMAR= Drogas modificadoras de la AR; EVA= Escala visual analógica; DAS28= Disease activity score 28; CDAI= Clinical disease activity index; SDAI= Simple disease activity index; HAQ-A= Health Assessment Questionnaire - versión argentina; QOL-RA II= Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale-II; HADS-A= Hospital Anxiety and Depression Scale.

**Tabla 1:** Características de los pacientes (n=80).

	Fragilidad (n=45)	Prefragilidad (n=26)	Robustez (n=9)	p-valor
Categorías de sarcopenia, n (%)				
- Severa (n=2)	2 (100)	0	0	<b>0.04</b>
- Definida (n=32)	27 (84.4)	5 (15.6)	0	
- Probable (n=38)	16 (41)	17 (43.6)	5 (15.4)	
- Ausencia (n=7)	0	4 (57.1)	3 (42.9)	
- Cinimetría, mediana (RIC)				
- EVA dolor	70 (50-80)	50 (0-70)	0 (0-20)	<b>0.08</b>
- EVA general del paciente	60 (50-80)	40 (30-50)	20 (10-20)	<b>0.008</b>
- EVA general del médico	50 (30-60)	25 (10-40)	10 (0-20)	<b>0.005</b>
- DAS28	4.1 (3.2-5.1)	3.6 (3.3-4.1)	2.2 (1.8-2.8)	<b>0.007</b>
- CDAI	14 (11-18)	9.5 (5-13)	3 (1.5-4)	<b>0.02</b>
- HAQ-A	1.6 (1.1-2.4)	1 (0.4-1.2)	0 (0-0.38)	<b>0.08</b>

RIC= Rango intercuartílico; EVA= Escala visual analógica; DAS28= Disease activity score 28; CDAI= Clinical disease activity index; HAQ-A= Health Assessment Questionnaire- versión argentina.

**Tabla 2:** Categorías del SHARE-FI según categorías de sarcopenia y características de la AR (n=80).

## COMPROMISO CUTÁNEO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL REGISTRO RELESSAR TRANSVERSAL

0227

**ÁVILA Juan Pablo,** GOBBI Carla Andrea, QUINTANA Rosana, GARCÍA Lucila, ALBA Paula, SAVIO Verónica, ALONSO Carla Gimena, ALBIERO Juan Alejandro, MIRANDA Juan Manuel, ROBERTS Karen, MICELLI Marina, ASTESANA Pablo José, SAPAG DURAN Sandy, ÁLVAREZ Analía, PISONI Cecilia, ROVERANO Susana, SPINDLER Alberto, GRAF César, GÓMEZ Catalina, PAPASIDERO Silvia, PANIEGO Raúl, DE LA VEGA María Celina, SANTA CRUZ María Julia, FIGUEREDO Heber, MARTIRE María Victoria, CIVIT Emma, GONZÁLEZ LUCERO Luciana, AGUILA MALDONADO Rodrigo Alejandro, NIETO Romina, DOMÍNGUEZ Nadia, BÁEZ Roberto, COLLADO Victoria, GAZZONI María Victoria, GÓMEZ Graciela, ZELAYA Marcos, BEDOYA María Eugenia, PERA Mariana, WERNER Marina, SACNUM Mónica, FINUCCI CURI Pablo, ROJAS TESSEL Ivana, PARÍS Úrsula, BEDRAN Zaida, MACHADO ESCOBAR Maximiliano, HOJBERG Noelia, ARTURI Valeria, SATTLER María Emilia, ARIAS SAAVEDRA Maira, SARANO Judith, JORFEN Marisa, GONZÁLEZ Andrea, CURTI Ana Carolina, PONS-ESTEL Bernardo, GARCÍA Mercedes

GRUPO DE ESTUDIO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (GESAR-LES)

**INTRODUCCIÓN:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune caracterizada por un gran espectro de manifestaciones clínicas, variando desde un compromiso leve hasta la afección de órganos mayores, que impactan negativamente en la sobrevida de los pacientes. Una de sus manifestaciones más comunes es la cutánea (80%), por lo cual nos propusimos caracterizarla en relación a otras variables clínicas, socioeconómicas y serológicas

**OBJETIVO:** Describir las lesiones cutáneas agudas y crónicas en la base RELESSAR trans, su relación con la serología, daño y actividad del LES, hábitos tóxicos, etnia, nivel social y educativo.

**MÉTODOS:** Estudio de corte transversal, observacional y analítico. Se estudiaron 1611 pacientes del registro multicéntrico RELESSAR trans de la Sociedad Argentina de Reumatología. Se describieron las manifestaciones cutáneas del LES, alopecia según SLEDAI, ulceraciones cutáneas según SLICC/SDI, se compararon pacientes con compromiso cutáneo por SLEDAI (CCSLEDAI) vs sin compromiso cutáneo (SSLEDAI), y además se compa-

raron los grupos con compromiso cutáneo tanto por SLEDAI y SLICC vs no compromiso cutáneo. La etnia se definió como amerindios, caucásicos, mestizos y otros. El nivel socioeconómico por escala de Grafar. La educación por años de escolaridad.  $p < 0.05$  fue considerada significativa.

**RESULTADOS:** De los 1611 pacientes estudiados, 1390 (91.7%) tuvieron compromiso cutáneo por SLEDAI, la mayoría mujeres 1308 (92.8%),  $p < 0,001$ . Fenotípicamente los pacientes con compromiso cutáneo presentaron más artritis 1166 (83.5%) vs 72 (70,6%)  $p < 0,001$ , y con trombocitopenia grave  $p < 0,04$ . No hubo diferencia significativa entre estos grupos cuando se compararon anticuerpos y tratamientos recibidos. Sin embargo, cuando comparamos los pacientes que no tuvieron ninguna manifestación cutánea (103) con los que tuvieron por SLEDAI y SLICC (107), predominó el sexo femenino  $p < 0,003$ , el grupo con compromiso cutáneo presentó un mayor SLEDAI  $p < 0,003$ , más pleuritis  $p < 0,04$ , leucopenia  $p < 0,01$ , trombopenia  $p < 0,0548$ , hipocomplementemia  $p < 0,04$ ; con respecto a la medicación en el grupo con manifestaciones cutáneas hubo mayor uso de antipalúdicos  $p < 0,02$  y belimumab  $p < 0,007$ ; también hubo mayor número de infecciones graves 28 (27.2%)  $p < 0,006$ . Además, en el modelo multivariado tener compromiso cutáneo tuvo relación con pertenecer a clase social media baja a baja OR 4.75 IC 95% 1.35-19.7;  $p < 0,02$ . No hubo diferencias en etnia, años de escolaridad ni hábitos tóxicos.

**CONCLUSIÓN:** Las manifestaciones cutáneas pueden asociarse a complicaciones como infecciones graves y estar presentes especialmente en clases sociales bajas por lo cual deberíamos estar atentos a estos factores para evitarlos o controlarlos precozmente.

0233

## TABAQUISMO Y SU ASOCIACIÓN CON MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN UNA COHORTE DE ESCLEROSIS SISTÉMICA DE ARGENTINA

BETANCUR Graciela, MARTÍNEZ Soledad, ABALO Alejandra Inés, PAPAGNO María Julia, ARGUELLO Sabrina Martha, ETCHEVERRY Mayra, VELASCO HERNÁNDEZ Patricia Tatiana, LLARENS Agustina, PEIRANO Lucía, ESTÉVEZ Adrián

HOSPITAL EL CRUCE

**INTRODUCCIÓN:** La esclerosis sistémica (SSc) es una enfermedad autoinmune compleja, heterogénea del tejido conectivo, con presentación clínica variable como consecuencia de la afectación multisistémica. Existe acotada evidencia del efecto del tabaquismo en SSc. En algunos estudios el tabaquismo pasado o presente no se asoció con úlceras digitales. También se ha reportado que el sexo femenino y haber fumado alguna vez se asociaron con gravedad de los síntomas gastrointestinales. En otros estudios el consumo de tabaco se asoció con progresión de EPID.

**OBJETIVO:** Determinar la relación entre el tabaquismo y manifestaciones de la SSc, presencia de comorbilidades y necesidad de vasodilatadores en nuestra cohorte.

**MÉTODOS:** Realizamos un estudio observacional, exploratorio, en una cohorte de pacientes con ES que cumplían los criterios de clasificación ACR/EULAR 2013. Según el hábito tabáquico, los pacientes fueron clasificados como fumadores actuales, exfumadores o nunca fumadores y se consignó el número de paquetes-año.

**RESULTADOS:** De la cohorte de 90 pacientes, 55 fueron elegibles para incluir en el análisis. De estos, la mayoría eran mujeres (89.1%) con una mediana de edad al diagnóstico de SSc de 52 a (RIC 43-61); 19 (34.5%) tenían esclerodermia limitada (lcSSc), 21 (38.2%) esclerodermia difusa (dcSSc), 8 (14.5%) CREST y 6 SSc sin esclerodermia (10,9%). 37 pacientes nunca fumaron (67.3%), 12 eran extabaquistas (21.8%) y 6 (10.9%) eran tabaquistas actuales. La mediana de paquetes-año fumados fue de 10 (RIC 7-17.5). 24 pacientes tenían EPID (63.6% UIP; 31.8% NSIP), 22 (40%) compromiso esofágico, 17 (39.9%) UD, 13 (23.6%) HTP y 5 (9.1%) calcinosis. 44 pacientes (80%) tenían comorbilidades y 29.2% tenían dos o más comorbilidades, siendo las más frecuentes HTA y cirrosis biliar primaria. 12 pacientes (21.8%) tenían fibromialgia asociada y 2 pacientes fueron sometidos a trasplante hepático. 94.5% recibían un solo vasodilatador y 34.5% combinación de los mismos, siendo los más frecuentes sildenafil y luego los bloqueantes cálcicos. 3 pacientes recibían tratamiento antifibrótico. No hallamos diferencias significativas entre la exposición al tabaco y las manifestaciones clínicas de la enfermedad, tampoco entre la intensidad del tabaquismo y el compromiso orgánico.

**CONCLUSIÓN:** En la presente cohorte el número de tabaquistas actuales fue muy bajo, lo cual podría influir en los resultados. No hallamos diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes expuestos al tabaco y aquellos que nunca fumaron probablemente debido a nuestro pequeño tamaño de muestra. Se precisan futuros estudios para confirmar los resultados.

0240

## CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DE MECANISMO AUTOINMUNE. DATOS BASALES DEL REGISTRO EPIMAR-II

BUSCHIAZZO Emilio, PACHECO Gonzalo, VIVERO Florencia, ENGHMAYER Juan Ignacio, LLOVES SCHENONE Nicolás, BARBAGLIA NAVARRO Ana Lucía, NIGRA Natalia, TELLEZ NORIEGA Jorge, BENÍTEZ Cristian Alejandro, GASER Adrián, LANCELLOTTI Diana Elena, USANDIVARAS Marcela, CUCUCCHIARO Natalia, VELAZCO ZAMORA José Luis, GAMARRA Antonella, OLIVER Marina, GORDILLO María Florencia, MONTTOYA Sandra Fabiana, NAVARRO Sandra, MARTÍN María Luz, BERSANO Noelia, PENA Claudia, GONZALO Paula, NITSCHKE Alejandro, CAMPINS Federico, PAPAGNO María Julia, RESIDENCIA DE REUMATOLOGÍA-IREP, LÓPEZ María José, MOLINARI Luciana, PERTICONE Eugenia

REGISTRO EPIMAR

**INTRODUCCIÓN:** Las enfermedades pulmonares intersticiales (EPI) de mecanismo autoinmune (EPI-AI) incluyen aquellas asociadas a enfermedades del tejido conectivo (EPI-ETC), neumonía intersticial con hallazgos autoinmunes (IPAF) y las asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA).

**OBJETIVO:** Describir las características basales del registro de EPI-AI, EPIMAR-II.

**MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes evaluados y diagnosticados de EPI-AI, con o sin síntomas, mayores de 16 años, de inicio en los últimos 5 años y que se encuentren en seguimiento en la actualidad, en un estudio de cohortes y que cumplan criterios vigentes. Los datos analizados en el presente estudio corresponden a aquellos que completaron la visita basal (T0). Se incluyeron solo aquellas tomografías evaluadas de forma ciega y centralizada por un experto. Análisis estadístico: se expresaron las variables en frecuencia y porcentaje, o medias/medianas y desvíos estándar/RIC. Se compararon las variables continuas mediante Test de T o Mann-Whitney y las categóricas mediante chi-cuadrado o test exacto de Fisher. Se consideró un valor de  $p < 0,05$  como significativo.

**RESULTADOS:** Actualmente 241 pacientes se hallan activos en el registro. Luego de excluir pacientes con datos faltantes o inconsistentes, se incluyeron 168 pacientes (70%) para el presente análisis. Los pacientes incluidos fueron predominantemente de sexo femenino 138 (82%), con una

edad 61 años (DS +/-13), caucásicos 73 (51%), con cobertura social 92 (60%), 62 (40%) tabaquistas pasados o actuales. Las EPI-AI se distribuyeron de la siguiente forma: EPI-ETC 142 (85%), IPAF 18 (11%), EPI-ANCA 6 (4%), tuvieron enfermedad subclínica 53 (33%). Los diagnósticos reumatológicos más frecuentes fueron: esclerodermia 54 (32%), artritis reumatoidea 51 (30%), síndrome de Sjögren primario 24 (14%) y miopatías inflamatorias 15 (9%). La demora global en el diagnóstico desde el inicio de los síntomas fue de 11 meses (+/-18). Al analizar los patrones tomográficos (en 62/168, 37%), los más frecuentes fueron NINE (66%), NIU (13%) y NINE-NO (10%). En la espirometría, la CVF media fue de 2.23 litros (+/-0.8) y 71% (+/- 20). Los tratamientos más frecuentes fueron glucocorticoides 98 (71%), micofenolato 60 (44%), metotrexato 57 (42%), ciclofosfamida 28 (20%) para drogas clásicas, y rituximab 25 (18%), abatacept 6 (4%), anti-TNFalfa 5 (4%) y tofacitinib 5 (4%) como drogas biológicas/sintético dirigidas. Las terapias antifibróticas fueron utilizadas en 19 pacientes (11%), 16 nintedanib y 3 pirfenidona. Al comparar los pacientes con AR vs no AR, los pacientes con AR tuvieron más antecedentes de exposición a tabaquismo y EPOC, así como también recibieron más tratamientos inmunosupresores vs los no AR. **CONCLUSIÓN:** En estos datos basales se encontró predominio de mujeres, ES/AR como Enf-AI asociadas, 30% de enfermedad subclínica, NINE como el patrón de TAC y diferencias clínicas y en la utilización de inmunosupresores al comparar AR vs no AR.

0241

## PERFIL CLÍNICO Y SEROLÓGICO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS Y NECROSIS ÓSEA AVASCULAR PERTENECIENTES A UN REGISTRO RELESSAR

CABALLERO CELÍN Shirley<sup>1</sup>, PORTA Sabrina<sup>1</sup>, LUERA Laura<sup>1</sup>, VISENTINI Susana<sup>1</sup>, PACHECO Gonzalo<sup>1</sup>, GARCÍA Lucila<sup>2</sup>, GOBBI Carla Andrea<sup>3</sup>, GESAR Les<sup>4</sup>

<sup>1</sup>UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL CARLOS G. DURAND, <sup>2</sup>HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (HIGA) GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA, <sup>3</sup>SANATORIO ALLENDE, <sup>4</sup>GRUPO DE ESTUDIO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (GESAR-LES)

**INTRODUCCIÓN:** La necrosis ósea avascular ósea (NOA) es una complicación bien reconocida del lupus eritematoso sistémico (LES) que conduce a una morbilidad significativa.

**OBJETIVO:** Estudiar el perfil clínico y los factores relacionados con NOA en pacientes adultos con diagnóstico de LES.

**MÉTODOS:** Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes con diagnóstico de LES según criterios ACR 82-97, que fueron ingresados en el Registro de Lupus de la Sociedad Argentina de Reumatología (RELESSAR). Se evaluaron variables sociodemográficas, clínicas, serológicas y daño medido por el índice de daño SLICC (SDI). Las comparaciones se hicieron a través de un matcheo por edad, sexo y duración de la enfermedad, conformando dos grupos con y sin NOA. Para determinar, de forma conjunta, qué variables estuvieron asociadas a NOA se ajustó un modelo de regresión logística, se hizo una selección paso a paso de las variables y se estimaron las razones de odds (RO).

**RESULTADOS:** De los 1480 pacientes incluidos en el registro, 1357 (91.7 %) eran mujeres, con una edad mediana de 37.5 (28.5, 47.8) años. La mediana de duración de la enfermedad fue de 73.9 (30.1, 143) meses, y la edad al momento del diagnóstico de 28.7 (21.3, 38.2) años. Los pacientes tenían una mediana de retraso en el diagnóstico desde el inicio de los síntomas de 5.10 (2.00, 13.2) meses y un daño medido por SDI de 1 (0, 1.00). Un total de 80 (5.4%) pacientes presentaron al menos una NOA. De ellos el 62,5% (n=50) tuvieron 2 (dos) o más NOAs. La mediana de tiempo desde el diagnóstico a la primer NOA fue de 6.00 (3.00, 10.3) año. Los pacientes con NOA presentaron más compromiso renal, anticardiolipinas igG positivo, tuvieron mayor número de hospitalizaciones por la actividad del lupus, así como también mayor infecciones graves. Los pacientes con NOA recibieron más frecuentemente tratamiento con leflunomida, azatioprina y AAS. Tanto el daño medido por SLICC como el índice de comorbilidad de Charlson fue mayor en los pacientes con antecedentes de NOA. Se estudiaron las variables asociadas a NOA luego de ajustar un modelo de regresión logística. Se encontró que la chance de presentar NOA es mayor para los que tienen leucopenia (OR= 2.22, IC95 [1.13- 4.53]) o anticoagulante lúpico positivo (OR= 2.57, IC95 [1.19- 5.56]). La presencia de nefritis lúpica aumenta 4 veces el riesgo de desarrollar NOA (OR= 4.19, IC95 [2.11- 8.72]).

**CONCLUSIÓN:** En nuestra población de pacientes con LES, la presencia de NOA fue relativamente elevada. Nuestros resultados sugieren una fuerte asociación con un estado procoagulante, así como también con compromiso renal, pudiendo en este grupo de pacientes relacionar su presencia al efecto adverso de drogas.

0242

## INFECCIÓN POR HERPES ZÓSTER EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

MAMANI ORTEGA María Lourdes, CAMPOVERDE LALANGUI Gina Alejandra, MERCÉ Aixa Lucía, SECCO Anastasia

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA

**INTRODUCCIÓN:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, multiorgánica, caracterizada por diversas alteraciones clínicas e inmunológicas. El herpes zóster (HZ) es el resultado de la reactivación del virus varicela zóster latente, que se presenta frecuentemente en pacientes con LES debido a diferentes factores que predisponen a la infección.

**OBJETIVO:** Estimar la frecuencia de infección por HZ en pacientes con LES, las características sociodemográficas, clínicas, actividad de la enfermedad y tratamientos al momento de la infección.

**MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES según los criterios ACR 1997, SLICC 2012 y/o ACR/EULAR 2019. Se excluyeron pacientes con otra enfermedad reumática autoinmune, excepto síndrome de Sjögren y síndrome antifosfolípido. Se realizó revisión de historias clínicas y contacto telefónico para recabar datos acerca de la infección viral. Las variables continuas se informaron como media y desvío estándar (DS) o mediana y rango intercuartílico (RIC), según distribución y tamaño muestral. Las variables categóricas se reportaron como porcentaje.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 186 pacientes con diagnóstico de LES, la media de edad en años fue 39 (±13.88), el 94% eran mujeres, el 17% presentaba alguna comorbilidad, siendo las más frecuentes en un 50% la hipertensión arterial y en un 37% la diabetes mellitus. No se encontraron diferencias significativas respecto de la edad, sexo y comorbilidades, entre los que tuvieron HZ y los que no. El 15% (n:28) presentó HZ, con una mediana de 10 días (RIC: 9-14) de duración de la infección. La localización fue en el 50% de los casos en el tronco, seguida del 21% en extremidades. El 71% se encontraba recibiendo tratamiento inmunosupresor y un 85% corticoterapia, al momento de la infección; con una mediana de dosis de prednisona de 20mg/dl (RIC: 5-25). La mayoría de los pacientes presentaban actividad de su enfermedad, con una mediana de SELENA-SLEDAI de 6 (RIC: 4-7.5). El 86% recibió tratamiento antiviral. El 32% estuvo hospitalizado, de los cuales 4 pacientes recibieron aciclovir endovenoso (2 con HZ a nivel facial con compromiso oftálmico, 1 con mielitis transversa, 1 con compromiso cutáneo extenso) y el 21% desarrolló neuralgia posherpética.

**CONCLUSIÓN:** La frecuencia de la infección por HZ fue del 15%, la mayoría presentó actividad moderada de la enfermedad y más de la mitad se encontraba recibiendo corticoides e inmunosupresores. Consideramos que nuestro estudio es un aporte más para el mayor conocimiento e implementación de medidas preventivas de esta infección.

0246

## ARTRITIS PSORIÁSICA DE INICIO TARDÍO. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DIFERENCIALES

ARIAS Tamara Graciela<sup>1</sup>, FENUCCI Maximiliano<sup>2</sup>, GARCÍA SALINAS Rodrigo<sup>3</sup>, MAGRI Sebastián<sup>3</sup>, ABDALA Marcelo<sup>4</sup>, ABBAS Leila<sup>2</sup>, MEDINA Gustavo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, <sup>2</sup>HOSPITAL CÉSAR MILSTEIN, <sup>3</sup>HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, <sup>4</sup>HOSPITAL DEL CENTENARIO

**INTRODUCCIÓN:** Las artritis de inicio tardío (luego de los 60 años) pueden tener características fenotípicas y epidemiológicas diferenciales en comparación con las de inicio en edades más jóvenes. Se han descrito valores más elevados de reactantes de fase aguda y formas oligo o poliarticulares erosivas predominantes. Se requiere mayor conocimiento en nuestro medio para un abordaje correcto.

**OBJETIVO:** Describir la prevalencia de artritis psoriásica de inicio tardío (ApS tardía) en pacientes con ApS, las características clínicas y epidemiológicas diferenciales.

**MÉTODOS:** Estudio multicéntrico, observacional, transversal. Se incluyeron pacientes con ApS (criterios CASPAR). Se consideró ApS tardía al inicio >60 años. Se compararon con ApS de inicio temprano (<60 años). Se utilizó porcentaje, media y desvío estándar, o mediana y rango intercuartílico, y se compararon variables con t Student o U Mann Whitney. Se estableció significancia <5%.

**RESULTADOS:** Se evaluaron 154 pacientes con al menos una visita en los últimos 12 meses. Características generales de la cohorte: 62.7% mujeres, edad 56±14 años, 76.7% con cobertura de salud. La mayoría presentó psoriasis en placa como fenotipo cutáneo (91%) y 51% compromiso ungueal. El 97% presentó artritis (poliartritis 53%, oligoartritis 45%), entesitis (50%), dactilitis (36%) y compromiso axial (22%). PASI mediana 1.1 (RIC 0.2-3.38), BSA 1 (RIC 0-5), DLQI 3 (RIC 1-6), HAQ media 0.8±0.6, DAS28 3.11±1.3, DAPSA 13.9±9.9. Alcanzaron MDA 26.1%. El 62.5% de la cohorte tenía alguna comorbilidad metabólica (75.6%), cardiovascular (56.7%) y endocrinológica (14.4%). Hubo 4 casos de tuberculosis y 3 de herpes zóster. 59% utilizaba algún medicamento de alto costo, anti-TNF (53%), anti-IL17 (30%), anti-IL23 (8.2%), seguidos de anti-IL12/23 y JAKinh. Subgrupo de ApS tardía: se detectaron 37 pacientes (24%). Presentaron, en comparación con los pacientes que iniciaron la enfermedad antes de los 60 años (n=117), menor tiempo de evolución (5 vs 9,5 años; p<0.003), mayor cobertura de salud (92% vs 65%; p<0.007), más comorbilidades (75.7% vs 58.2%; p<0.001) con prevalencia de cardiopatía isquémica (p<0.01) y mayor compromiso ungueal (71% vs 47%; p<0.03). No hubo diferencias en el porcentaje que alcanzaba MDA. Sin embargo, los pacientes con ApS tardía tenían mayor compromiso funcional por HAQ (mediana 1 vs 0.5, p<0.001) logrando HAQ<0.5 solo el 8% vs 22% del otro grupo (p<0.06). En las variables de laboratorio, se destacó el mayor valor de proteína C reactiva (3±4vs0.8±1 mg/dl; p<0.001). No hubo diferencias en la prevalencia de uso de medicamentos de alto costo. Hubo mayor uso de hipolipemiantes (p<0.01), antihipertensivos (p<0.02) y opioides (p<0.014).

**CONCLUSIÓN:** La mayor frecuencia de comorbilidades, sobre todo cardiovasculares, la polifarmacia, y el mayor impacto funcional de la enfermedad, como se describe en nuestro trabajo, debe propiciar un abordaje especial en adultos mayores con ApS.

0247

## NECESIDADES INSATISFECHAS Y GAPS RELACIONADOS A LA IMPLEMENTACIÓN DEL T2T EN ARTRITIS REUMATOIDEA: RESULTADOS DE LA ENCUESTA EVEREST EN ARGENTINA Y URUGUAY

ZELAYA Marcos David<sup>1</sup>, BERBOTTO Guillermo<sup>2</sup>, CITERA Gustavo<sup>3</sup>, GARCÍA SALINAS Rodrigo<sup>4</sup>, WHITE Douglas<sup>5</sup>, MURRAY Suzanne<sup>6</sup>, RAMAGLI Alicia<sup>7</sup>, ROSEMFET Marcos<sup>3</sup>, SECCO Anastasia<sup>8</sup>, SCUBLINSKY Darío<sup>9</sup>, SCHNEEBERGER Emilce<sup>3</sup>, ROZEMBLUM Paula<sup>1</sup>, VELOZO Edson<sup>10</sup>

<sup>1</sup>ABBVIE, <sup>2</sup>HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, <sup>3</sup>INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, <sup>4</sup>HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, <sup>5</sup>WAIKATO CLINICAL SCHOOL, UNIVERSITY OF AUCKLAND, <sup>6</sup>AXDEV GROUP INC, <sup>7</sup>SERVICIO MÉDICO INTEGRAL, MEDIS GROUP, <sup>8</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA, <sup>9</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JUAN A. FERNÁNDEZ, <sup>10</sup>SANATORIO Y UNIVERSIDAD ADVENTISTA DEL PLATA

**INTRODUCCIÓN:** El *target to target* (T2T) es reconocido como la principal estrategia de tratamiento de los pacientes con artritis reumatoidea (AR), cuyo objetivo es lograr la remisión sostenida de la enfermedad. Para una exitosa implementación es crucial identificar las necesidades insatisfechas y *gaps* que representan un desafío en la práctica clínica. EVEREST es una iniciativa diseñada para mejorar la implementación del T2T y permitir que los pacientes con AR alcancen el menor grado de actividad clínica utilizando un enfoque innovador y basado en la ciencia de la implementación.

**OBJETIVO:** Describir los conocimientos, habilidades y herramientas utilizadas por un grupo de reumatólogos de Argentina y Uruguay en relación con el T2T para el manejo de pacientes con AR, e identificar los desafíos y barreras percibidos para la implementación del T2T.

**MÉTODOS:** Se realizó un subanálisis de la encuesta EVEREST diseñada para conocer las perspectivas de los reumatólogos sobre sus conocimientos y habilidades, manejo durante la consulta clínica, uso de herramientas para evaluar la actividad de la AR y la presencia de barreras para la implementación del T2T. Se presentan los datos de Argentina y Uruguay.

**RESULTADOS:** 71 reumatólogos provenientes de Argentina y Uruguay respondieron la encuesta. Los principales desafíos en la implementación del T2T fueron la percepción de resultados contradictorios obtenidos con las escalas de evaluación de la actividad de la AR (87% de acuerdo) y la dificultad en el uso de medidas compuestas para valorar la actividad de la AR (84% de acuerdo). Las barreras más frecuentes fueron el reconocimiento de cambios en la actividad de la AR potencialmente asociados con la falta de adherencia del paciente al tratamiento (71%), la falta de asistencia a las citas programadas (61%) y las discrepancias entre los resultados reportados por los pacientes (PROs) y las medidas compuestas de evaluación de la actividad de la AR (58%). A pesar de esto, los reumatólogos informaron un nivel elevado de conocimientos y capacidades para evaluar y emplear los PROs, así como para adaptar los principios T2T en la práctica clínica.

**CONCLUSIÓN:** Este subanálisis, reportado por un grupo de reumatólogos, es un aporte para identificar los desafíos y *gaps* para la aplicación del T2T en la práctica profesional de Argentina y Uruguay. Este conocimiento podría impulsar el desarrollo de programas educativos e intervenciones para una mejor implementación del T2T.

## CONSULTORIO CONJUNTO REUMATOLOGÍA-GASTROENTEROLOGÍA EN EL HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA. ABORDAJE DEL COMPROMISO GASTROINTESTINAL EN ESCLEROSIS SISTÉMICA

LIZARRAGA Camila, DEGIOANNI Lucía, BORDÓN Florencia, NOVATTI Elisa, ÁLVAREZ Ana Cecilia, BAENAS Diego, GUZZANTI Fernanda, ALVARELLOS Alejandro, CAEIRO Francisco, MITRE María Belén, SAURIT Verónica

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

**INTRODUCCIÓN:** El compromiso gastrointestinal es la principal causa de morbilidad y la tercera en mortalidad en pacientes con esclerosis sistémica (ES). Hasta donde sabemos hay pocos datos en la literatura que describan unidades multidisciplinarias en ES. Se presentan los datos de nuestra cohorte de pacientes que asistieron al consultorio conjunto de Reumatología-Gastroenterología de nuestro hospital de marzo a julio de 2023.

**OBJETIVO:** Describir las características clínicas y demográficas de los pacientes con ES que asistieron al consultorio conjunto; detectar el compromiso gastrointestinal en nuestros pacientes con ES; evaluar si la unidad pudo lograr un cambio en cuanto al enfoque diagnóstico y terapéutico de los pacientes con compromiso gastrointestinal.

**MÉTODOS:** La evaluación de los pacientes se realizó en conjunto con especialistas en Reumatología y Gastroenterología de manera sincrónica. Primera visita: datos demográficos y características basales de la enfermedad. Presencia y la severidad de síntomas gastrointestinales utilizando el cuestionario UCLA GIT 2.0. Solicitud de estudios complementarios. Modificaciones en la terapéutica. Segunda visita (2-3 meses): se evaluaron estudios complementarios. Se registró si hubo mejoría en los síntomas gastrointestinales luego de las modificaciones terapéuticas. Se utilizó una base de datos donde se registraron pacientes de marzo a julio de 2023. El análisis estadístico se realizó a través del *software* InfoStat.

**RESULTADOS:** Total de pacientes atendidos: 43 (9,3% hombres y 90,7% mujeres). Media de edad: 49 años. Tipo de ES: 46,5% ES limitada, 25,8% difusa, 16,2% sin esclerodermia, 4,6% rápidamente progresiva y 6,9% superposición. El 88,3% de los pacientes tenían síntomas gastrointestinales al momento de la consulta. Mediana de severidad de síntomas UCLA GIT 2.0: 0,70, es decir, afectación moderada. Se solicitaron estudios complementarios en el 69,7% 4 manometrías: contractilidad esofágica inefectiva e hipomotilidad. 11 videoendoscopias altas: 2 angiodisplasias gástricas, 1 esofagitis grado D, 1 esófago de Barret. Anticuerpos positivos: 1 anticuerpo antimúsculo liso y 1 anticuerpo antimitocondrial. En el 51,1% de los pacientes hubo modificaciones en el tratamiento; el 23,2% fue en relación a famotidina, 11,6% inhibidor de bomba de protones, 11,6% proquinéticos, 9,3% rifaximina, 6,9% cambios en la dieta y 4,6% probióticos. El 13,9% de los 43 pacientes asistieron a la segunda visita, de los cuales el 9,3% refirió mejoría de sus síntomas y el 6,9% asistió solo para entregar estudios complementarios.

**CONCLUSIÓN:** Con los datos obtenidos hasta el momento podemos decir que se detectaron síntomas gastrointestinales en la mayoría de los pacientes con ES que asistieron a la unidad conjunta, de los cuales la mitad supuso un cambio en el enfoque diagnóstico y terapéutico. Hasta ahora es escaso el porcentaje de visitas de control, sin embargo esperamos seguir recabando información en el futuro.

## HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EN ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

ZUNINO Luisina Victoria, CALVO Romina, ORTIZ Alberto

HOSPITAL DR. JOSÉ MARÍA CULLEN

**INTRODUCCIÓN:** Dentro de las principales causas de hemorragia alveolar difusa (HAD) se destacan los desórdenes autoinmunes sistémicos, asociándose a glomerulonefritis simultánea y constituyendo el síndrome pulmón-riñón. La HAD es un síndrome potencialmente mortal, poco frecuente, y tiene un mal pronóstico en general, con una mortalidad hospitalaria que oscila entre el 20 y el 50%. Requiere de un alto índice de sospecha para evitar demoras en su diagnóstico y tratamiento.

**OBJETIVO:** Describir las características de pacientes con HAD en el contexto de las enfermedades autoinmunes observados en un solo centro; evaluar la presencia de síndrome pulmón-riñón, objetivar los hallazgos relevantes y compararlos con los pacientes sin compromiso renal; determinar factores de mal pronóstico.

**MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal, mediante el análisis de las historias clínicas de pacientes con HAD y enfermedades autoinmunes del Servicio de Reumatología del Hospital Cullen, entre 1999 y 2023. Se definió HAD según los criterios de Barile adaptados. Se excluyeron las HAD por otras causas (por ejemplo: tromboembolismo de pulmón, uremia, edema agudo de pulmón) y los casos que no fueron confirmados por BAL o tubo endotraqueal. Se definieron los síntomas de inicio como aquellos presentes en las primeras 48 h, contadas desde el momento de la consulta; tiempo de demora diagnóstica, como el tiempo transcurrido, en días, desde el primer signo/síntoma de hemorragia pulmonar registrado en la historia clínica, hasta la confirmación diagnóstica por lavado broncoalveolar (BAL) o sangrado por tubo endotraqueal. Se utilizó el *software* SPSS Statistics 19. Las variables se presentaron como frecuencias, porcentajes, medias o medianas. Se utilizó el test de chi-cuadrado y prueba T. Nivel de confianza  $\alpha=0.05$ .

**RESULTADOS:** Se incluyeron 36 pacientes con 44 episodios de HAD (7 fueron recurrentes). 25 con LES (69%), 4 con vasculitis secundaria a cocaína (11.1%), 3 con vasculitis anca + (8.3%) y 1 con AR, SAF primario, enfermedad de Behçet y vasculitis hipocomplementémica respectivamente (2.8%). El 66.7% de los pacientes fueron mujeres (n=24), edad media de inicio de la enfermedad de 32.5 años (+/-11.5 años). La demora diagnóstica fue de 3,5 días (IC 3-8). Los síntomas más frecuentes fueron: disnea en 70% y fiebre en 59%. Hemoptisis se observó en 51.2% (n=21). Todos los pacientes recibieron tratamiento con metilprednisolona en pulsos, excepto uno que falleció al ingreso de cuidados críticos. Un 81,8% de los eventos recibieron además ciclofosfamida, 22,7% plasmaféresis y 4,5% rituximab. Las complicaciones más frecuentes fueron requerimiento de diálisis en 34,1% de los casos, ventilación mecánica en 22,7% y sobreinfección 20,5%. Fallecieron 18 pacientes. La asistencia respiratoria mecánica (ARM) resultó un factor asociado a mortalidad (p=0.001) y se observó una tendencia a la misma por infecciones. Un 60% de los pacientes tratados con plasmaféresis murieron. En 35 eventos se observó compromiso renal. Se observó una significancia estadística en la presencia de tos y el requerimiento de diálisis en estos pacientes (p=0.04; p=0.014 respectivamente).

**CONCLUSIÓN:** Se observó un alto porcentaje de pacientes con compromiso renal asociado a HAD. Solo en la mitad de los casos se observó hemoptisis y el síntoma más frecuente fue la disnea. Mayor mortalidad en aquellos que requirieron ARM o que complicaron con cuadros infecciosos. Al comparar los pacientes con o sin compromiso renal, no observamos grandes diferencias entre ambos grupos. El diagnóstico oportuno de HAD y el control de las infecciones serían clave para una mejor evolución.

## RIESGO DE INFECCIÓN ASOCIADO A LA PLASMAFÉRESIS TERAPÉUTICA. ESTUDIO DE COHORTE

DELFIN Elisabet Karen<sup>1</sup>, SCOLNIK Marina<sup>1</sup>, BARRIOS TABORDA Onaldo José<sup>2</sup>, ROSA Javier<sup>1</sup>, SORIANO Enrique<sup>1</sup>

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

**INTRODUCCIÓN:** La plasmaféresis (PF) es una terapia extracorpórea que remueve inmunoglobulinas, complejos inmunes o mediadores inflamatorios del plasma. Se emplea en enfermedades autoinmunes y otras patologías. En 2022 un metaanálisis mostró que la PF se asoció con infecciones serias dentro del primer año.

CARACTERÍSTICAS	
Sexo masculino, n (%)	35 (38.5%)
Edad 1era PF, media (DE)	43.3 años (DE 17.1)
Recibió GCC VO, n (%)	71 pacientes (78%)
Recibió pulso de GCC, n (%)	63 pacientes (69.2%)
Cantidad de IS (mediana RIQ)	2 (RIQ 1-4)
CiCr basal	34 micromol/1.73 m <sup>2</sup> (RIQ 11.1 a 54.6)
MOTIVO DE INDICACIÓN	
Trasplante, n (%)	45 pacientes (49.4%)
hematológica, n (%)	18 pacientes (19.7%)
reumatológica, n (%)	7 pacientes (7.7%)

Elaboración propia. PF: plasmaféresis, GCC: glucocorticoides, VO: vía oral, IS: inmunosupresores, CiCr (Clearance de Creatinina)

**Tabla:** Características demográficas e indicaciones de PF.

(25.2%), 19 fueron severas, con una DI de 6 (IC 95% 3.8 a 9.4) por cada 1000 PA. Fallecieron 20 pacientes (21.9%) siendo la DI de muerte de 6.4 por cada 1000 PA (IC 95% 4.1 a 9.9). Ninguno de los pacientes con enfermedades reumatológicas sufrió infección severa. En el análisis multivariado (incluyendo edad, sexo, patología de base, tratamientos concomitantes, función renal y uso de corticoides) ninguna variable se asoció significativamente con mayor riesgo de infecciones severas, observándose una tendencia a mayor riesgo con mayor cantidad de inmunosupresores, menor *clearance* de creatinina (CiCr) y un efecto protector del uso de glucocorticoides. Tampoco encontramos variables asociadas con mayor mortalidad, siendo esta menor (no significativamente) en las indicaciones reumatológicas (solo 1 paciente falleció al año de la sesión de PF).

**CONCLUSIÓN:** En nuestra experiencia la PF se asoció con una baja incidencia de infecciones severas y muerte, especialmente en pacientes con enfermedades reumáticas. No encontramos ningún factor que se asociara significativamente con ninguno de estos dos eventos.

**OBJETIVO:** Evaluar la incidencia de infecciones serias y mortalidad en una cohorte de pacientes que recibieron PF por diversas patologías en un Hospital Universitario de Buenos Aires.

**MÉTODOS:** Estudio de cohorte retrospectivo, entre 2005 y 2023. Se incluyeron pacientes de ambos sexos mayores de 18 años que hayan recibido tratamiento con PF. Los datos se obtuvieron por revisión manual de los registros médicos electrónicos. Se calculó densidad de incidencia (DI) de infecciones serias pos-PF con su intervalo de confianza del 95% (IC 95%) durante los 12 meses de seguimiento posteriores y se expresó por cada 1000 pacientes-año (PA). Se realizó análisis multivariado de regresión de Cox para identificar factores asociados con infecciones serias (> grado 3) según *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE). Estos resultados se basan en el análisis de la primera sesión de PF.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 91 pacientes, las características demográficas y relacionadas con las indicaciones de PF se muestran en la Tabla. Ocurrieron infecciones en 23 pacientes

## ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINA IGA EN LAS MANIFESTACIONES NO CRITERIO DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO OBSTÉTRICO

DANZA Álvaro, ROCA Federico, SILVEIRA Gonzalo, CARLOMGANO Adriana, REBELLA Martín

FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome antifosfolípido (SAF) obstétrico se define por los criterios clasificatorios. Además de estos, existen otras manifestaciones denominadas "no criterio", dentro de las cuales están un número menor de abortos y la aparición del síndrome de preeclampsia/eclampsia (SPE) y/o insuficiencia placentaria (IP) antes de la semana 37 de la gestación, pero luego de la semana 34, criterios que pueden apoyar el diagnóstico de SAF. Asimismo, se han considerado múltiples marcadores biológicos "no criterio", fundamentalmente en escenarios de trombosis arteriales o venosas, pero en menor medida durante el embarazo.

**OBJETIVO:** Describir si existe asociación de los anticuerpos anticardiolipina isotipo IgA con el desarrollo de síndrome de preeclampsia/eclampsia y/o insuficiencia placentaria durante el embarazo.

**MÉTODOS:** Se diseñó un estudio de casos y controles, de inclusión prospectiva de pacientes. Se consideró "caso" la presencia de SPE y/o IP antes de la semana 37; por cada caso se incluyeron dos controles de edad materna y gestacional comparables (+/- 5 años o semanas, respectivamente), sin SPE y/o IP. Se consideraron variables demográficas y clínicas. Se incluyeron pacientes de una maternidad general. Se excluyeron enfermedades autoinmunes sistémicas, gemelares y/o malformaciones. A todas las pacientes se les realizó inhibidor lúpico, anticardiolipina (ACL) IgG, IgM e IgA, anti-β2-glicoproteína-1 IgG e IgM. Los ACL IgA se consideraron positivos o negativos según el punto de corte indicado por el laboratorio proveedor del reactivo: 20 CU. La asociación se testó mediante test de chi-cuadrado, con SPSS 25.0. El protocolo fue aprobado por un Comité de ética.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 62 casos y 142 controles. La media (DE) de proteinuria en el grupo casos fue de 0.9 (1.3) g/24 horas.

**CONCLUSIÓN:** En nuestro trabajo no observamos una asociación entre la presencia de ACL IgA y preeclampsia y/o insuficiencia placentaria de inicio antes de la semana 37 de la gestación. La dosificación durante el tercer trimestre del embarazo puede tener un componente dilucional lo que determina un descenso de los títulos de anticuerpos. Es necesario realizar nuevos estudios para definir si existe asociación entre SPE y/o IP luego de la semana 37 y SAF. No obstante, de momento, la utilidad de esos marcadores no parece ser determinante en el estudio de estas pacientes.

## REPORTE DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS Y ARTERITIS DE TAKAYASU EN ARGENTINA: ¿ASOCIACIÓN CAUSAL O CASUAL?

SCOLNIK Marina<sup>1</sup>, CECCATO Federico<sup>2</sup>, CASTEL DEL CID Cecilia<sup>3</sup>, ALBIERO Juan Alejandro<sup>4</sup>, CITERA Gustavo<sup>5</sup>, SCHNEEBERGER Emilce<sup>5</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, <sup>2</sup>SANATORIO ESPERANZA S.A., <sup>3</sup>HOSPITAL CENTRAL, <sup>4</sup>HOSPITAL CÓRDOBA, <sup>5</sup>INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

**INTRODUCCIÓN:** Varios estudios han resaltado la coexistencia de la arteritis Takayasu (TAK) con diversas enfermedades inflamatorias crónicas. La prevalencia de manifestaciones extravasculares en la TAK fue reportada entre 19 y 39%. Las asociaciones más frecuentemente comunicadas son: la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), las espondiloartritis (EspA), la enfermedad de Behçet y la psoriasis.

**OBJETIVO:** Presentar una serie de pacientes con diagnóstico concomitante de espondiloartritis (EspA) o con rasgos de EspA y arteritis de Takayasu (TAK) en Argentina.

**MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico concomitante de EspA o con rasgos de EspA (criterios ASAS 2009 de EspA axial [ax]), criterios New York modificados [NYM] para espondilitis anquilosante [EA], criterios GRAPPA para artritis psoriásica [APs]) y TAK (criterios ACR 1990) de distintos centros de la República Argentina. Se recopilaron características demográficas, clínicas, analíticas (HLA-B27, reactantes de fase aguda -RFA-), métodos diagnósticos de TAK, subtipo de EspA, tratamientos y desenlaces

**RESULTADOS:** Se incluyeron 7 pacientes, 5 mujeres y 2 varones. Cuatro presentaban EspA (EspAax juvenil, APs, EA y EspAax pura) y 3 tenían rasgos de EspA (enfermedad Crohn, psoriasis y oligoartritis asimétrica de grandes articulaciones). La edad media al diagnóstico de EspA (o sus rasgos) fue 25±12 años y de TAK 31±10.9 años. En 5 pacientes el diagnóstico de EspA, o sus rasgos, se presentó entre 2-15 años (mediana 4 años) antes del diagnóstico de TAK, en otro caso fue posterior y en un caso el diagnóstico de ambas enfermedades fue simultáneo. Los signos más frecuentes que llevaron al diagnóstico TAK fueron: disminución pulsos (3/7), soplos vasculares (3/7) y fiebre 2/7. Los RFA estuvieron elevados en 71% de los pacientes. Todos los pacientes tenían compromiso de aorta y/o sus colaterales documentado por imágenes. El tratamiento EspA incluyó terapia biológica en un paciente, metotrexato en dos pacientes y AINE en el resto. El tratamiento de TAK consistió en corticoides (CS) en altas dosis, inmunosupresores (MTX, AZA) en 5/7 pacientes y en tres pacientes se indicó un TNFi. Un solo paciente no recibió al basal tratamiento para la TAK por ausencia de actividad clínica, RFA normales y PET-TC sin actividad inflamatoria. En la evolución, 6 pacientes tuvieron buena respuesta al tratamiento inicial. Un paciente fue refractario inicialmente a CS y AZA, luego presentó buena respuesta a MTX, posteriormente por recaída fue tratado con ADA y colocación de *stent* en subclaviana derecha. Un paciente falleció (neumonía COVID-19) y el resto está en remisión.

**CONCLUSIÓN:** Las EspA y TAK pueden coexistir, si bien esta asociación es poco frecuente, pareciera tener sustento genético. Deberíamos considerar su diagnóstico en pacientes con EspA con síntomas constitucionales y RFA elevados en forma persistente.

## RENDIMIENTO DE LOS NUEVOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICO (SAF) ACR/EULAR 2022 EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS POSITIVOS. GRUPO DE ESTUDIO DE SAF. SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

NIETO Romina<sup>1</sup>, PORTA Sabrina<sup>1</sup>, SERRANO MORALES Rosa<sup>1</sup>, QUINTANA Rosana<sup>2</sup>, ROBERTS Karen<sup>2</sup>, LEMA Luis<sup>1</sup>, MALDINI Carla<sup>1</sup>, GOIZUETA Cecilia<sup>1</sup>, LOBO Victoria<sup>1</sup>, BROLL Ariel<sup>1</sup>, SAVIO Verónica<sup>1</sup>, TISSERA Yohana<sup>1</sup>, SCOLNIK Marina<sup>1</sup>, PALACIOS Erika<sup>1</sup>, LUISSI Aurelia<sup>1</sup>, CUCCHIARO Natalia Lili<sup>1</sup>, ESTÉVEZ Adrián<sup>1</sup>, ABALO Alejandra<sup>1</sup>, ETCHEVERRY Mayra<sup>1</sup>, RINESI Diego<sup>1</sup>, PERÉS Silvia<sup>1</sup>, IZAGUIRRE Pía<sup>1</sup>, BRIGANTE Alejandro<sup>1</sup>, CASTRO COELLO Vanesa<sup>1</sup>, DUBINSKY Diana<sup>1</sup>, SORRENTINO Laura Julieta<sup>1</sup>, BELLOMIO Verónica<sup>1</sup>, LEGUIZAMÓN María Lilia<sup>1</sup>, PISONI Cecilia<sup>1</sup>, DE LA TORRE María Laura<sup>1</sup>, ANTONIOL María Noelia<sup>1</sup>, PERANDONES Carlos<sup>1</sup>, VELLOSO Sofía<sup>1</sup>, GARCÍA Mercedes<sup>1</sup>, BERMAN Horacio<sup>1</sup>, GOBBI Carla Andrea<sup>1</sup>, BENZAQUÉN Nadia<sup>1</sup>, SACNUM Mónica<sup>1</sup>, GUAGLIANONE Débora<sup>1</sup>, VIVERO Florencia<sup>1</sup>, MACHADO ESCOBAR Maximiliano<sup>1</sup>, SAURIT Verónica<sup>1</sup>, RISCANEVO Nadia<sup>1</sup>, REMONDINO Graciela<sup>1</sup>, NEMAN Verónica<sup>1</sup>, DANIELSEN María Constanza<sup>1</sup>, GÓMEZ Graciela<sup>1</sup>, BABINI Alejandra<sup>1</sup>, VISENTINI Susana<sup>1</sup>, PACHECO Gonzalo Javier<sup>1</sup>, PONS-ESTEL Guillermo<sup>1</sup>, ALBA Paula<sup>1</sup>

<sup>1</sup>GRUPO DE ESTUDIO DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICO, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (GESAR-SAF), <sup>2</sup>UNISAR

**INTRODUCCIÓN:** Los criterios de clasificación de Sidney son los más utilizados para clasificar a los pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF). Desde su revisión en 2006 se han descrito en la literatura otras manifestaciones clínicas y de laboratorio (*livedo reticularis*, racemosa), úlceras cutáneas, trombocitopenia, afectación cardíaca, pulmonar y renal. En 2022 se presentaron en el congreso del *American College of Rheumatology* (ACR) los nuevos criterios de clasificación ACR/EULAR.

**OBJETIVO:** Describir el desempeño de los nuevos criterios de clasificación SAF ACR/EULAR 2022 en pacientes con anticuerpos antifosfolípidos (AF).

**MÉTODOS:** El registro del grupo de estudio de SAF la SAR es un estudio multicéntrico, observacional y longitudinal de pacientes portadores de anticuerpos AF (anticoagulante lúpico [AL], anticuerpos anticardiolipina [aCL] y anti-Beta 2 glicoproteína [aB2GPI]). Se realizó un análisis de los datos recolectados al ingreso a la cohorte. Se evaluaron características de laboratorio y manifestaciones clínicas en relación al cumplimiento de los nuevos criterios clasificación de SAF ACR/EULAR 2022. Las variables continuas se resumen con la media y desvío estándar (DE), las variables categóricas se resumieron en frecuencia y porcentaje.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 351 pacientes en el registro de AF de GESAR-SAR, 299 (85,2%) eran mujeres, con una edad media al momento del cumplimiento de los criterios fue de 34,5 años (DE 11,9), 164 (46,7%) eran de etnia mestiza y 139 (39,6%) caucásicos. De los pacientes incluidos, 36,5% (n=128) cumplieron con los criterios de clasificación de SAF de ACR/EULAR 2022. En la Tabla se muestran las características clínicas de los pacientes que cumplieron con estos nuevos criterios. Se evidenció trombosis arterial en 35 pacientes (27,6%), tromboembolismo venoso en 36 (28,3%) y compromiso microvascular en 53 (42,1%). Además, 11 pacientes presentaron engrosamiento valvular y 9 trombocitopenia. No se registraron vegetaciones valvulares. Se encontró que 40 pacientes (11,4%), que no podían clasificarse según los criterios de clasificación de Sidney, pudieron ser clasificados según los nuevos criterios de SAF ACR/EULAR 2022.

**CONCLUSIÓN:** Describimos las características clínicas de los pacientes que cumplieron los nuevos criterios de clasificación de SAF ACR/EULAR 2022 del Registro de pacientes con anticuerpos AF de la SAR. Encontramos una alta prevalencia de compromiso microvascular, lo que sumado a pacientes con engrosamiento valvular y trombocitopenia podrían mejorar la sensibilidad de estos criterios. Futuros análisis de validación nos permitirán comprobar el desempeño de estos nuevos criterios en nuestro registro.

DOMINIO CLÍNICO	ACR/EULAR 2022 (N=128)	No ACR/EULAR 2022 (N=223)	Total (N=351)
<b>Trombosis Arterial</b>	35 (27.0%)	33 (17.1%)	68 (21.3%)
Perfil de alto riesgo TVP <sup>1</sup>	0	0	0
Perfil de bajo riesgo TVP <sup>2</sup>	34	34	68
<b>Tromboembolismo Venoso</b>	36 (28.3%)	58 (30.4%)	94 (29.6%)
Perfil de alto riesgo CV <sup>3</sup>	0	0	0
Perfil de bajo riesgo CV <sup>4</sup>	25	42	67
<b>Compromiso Microvascular</b>	53 (42.1%)	58 (30.7%)	111 (31.8%)
Establecido <sup>5</sup>	5	4	9
Sospechado <sup>6</sup>	15	3	18
<b>Morbilidad Obstétrica</b>			
3 o más abortos < 30 semanas	14 (19.2%)	18 (16.2%)	32 (17.4%)
1 o más Prematuros < de 34 semanas	18 (24.3%)	16 (14.4%)	34 (18.4%)
Preeclampsia severa	6 (4.69%)	6 (2.69%)	12 (3.42%)
Insuficiencia placentaria	9 (16.7%)	8 (9.43%)	17 (12.2%)
<b>Valvulas Cardíacas</b>			
Engrosamiento	11 (8.59%)	6 (2.69%)	17 (4.84%)
Vegetación	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Sin Vegetación	128 (100%)	223 (100%)	351 (100%)
<b>Trombocitopenia</b>	9 (7.03%)	1 (0.448%)	10 (2.85%)
<b>DOMINIOS DE LABORATORIO</b>			
<b>Anticoagulante lípico score</b>			
Positividad única	21 (16.4%)	52 (23.3%)	73 (20.8%)
Persistente	80 (62.5%)	68 (30.5%)	148 (42.2%)
<b>Anticardiolipina (aCL) / anti-Beta 2 glicoproteína I (aB2GPI)</b>			
aCL IgG Moderada	52 (40.6%)	36 (16.1%)	88 (25.1%)
aCL IgG Alta	31 (24.2%)	19 (8.52%)	50 (14.2%)
aCL IgM Positiva	73 (57.0%)	92 (41.3%)	165 (47.0%)
aB2GPI IgG Moderada	25 (19.5%)	21 (9.4%)	46 (13.2%)
aB2GPI IgG Alta	19 (14.8%)	19 (8.5%)	38 (10.8%)
aB2GPI IgM Positiva	68 (52.9%)	113 (50.6%)	181 (51.6%)

Tabla: Manifestaciones según criterios de clasificación ACR/EULAR 2022.

## ENCUESTA SOBRE PERCEPCIONES Y VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO LABORAL PARA MÉDICOS REUMATÓLOGOS

PÉREZ CEPAS Bárbara, MORÓN María Inés, LLOVES SCHENONE Nicolás Martín, DELLA MAGGIORA Maricel, DALPIAZ Marina  
COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA VISCA

**INTRODUCCIÓN:** Se entiende a la violencia de género, o violencia contra las mujeres, como toda conducta, acción y omisión que, de manera directa o indirecta, en el ámbito público y/o en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, su libertad, su diversidad, integridad física, psicológica, sexual, económica, como también su seguridad personal. En marzo de 2009 se sancionó la Ley 26485 (Ley de Protección Integral a las Mujeres, ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia) dirigida a la protección integral de las mujeres, en términos de prevención, en forma conjunta con la sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres; abarca la violencia doméstica, institucional, libertad de reproducción y obstétrica en el ámbito público.

**OBJETIVO:** Describir la opinión de los médicos reumatólogos sobre percepciones y violencias de género en el ámbito laboral.

**MÉTODOS:** Participaron médicos reumatólogos y médicos en formación en Reumatología de la República Argentina, tanto del ámbito público como privado. Se envió vía telefónica y correo electrónico una encuesta anónima. El consentimiento se obtuvo al comienzo de la encuesta y fue requisito previo para contestar las preguntas.

**RESULTADOS:** Se respondieron 97 encuestas, de las cuales un 62.9% fueron respondidas por mujeres cis, 35.1% hombres cis, 1% no binario y 1% otro género. La mayor cantidad de encuestas respondidas fue dentro del rango etario entre 36 a 45 años en un 39.2%, seguido de 25 a 35 años en un 23.7%. El 79.4% eran reumatólogos ya formados, mientras que el 20.6% estaba en formación académica. De los resultados obtenidos en la encuesta, el 30.9% alguna vez ha recibido chistes sobre género u orientación sexual, comentarios subidos de tono o gestos inapropiados por algún/a compañero/a de trabajo. Con respecto a haber recibido bromas, comentarios sexistas/machistas/discriminatorios, esto se observó en el 59.8%. Acerca de recibir comentarios inadecuados sobre el cuerpo y/o la vestimenta esto ocurrió en un 44.3% al menos una vez, siendo estos comentarios realizados por hombres en un 20.6%, 4.1% por mujeres y 21.6% por ambos géneros. Mientras que 53.6% prefirió no contestar. En relación a haber sufrido agresiones verbales o descalificaciones debido al género u orientación sexual por parte de algún/a compañero/a de trabajo, se vio en un 10.3% de las encuestas respondidas. Sobre ser acosado por un compañero/a de trabajo vía mensajes, *chats*, *mails*, llamadas o contactos por redes sociales se obtuvo en un 10.3% de las encuestas respondidas. En cuanto a haber sido forzado alguna vez a tener contacto físico sin su consentimiento se recabó que un 5.2% lo sufrió alguna vez. Además, han sido excluidos de reuniones de trabajo motivado por el género en un 8.2%. Por otro lado, alguna vez han sido tratados de forma desigual en comparación con sus pares del género opuesto y esto se vio en un 33%. Solamente un 2.1% alguna vez han tenido experiencias de hostigamiento laboral por negarse a un intercambio sexual o sentimental y un 2.6% alguna vez ha tenido experiencias de violencia física.

**CONCLUSIÓN:** Los resultados obtenidos de este trabajo nos informan acerca de la situación sobre la temática de violencia de género en el ámbito



laboral para médicos reumatólogos en la Argentina, teniendo por primera vez información actualizada de este tipo de problemática en nuestro ámbito laboral, lo cual nos permitiría abordarla mediante charlas, puntos de encuentro y protocolos de abordaje.

0265

## PERFIL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

LUNA Melisa Romina, NASI Silvina, GORDILLO Florencia, BENAVENTE Matías, GARCÍA CICCARELLI Agustín

HOSPITAL EL CARMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las hospitalizaciones de pacientes con artritis reumatoidea (AR) implican un gran impacto médico, social y económico. La descripción del perfil de los pacientes hospitalizados contribuye a optimizar el trabajo médico y la utilización de recursos.

**OBJETIVO:** Determinar la frecuencia y causas de hospitalización de pacientes con AR atendidos en un hospital de tercer nivel y su relación con otros factores como comorbilidades y tratamientos recibidos.

**MÉTODOS:** Se realizó un estudio retrospectivo, comparativo, donde se incluyeron pacientes mayores de 18 años que cumplían criterios de clasificación ACR/EULAR 2010 para AR. Se realizó un análisis demográfico. Se consignaron datos como duración y actividad de la enfermedad, historia de tabaquismo, comorbilidades, perfil de anticuerpos y tratamiento inmunosupresor al momento de la internación. Análisis estadístico con Epi Info: medidas de tendencia central, de dispersión y chi-cuadrado; criterio de significación error alfa<5%.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 106 pacientes, el 79% eran mujeres. La edad media del total de pacientes fue 58.70 (DE±13.11). El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 8.07 (DE±6.43) años y el 20% presentaba una alta actividad de AR. El 32% eran tabaquistas y la hipertensión fue la comorbilidad más habitual (35%). La causa más frecuente de internación fueron las infecciones (33%), especialmente por infecciones respiratorias (76%) (más frecuente neumonía por SARS COV 2 en 40%); seguido por las urgencias quirúrgicas (20%) y la enfermedad cardiovascular (12%). El tratamiento más usado al ingreso eran los DMARDs convencionales (96%), un 34% de pacientes se encontraban con corticoterapia crónica, un 37% con terapia biológica y un 16% con inhibidores JAK. La muerte se produjo en el 9% de los pacientes, en el 50% estuvo relacionada con la causa de ingreso. No se encontró relación entre el tratamiento con prednisona >5 mg/día (p=0.22), DMARD biológicos (p=0.16) e inhibidores JAK (p=0.76) con la probabilidad de ingreso debido a infección.

**CONCLUSIÓN:** El motivo más frecuente de internación en los pacientes con AR fueron las infecciones, principalmente las respiratorias; no encontramos relación estadísticamente significativa en cuanto al uso de corticoides o drogas biológicas y la mayor ocurrencia de esta complicación.

0266

## ACTIVIDAD FÍSICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON OSTEOARTRITIS DE RODILLA Y/O CADERA

CHEREY Sofía<sup>1</sup>, DAPEÑA Joan Manuel<sup>1</sup>, BANDE Juan Manuel<sup>1</sup>, MEDINA María Alejandra<sup>1</sup>, KLAJN Diana Silvia<sup>1</sup>, CARACCILO José<sup>1</sup>, KOHAN María Paula<sup>2</sup>, SOSA María Julia<sup>3</sup>, PETRUZZELLI Sandra<sup>4</sup>, CELENZA María Alejandra<sup>4</sup>, PAPASIDERO Silvia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, <sup>2</sup>HOSPITAL DR. RAÚL F. LARCADE, <sup>3</sup>SANATORIO LA TRINIDAD MITRE, <sup>4</sup>HOSPITAL FRANCISCO SANTOJANNI

**INTRODUCCIÓN:** La osteoartritis (OA) es una enfermedad articular crónica que produce dolor, rigidez y pérdida de la función, principalmente en articulaciones de carga como las rodillas y caderas. Por lo tanto, puede limitar la realización de actividad física en los pacientes que la padecen. El *Physical Activity Questionnaire for the Elderly* (IPAQ-E) es un cuestionario adaptado para su uso en personas ≥65 años que evalúa la actividad física. Consta de 7 preguntas que establecen tiempo, frecuencia e intensidad de las actividades en los últimos 7 días. Permite calcular el gasto energético en equivalentes metabólicos (MET).

**OBJETIVO:** Describir la actividad física mediante el cuestionario IPAQ-E en una cohorte de pacientes con OA de rodilla y/o cadera, y evaluar su asociación con características de la población.

**MÉTODOS:** Estudio observacional, de corte transversal, descriptivo y analítico. Se incluyeron pacientes consecutivos ≥65 años con diagnóstico de OA de rodillas (ACR'86) y/o caderas (ACR'90). Se excluyeron patologías articulares diferentes de OA, colagenopatías, fibromialgia y dificultad para la lecto-compresión. Se registraron datos sociodemográficos, características de la enfermedad, clinimetría y radiografías de cadera y/o rodilla. Además, se consignó la práctica deportiva. Todos los participantes completaron el IPAQ-E. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Se compararon los resultados del IPAQ-E con características de la población mediante prueba de T de Student, ANOVA, Mann Whitney, Kruskal Wallis, chi-cuadrado o Spearman. Se consideró significativo p≤0.05.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 89 pacientes, el 82% fueron mujeres, con una edad media de 71.1 años (DE 8.2). La mediana del tiempo de evolución de la OA fue de 34 meses (RIC 12-60). El 15.7% practicaba deporte. La OA de rodilla (52.2%) fue más frecuente que la de cadera (22.5%). Las características de la población y clinimetría se observan en la Tabla 1. Según resultados del IPAQ-E la actividad física fue baja a moderada, predominando la caminata con un tiempo de 30 minutos diarios (RIC 10-60). El tiempo de sedentarismo fue de 3 horas (RIC 1-5). Los resultados de IPAQ-E se pueden observar en Tabla 2. El uso de opiáceos se asoció con menos actividad física (400.5 [RIC 99-551] vs 1320 [RIC 462-2772], p=0.01), menos minutos MET de caminata (148.5 [RIC 0-264] vs 594 [RIC 148-1368], p=0.01) y con actividad física baja (85.7% vs 34.7%, p=0.002).

**CONCLUSIÓN:** La mayoría de los pacientes tenía una actividad física baja a moderada. El uso de opiáceos se asoció con menor actividad física.

Edad en años, media (DE)	71.1 (8.2)
Mujeres, n (%)	73 (82)
Años de estudio, media (DE)	8.5 (3.1)
Empleo actual, n (%)	11 (12.4)
IMC, media (DE)	28.9 (5)
Tabaquismo actual, n (%)	10 (11.2)
Práctica deportiva, n (%)	14 (15.7)
Tiempo desde que practica deporte en meses, media (DE)	9.4 (5.7)
Comorbilidades, n (%)	83 (93.3)
- Hipertensión arterial	37 (44.6)
- Dislipemia	15 (18)
- Hipotiroidismo	14 (16.9)
- Osteoporosis	11 (13.2)
- Diabetes mellitus	10 (12)
- Otras	14 (16.9)
Tiempo de evolución de la OA en meses, mediana (RIC)	34 (12-60)
Localización de la OA, n (%)	
- Caderas	20 (22.5)
- Rodillas	47 (52.2)
- Ambas regiones	22 (24.7)
Articulación más sintomática de la OA, n (%)	
- Rodilla derecha	42 (47.2)
- Rodilla izquierda	15 (16.8)
- Cadera derecha	21 (23.6)
- Cadera izquierda	11 (12.3)
EVA dolor general en mm, mediana (RIC)	60 (50-80)
EVA general paciente en mm, mediana (RIC)	60 (50-80)
EVA fatiga en mm, mediana (RIC)	10 (0-50)
WOMACab, mediana (RIC)	13 (7-17)
OAKHQOL, mediana (RIC)	62 (44.3-70.7)
Escala de K&L, n (%)	
- Grado 1	12 (13.6)
- Grado 2	23 (26.1)
- Grado 3	31 (35.2)
- Grado 4	1 (1.1)
Rodilla D.	8 (9.1)
Rodilla I.	19 (21.6)
Cadera D.	7 (7.9)
Cadera I.	14 (15.9)
Estado funcional global, n (%)	
- Clase I	39 (43.8)
- Clase II	40 (44.9)
- Clase III	10 (11.2)
HADS, mediana (RIC)	
- Ansiedad	11 (8-15)
- Depresión	8 (6-11)
Tratamientos farmacológicos, n (%)	
- AINEs	27 (30.3)
- Paracetamol	84 (94.4)
- Opiáceos	14 (15.7)
- Cannabis	5 (5.6)
- DMOA	20 (22.5)
Tratamientos no farmacológicos, n (%)	40 (44.9)

DE: Desvío estándar; IMC: Índice de masa corporal; OA: Osteoartritis; EVA: Escala visual análoga; WOMACab: Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index abreviado; OAKHQOL: Osteoarthritis Knee and Hip Quality of Life; K&L: Kellgren & Lawrence; D: Derecha; I: Izquierda; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; AINEs: Antiinflamatorios no esteroideos; DMOA: Drogas modificadoras de la OA.

Tabla 1: Características y clinimetría de la población (n=89).

	Mediana (RIC)
Días totales de actividad física la última semana	7 (3-7)
Tiempo total de actividad física (minutos/semana)	75 (30-135)
- Minutos MET/semana de actividad intensa	0 (0-400)
- Minutos MET/semana de actividad moderada	0 (0-480)
- Minutos MET/semana de caminata	330 (99-1320)
Minutos MET totales/semana	1093 (330-2310)
Categorías, n (%)	
- Actividad física baja	38 (42.7)
- Actividad física moderada	34 (38.2)
- Actividad física alta	17 (19.1)

MET: Equivalentes metabólicos; IPAQ-E: Physical Activity Questionnaire for the Elderly; RIC: Rango intercuartilico.

Tabla 2: Tiempo MET y categorías del OPAQ-E.

## EVALUACIÓN DE UN SCORE HISTOPATOLÓGICO PARA EL DIAGNÓSTICO DE PENFIGOIDE OCULAR CICATRIZAL: ESTUDIO PRELIMINAR

SMICHOWSKI Andrea<sup>1</sup>, RINGER Ariana<sup>2</sup>, GANDINO Ignacio<sup>3</sup>, ZARATE Jorge<sup>4</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL EVA PERÓN DE SAN MARTÍN, <sup>2</sup>HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, <sup>3</sup>HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, <sup>4</sup>PROFESOR CONSULTO DE PATOLOGÍA (UBA) Y DIRECTOR DEL LABORATORIO DE INVESTIGACIONES Y CS VISUALES

	Total = 34	POC N=20; 58.8%	Pseudopenfigoide N=14; 41.2%	P valor
Score de JOZ				
Dépósitos basales, n %	18 (52.9)	15 (75)	3 (21.4)	0.004
Microcistias epiteliares, n %	5 (14.7)	3 (15)	2 (14.2)	0.99
Ectasias lentílicas, n %	20 (58.2)	14 (70)	6 (42.9)	0.11
Parakeratosis, n %	18 (52.9)	17 (85)	1 (7.1)	<0.001
Mastocitos, n %	20 (58.8)	18 (90)	2 (14.3)	<0.001
Alteración de la interfase, n %	18 (52.9)	15 (75)	3 (21.4)	0.004
Fibrosis, n %	25 (73.5)	15 (75)	10 (71.4)	0.99
Inmunohistológica				
Presencia de IgG en membrana basal (IgG y/o IgA), n %	18 (52.9)	18 (90)	0	<0.001

POC: penfigoide ocular cicatrizal; Ig: inmunoglobulinas

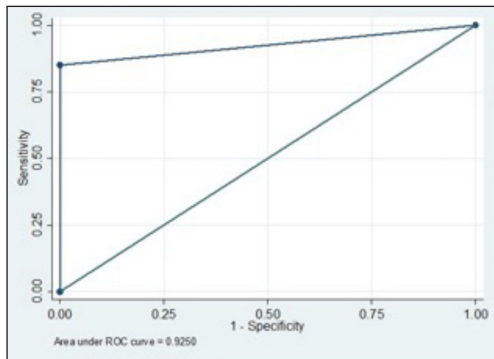
Tabla: Diferencias histológicas entre los pacientes con POC y pseudopenfigoide.

**INTRODUCCIÓN:** El penfigoide ocular cicatrizal (POC) es una patología de diagnóstico clínico y anatomopatológico, siendo los depósitos lineales de inmunoglobulinas en la membrana basal, por inmunofluorescencia directa o por técnicas de inmunohistoquímica, el hallazgo más importante y considerado *standard* de referencia para el diagnóstico, aunque en algunos casos puede estar ausente y es allí donde las características histopatológicas, aunque menos sensibles y específicas, cobran mayor relevancia. En lo que respecta a estas últimas, el diagnóstico resulta de una suma de elementos que se observan en la anatomía patológica. En ciertas ocasiones se dificulta su diferenciación con el pseudopenfigoide (pseudopoc).

**OBJETIVO:** Explorar las características de un score que permita diferenciar el POC del pseudopoc y otras patologías por hallazgos histopatológicos.

**MÉTODOS:** Se realizó un score, denominado score de JOZ, desarrollado por el Dr. Zarate (patólogo de referencia en conjuntiva ocular de Latinoamérica) en base

a los hallazgos histopatológicos (hematoxilina y eosina, tricrómico de Masson y Giemsa) en biopsias de pacientes con POC y pseudopoc. El mismo jerarquiza 7 hallazgos: depósitos hialinos basales, microquistes epiteliales, ectasias linfáticas, paraqueratosis, mastocitos, alteración de la interfase y fibrosis. Cuatro o más puntos de siete implicaron el diagnóstico de POC. El *gold standar* empleado fue la presencia de inmunoglobulinas en la membrana basal y, en los casos donde las mismas fueron negativas, la decisión del patólogo de referencia. Se calculó la sensibilidad (S), especificidad (E), el valor predictivo positivo (VPP), negativo (VPN) y la curva ROC del mismo.



**Figura:** Curva ROC con un score  $\geq 4$  para diagnóstico de POC.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 34 pacientes, 14 con pseudopoc y 20 con POC. Las diferencias de los hallazgos histológicos estadísticamente significativos entre ambos grupos se describen en la Tabla. Con respecto a las características del score con 4 o más puntos para diagnóstico de POC se obtuvo: S 85%, E 100%, VPP 100%, y VPN 82%. El índice de confianza fue de 92.5%. La curva ROC presentó un ABC de 0.92 (Figura).

**CONCLUSIÓN:** A pesar de las limitaciones de este trabajo (bajo número de individuos), el mismo nos presenta una posible herramienta que podría ser útil para patólogos no especializados y poder los oftalmólogos y reumatólogos contar con diagnósticos más certeros, principalmente en casos donde los depósitos de inmunoglobulinas en membrana basal resulten negativas o no puedan ser analizadas. Estudios con más pacientes terminarán de validar este score.

0270

## DETECCIÓN DE ESCLERODERMIA MUY TEMPRANA EN UNA CAMPAÑA DE FENÓMENO DE RAYNAUD EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

**ARIAS Lorena**, ARIAS Tamara Graciela, LÓPEZ María José, MUÑOZ TORRES Carla Andrea, SILVERY León, GROSSO Mayra, MILESI Florencia, LÓPEZ Ignacio, YAHUITA Jimena, MEDINA Gustavo

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

**INTRODUCCIÓN:** El fenómeno de Raynaud es el cambio de coloración de las manos por una respuesta vasomotora exagerada desencadenada por frío o factores emocionales. Se clasifica en primario cuando se presenta en forma aislada, y secundario cuando se manifiesta con alguna enfermedad del tejido conectivo. El estudio recomendado para su evaluación es la capilaroscopia, un estudio sencillo, no invasivo y de bajo costo. El hallazgo de un patrón SD en la capilaroscopia y la positividad del FAN se describe como esclerosis sistémica muy temprana (*very early diagnosis of ssc*, VEDOSS).

**OBJETIVO:** Describir las características de los hallazgos capilaroscópicos, los hallazgos de laboratorio inmunológico en pacientes con patrón SD y estimar la prevalencia VEDOSS en los pacientes que concurrieron a la campaña de detección de Raynaud 2022.

**MÉTODOS:** Estudio descriptivo con datos obtenidos en la campaña de detección de Raynaud realizada durante 3 días en junio de 2022. Se realizó una capilaroscopia a todos los participantes con microscopios digitales USB de magnitud 50-1000X, del segundo al quinto dedo de ambas manos, evaluando 4 campos consecutivos de 1 mm de extensión. Ante un patrón anormal en la capilaroscopia se solicitó un examen de laboratorio (FAN, Scl-70, ACA) y se citó a control por consultorios de Reumatología. Las variables categóricas se expresaron en porcentaje y las numéricas en media (SD) y mediana (RIC) según correspondiera de acuerdo a su distribución.

**RESULTADOS:** Se analizaron datos de 200 pacientes, edad media de 46+8 años, 162 (81%) fueron mujeres, la mediana del tiempo de evolución de FR fue de 4 años (RIC: 2-8), y 160 (80%) presentaron FR sin enfermedad autoinmune asociada. De los 160 pacientes sin enfermedad autoinmune, 56/160 (35%) presentaron patrón SD: 41/56 (73%) SD temprano, 14/56 (25%) SD activo y 1/56 (1%) SD tardío, el resto tuvo una capilaroscopia normal o inespecífica. Se obtuvieron datos de laboratorio de 37/56 (66%) pacientes. De este grupo con dosaje Ac y patrón SD se observó que 9/37 (24.3%) tuvieron FAN positivo y 28/37 (75.6%) FAN negativo. En los pacientes con FAN positivo se observó que 7/9 tenían un patrón SD temprano (2 scl 70 y 1 ACA positivos) y 2/9 patrón SD activo (scl 70 y ACA negativos). La prevalencia de VEDOSS (Raynaud, patrón SD y FAN positivo) en pacientes que concurrieron a la campaña fue del 24% 9/37.

**CONCLUSIÓN:** La detección de FR en la población general, la realización de una capilaroscopia en busca de patrones SD junto con el dosaje de Ac en aquellos pacientes con patrón SD, es de suma importancia para el diagnóstico de esclerodermia muy temprana. La pronta detección de esta enfermedad permite el inicio precoz del tratamiento y la captación para seguimiento posterior.

	Patrón temprano (n=27)	Patrón activo (n=9)	Patrón tardío (n=1)
FAN positivo 9/37 (24.3%)	7	2	0
FAN negativo 28/37 (75.6%)	20	7	1

**Tabla:** Descripción de acuerdo a los patrones capilaroscópicos y resultados de FAN.

0272

## FRECUENCIA DE MANIFESTACIONES CARDÍACAS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

**SIGNORIO Simón**, MAMANI ORTEGA María Lourdes, RAMOS Zey, MORBIDUCCI Julieta, BEJARANO Vanesa, SECCO Anastasia

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA

**INTRODUCCIÓN:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica, sistémica, heterogénea en su presentación y evolución. Como principales causas de mortalidad se encuentran los eventos cardiovasculares, y dentro de estas manifestaciones, las más frecuentes son pericarditis y miocarditis.

**OBJETIVO:** Describir el tipo y frecuencia de manifestaciones cardíacas en pacientes con LES. Describir la actividad de la enfermedad al momento del evento cardíaco y los tratamientos recibidos.

**MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, con recolección retrospectiva de datos. Se revisaron historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de LES según criterios ACR 1997/SLICC 2012 o EULAR/ACR 2019 atendidos en el Servicio de Reumatología de un hospital

público desde 2019 hasta la actualidad, y se incluyeron aquellos que presentaran al menos un año de seguimiento. Los pacientes con otra enfermedad reumática autoinmune fueron excluidos, excepto síndrome antifosfolípido y/o síndrome de Sjögren. Se evaluó la actividad mediante el índice compuesto SELENA SLEDAI FLARE INDEX. Las variables continuas se describieron como media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC), según distribución y tamaño muestral. Las variables categóricas se reportaron en porcentajes.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 152 pacientes, 79% sexo femenino, con un promedio de edad de 29 años (DE: 11), mediana de tiempo de evolución de la enfermedad de 24 meses (RIC: 12-72). Del total de pacientes, 19 (12%) presentaron compromiso cardiovascular, dentro de los cuales 13 (69%) fueron pericarditis, 2 (11%) hipertensión pulmonar, 1 (5%) miocarditis, 1 (5%) miocarditis asociada a pericarditis, 1 (5%) miocarditis con pericarditis y endocarditis y 1 (5%) miocarditis e hipertensión pulmonar. Con respecto al tipo de *flare* medido al momento del evento cardíaco, 43% presentó *flare* leve-moderado y 57% severo. Con respecto al tratamiento, el 5% recibió tratamiento corticoide a dosis bajas durante el evento, 16% a dosis moderadas, 32% altas y 47% dosis inmunosupresoras de 1 mg/kg/día. En relación al tratamiento inmunosupresor, los más utilizados fueron ciclofosfamida (63%) y azatioprina (26%).

**CONCLUSIÓN:** Del total de pacientes con manifestaciones cardiovasculares, la mayoría presentó pericarditis y *flare* severo recibiendo inmunosupresores. Se resalta la importancia del *screening* del compromiso cardíaco en pacientes con LES.

0274

## CUIDADO Y SALUD EN PROFESIONALES DE LA REUMATOLOGÍA 2023

LÓPEZ Ignacio, BETANCUR Graciela, MARTIRE María Victoria, GÓMEZ Ramiro, ALFARO Agustina, BENÍTEZ Cristian Alejandro, BUSCHIAZZO Emilio, SMICHOVSKI Andrea María, SATTLER María Emilia

SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA JOVEN (SAR JOVEN)

**INTRODUCCIÓN:** Los médicos tienen conocimientos acerca del fenómeno salud-enfermedad y de los riesgos y problemas que acarrea determinada forma de vivir. Sin embargo, es probable que el contexto institucional en el que se desenvuelven y las condiciones laborales a las que se exponen limiten sustancialmente varios aspectos de su vida cotidiana, como la alimentación, el ritmo sueño/vigilia, el descanso, el esparcimiento y el estado emocional. Para conocer la situación actual, se plantea el presente trabajo con el fin de evaluar el cuidado, la salud general y el *burnout* en médicos reumatólogos jóvenes de Argentina.

**OBJETIVO:** Describir el cuidado de salud (controles médicos, actividad física, alimentación y cuidado de salud mental) en reumatólogos argentinos menores de 45 años; determinar la frecuencia de *burnout* mediante el cuestionario *Maslach Burnout Inventory* en médicos reumatólogos <45 años; evaluar los factores asociados al *burnout*.

**MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Se realizó una encuesta difundida por diferentes vías de contacto donde se consultó acerca del ejercicio físico, actividades culturales, alimentación y cuidados de la salud. El nivel de *burnout* se evaluó por el cuestionario *Maslach Burnout Inventory* en médicos reumatólogos <45 años. Se realizaron pruebas mediante modelos bivariados en relación a los factores que podrían influir en el *burnout*, los resultados del cuestionario y los años de ejercicio de la profesión, realización de terapia, actividad física, actividades de esparcimiento y reuniones sociales.

**RESULTADOS:** 121 profesionales contestaron la encuesta, 90 (74%) eran mujeres, mediana de edad 36 (RIC 33-36). La mediana de años de recibido fue de 8 (RIC 4-12) con una mediana de antigüedad laboral de 3 (RIC 1-5). Del total de encuestados, 28 (23%) se encontraban cursando su formación. Al consultar por una segunda especialidad, 87 (72%) profesionales tenían otra especialidad siendo un 88% (77) internistas en ejercicio actual por un 64% (57). La mediana de trabajo de la totalidad de profesionales 3 (RIC 2-4), un 34% (41) continuaban realizando guardias y un 25% (30) ejercían la docencia. Con respecto al cuestionario, se obtuvo que el 63% (76) presentaban un elevado cansancio emocional, 54% (66) un alto nivel de despersonalización y 39% (47) un moderado nivel de realización personal. Al consultar por otras actividades, se observó que un 74% (90) realizaban actividad física, un 61% (55) entre 1 a 3 veces por semana, se indagó sobre actividades de esparcimiento 61% (74) y reuniones sociales en un 83% (100). Un 61% (74) realizó controles en el último año siendo en su mayoría mujeres, un 31% (37) realizaba terapia de salud mental. En los modelos realizados se observó que los profesionales que tienen actividades sociales tenían mayores niveles de despersonalización (OR 0,2 IC 95% 0,063-0,861; p=0,02) y mayores niveles de cansancio emocional (OR 0,2 IC 95% 0,063-0,832; p=0,02), sin otro hallazgo en los modelos realizados.

**CONCLUSIÓN:** En este estudio encontramos una asociación negativa entre la participación en actividades sociales y el cansancio emocional y la despersonalización, por lo que la interacción social podría pensarse como un factor protector para el *burnout*, siendo necesarios estudios más exhaustivos para evaluar en profundidad estos hallazgos.

0276

## AMPLITUD DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA COMO PREDICTOR DE SEVERIDAD PULMONAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA ASOCIADA A ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO

LIGUORI Carla, MOSCATELLI Melina, VERNAY Neri, LAGRUTTA Mariana, CAMPAGNA Mónica, GARDEÑEZ Walter

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

**INTRODUCCIÓN:** Las enfermedades del tejido conectivo (ETC) tienden a la cronicidad y al compromiso de múltiples órganos y tejidos, y pueden ser causa de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID). El *Red cell distribution width* (RDW) es una determinación dentro del hemograma automatizado muchas veces menospreciada. Sin embargo, existe evidencia creciente de que se comporta como una medida integradora de procesos patológicos y que es sensible para los fenómenos inflamatorios y oxidativos del organismo.

**OBJETIVO:** Primarios: evaluar relación entre el RDW sanguíneo y la severidad de la EPID según parámetros de función pulmonar; la difusión de monóxido de carbono (DLCO), espirometría, test de la marcha de 6 minutos (TM6M) y tomografía de alta resolución. Secundarios: describir cuáles son las enfermedades que con mayor frecuencia presentan EPID, mencionar patrones tomográficos de las ETC, evaluar si la severidad de la EPID se relaciona con la clínica y observar si existe relación entre EPID y tabaco.

**MÉTODOS:** Estudio descriptivo, analítico, observacional, retrospectivo y transversal. 18 pacientes fueron evaluados interdisciplinariamente. Debían

ser mayores de 18 años, presentar EPID por ETC. Se excluyeron aquellos con anemia severa, insuficiencia cardíaca y laboratorios realizados durante intercurencia infecciosa.

**RESULTADOS:** La mediana del RDW fue de 13.6%. Se encontró asociación negativa y estadísticamente significativa entre el RDW y la CVF y la DLCO. El 66.7% eran extabaquistas. 33.3% presentaban EPID por AR, 33.3% EPID por ES, 11.1% EPID por LES, 5.5% EPID secundario a SS, 5.5% presentaba polimiositis y 2 pacientes ES y SS asociados. El 61% refirió no tener tos y más del 70% refirieron disnea mMRC 0 y I. Se estableció el valor de RDW del 14% con una sensibilidad del 70% y especificidad del 100% para predecir valores disminuidos de DLCO. No hubo relación significativa entre RDW y TM6M ni con los síntomas referidos. La neumonía intersticial usual se presentó en el 50%.

**CONCLUSIÓN:** El RDW es un marcador simple, ampliamente disponible en el *display* del hemograma automático, y se asoció a la severidad del compromiso pulmonar mostrando una relación inversa con la DLCO Y CVF. Este trabajo demuestra que su valor por encima de 14% presenta una sensibilidad del 70% y una especificidad del 100% para predecir valores de DLCO disminuidos por debajo de lo normal en pacientes con EPID secundario a ETC y ser de guía al momento de tomar decisiones.

0281

## INFECCIÓN POR DENGUE EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS AUTOINMUNES

**CORBALÁN Paula María**, BARBAGLIA NAVARRO Ana Lucía, BERTOLACCINI María Constanza, GONZÁLEZ LUCERO Luciana, SUELDO Héctor Raúl, BELLOMIO Verónica

HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA

**INTRODUCCIÓN:** Durante 2023 se presentó uno de los brotes más importantes de dengue en Argentina. Hasta julio, se registraron 126.431 casos de dengue, con una mortalidad de 0.05%. Existen escasas publicaciones sobre dengue en pacientes con enfermedades reumatológicas autoinmunes (ERA).

**OBJETIVO:** Describir las características clínicas de la infección por dengue en pacientes con ERA.

**MÉTODOS:** Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos mayores de 18 años con diagnóstico de alguna ERA que asistieron al consultorio de Reumatología entre abril y junio de 2023, y que hubieran presentado infección por dengue. Se evaluaron variables sociodemográficas, relacionadas a la enfermedad reumatológica y al tratamiento inmunosupresor, y variables relacionadas a la infección por dengue (método de diagnóstico confirmatorio, síntomas y duración, alteraciones de laboratorio, hospitalización, dengue grave y muerte).

**RESULTADOS:** De 550 pacientes evaluados en consultorio, 68 presentaron infección por dengue (12.4%); 82% mujeres, 95% amerindios, edad media de 48±14.5 años. Un 34% presentaba diagnóstico de AR, 21% LES, 12% vasculitis sistémica, 7% esclerodermia y 26% otros diagnósticos. El 60% presentaba alguna comorbilidad: 70.7% HTA, 48.8% sobrepeso u obesidad y 34% DBT. El 26.5% se encontraba en tratamiento esteroideo (dosis media 9.67±12.3 mg/día). El 85% se encontraba en tratamiento con algún FARME al momento de la infección: 41.4% con MTX, 29% con LFN, 22% HCQ, 15% AZA, 10% MMF y 24% en tratamiento con terapias biológicas. El diagnóstico de la infección por dengue se confirmó por nexo epidemiológico en 75% de los pacientes, por Ag NS1 positivo 20.6% y por anticuerpos positivos 4.4%. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre, artralgias y mialgias en el 90% de los pacientes, cefalea en el 79%, síntomas gastrointestinales 68%, *rash* 56%, dolor retroocular 51% y sangrado 22% (leve: epistaxis, ginecorragia, petequias, gingivorragia, hematuria; grave: hemorragia digestiva y hemorragia alveolar). La duración de los síntomas fue de 9.2±3.4 días. De los 40 pacientes que tuvieron control de laboratorio, 88% presentó alteraciones: 69% leucopenia, 34% aumento del hematocrito, 71% plaquetopenia (recuento medio de plaquetas 88708±37325/ml) y 80% aumento de transaminasas. Doce pacientes requirieron internación con una media de 7±5.34 días. Tres pacientes cumplieron criterio de dengue grave presentando como complicación sangrado severo (hemorragia alveolar difusa y hemorragia digestiva), *distress* respiratorio y *shock* hipovolémico. Dos pacientes fallecieron; ambos presentaban diagnóstico de AR con compromiso extraarticular severo y tenían antecedentes de tratamiento inmunosupresor agresivo. Ninguna de las variables analizadas se asoció a severidad de la infección, hospitalización o muerte.

**CONCLUSIÓN:** En esta población de pacientes con enfermedades reumatológicas autoinmunes infectadas con dengue ninguna de las variables relacionadas con la enfermedad autoinmune se asoció a severidad de la infección, hospitalización o muerte.

0283

## DESEMPEÑO DE UN SCORE DE PREDICCIÓN DE CLASE HISTOLÓGICA PROLIFERATIVA EN PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA DE ARGENTINA

**CORBALÁN Paula María**<sup>1</sup>, BARBAGLIA NAVARRO Ana Lucía<sup>1</sup>, BERTOLACCINI María Constanza<sup>1</sup>, GONZÁLEZ LUCERO Luciana<sup>1</sup>, SUELDO Héctor Raúl<sup>1</sup>, ORNELLA Sofía<sup>2</sup>, COSENTINO Máximo<sup>2</sup>, FERNÁNDEZ Paula<sup>2</sup>, GARCÍA Lucila<sup>2</sup>, ARIZPE Fernando<sup>3</sup>, BETANCUR Graciela<sup>4</sup>, MALDONADO FICCO Hernán<sup>5</sup>, ROJAS TESSEL Romina<sup>6</sup>, TOSO María Laura<sup>6</sup>, MATELLÁN Carla Eugenia<sup>7</sup>, DAPEÑA Joan Manuel<sup>8</sup>, COLLADO María Victoria<sup>9</sup>, ROBERTS Karen<sup>10</sup>, QUINTANA Rosana<sup>10</sup>, BELLOMIO Verónica<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, <sup>2</sup>HIGA SAN MARTÍN LA PLATA, <sup>3</sup>HOSPITAL SAN ROQUE DE GONNET, <sup>4</sup>HOSPITAL EL CRUCE, <sup>5</sup>HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA DE RÍO CUARTO, <sup>6</sup>HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, <sup>7</sup>CENTRO MÉDICO PELLEGRINI RÍO GRANDE, <sup>8</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, <sup>9</sup>INSTITUTO DE ONCOLOGÍA ÁNGEL H. ROFFO, <sup>10</sup>UNISAR

**INTRODUCCIÓN:** La biopsia renal es el *gold standard* para realizar el diagnóstico de nefritis lúpica (NL), sin embargo, puede ser inaccesible. Un estudio desarrollado en Brasil encontró muy baja correlación entre la clase histológica por biopsia y la clase definida por expertos según la clínica y el laboratorio. A partir de este hallazgo, dos Reis do Nieto et al. desarrollaron una herramienta para predecir clase histológica proliferativa con datos de laboratorio.

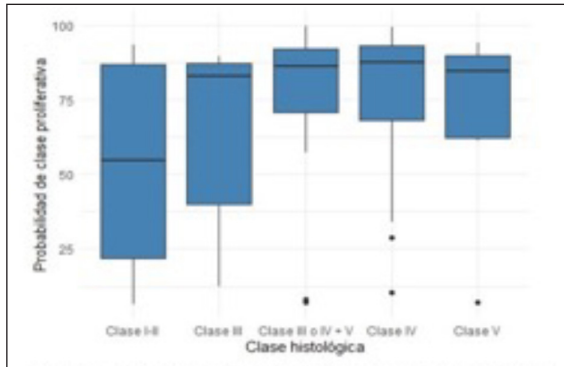
**OBJETIVO:** Evaluar el desempeño de un instrumento de predicción de clase histológica proliferativa en pacientes con NL de Argentina.

**MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, multicéntrico. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de NL de 9 centros de Argentina, con biopsia renal realizada dentro de los últimos 5 años. Variables: sociodemográficas, relacionadas al LES y a NL (laboratorio, clase histológica, índices de actividad y cronicidad). La probabilidad de clase histológica proliferativa (CHP) se determinó mediante el *calculador web* empleando los valores de creatinina sérica, presencia de alteraciones del sedimento urinario (SU) y anti-DNA, con un punto de corte establecido en el trabajo original de 56.9% que discrimina CHP del resto.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 80 pacientes, 81% sexo femenino, 71% mestizos, edad 35±10.6 años, tiempo de evolución de LES 7.43±5.8 años. El 45%

presentaba alguna comorbilidad; 80% sobrepeso u obesidad, 53% HTA, 11% DBT. El tiempo de demora hasta la realización de la PBR fue med 52.5 días (mín 1- máx 365). En el 30% de los pacientes el compromiso renal fue por recaída. Al momento del diagnóstico de NL el puntaje de SLEDAI2K fue 16.6±8.28 y SLEDAI2K no renal 7.46±7.06. El 81% presentaba hipocomplementemia, 70% anti-DNA, 81% SU patológico (89% hematuria, 60% leucocituria, 27.7% cilindruria), el valor medio de creatinina fue 1.23±0.89 mg/dl con una TFG de 77.6±35.5 ml/min/1.73m<sup>2</sup>; el valor medio de proteinuria fue 2.8±2.46 g/24 h. Las biopsias reportaron las siguientes clases histológicas: 35 clase IV, 14 clase III, 11 clase III/IV + V, 11 clase I/II y 9 clase V. Los valores de índices de actividad y cronicidad fueron de 6.47±4.33 y 2.68±2.19 respectivamente. No se encontró asociación entre anti-DNA, hipocomplementemia, alteraciones del SU, creatinina sérica, TFG y clase histológica. Aplicando el score, la probabilidad de CHP (%) para cada clase confirmada fue: clase IV 79.3±22.3, clase III 64.8±28.2, clase III/IV + V 71.9±33.5, clase I/II 51.7±34.4 y clase V 73.4±27.7. En el análisis de curvas ROC, en nuestra población, el punto de corte con la mejor sensibilidad y especificidad fue 0.743 (S 71%, E 50%, VPP 63%, VPN 18.9%).

**CONCLUSIÓN:** En esta población de pacientes con NL de Argentina el score no fue útil para predecir clase proliferativa. Consideramos que la biopsia renal sigue siendo el *gold standard* para el diagnóstico de la certeza de clase histológica.



**Figura:** Probabilidad de clase proliferativa según las clases histológicas por biopsia.

## REGISTRO ARGENTINO DE PACIENTES CON MIOPATÍA ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTI-MDA5. GESAR MIOPATÍAS: DATOS DE LOS PRIMEROS 40 PACIENTES

**PORTA Sabrina**<sup>1</sup>, **GÓMEZ Graciela**<sup>2</sup>, **GRANEL Amelia**<sup>4</sup>, **SÁNCHEZ ANDIA Carolina**<sup>4</sup>, **TORRES MEJÍA Delys**<sup>4</sup>, **LÓPEZ Ignacio**<sup>5</sup>, **GARCÍA CARRASCO Marina**<sup>5</sup>, **MEDINA Gustavo**<sup>5</sup>, **COSATI Micaela**<sup>6</sup>, **PISONI Cecilia**<sup>6</sup>, **BENDJUIA Gabriela**<sup>7</sup>, **COSTA Ana Laura**<sup>7</sup>, **GÓMEZ Ramiro**<sup>8</sup>, **GARCÍA Mercedes**<sup>9</sup>, **PACHECO Gonzalo**<sup>1</sup>, **VISENTINI Susana**<sup>1</sup>, **VIOLA Malena**<sup>11</sup>, **WERNICKE Verónica**<sup>11</sup>, **KISLUK Boris**<sup>12</sup>, **ACIAR Mariana**<sup>13</sup>, **ROJAS TESSEL Romina**<sup>13</sup>, **INGENITO Fernanda Beatriz**<sup>14</sup>, **LEÓN Carolina Inés**<sup>14</sup>, **ÁLVAREZ Analía Patricia**<sup>4</sup>, **LONGO Analía Verónica**<sup>4</sup>, **IZAGUIRE María Pía**<sup>15</sup>, **MICELLI Marina**<sup>15</sup>, **MACHADO Mauricio**<sup>15</sup>, **URRUTIA Julio**<sup>11</sup>, **PONS-ESTEL Guillermo**<sup>16</sup>

<sup>1</sup>UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL CARLOS G. DURAND, <sup>2</sup>INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS DR. ALFREDO LANARI, <sup>3</sup>HOSPITAL SAN ROQUE DE GONNET, <sup>4</sup>HOSPITAL DR. JOSÉ MARÍA PENNA, <sup>5</sup>HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, <sup>6</sup>CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS "NORBERTO QUIRNO" (CEMIC), <sup>7</sup>SERVICIO DE DERMATOLOGÍA, HOSPITAL RAMOS MEJÍA, <sup>8</sup>HOSPITAL POSADAS, <sup>9</sup>HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (HIGA) GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA, <sup>10</sup>HOSPITAL DR. COSME ARGERICH, <sup>11</sup>SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS PROF. DR. RODOLFO ROSSI, <sup>12</sup>HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, GRANADERO BAIGORRIA, <sup>13</sup>HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, <sup>14</sup>LABORATORIO DE INMUNOLOGÍA, HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS CARLOS G. DURAND, <sup>15</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS, RAMOS MEJÍA, <sup>16</sup>GO-CREAR, CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS, ROSARIO

**INTRODUCCIÓN:** Los *anti-melanoma differentiation associated gene 5* (Anti-MDA5) son autoanticuerpos específicos de miositis que a menudo se asocian con dermatomiositis (DM) clínicamente amiopática y con el desarrollo de enfermedad pulmonar intersticial (EPI) rápidamente progresiva. La frecuencia de esta complicación varía entre distintos grupos étnicos, lo cual sugiere que las características del compromiso pulmonar y por lo tanto el pronóstico de los pacientes podrían depender de la etnia.

**OBJETIVO:** Evaluar mediante un registro multicéntrico nacional las características clínicas, serológicas y pronóstico de pacientes con miopatía inflamatoria asociada a anticuerpo Anti-MDA5.

**MÉTODOS:** Los pacientes con diagnóstico de miopatía inflamatoria asociada a Anti-MDA5 que fueron ingresados al Registro Argentino Miopatías de la Sociedad Argentina de Reumatología fueron analizados. Se evaluaron características sociodemográficas, clínicas, serológicas y el tratamiento recibido.

**RESULTADOS:** De los 355 pacientes incluidos en el registro, 40 (11,27%) presentaron Anti-MDA5 positivo de los cuales seis presentaron también positividad para Anti-Ro. El 75% (n=30) eran de sexo femenino. El 92,5% (n=37) de los pacientes presentaron compromiso cutáneo al inicio de la enfermedad. El 35% (n=14) presentaron DM amiopática. El 62,5% (n=25) presentaron artritis, y el 52.5% (n=21) fenómeno de Raynaud. Solo dos presentaron lesiones vasculopáticas. La frecuencia de EPI fue del 62.5% (n=25), siendo la neumonía intersticial no específica (NINE) la más frecuente en el 60% (15/25) de los casos. Durante el seguimiento tres pacientes fallecieron. Dos de ellos presentaban EPI con patrón de neumonía organizada criptogénica (NOC) y otros antecedentes oncológicos (cáncer de mama) sin EPI. En nueve casos se perdió el seguimiento.

**CONCLUSIÓN:** La presencia de EPI en nuestra población de pacientes con Anti-MDA5 positivo fue mayor al 60%. Se requieren estudios prospectivos para determinar factores de mal pronóstico en este grupo de pacientes.

## ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

**BARBAGLIA NAVARRO Ana Lucía**<sup>1</sup>, **BERTOLACCINI María Constanza**<sup>1</sup>, **SUELDO Héctor Raúl**<sup>1</sup>, **GONZÁLEZ LUCERO Luciana**<sup>1</sup>, **CORBALÁN Paula María**<sup>1</sup>, **NAVAL Norma**<sup>2</sup>, **USANDIVARAS Marcela**<sup>2</sup>, **GIL Beatriz**<sup>2</sup>, **CILIBERTI Alejandra**<sup>1</sup>, **DÍAZ Omar**<sup>2</sup>, **FAJRE Luis**<sup>2</sup>, **CORROTO Matías**<sup>2</sup>, **MÉNDEZ AVELLANEDA Alfonso**<sup>2</sup>, **MÉNDEZ AVELLANEDA Marco**<sup>2</sup>, **FERRERO Patricia**<sup>2</sup>, **BELLOMIO Verónica**<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, <sup>2</sup>EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES, TUCUMÁN

**OBJETIVO:** Describir la presentación clínica y evolución de enfermedad pulmonar intersticial en pacientes con enfermedades autoinmunes.

**MÉTODOS:** Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de enfermedades autoinmunes (EAI) y enfermedad pulmonar intersticial (EPI) controlados en los últimos 5 años en el Servicio de Reumatología. Se recolectaron variables demográficas (edad, sexo, exposición a tabaco y otros tóxicos) y relativas a la EAI (tipo, tiempo de evolución, perfil de anticuerpos). Variables relacionadas a la EPI: diagnóstico tomográfico, valores espirométricos, DLCO, tratamiento inmunosupresor, test de caminata de 6 minutos (TM6M). Hipertensión pulmonar (HTP), muerte y causa de muerte.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 34 pacientes con EAI, 88.2% mujeres, edad media 57.4±13.6 años, 10 pacientes (30%) con esclerosis sistémica progresiva, 6 (18%) con artritis reumatoidea, 6 (18%) con síndrome de Sjögren, 5 (15%) con lupus eritematoso sistémico, 7 (18%) con otros diagnósticos. El 50% (17) presentaron neumonía intersticial no específica (NINE), 35% (12, 4 de ellas de tipo fibrosante) neumonía intersticial usual, 17% (6) neumonía intersticial linfóide, 6% (2) neumonía organizada. El 80% con ESP y el 50% de AR tuvo NINE. Al diagnóstico de EPI, 18/29 presentaron desaturación en el TM6M. La media de DLCO fue 58.1±20.36% (Me 55.5; Min 20, Max 109) 2 pacientes presentaron HTP: ambas del grupo 1 y 3, una con diagnóstico de LES y la otra con ESP. En cuanto al tratamiento, durante la evolución 22 pacientes recibieron mofetil micofenolato, 8 ciclofosfamida, 4 azatioprina y 9 rituximab. Diez pacientes fueron tratados con nintedanib y 10 pacientes requirieron oxígeno domiciliario. Cuatro pacientes murieron, todos tenían NIU, con tiempo de evolución de 6.75 años. Dos por sepsis (1 con LES y 1 con AR), 1 por progresión de NIU (AR) y 1 por neumonía COVID-19 (SS1°). No se encontró asociación entre muerte con tiempo de evolución de la EAI y de la EPI, htp, DLCO ni con ninguna variable de tratamiento.

**CONCLUSIÓN:** En este grupo de 34 pacientes con EPI asociada a EAI, NINE fue el diagnóstico más frecuente. Todos los pacientes recibieron tratamiento inmunosupresor y el 30% recibió además un antifibrótico. Murieron 4 pacientes y no encontramos ninguna variable asociada a la muerte.

## SÍNDROME METABÓLICO Y BIOMARCADORES INFLAMATORIOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

**CABRERA VILLALBA Sonia**<sup>1</sup>, **LEIVA Evelyn**<sup>1</sup>, **VALINOTTI Vannia**<sup>2</sup>, **ROMÁN Lourdes**<sup>2</sup>, **PAATS Astrid**<sup>1</sup>, **ACOSTA Rodrigo**<sup>2</sup>, **PINEDA Alexis**<sup>2</sup>, **PUSINERI Paola**<sup>1</sup>, **AVILA PEDRETTI María Gabriela**<sup>1</sup>, **ACOSTA COLMÁN Isabel**<sup>1</sup>, **MARTÍNEZ María Teresa**<sup>1</sup>, **ABREU Paloma**<sup>2</sup>, **CENTURIÓN Osmar**<sup>4</sup>

<sup>1</sup>DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS, FCM-UNA, <sup>2</sup>SOCIEDAD PARAGUAYA DE REUMATOLOGÍA, <sup>3</sup>LABORATORIO CURIE, <sup>4</sup>DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS, FCM-UNA

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome metabólico (SM) y la artritis reumatoidea (AR) constituyen factores de riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular, siendo una de las principales causas de mortalidad en estos pacientes.

**OBJETIVO:** Determinar la presencia de SM en pacientes con AR y su relación con las características de la enfermedad.

**MÉTODOS:** Estudio descriptivo, transversal, prospectivo, en una cohorte paraguaya de pacientes con AR que cumplieron criterios ACR/EULAR2010. Se aplicó un cuestionario estandarizado de acuerdo a las variables del proyecto de Riesgo Cardiovascular (PINV15-0346), del Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología (CONACYT), y el examen físico, con toma de muestra biológicas para la determinación de biomarcadores de riesgo cardiovascular (i. e. endotelina, TNF-alfa, E-selectina, homocisteína, apolipoproteína, fibrinógeno y niveles de PCR ultrasensible). Los pacientes con SM se clasificaron según los criterios ALAD de 2007. Estos firmaron un consentimiento informado. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 23. Las variables cuantitativas fueron expresadas como medias, las cualitativas como frecuencias. Comparación entre variables dicotómicas utilizando test de chi-cuadrado y para las continuas, T de Student.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 100 pacientes, 87% mujeres, edad media 51,3±11,0 años, duración de enfermedad 130,9±102,6 meses. El 77% con FR positivo y 84,4% ACPA positivo, 43,4% tenían erosiones, media de DAS 28 de 3,4±1,1. El 22,4% tenía SM. Los pacientes con AR y SM tenían menor duración de enfermedad (78,3±38,6 meses; p=0,006), mayor circunferencia de cadera (111,3±9,2; p=0,00), mayor frecuencia de obesidad (p=0,006), peso (p=0,00) e IMC (p=0,00), mayor frecuencia de HTA (p=0,00). Al comparar biomarcadores inflamatorios entre pacientes con y sin SM, los valores de HOMA-IR >3,1 se asociaron a la presencia de SM (p=0,00). No se encontraron diferencias significativas con respecto a la actividad de la enfermedad, estado funcional, niveles de FR y anti-CCP, así como otros biomarcadores inflamatorios.

**CONCLUSIÓN:** Debido a la prevalencia del SM encontrada en nuestra población, destacamos la importancia de su consideración en el manejo de los pacientes con AR, y así poder establecer pautas de prevención y tratamiento del mismo para lograr disminuir la enfermedad cardiovascular.

## MEDIDAS DE FOTOPROTECCIÓN EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

**SILVA Sabrina**, **MAMANI ORTEGA María Lourdes**, **MERCÉ Aixa**, **TAMBORENEA Natalia**, **SECCO Anastasia**

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL BERNARDINO RIVADAVIA

**INTRODUCCIÓN:** La fotoprotección (FP) es el proceso de crear una barrera entre la piel, el sol y las fuentes de rayos ultravioleta, con el uso del protector solar (PS) y otros elementos de barrera a fin de evitar el estímulo inflamatorio y la actividad del LES.

**OBJETIVO:** Describir la adherencia de los pacientes con LES a la FP; evaluar la relación entre la misma y la actividad de la enfermedad.

**MÉTODOS:** Estudio observacional, analítico, de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES según criterios clasificatorios ACR 1997, SLICC 2012 y/o ACR/EULAR 2019. Se excluyeron pacientes con otra enfermedad reumática autoinmune, excepto SS y/o SAF secundario. La adherencia al uso de PS se evaluó a través del cuestionario *Adherence to Refill and Medication Scale* validado al español (ARMS-e), de 12 preguntas con puntaje de 0-48, donde menores puntuaciones indican mejor adherencia. Se realizaron preguntas complementarias respecto de otras medidas de FP. Se registraron variables sociodemográficas y clínicas. Las variables continuas se describieron como media y desvío standar (DS) o mediana

y rango intercuartílico (RIC), según distribución y tamaño muestral, y las categóricas como porcentajes. Se evaluó la relación entre el cuestionario y la actividad de la enfermedad (SELENA-SLEDAI) mediante análisis bivariado y multivariado de regresión lineal, ajustado por posibles confundidores.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 90 pacientes, 96% de sexo femenino, media de edad en años de 38 (±13). El 47% eran empleados, 76% tenían secundario completo o más, y el 63% no contaba con cobertura de salud. 71% utilizaba PS, 91% hidroxicloroquina y 48% otro inmunosupresor (IS) y/o corticoides. La mediana del SELENA-SLEDAI fue 2 (RIC: 0-4). Medidas de FP usadas: 39% pantalón largo (siempre), 30% camisa (casi siempre), gorro 32.2% y anteojos 33% (algunas veces). La mediana del puntaje total del ARMS-e fue 22 (RIC: 19-26). No se encontró relación estadísticamente significativa entre el mismo y el SELENA-SLEDAI en el análisis bivariado ( $\beta = -0.028$ ; IC 95%: -0.60 a 0.54), ni en el análisis multivariado ajustado por posibles confundidores.

**CONCLUSIÓN:** La adherencia al uso de PS por AMS-e fue intermedia. Dentro de las otras medidas de FP, la más utilizada fue el pantalón largo. La falta de asociación entre la adherencia y la actividad de la enfermedad podría deberse al buen control de la misma, observada en la población estudiada.

0293

## ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES EN PACIENTES CON SÍNTOMAS SICCA

CHIARVETTO Victoria, ZACARIAZ HERETER Johana, SCOLNIK Marina, SORIANO Enrique, ROSA Javier

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

**INTRODUCCIÓN:** La ecografía de las glándulas salivales mayores (GSM) ha demostrado sensibilidad y especificidad similar a la biopsia glandular en el diagnóstico del síndrome de Sjögren (SSJ), con la ventaja de ser un método no invasivo.

**Objetivo:** Describir el compromiso ultrasonográfico (US) en las GSM de pacientes con síntomas sicca en un Hospital Universitario de Buenos Aires y evaluar la capacidad diagnóstica del sistema de puntuación de OMERACT por escala de grises en relación al diagnóstico de SSJ.

**MÉTODOS:** Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos con manifestaciones clínicas de síntomas sicca, que se hayan realizado una US de GSM desde el 31/07/2022 al 31/7/2023. Se recolectaron datos demográficos y clínicos. Se utilizó un equipo MyLab 70 (Esaote) con una sonda lineal de alta frecuencia. La US de las GSM (incluye parótidas y submaxilares) se puntuaron de 0 a 3 según el sistema de puntuación OMERACT. Se clasificó a los pacientes en SSJ (criterios ACR/EULAR 2016), enfermedad relacionada a IgG4 (ER-IgG4) (criterios ACR/EULAR 2019) o sanos. Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de la puntuación de OMERACT para SSJ.

Características por grupos	Total (n=53)	SSJ (n= 34)	IGG4 (n= 4)	Sanos (n= 15)	Valor P
Sexo femenino, n, %	46; 86,79%	32/34; 94,1%	3/4; 75 %	11/15; 73,3%	0,11
Edad al momento de la US, media en años; (DE)	58,2 (16,2)	56,9 (17,4)	57,1 (23,3)	61,3 (11,1)	0,12
IFAN positivo, n, %	40; 76,9%	28; 82,3%	3; 75,0%	9; 64,3 %	0,40
Anticuerpo Ro positivo, n, %	23; 44,2%	22; 64,7%	0	1; 6,7%	<0,001
Factor reumatoideo positivo, n, %	18; 45%	16; 57,1%	1; 5,6%	1; 9,1%	0,001
<b>Clasificación OMERACT para las glándulas parótidas</b>					<b>Valor P</b>
Grado 0, n, %	30; 56,6%	14; 41,2%	3; 75%	13; 86,7%	0,04
Grado 1, n, %	10; 18,9%	8; 23,5%	0	2; 13,3%	
Grado 2, n, %	9; 16,9%	9; 26,5%	0	0	
Grado 3, n, %	4; 7,6%	3; 8,8%	1; 25%	0	
<b>Clasificación OMERACT para las glándulas submaxilares</b>					<b>Valor P</b>
Grado 0, n, %	18; 33,9%	6; 17,6%	2; 50%	10; 66,7%	0,007
Grado 1, n, %	14; 26,4%	8; 23,5%	1; 25%	5; 33,3%	
Grado 2, n, %	17; 32,1%	16; 47,1%	1; 25%	0	
Grado 3, n, %	4; 7,6%	4; 11,8%	0	0	

Tabla: Características basales y clasificación de OMERACT por glándulas por grupo.

con una sonda lineal de alta frecuencia. La US de las GSM (incluye parótidas y submaxilares) se puntuaron de 0 a 3 según el sistema de puntuación OMERACT. Se clasificó a los pacientes en SSJ (criterios ACR/EULAR 2016), enfermedad relacionada a IgG4 (ER-IgG4) (criterios ACR/EULAR 2019) o sanos. Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de la puntuación de OMERACT para SSJ.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 53 pacientes con síntomas sicca, 46 de sexo femenino (86,79%), con una media de edad en años al momento de la US de 58,2 (DE 16,2). Las características basales y clasificación de OMERACT por glándula se encuentran en la Tabla. Del total de la muestra, 34 pacientes fueron diagnosticados con SSJ, 4 pacientes con ER-IGG4 y 15 fueron pacientes sanos. Solo 20 pacientes con SSJ presentaron un puntaje de  $\geq 2$  de OMERACT por escala de grises en cualquier glándula; para este punto de corte se reportó una sensibilidad del 59%, especificidad del 89%, un VPP 91% y VPN 55%.

**CONCLUSIÓN:** La US de GSM mostró una buena sensibilidad y una excelente especificidad para cumplir con los criterios ACR/EULAR de 2016 utilizando una puntuación de corte  $\geq 2$  en al menos una glándula. Nuestros datos respaldan el uso de puntuación OMERACT para facilitar la homogeneidad de la puntuación de las GSM por US para el diagnóstico de SSJ.

0294

## CONOCIMIENTOS SOBRE LA VACUNA DEL HERPES ZÓSTER EN REUMATÓLOGOS ARGENTINOS

MAGRI Sebastián<sup>1</sup>, GÓMEZ Ramiro<sup>2</sup>, BENÍTEZ Cristian Alejandro<sup>2</sup>, BRIGANTE Alejandro<sup>3</sup>, SOMMERFLECK Fernando<sup>4</sup>, GARCÍA SALINAS Rodrigo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, <sup>2</sup>HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS, <sup>3</sup>SANATORIO GÜEMES, <sup>4</sup>SANATORIO MÉNDEZ

**INTRODUCCIÓN:** Los pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas autoinmunes tiene mayor incidencia de herpes zóster (HZ) y neuralgia posherpética (NPH), sobre todo los que reciben inhibidores del JAK.

**OBJETIVO:** Evaluar el nivel de conocimiento sobre la vacunación del HZ en un grupo de reumatólogos de Argentina previo a la disponibilidad de la vacuna contra el HZ recombinante adyuvantada.

**MÉTODOS:** Estudio descriptivo de corte trasversal. Se llevo a cabo una encuesta administrada electrónicamente a diferentes médicos reumatólogos de Argentina, entre enero y febrero de 2023, donde se evaluaron los conocimientos, usos, y creencias sobre las vacunas del HZ en general y de la recombinante adyuvantada, previa a la disponibilidad y campañas masivas sobre la misma. Se realizó estadística descriptiva.

**RESULTADOS:** Participaron 183 reumatólogos, de los cuales 9% ya habían culminado su formación, con una media de edad de 44 años (DS 12), y 13 años promedio de ejercicio de la especialidad (DS 5); el 61% trabajaba en el ámbito público y el 76% también tenían consultorio particular. El 77% de los médicos nunca habían indicado ninguna vacuna para el HZ, siendo la principal razón para no indicar la vacuna Zostavax su composición (virus vivo) (62%), más del 70% conocía la existencia de la Vacuna Shingrix y el 67% conocían su indicación: Prevención del HZ y NPH. Respecto a la población blanco según prospecto, solo un 34% la conocía (Mayores de 50 años), contestando en su mayoría que era una vacuna para poblaciones inmunocomprometidas, entre las que se encuentra pacientes con JAKI (74%). Se preguntó sobre las preocupaciones de ser una vacuna adyuvantada, el 47% no tenía preocupación, pero el 34% temían que puedan reactivar la enfermedad de base (AR-LES). Respecto de la prescripción de la vacuna, solo el 30% lo derivan a infectología y el 40% no solicitaría previo a su administración anticuerpos anti VVZ. El 60% marcaron como "muy importante" el efecto protector sobre la NPH, el herpes oftálmico y el diseminado. Respecto a en qué tipo de pacientes de "su práctica" indicaría esta vacuna, el 71% respondió en pacientes en tratamiento con JAKI o que iniciaran con esta droga.



**CONCLUSIÓN:** Hay escasa experiencia en el uso de vacunas para el HZ, sin embargo es amplio el conocimiento en la comunidad reumatología sobre su uso en pacientes inmunocomprometidos, adicionalmente es escaso el conocimiento del uso de esta vacuna en la población general. Aún existen dudas sobre los efectos que pueden producir los adyuvantes en los pacientes con enfermedades autoinmunes.

0297

### APLICACIÓN DEL SCORE SLERPI DE PROBABILIDAD DE RIESGO DE LUPUS EN UNA COHORTE DE LA VIDA REAL

ALVES Diego Mariano, ALVARADO Rodolfo Nicolás, SCOLNIK Marina, ROSA Javier

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

**INTRODUCCIÓN:** Al no existir criterios diagnósticos para lupus eritematoso sistémico (LES), los criterios clasificatorios ACR/EULAR 2019 y SLICC 2012 son frecuentemente utilizados en la práctica. El SLERPI es un nuevo score de probabilidad de riesgo de LES creado por *machine learning* que pretende disminuir la demora diagnóstica.

**OBJETIVO:** Describir la forma en que se llegó al diagnóstico de LES en una cohorte de pacientes.

**MÉTODOS:** Se incluyeron todos los pacientes con LES afiliados a un plan de salud de un hospital universitario con diagnóstico posterior al año 2000. Se revisaron las historias clínicas identificando fechas de inicio de síntomas, fecha y especialidad de primera consulta, fecha de cumplimiento de criterios, número total de consultas y de especialistas, y SLICC de daño al final de seguimiento. Se realizó estadística descriptiva de las características de los pacientes. Se calculó la proporción de pacientes que cumplieron SLERPI, ACR/EULAR 2019 y SLICC 2012 al menos un mes previo a la consulta con Reumatología. Se realizó análisis de regresión logística múltiple para evaluar factores asociados con el daño al final del seguimiento.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 62 pacientes con diagnóstico de LES. La mediana de edad al diagnóstico fue de 47.5 años (RIC 32.6-56.0), 88.7% mujeres, y el tiempo de seguimiento luego del diagnóstico fue de 10.0 años (RIC 7.1-15.0). Los principales síntomas que motivaron a la consulta fueron: artralgias/artritis 43%, manifestaciones cutáneas 16.1%, fiebre 12.9%, citopenias 8.1%, astenia 4.8%, alteraciones en el sedimento urinario 4.8%. Las especialidades iniciales más consultadas fueron: Clínica Médica (35.5%), Medicina Familiar (19.4%), Reumatología (16.1%), Dermatología (14.5%) y Traumatología (4.8%). La mediana del número de consultas antes del diagnóstico fue de 6, con una mediana de 3 especialistas en ese tiempo. El diagnóstico realizado durante una internación fue en 21/62 pacientes (33.9%). Cuatro semanas antes de la consulta con Reumatología, un 18% de los pacientes cumplían criterios SLERPI, un 9.7% ACR/EULAR y 8.1% criterios SLICC ( $p < 0.01$ ), sin embargo no hubo diferencias en la demora diagnóstica entre los pacientes (mediana de 12.3 semanas). En el análisis multivariado, haber cumplido los criterios SLERPI antes de la consulta reumatológica no se asoció a un menor daño acumulado por SLICC al final del seguimiento.

**CONCLUSIÓN:** Los criterios SLERPI se cumplieron precozmente en mayor proporción que los ACR/EULAR o SLICC. La difusión de los mismos podría mejorar la demora diagnóstica.

Característica	Total (n=62)	SLICC daño =0 (n=32)	SLICC daño >0 (n=30)	p
Edad al diagnóstico, años, mediana (RIC)	47.5 (32.6-56.0)	34.7 (21.1-44.8)	55.1 (49.8-70.3)	<0.001
Sexo femenino, n (%)	55 (88.7)	28 (87.5)	27 (90)	1.000
Tiempo de seguimiento post diagnóstico, mediana, en años (RIC)	10.0 (7.1-15.0)	10.7 (8.3-14.5)	9.2 (6.6-16.6)	0.517
Tiempo entre inicio de síntomas y diagnóstico, en semanas, mediana (RIC)	12.3 (5.9-25.9)	16 (7.5-28.5)	8.5 (4.5-18.3)	0.052
Tiempo entre la primera consulta y diagnóstico, en semanas, mediana (RIC)	7.5 (2.5-20.9)	9.3 (2.7-26.6)	6.7 (2.3-18.3)	0.287
Tiempo entre el inicio de los síntomas y la primera consulta a reumatología, en semanas, mediana (RIC)	5.3 (2.4-15.5)	8.4 (3.8-17.4)	4.9 (2.1-11.9)	0.341
Número de consultas hasta el diagnóstico, mediana (RIC)	6 (4.0-11.0)	6 (3.7-13.0)	6 (4.0-9.0)	0.666
Número de especialistas antes del diagnóstico, mediana (RIC)	3.00 (2.0-4.7)	3.00 (2.0-4.2)	3.00 (2.0-4.7)	0.829
Primer síntoma, n (%)				0.390
Artralgias o artritis	27 (43.5)	15 (46.9)	12 (40.0)	
Fiebre	8 (12.9)	3 (9.4)	5 (16.7)	
Manifestaciones cutáneas	10 (16.1)	6 (18.8)	4 (13.3)	
Citopenias	5 (8.1)	4 (12.5)	1 (3.3)	
Astenia	3 (4.8)	1 (3.1)	2 (6.7)	
Alteraciones del sedimento urinario	3 (4.8)	0	3 (10.0)	
Otros	6 (9.7)	3 (9.4)	3 (10.0)	
Primera especialidad consultada, n (%)				0.413
Reumatología	10 (16.1)	5 (15.6)	5 (16.7)	
Clínica médica	22 (35.5)	14 (43.8)	8 (26.7)	
Medicina familiar	12 (19.4)	5 (15.6)	7 (23.3)	
Dermatología	9 (14.5)	5 (15.6)	4 (13.3)	
Traumatología	3 (4.8)	0 (0.0)	3 (10.0)	
Otros	6 (9.7)	3 (9.4)	3 (10.0)	
Diagnóstico en la internación, n (%)	21 (33.9)	8 (25.0)	13 (43.3)	0.209
Cumple criterios ACR/EULAR, n (%)	53 (85.5)	29 (90.6)	24 (80.0)	0.409
Cumple criterios SLICC, n (%)	53 (85.5)	28 (87.5)	25 (83.3)	0.917
Cumple criterios SLERPI, n (%)	58 (93.5)	30 (93.8)	28 (93.3)	1.000
SLEDAI al diagnóstico, mediana (RIC)	6 (4-8)	6 (4-8)	6 (4-11)	0.340

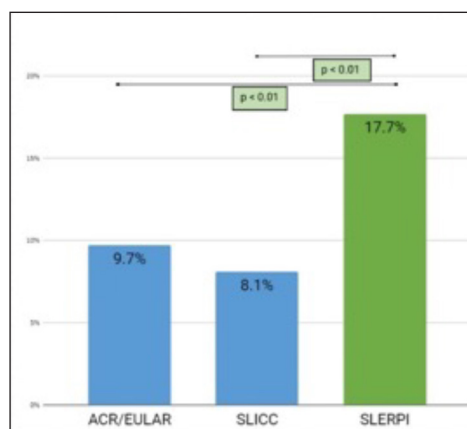


Figura: Cumplimiento de criterios de LES al menos 4 semanas antes de la consulta a Reumatología.

Tabla: Características de los pacientes en general y según SLICC de daño.

0301

### CARDIOTOXICIDAD POR ANTIMALÁRICOS

GALVAN Laura

HOSPITAL RAWSON

**INTRODUCCIÓN:** Los animaláricos son medicamentos ampliamente utilizados en enfermedades reumáticas y dermatológicas. Los beneficios terapéuticos son amplios, como así también sus complicaciones por su utilización como cambios en retina, en la piel, gastrointestinales, neurológicos y cardiotoxicidad. La cardiotoxicidad con distintas manifestaciones han sido reportadas poniendo foco en el tratamiento de COVID-19 con arritmias como *torsade de pointes*. Sin embargo, existen amplias revisiones de la cardiomiotoxicidad producida por estas drogas.

**OBJETIVO:** Evaluar la cardiotoxicidad en pacientes con enfermedades reumáticas bajo tratamiento con antimaláricos.

**MÉTODOS:** Se evaluaron pacientes con enfermedades reumáticas bajo tratamiento con antimaláricos de abril a julio de 2023 con electrocardiograma (ecg) de 12 derivaciones y ecocardiograma Doppler, evaluando grupos por tiempo de exposición en menos de 5 años, de 5 a 9 años y más de 10 años.

**RESULTADOS:** 54 pacientes fueron evaluados, todos en tratamiento con hidroxicloroquina. Edad al momento del estudio 52 años (23 a 83), 92% mujeres: 63% tenían lupus sistémico, 24% síndrome de Sjögren; presentaron alteraciones en pacientes con menos de 5 años 14: en ecg 7/14 (50 %) pacientes y 3 (21,4%) alteraciones en ecocardiograma; en el grupo de 5 a 9 años tenían total de 29 pacientes alteraciones en ecg en 9 ( 31%) y ecc 13 ( 44.8%) y finalmente en el grupo de más de 10 años presentaron alteraciones en el ecg 72,7% y en el ecocardiograma 72.7%.

**CONCLUSIÓN:** Se encontraron alteraciones en ecg y en el ecc en 44% de los pacientes, 24/54 hallándose con más frecuencia en el grupo de más 10 años de tratamiento. Debe ampliarse este estudio, pero por evidencias previas deberíamos realizar la evaluación de la cardiotoxicidad en pacientes bajo tratamiento con hidroxicloroquina.

0312

**INCIDENCIA DE ARTRITIS REUMATOIDEA EN PACIENTES CON ARTRITIS TEMPRANA. DATOS DE LA VIDA REAL**

ALVARADO Nicolás, SCOLNIK Marina, ROSA Javier, SORIANO Enrique, VARGAS CASELLES Alfredo Leiber

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

**INTRODUCCIÓN:** La artritis reumatoidea presenta un período preclínico caracterizado por la presencia de manifestaciones musculoesqueléticas inespecíficas como artralgias, rigidez, impotencia funcional, marcadores de inflamación elevados y autoanticuerpos específicos positivos. La ecografía reumatológica juega un papel fundamental para identificar pacientes con inflamación subclínica que evolucionarán a una AR establecida. Algunas características clínicas y hallazgos ecográficos podrían utilizarse para predecir pacientes con artritis indiferenciada (AI) temprana que evolucionarán a una AR establecida.

**OBJETIVO:** Determinar la incidencia de AR en pacientes con AI temprana.

**MÉTODOS:** Estudio de cohorte prospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que consultaron a un hospital universitario luego del año 2020 por artritis clínica, involucrando 2 o más articulaciones, sin diagnóstico etiológico, de menos de 12 meses de evolución. Se definió sinovitis ecográfica como la presencia más de una 1 articulación con sinovitis grado II o III (escala de grises) y/o sinovitis grado I, II o III (señal Doppler de poder). Se realizó un análisis de regresión de COX para determinar qué variables clínicas y ecográficas independientes se asociaron con el desarrollo definitivo de AR según criterio clínico del reumatólogo tratante. Análisis estadístico con R studio 4.2.2.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 94 pacientes, la mayoría del género femenino (71.3%), con edad media de 58.4 años (DE: 16.5) y mediana de seguimiento de 6.7 meses (RIC: 1.7-16.1). Los pacientes consultaron directamente al reumatólogo en el 40,4% de los casos, el resto derivados por el MD clínico/familiar (33%), traumatólogo (20.2%) y otros (6.5%). Se realizó diagnóstico de AR en el 48.94% de los casos con una densidad de incidencia de 59 por cada 100 pacientes año (IC 95%:44.05-79.02). La mediana de tiempo entre el inicio de los síntomas y un diagnóstico específico (no AR) fue de 2.43 meses (RIC: 1.38-6.24) y para el diagnóstico de AR de 3.78 meses (RIC: 2.66-5.88). Las características de ambos grupos se describen en la Tabla 1. En el análisis multivariado de COX (Tabla 2) se observó que el factor reumatoideo (HR: 1.40, IC 95%: 1.03-8.73), el anti-CCP (HR: 2.99, IC 95%: 1.03-8.73) y la presencia de tenosinovitis en la ecografía de manos (HR: 2.00, IC 95%: 1.03-3.89) se asoció de forma independiente con el desarrollo de AR.

**CONCLUSIÓN:** En esta cohorte de pacientes con AI temprana, la AR fue el diagnóstico más frecuente con una densidad de incidencia de 59 casos por cada 100 pacientes año. La presencia de tenosinovitis en la ecografía de manos se asoció con el diagnóstico definitivo de AR.

	No AR (n=45)	AR (n=46)	p
Género (Masculino)	19 (39.58%)	8 (17.39%)	0.017
Edad en años (DE)	59.93 (18.06)	56.82 (14.80)	0.362
Comorbilidades*	16 (33.33%)	19 (41.30%)	0.424
Tabaquismo	7 (15.22%)	16 (35.56%)	0.026
Tiempo diagnóstico meses; Media (DE)	n= 22** 2.43 (1.38-6.24)	3.78 (2.66-5.88)	0.185
IMC Media (DE)	27.4 (4.05)	27.26 (4.89)	0.859
ANA positivos; n (%)	15/32 (46.88%)	18/31 (58.06%)	0.374
Anti-CCP; n (%)	6/44 (13.64%)	38/46 (82.61)	<0.001
Factor reumatoideo	12/46 (26.09%)	37/46 (80.43%)	<0.001
NAI Media (DE)	2.75 (1.66)	2.95 (1.80)	0.565
NAD Media (DE)	3.25 (1.86)	4.19 (2.13)	0.024
ESG Media (DE)	42.02 (30.89)	39.59 (24.84)	0.676
PCR Media (DE)	23.87 (44.85)	11.26 (15.09)	0.082
NAI por ecografía Media (DE)	2.55 (2.93)	2.63 (4.29)	0.918
Tenosinovitis por ecografía; n (%)	16/41 (39.02%)	25/41 (60.98%)	0.047
Erosiones por ecografía	0/40 (0%)	3/41 (7.32%)	0.081
DAS28-PCR Media (DE)	3.826 (0.724)	4.019 (0.654)	0.199
DAS28-ESG Media (DE)	4.543 (0.799)	4.701 (0.739)	0.320

\*Incluye: HTA, DM2, ECV

\*\*No se incluyen pacientes sin diagnóstico definitivo (Artritis Indiferenciada)

Tabla 1: Características basales de la población.

Variables	HR	p	IC 95%
Género Femenino	1.46	0.355	0.65-3.26
Edad en años inicio sinovitis	1.00	0.756	0.98-1.02
FR positivo	2.99	0.045	1.03-8.73
Anti-CCP	2.99	0.049	1.03-8.73
Tenosinovitis en manos	2.00	0.040	1.03-3.89

HR: Hazard Ratio, NAI número de articulaciones inflamadas, NAD número de articulaciones dolorosas, FR: Factor Reumatoideo, anti CCP: anti péptido citrulinado.

Tabla 2: Análisis multivariado (regresión de COX) para el diagnóstico de AR.

0313

**VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO Y ACTIVIDAD EN ARTRITIS REUMATOIDEA: REVISIÓN SISTEMÁTICA**

SORRENTINO Laura Julieta, REBAK Jonathan Eliseo, BRIGANTE Alejandro

SANATORIO GÜEMES

**INTRODUCCIÓN:** Durante el proceso inflamatorio se observa un aumento en el número de plaquetas y una disminución en el tamaño medio de las mismas, conocido como volumen plaquetario medio (MPV). Esta prueba, que es asequible y ampliamente disponible, podría ser de gran utilidad para evaluar la actividad en pacientes con artritis reumatoidea (AR).

**OBJETIVO:** Establecer la relación entre VPM y la actividad de la enfermedad en pacientes con AR.

**MÉTODOS:** Se realizó una búsqueda exhaustiva en Medline, Central, LILACS y Epistemonikos, sin restricciones de fecha ni idioma, utilizando los términos (*Arthritis, Rheumatoid [Mesh]*) y *Mean Platelet Volume [Mesh]*. Se seleccionaron estudios observacionales que involucraran pacientes con AR y proporcionararan datos sobre el VPM y actividad de la enfermedad. La selección de estudios se realizó de forma independiente por dos revisores, aplicando criterios de inclusión y exclusión establecidos. Se siguieron las directrices del protocolo PRISMA. La calidad de los estudios se evaluó utilizando Newcastle Ottawa. Para el análisis de datos, se utilizaron las herramientas estadísticas RevMan® y Jamovi®. Se aplicó la correlación de Spearman para evaluar la asociación entre las medias de VPM y actividad, y regresión de Egger para examinar el sesgo de publicación.

**RESULTADOS:** Se identificaron 42 artículos, 16 fueron eliminados por duplicados o irrelevantes, 8 fueron eliminados por no cumplir criterios de inclusión y 2 fueron recuperados de revisiones sistemáticas. Se incluyeron 21 estudios (Tabla). Entre la media de VPM y DAS28 (16 estudios), Spearman fue -0.24 p=0.22. Para las comparaciones de VPM con PCR y VSG, 0.36 p=0.89 y 0.17 p=0.81 respectivamente. Cuatro artículos realizaron una comparación de VPM entre AR activa y remisión. Dos discriminaron por actividad alta, moderada, baja y remisión. Dechanuwong (2021) encontró una diferencia significativa en la media de VPM entre los 4 grupos (p=0.02) y Taha (2022) (p=.005 inactiva vs moderada, p<001 inactiva vs alta, p<001 baja vs alta). Isik (2014) y Kim (2011) compararon la media de VPM en pacientes con actividad y remisión. Atwa (2022) y Tecer (2016) analizaron la media de DAS28 en pacientes con VPM mayor y VPM menor al valor de corte (11.25 y 10.4 respectivamente) pero no encontraron diferencias significativas (p=0.75 y 0.79). Podría existir un sesgo de publicación (regresión de Egger=1.174; p=0.24).

**CONCLUSIÓN:** Los resultados sugieren una asociación negativa entre el VPM y la actividad de la enfermedad, aunque esta asociación no alcanza significancia estadística. Se observaron diferencias de VPM entre diferentes niveles de actividad de la enfermedad. Existe la posibilidad de sesgo de publicación. Los estudios incluidos presentaron diversos diseños, lo que puede influir en la interpretación de los resultados y en la capacidad para establecer relaciones consistentes. Asimismo, la evaluación de la calidad metodológica reveló que algunos de ellos presentaron un riesgo potencial de sesgo, lo que podría afectar la confiabilidad de los resultados obtenidos.

Autor/año	Diseño	País	N total	N pac. con AR	NOS
Ahna 2022	CSI	Egipto	60	60	3/0/3
Dechanuwong 2021	CR	Tailandia	365	365	3/1/1
Gasparyan 2010	CP	UK	21	21	4/1/2
Gökmen 2014	CS	Turquía	144	84	2/0/3
İkez 2018	CC	Turquía	425	105	2/1/2
İplik 2014	CC	Turquía	160	120	3/1/2
Khaled 2020	CSI	Egipto	151	98	2/0/3
Khodastahi 2019	CC	Irán	140	105	3/1/2
Kim 2011	CC	Corea	1072	809	2/1/2
Kisacik 2008	CC	Turquía	62	32	3/1/2
Maden 2017	CC	Turquía	248	82	3/1/2
Moghimi 2017	CP	Irán	60	60	2/1/2
Saj 2018	CS	Turquía	94	57	2/0/3
Sahin 2016	CS	Turquía	596	261	3/0/3
Taha 2022	CC	Egipto	250	100	3/1/2
Talukder 2017	CS	India	160	80	2/0/3
Targonska 2022	CS	Polonia	131	131	2/1/3
Tecer 2016	CC	Turquía	238	154	3/1/2
Tekaoğlu 2015	CR	Turquía	102	102	2/1/2
Yazici 2010	CS	Turquía	130	97	2/0/3
Yildirim 2015	CS	Turquía	142	90	2/0/3

CSI: cross sectional, CC: casos y controles, CR: cohorte retrospectivo, CP: cohorte prospectiva, NOS: Newcastle Ottawa Scale

Tabla: Descripción de artículos incluidos.

## PREVALENCIA DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL DIAGNOSTICADA EN ARGENTINA (ESTUDIO PRESPAX)

**SCHNEEBERGER Emilce**, CITERA Gustavo, SORIANO Enrique, GENTILETTI Julieta, SOMMA Luis, CARLEVARIS Leandro, DELLEPIANE Analía, MARTIRE María, VILA Diego, VIDELA GARCÍA Belén, GARCÍA CICCARELLI Agustín, BELLOMIO Verónica, GARCÍA Mercedes, CORREA María, MALDONADO FICCO Hernán, GALVÁN Laura, CIVIT Emma, PEREIRA Dora, VELOZO Edson, BORGIA Marcos, MARTÍNEZ María, RAUSCH Gretel, CERDA Osvaldo, ESPINDOLA ECHAZU Mariana, GOÑI Mario, CALVO María Elena, MALDONADO COCCO José, MALM-GREEN Samanta, ROSEMFET Marcos, GÁLVEZ ELKIN María, PETKOVIC Ingrid, ROSELLI Rafael, CAZENAVE Tomás, BÁEZ Roberto, BENAVENTE Emilio, CASABONA Agustina, VERGARA Facundo, SALVATIERRA Gabriela, DAL PRA Fernando, CASTEL DEL CID Cecilia, GALLO Jessica, RINGER Ariana, SANDBAL Clarisa, SPINETTO María, WIEDERHOLD Carlos, SUELDO Raúl, GONZÁLEZ LUCERO Luciana, BARBICH Tatiana, EZQUER Alejandro, BENAVENTE Matías, MACHADO ESCOBAR Maximiliano, PÉREZ ALAMINO Rodolfo, REDONDO Griselda, BARRIONUEVO María, BEDRAN Zaida, CUSA María, DI LORENZO Laura, DONDIO María José, DORAZIO Andrea, GONZÁLEZ Paula, JUÁREZ Vicente, LARA María, PISONI Cecilia, SCUBLINSKY Darío, ISNARDI Carolina, ADROVER Marianela, GOIZUETA María, ITURRALDE Carolina, MATA Darío, SAINT MARTIN María, CARRIZO Virginia, BRANCE María, GRANEL Amelia, MATHERN Nora, MÉNDEZ Marcos, NASI Silvina, PARÍS Úrsula, PENDÓN Gisela, ROBLES DE GARRONE Norma, PENA Claudia, GARCÍA SALINAS Rodrigo, MAGRI Sebastián, RUTA Álvaro, RUTA Santiago, SALVATORI Facundo, SÁNCHEZ PRADO Einer, ARAUJO BENEGAS Mariana, BUSCHIAZZO Emilio, CROW Catherine, CURTI Ana, DELGADO María, MAID Pablo, MORENO Cristián, REBON Marina, YAURI QUINTO Javier, GAMBÁ María, BENÍTEZ Alejandro, PEÓN Claudia, GÓMEZ Ramiro, ALFARO Agustina, BLANCO Eliana, CASTILLO Patricia, COGO Karina, GOBBI Carla, GUERRA Emmanuel, GUIÑAZU Francisco, GUSIS Simón, MATELLAN Carla, MUSURUANA Jorge, PEREYRA STANLEY Meliana, ROJAS TESSEL Ivanna, ROMERO Julia, SAHORES Sebastián, SAVIO Verónica, ZALAZAR María Marta, BRIGANTE Alejandro, DUBINSKY Diana, CHEMEZ Antonio, COUSSEAU Mario, DE LA VEGA María, MALIANDI María, MARCHEGIANI Raúl, PEREYRA Ana, QUINTERO Juan Eduardo, SA Claudia, SANABRIA Álvaro, SEEWALD Adriana, VELÁZQUEZ Marcela, ZÁRATE Lucía, BERTOLACCINI María, SIRERA Ana, TESTI Adriana, LAGRUTTA Mariana, PALOMBO Matías, ARAUJO Mariela, ASNAL Cecilia, CAPPuccio Ana, EIMON Alicia, LEDESMA

Ana, MARTÍNEZ MUÑOZ Alejandro, NEGRI Melina, RIVERO Estela, RODRÍGUEZ FALABELLA Gonzalo, RODRÍGUEZ Luis, SACNUN Mónica, SOSA María, TAMASHIRO Héctor, TROBO Rosana, ZAPATA María, BARBAGLIA Ana, RODRÍGUEZ Graciela, FERNÁNDEZ Daniel, CATALAN PELLET Santiago, CATALAN PELLET Antonio, NIETO Romina, QUINTANA Rosana, YUCRA BOBARIN Demelza, ABADIE Fernanda, AQUINO Valeria, ARTURI Alfredo, BAÑOS Andrea, BLAS Rodrigo, FINUCCI CURI Pablo, GUT Oscar, GUZZANTI Fernanda, QUIRÓZ Cristian, RISUÑO Fabián, SOMMERFLECK Fernando, FERREYRA GARROTT Leandro, ALLE Gelsomina, ROSA Javier, ACOSTA FELQUER María, ALVARADO Rodolfo, MARIN ZUCARO Nicolás, MARIN Josefina, SCOLNIK Marina, ZACARIAZ HERETER Johana, CORBALÁN Paula, CUADRANTI Nadia, PY Guillermo, AGÜERO Santiago, ASCIMANI PEÑA Carlos, AVENDAÑO Paula, CABALLERO Gabriela, CONFORTI Andrea, DE LA SOTA Mercedes, EXENI Ida, GALLARDO María, GÓMEZ Catalina, GOT Julio, MORALES Claudia, MUNARRIZ Alicia, PERA Oscar, SALAS Adrián, SATURANSKY Etel, TOLEDO Ernesto, ZAMORA Natalia, BARAVALLE Marcos, PALATNIK Mariano, COSENTINO Vanesa, BEJARANO Vanesa, AIMO Carolina, MONTOYA Sandra, IZAGUIRRE GERMAIN María, MICELLI Marina, KERZBERG Eduardo, ALBA Paula, ARGENTO María, AVATTE Cecilia, AZULA José, BARRON Ramiro, BAZZALO Ignacio, BORGIA María, BRESAN Eleonora, COSATTI Micaela, COSTA Cecilia, CRESPO ESPINDOLA María, CRISTOFARI Alexia, COLAZO Marcela, D'AMICO María, FECCHIO Claudio, GROSSO Graciela, LASCANO Cruz, LÁZARO María, PIZIO Malvina, POMPERMAYER Luciano, PRIGIONE Cristina, PUCCI Paula, RETAMOZO Cinthya, SALINAS Fernando, SMICHOWSKI Andrea, SOLLA Mario, SPESSOT Dardo, VENAROTTI Horacio, VILLARREAL Gabriela, YACUZZI María, ZARATE Silvia, COSTI Ana, FENUCCI Maximiliano, BOVEA CASTELBLANCO Gladys, ABBAS Leila, PAPPALARDO Carla, PISSANI DELGADO María Pía, NAFTAL Leonardo, MORBIDUCCI Julieta, MERCE Aixa, SECCO Anastasia, TAMBORENEA María, HERSCOVICH Natalia, INGOLOTTI Lía, MAMANI Marta, ROMANINI Félix, ALBIRE María, ALIAGA Leandro, ALZARI Marina, CAPOZZI María, CARCAMO María, CASALLA Luciana, CÓRDOBA Mercedes, CONTI Silvana, CORICA ALBANI María, CRESPO AMAYA Gloria, FIGUEREDO Heber, GALLO Rosana, GARCÍA FAURA Lucrecia, GIORDANO Federico, GRANILLO VALDÉZ María, KIRMAYR Karin, KOHAN María, LLOVES SCHENONE Nicolás, MILANESIO Julieta, MIRETTI María, MOLINA María, OPORTO NUÑEZ Soledad, PIERINI Florencia, RAGGIO Juan, RIOPEGRE Augusto, RODRÍGUEZ María, RODRÍGUEZ Silvina, SAAVEDRA Leandro, SAUCEDO Carla, SOLDANO Juan, SORIA CURI Yessika, STANCICH María, VARA DE KENNY Alicia, PONS-ESTEL Bernardo, PONS-ESTEL Guillermo, SERRANO MORALES Rosa, PERA Mariana, GALLINO YANZI Josefina, MAURI Marianela, SCHMID María, VINICKI Juan, CASTRO María, AVILA Paola, RILLO Oscar, VARGAS ROJAS Liliána, NASSWETTER Gustavo, CAUBET Mariana, LIZARRAGA Ana, MYSLER Eduardo, HELLING Claudia, SANTIAGO María, TATE Guillermo, TATE Patricio, BETANCUR Graciela, ARGUELLO Sabrina, PAPANAGNO María, ABALO Alejandro, ESTEVEZ Adrián, VELASCO Jorge, ALBIERO Juan, ALBIERO Eduardo, CALVO Romina, PAIRA Sergio, ROVERANO Susana, ORTIZ Alberto, PERANDONES Miguel, ANTONIOL María, SEVILLANO GUTIÉRREZ Juan, PERANDONES Carlos, ACHILLI Carla, AESCHLIMANN Carolina, ALBA GUILLIN Aníbal, ARTURI Pablo, ARTURI Valeria, ASTE Nora, AYALA Andrea, BAIED Carmen, BATTAGLIA Daniela, BENAVIDEZ Federico, BENNASAR Guillermo, BORGIA Alfredo, CAMINER Ana, CAVALLASCA Javier, CECCATO Federico, CRUZAT Vanesa, CUADROS Sabrina, DE LA TORRE María, DE OLLOQUI Guillermo, DELLA MAGGIORA Maricel, GARIGNANI Federica, HAYE SALINAS María, HOGREFE Jimena, IBAÑEZ ZURLO Leticia, KLUWAK Gisela, LARROUDE María, LÓPEZ CABANILLAS Adriana, MACAUDIER Mario, MALDINI Carla, MENDIBURO Lorena, MORA Gabriela, MUSRI Eduardo, PEREYRA Cintia, PÉREZ RODRÍGUEZ María, PICCHI Julieta, QUAGLIATO Norberto, REBIGLIONE Daniela, RODRIGUEZ GIL Gustavo, ROMERO Vanesa, RUBINS Javier, SÁNCHEZ María, SANDI ROSALES Marco, SANTAELLA Patricia, SERRANO Eliana, SOARES DE SOUZA Sidney, TAMAÑO Víctor, VASSAROTTO Natalia, VIOLA Malena, ZERBI Hugo, OTADUY Cintia, ASTESANA Pablo, FERREYRA DILLON Rodrigo, GOTTERO Mariano, AGUILA MALDONADO Rodrigo, ARIZPE DAVID Fernando, GARCÍA Lucila, MUSSANO Eduardo, ONETTI Laura, AUDISIO Marcelo, CADILE Isaac, JURADO Raúl, BRAVO Maximiliano, CATAY Erika, BERBOTTO Guillermo, CONTE María, DANIELE Julieta, KISLUK Boris, MARINO Diego, ALESSIO María, ALONSO Carla, BEDOYA María, BERRUEZO Ramiro, BOTTONE Daniel, CASTAÑOS MENESCARDI María, CASTELLI Graciela, CRESPI Gonzalo, CUCCHIARO Natalia, DECARO Alberto, DIP Rodolfo, DOMINGO Daniela, Duarte Vanesa, FARA Nauan, GAZZONI María, GIMÉNEZ Silvana, GUARDIA Mariana, GUINSBURG Mara, HANCEVIC Milena, HASSAN Romina, HEREDIA Mónica, HERRERA Gladys, HOFMAN Julio, LENCINA María, LEÓN María, LÓPEZ MEILLER María, LÓPEZ OLIVA Yanina, MARCAIDA Priscila, MARTÍNEZ Raúl, MAYER Maite, MAZZA Susana, MELO Fernando, MUÑOZ Sebastián, MURCIANO Roxana, NITSCHÉ Alejandro, PÉREZ CEPAS Bárbara, PIROLA Juan, PUERTA FRANCHI Ramiro, RAITI Laura, REMONDINO Graciela, SABELLI Mirtha, SÁNCHEZ ALCOVER María, SANSINANEIA Pierina, SANTOS Carlos Daniel, SAURIT Verónica, DEGIOANNI Lucía, ÁLVAREZ Cecilia, BAENAS Diego Federico, NOVATTI Elisa, ALVARELLOS Alejandro, CAEIRO Francisco, SCARAFIA Santiago, SELEME Gladys, SEVERINA María, TEDESCO Sabrina, TRAVAGLIA Magalí, TROHA Adriana, VALDÉZ Sergio, VELLOSO María, PAPANASIDERO Silvia, DAPEÑA Joan, FLORES TREJO Javier, BANDE Juan, MEDINA María, CARACCILO José, STESENS María, CASADO Gustavo, ROMEO Cecilia, CAPUTO Víctor, VIOLA Diego, FUNES SOAJE Carmen, CAVILLON Emilia, MERAS Nidia, MORALES DE RAVELLI Natalia, SUBILS Gisela, BABINI Alejandra, PANIEGO Federico, PANIEGO Raúl, BERMAN Horacio, BERMAN Alberto, SPINDLER Alberto, SPINDLER Walter, MEDINA Gustavo, BATTAGLIA Ana, MUÑOZ Leila, SANCHEZ FREYTES Luis, BERTOLI Ana, LÓPEZ PÉREZ María, SIRONI José, VIRASORO Belén, GÓMEZ María, CASTRO COELLO Vanesa, IBAÑEZ Leonor, ALLIEVI Alberto, ALONSO LÓPEZ María, BARRIOS Belén, BERSANO María, BORGIA Iván, BORTOLOTTO Gabriela, CEITLIN Raúl, CHIARDOLA Flavia, DIÁZ Mónica, DIEGUEZ Carolina, ERAÑA Fernando, ESTRELLA Natalia, FERNÁNDEZ NACUL Sebastián, FORNARO Marina, GAONA María, GARAY Luciana, GÓMEZ Graciela, HOJBERG Noelia, HOURCLE Silvina, LAFFONT Manuela, LEAL CASTRO Sheyla, LIM Romina, LONGO Analía, LÓPEZ Jorge, LUISSI Aurelia, LUNA Gisela, MALDONADO Pablo, MARCZUK Patricia, MARIASCH Natalia, MIRANDA Ivana, MORALES María, ORDEN Alberto, PAVIA Eduardo, PÉREZ Nicolás, PICCO Eugenia, RASCHIA Alan, REGIDOR Mónica, RIVERO Mariano, RODRIGUEZ RAMIREZ Armín, ROQUE Carmela, SCALI Juan, SERRAVALLE Priscila, BENZAQUÉN Nadia, RIERA Julia, SIRI Daniel, TROITIÑO Cristian, UEMURA Mónica, VÉLEZ Sofía, VERNA Gisele, VILLALOBOS Fernando, WERNICKE Verónica, PORTA Sabrina, SEVILLA Daniel, ABDALA Marcelo, CORTESE María, CREMA Juan, RUFFINO Juan, CHICHOTKY Yamila, VELASCO ZAMORA José, ROLLANO PERASSO Alejandra, JIMENÉZ Mauricio, DUARTES NOE Damián, BARTEL Guillermo, GÓMEZ Andrea, ZAFFARANA Cecilia, VILLAFANE TORRES Jaime, EARSMAN Geofredo, LABORDE Hugo, GALLACHER Alberto, ACEVEDO María, ACIAR Mariana, AIROLDI Carla, CARRILLO Ignacio, CHIMENTI Cristian, COLOMBERO Natalia, COLOMBRES Francisco, CUELLO Isidro, VEIGA Sabrina, DALPIAZ Marina, FERNÁNDEZ SOSA Rodolfo, GAMBURD Eduardo, GARCÍA SAUCO Mariana, GERVASONI Viviana, GIORGIS Pamela, KRUPA Claudia, LANCIONI Gustavo, LEDESMA CAMPANINI César, LEGUIZAMON María, LIZONDO Carmen, LORENZÓN Liliána, MARCOS Ana, MARENGO María, MARTÍNEZ VALDA Tatiana, MARTÍNEZ Liliána, MONTIEL BERTONE Mariano, MOVIA Roberto, NAVARRO Sandra, OLEA Ana, PÉREZ Silvana, PERROTTA Natalia, PICCO Luis, QUIRÓZ Romina, QUISPE VILLANUEVA María, ROSMAN Fany, SALCEDO Mariana, SÁNCHEZ Gabriela, SANTILLÁN Mariano, SATTLER María, SEBASTIANO María, TISSERA Yohana, TORRES Alberto, TRAPP María, VANDALE Juan, WAIMANN Christian, WONG Rómulo, YUJRA VENTURA Pamela, VISENTINI Susana, CABALLERO Celin, JU Yung Chi, PACHECO Gonzalo, STRUSBERG Ingrid, BORTNI Erica, LASTRA Cintia, MORALES Liliána, ABALO Alejandra, ABRITTA Gloria, LECUMBERRI Belén, AICARDI Pedro, ALBIN Mónica, ÁLVAREZ Analía, AMITRANO Cristina, BAIGORRIA SIUFI Marcelo, BALDERRAMA MARQUEZ María, BETELU Zulma, BLAZEVIC Ivana, BRENER Adrián, BROZOVIC ROMERO Yocasta, CALIZAYA ENRIQUEZ Geraldine, CAMARGO SERRUDO Fabiola, CAÑETE Christian, CASTELL Esteban, CATOGGIO Luis, CAVALIERI Magdalena, CHIROTTE Gustavo, CORREA Cristina, COWAN Mónica, CROCE María, DANIELSEN María, DE LA VEGA Sabrina, DELPODDIO Raúl, DUAHU Javier, DURIGAN Virginia, FERNÁNDEZ Lorena, FLORES BALVERDI Janet, FLORES Juan, FLORES Juan Ángel, FONSECA Emilce, FRESSA Marisa, GANDINO Ignacio, GERMAN Noelia, GERVILLA DE CAFRUNE Ana, GIRARD BOSCH María, GONGORA Vanina, GONZÁLEZ LLANOS Lilia, GRAF César, GROSELLO Teresita, HU María, HÜTTMANN Francisco, IMAMURA Patricia, JACOBO Jorge, JORFEN Marisa, JUÁREZ Laura,

KOSTIANOVSKY Alex, LAURITO Carmen, LEAL María, LEDDA Anabel, LO GIUDICE Luciano, MALAH Verónica, MALDONADO Aldana, MAURELLI TORRES Laura, MEDRANO CLAURE Teresa, MOLLERACH Florencia, MORÓN María, NESA Lucas, OLIVER Marina, ORTIZ MATEUS Luis, PARDO HIDALGO Rodolfo, PERAK Marilina, PÉREZ BERTANA María, PÉREZ DAVILA Adriana, PETRUZZELLI Sandra, PINEDA Susana, PIZZOLATO Ruth, QUAGLIA María Fernanda, QUAGLIA María Isabel, QUENARD Isabel, RAMOS Fernando, RAMOS Guillermo, RICARTE AGUIAR Carlos, ROBALINO Flor, RUFFIN Alfredo, RUIZ Mario, SÁNCHEZ ANDIA Carolina, SANCHEZ José, SANDOVAL Verónica, SCHEINES Eduardo, SIEGRIST Carlos, TABOADA BONFANTI María, TAPIA MOREIRA María, TRALICE Elda, UÑA Claudia, VIACAVAL Cecilia, VIVERO Florencia, VULCANO Ariel, WULFF Marcela. Colaboración especial: Aguilar G. Especialista en imágenes.

SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

**INTRODUCCIÓN:** Carecemos de datos sobre la prevalencia de la espondiloartritis axial (EspAax) en nuestro país.

**OBJETIVO:** Estimar la prevalencia de EspAax diagnosticada en Argentina, analizar las características sociodemográficas y clínicas de esta enfermedad y estratificar estos resultados según las 23 provincias y el distrito federal.

**MÉTODOS:** Todos los reumatólogos del país que asisten pacientes adultos fueron convocados a participar a través de una invitación por diferentes vías de comunicación. Pacientes  $\geq 18$  años con diagnóstico de EspAax según criterios ASAS 2009 y/o criterios de NYM fueron incluidos. Aquellos pacientes que no habían consultado dentro del año previo fueron contactados para verificar seguimiento. El período para la inclusión de pacientes fue 12 meses. Las variables a consignar fueron: sociodemográficas, tiempo de evolución y demora diagnóstica, tipo, subtipo y rasgos de EspAax y estudios complementarios (HLA-B27, radiografía y resonancia magnética de articulaciones sacroilíacas). Análisis estadístico: la prevalencia bruta se calculó como el número de pacientes con EspAax identificados divididos por la población adulta según los datos provisorios del último Censo Nacional (18/5/22) INDEC y se expresa como %. Estadística descriptiva e inferencial.

**RESULTADOS:** Un total de 694/781 (88.9%) reumatólogos aceptaron participar del estudio. La participación varió según la región: desde 100% a 40%. La población adulta total de Argentina es de 31.621.696 habitantes, 4093 pacientes con EspAax fueron registrados, correspondiendo a una prevalencia de 0,013%. La distribución geográfica de la prevalencia de EspAax fue desde 0,036% en Tierra del Fuego a 0,002% en Jujuy. La edad promedio de los pacientes fue 49,6 años ( $\pm 13,9$ ) y 2388 (58,3%) eran de sexo masculino. La nacionalidad de los mismos fue: Argentina en 95,4%, países limítrofes 2,7% y otros países 1,9%. Etnia: mestizos 48,6%, caucásicos 41,1%, desconocida 7,4%, nativo americano 2,6% y asiático-americano 0,3%. El tiempo mediano de evolución de la EspAax fue de 11 años (RIC 5-18) y la demora mediana al diagnóstico de 2 años (RIC 1-6). 2539 pacientes (62%) fueron clasificados como EspAax radiográfica. En cuanto a los subtipos: pura 59,8%, juvenil 4,6%, asociada a artritis psoriásica 29%, a enfermedad inflamatoria intestinal (EII) 4% y a artritis reactiva 2,6%. El 15,1% tenían historia familiar de EspAax. Uveítis (15,9%), psoriasis (29,3%) y EII (5%). El HLA-B27 fue positivo en 1990/3129 (63,6%).

**CONCLUSIÓN:** Obtener datos locales es de fundamental importancia para el conocimiento detallado de esta enfermedad.

0315

## FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN Y ADHERENCIA A LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL

BUSCHIAZZO Emilio<sup>1</sup>, BENEGAS Mariana<sup>2</sup>, MERCE Aixa<sup>3</sup>, AIROLDI Carla<sup>4</sup>, COSATI Micaela<sup>5</sup>, MORBIDUCCHI Julieta<sup>3</sup>, MARTIRE María Victoria<sup>6</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL SR. DEL MILAGRO, <sup>2</sup>SANATORIO MÉNDEZ, HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA, <sup>4</sup>HOSPITAL PROVINCIAL, <sup>5</sup>CEMIC, <sup>6</sup>HOSPITAL SAN ROQUE DE GONNET

**INTRODUCCIÓN:** El tratamiento de las espondiloartritis axiales (EspAax) incluye el farmacológico (AINE y terapias biológicas o bDMAR) y el no farmacológico (actividad física, AF).

**OBJETIVO:** Detectar barreras y facilitadores del paciente y del médico que se asocien al cumplimiento o no de dichos tratamientos.

**MÉTODOS:** Inclusión: Médicos en formación o especialistas en reumatología, con  $\geq 1$  paciente (EspAax por ACR/EULAR2010 mayor de 18 años) y en seguimiento por  $\geq 12$  meses y una visita en los últimos 6 meses. Tanto el médico como cada paciente completaron encuestas que incluyeron características personales, asociadas a la profesión, sobre la enfermedad, tratamiento farmacológico y no farmacológico (AF, si la había sido indicada y la forma de realizarla), asimismo se completaron cuestionarios de adherencia a tratamiento farmacológico (CQR) y actividad física (EAQ-18). La adherencia se definió de forma más estricta ( $>80,7$ ) o menos estricta ( $>60$ ) para CQR y  $>60$  para EAQ-18. Este es un informe preliminar de los primeros datos. Estadística: se realizó estadística básica, comparando variables categóricas y continuas mediante test seleccionados según la distribución de la misma. Se utilizaron medianas y rangos intercuartílicos para expresar las continuas dado el bajo número de pacientes. Se consideró significativa una  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS:** Se incluyeron 6 médicos (5 sexo femenino), edad 41 (IQR 4.75), mediana de ejercicio de la especialidad 9.5 años (IQR 3.25) y 31 pacientes, con un tiempo de evolución de 10 años (IQR 11.5), 17 (54.8%) con compromiso axial puro, 19 (61.3%) en tratamiento anti-TNFalfa, y 5 (16.1%) anti-IL17. La mediana de BASDAI, BASFI y ASDAS-VSG fueron 2.9 (IQR1.8), 3.55 (IQR 2.85), 1.92 (IQR1.24). El 96.8% (30) de los médicos indicaron alguna vez AF a sus pacientes, y la forma más frecuente fue verbalmente (17, 58.6%), siendo el ejercicio aeróbico el más indicado (18, 64.3%). Al consultar al médico sobre la adherencia de parte de los pacientes, 7 (24.1%) consideraron que probablemente no cumplían las indicaciones de AF y 15 (51.7%) solo de forma parcial. De los 31 pacientes incluidos, 28 (90.3%) respondieron la encuesta, con una edad 41 años (IQR10.3), 16 (61.5%) de sexo masculino. El mayor beneficio de la AF reportado por el paciente fue la mejoría de la calidad de vida en 19 (73.1%) y en la disminución del consumo de fármacos 7 (26.9%), y el mayor miedo para realizarla fue el temor a caídas 6 (23.7%). Los ejercicios más frecuentemente realizados fueron los aeróbicos 17 (60.7%), 3 veces por semana 8 (47%) con una mediana de 120 min (IQR 128) /semana y los menos realizados fueron los de equilibrio 4 (21%). La mediana de minutos de actividad física semanal fue 240 minutos (IQR 180). La adherencia a CQR estricta fue del 69.2% y a la AF medida por EAQ-18  $>60$  fue 88.5%.

**CONCLUSIÓN:** En esta muestra de reumatólogos y sus pacientes con EspAax, la indicación de AF fue alta, con alto reporte de actividad por parte de los pacientes y niveles elevados de adherencia.

**¿PUEDE LA RESONANCIA MAGNÉTICA ESTABLECER DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL Y ARTRITIS PSORIÁSICA CON AFECTACIÓN AXIAL?**

RIUS Natalia, MARIN Josefina, ROSA Javier, SORIANO Enrique

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

**INTRODUCCIÓN:** Del 25 al 75% de los pacientes con APs experimentan dolor lumbar inflamatorio y rigidez matinal asociados con afectación axial en los estudios de imagen. La información de la RM en la APs axial es limitada y no está claro si su afectación difiere de la de los pacientes con axSpA.

**OBJETIVO:** Comparar los hallazgos de la RM (cambios inflamatorios de la entesis) de la articulación sacroilíaca (SIJ) y de la columna vertebral (CV) entre pacientes con APs, y afectación axial y pacientes con axSpA (sin psoriasis).

**MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes diagnosticados de SpA (criterios de imagen ASAS, sin psoriasis) y APs (criterios CASPAR) con afectación clínica axial.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 45 pacientes con axSpA y 34 pacientes con APs axial. La Tabla 1 muestra las características clínicas y demográficas de los pacientes. Los pacientes con APs presentaron significativamente mayor score de entesitis (MASES >1), índice de masa corporal y actividad de la enfermedad medida por BASDAI. Un porcentaje mayor de estos pacientes había recibido tratamiento con metotrexato. Una proporción significativamente mayor de pacientes con axSpA fueron HLA-B27 positivos. La Tabla 2 muestra la distribución de cambios inflamatorios y estructurales, tanto de CV como de las SIJ. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los cambios estructurales e inflamatorios a nivel de la CV entre ambos grupos. Los pacientes con axSpA presentaron significativamente mayor edema óseo a nivel de SIJ (axSpA 78% vs. APs 55.8%, p=0.038). Cuando se evaluó el score SSS para cambios estructurales los pacientes con axSpA presentaron significativamente mayor reemplazo graso (media, [DE]: axSpA 13.2 [8.7] vs APs 6.6 [7.7] p=0.008), erosiones (mediana [IQR]: axSpA 1.5 [0-5.5] vs APs 0 [0-2] p 0.01) y presencia de backfill (media [DE]: axSpA 2.9 [3.9] VS APs 0.5 [2.1] p=0.002) La proporción de pacientes con compromiso aislado de CV fue mayor en el grupo de pacientes con APs (APs 37%, axSpA 8% p=0.07).

**CONCLUSIÓN:** Los pacientes con axSpA y APs con compromiso axial no presentaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los cambios inflamatorios y estructurales de la CV medidos por RM. Los pacientes con axSpA presentaron significativamente mayor edema óseo, reemplazo graso, erosiones y backfill a nivel de las SIJ.

Tabla 1	axSpA (n=45)	APs Axial (n=34)	Valor p
Sexo masculino, n (%)	26 (57.8)	17 (50)	0.482
Edad diagnóstico, media (DE)	37.4 (22)	47.9 (12.8)	0.016
Edad inicio de síntomas axiales en años, media (DE)	36.9 (14.2)	46.5 (11.8)	0.002
Flu %	0	100	0.00
Dactilitis, n (%)	2 (4.4)	6 (23.53)	0.002
Entesitis (MASES >1), n (%)	5 (11.1)	10 (29.4)	0.040
IMC, media (DE)	23.9 (3.2)	28.6 (3.7)	0.0009
DAS 28 PCR, media (DE)	2.1 (0.61)	2.5 (1.4)	0.349
BASDAI, media (DE)	3.3 (1.99)	4.84 (2.4)	0.02
SASPI, media (DE)	2.5 (2.3)	3.2 (2.7)	0.2639
SASII, media (DE)	2.04 (1.36)	2 (1.4)	0.969
HLA B27, n (%)	23 (50) (39.45)	2 (13) (19.34)	0.003
PCR, mediana (IQR)	3.6 (1.6-11.8)	2.4 (1.1-7.8)	0.54
PCR >5, n (%)	21 (47)	16 (46)	0.6622
ANE, n %	42 (95)	33 (97)	0.455
Contraes, n (%)	11 (24)	11 (32)	0.43
Metotrexato, n (%)	4 (9)	16 (47)	0.001
Lefunomida, n (%)	1 (2.2)	34 (6)	0.399
Sulfasalazina, n (%)	1 (2)	0	0.362
Tratamiento biológico previo, n (%)	0	3 (8.82)	0.042

**Tabla 1:** Características clínicas y demográficas de los pacientes.

Tabla 1	axSpA (n=45)	APs Axial (n=34)	Valor p
Sexo masculino, n (%)	26 (57.8)	17 (50)	0.482
Edad diagnóstico, media (DE)	37.4 (22)	47.9 (12.8)	0.016
Edad inicio de síntomas axiales en años, media (DE)	36.9 (14.2)	46.5 (11.8)	0.002
Flu %	0	100	0.00
Dactilitis, n (%)	2 (4.4)	6 (23.53)	0.002
Entesitis (MASES >1), n (%)	5 (11.1)	10 (29.4)	0.040
IMC, media (DE)	23.9 (3.2)	28.6 (3.7)	0.0009
DAS 28 PCR, media (DE)	2.1 (0.61)	2.5 (1.4)	0.349
BASDAI, media (DE)	3.3 (1.99)	4.84 (2.4)	0.02
SASPI, media (DE)	2.5 (2.3)	3.2 (2.7)	0.2639
SASII, media (DE)	2.04 (1.36)	2 (1.4)	0.969
HLA B27, n (%)	23 (50) (39.45)	2 (13) (19.34)	0.003
PCR, mediana (IQR)	3.6 (1.6-11.8)	2.4 (1.1-7.8)	0.54
PCR >5, n (%)	21 (47)	16 (46)	0.6622
ANE, n %	42 (95)	33 (97)	0.455
Contraes, n (%)	11 (24)	11 (32)	0.43
Metotrexato, n (%)	4 (9)	16 (47)	0.001
Lefunomida, n (%)	1 (2.2)	34 (6)	0.399
Sulfasalazina, n (%)	1 (2)	0	0.362
Tratamiento biológico previo, n (%)	0	3 (8.82)	0.042

**Tabla 2:** Cambios inflamatorios en columna vertebral y articulaciones sacroilíacas.

**ACTIVITY INDEX FOR PSORIATIC ARTHRITIS (AIPA): VALIDACIÓN DE UN NUEVO INSTRUMENTO PARA EVALUAR ACTIVIDAD EN ARTRITIS PSORIÁSICA**

CORBALÁN Paula María<sup>1</sup>, BARBAGLIA NAVARRO Ana Lucía<sup>1</sup>, BERTOLACCINI María Constanza<sup>1</sup>, GONZÁLEZ LUCERO Luciana<sup>1</sup>, SUELDO Héctor Raúl<sup>1</sup>, DOMÍNGUEZ LEIVA Patricia Belén<sup>2</sup>, DELTIN Elizabet Karen<sup>3</sup>, GÓMEZ VARA Andrea Belén<sup>4</sup>, GÓMEZ Ramiro<sup>5</sup>, ALFARO María Agustina<sup>5</sup>, MACHADO ESCOBAR Maximiliano<sup>6</sup>, GALINDO Liliana María<sup>7</sup>, SÁNCHEZ Natalia<sup>7</sup>, BELLOMIO Verónica<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, <sup>2</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, <sup>3</sup>HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, <sup>4</sup>INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, <sup>5</sup>HOSPITAL POSADAS, <sup>6</sup>HOSPITAL EVA PERÓN, <sup>7</sup>FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN

**INTRODUCCIÓN:** La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria de curso crónico y progresivo que puede comprometer múltiples dominios. La heterogeneidad en su presentación lleva a utilizar diferentes scores para evaluar la actividad siendo los más utilizados MDA y DAPSA, sin embargo, ninguno considera todos los aspectos de la enfermedad. En 2019 se desarrolló el score *Activity Index for Psoriatic Arthritis (AIPA)*, un índice compuesto cuya finalidad era evaluar la actividad de APs considerando todos los dominios: compromiso articular periférico y axial, compromiso

cutáneo, ungueal, entesitis, dactilitis y uveítis. Se establecieron los puntos de corte para baja, moderada y alta actividad de AIPA, y se encontró buena correlación con DAPSA y MDA.

**OBJETIVO:** Determinar validez, confiabilidad y sensibilidad al cambio del score AIPA en pacientes con APs en una población argentina.

**MÉTODOS:** Se realizó un estudio multicéntrico. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de APs según criterios CASPAR que asistieron al consultorio externo de Reumatología de los servicios participantes. Se analizaron variables sociodemográficas, relacionadas a la enfermedad, y el tratamiento, las incluidas en los scores DAPSA, MDA y AIPA. Se realizaron 3 evaluaciones: al día 0 (AIPA, MDA y DAPSA por 2 observadores independientes), a los 7 días y a los 3 meses. Se consideró cambio de terapia entre el día 0 y los 3 meses.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 57 pacientes, 63% sexo femenino, con una edad media de 55±13.5 años. Tiempo de evolución de la psoriasis de 22.7±12.3 años y de artritis psoriásica de 10.9±7.9 años. El 68% presentaba compromiso mixto (periférico, axial y entesítico). El 47% se encontraba en tratamiento con AINES, un 56% con csDMARDs (78% MTX, 15% LFN), un 54% con bDMARDs (45% anti-TNF, 42% anti-IL17, 9.6% anti-IL23). Al día 0 (basa), 19% presentaba remisión y 28% baja actividad por DAPSA, 31.6% por MDA, 5% por VLDA y 28% baja actividad por AIPA. Se encontró nuevamente buena correlación entre DAPSA, MDA y AIPA (r 0.75 p <0.0001). El tiempo de ejecución de AIPA fue med 7.3 min (min 3- max 45 min). No se pudo evaluar sensibilidad al cambio por el escaso número de tratamientos modificados entre el día 0 y los 3 meses de seguimiento. Se encontró excelente concordancia en la evaluación de test-retest intraobservador (día 0 y día 7) de AIPA con un CCI 0.85 (IC 95% 0.64-0.94); también se observó excelente confiabilidad en las evaluaciones interobservador con CCI 0.92 (IC 95% 0.84- 0.95).

**CONCLUSIÓN:** Si bien no se pudo establecer la sensibilidad al cambio, el nuevo instrumento AIPA demostró validez y confiabilidad para evaluar la actividad de la APs abarcando los 7 dominios de la enfermedad.

0322

## LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REGISTRO DE DATOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

MARTÍNEZ Maura Silvia, VIOLA Malena, CARBONELL Rafael, RIOPEBRE Augusto Martín, MATA Darío, DE LA VEGA María Celina  
HOSPITAL DR. COSME ARGERICH

Características	
Sexo femenino, n (%)	70 (95%)
Sexo masculino, n (%)	4 (5%)
Edad, mediana (rango etario en años)	46 (18-79)
Edad al diagnóstico, mediana (rango etario)	31 (11-56)
Tiempo de evolución de enfermedad, mediana (rango)	11 (1-45)
Residencia en CABA, n (%)	36 (49%)
Residencia en conurbano, n (%)	38 (51%)
Enfermedad activa por SLEDAI, n (%)	36 (49%)
Baja actividad de enfermedad por SLEDAI, n (%)	21 (29%)
Actividad moderada, n (%)	15 (20%)
SLEDAI, mediana (rango)	0 (0-12)
SLICC, mediana (rango)	0 (0-7)

Tabla 1: Características de los pacientes.

**INTRODUCCIÓN:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria, crónica, con daño multiorgánico. Se expresa con diferentes formas de presentación y manifestaciones clínicas. Los datos sobre las características de pacientes con LES atendidos en hospitales públicos de Argentina son escasos.

**OBJETIVO:** Describir las características clínicas registradas de pacientes asistidos en un Hospital público de la Ciudad de Buenos Aires.

**MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, analizando historias clínicas de pacientes con diagnóstico de LES, según criterios ACR/EULAR 2019, asistidos entre enero de 2022 y abril de 2023 en consultorios externos. Se recolectaron datos clínicos, de laboratorio, internaciones y tratamientos registrados desde el diagnóstico hasta la última consulta. Se evaluó la actividad de la enfermedad (SLEDAI) registrada en la última consulta, el daño acumulado (SLICC) y comorbilidades asociadas.

**RESULTADOS:** Se analizaron 74 pacientes con LES, 95% eran mujeres, con una mediana de edad de 46 años, (características sociodemográficas, Tabla 1). Las manifestaciones más frecuentes fueron: compromiso articular (70%), mucocutáneo (51%) y renal en el 26%, siendo la glomerulonefritis tipo IV el hallazgo histopatológico más prevalente. El perfil inmunológico mostró positividad de FAN en 96%, anti-DNA 42%, anti-RO 28%, anti-Smith 23%, RNP 23%, anti-LA 9%, e hipocomplementemia en 62%, anemia 34% y proteinuria en 28%. El 38% requirió internación en algún momento de la evolución del LES debido a un compromiso renal (19%), neurológico (5%) o serositis (5%). Los tratamientos utilizados fueron: hidroxicloroquina 92%, metotrexato 27%, azatioprina 18% y mofetil micofenolato 16%, ciclofosfamida, 16%, belimumab 11% y rituximab 7%. En la última consulta registrada, la mitad de los pacientes recibía dosis bajas de corticoides. El 49% presentaba enfermedad activa por SLEDAI, 28 % actividad leve, 20% moderada actividad. El 27% presentaba daño de órgano por SLICC (comorbilidades, Tabla 2).

Comorbilidad	n	%
Trastorno tiroideo	54	27%
HTA	15	20%
DBT	8	11%
Osteoporosis	7	9%
Obesidad	5	7%
Insuficiencia cardíaca	5	7%
Neoplasia	3	4%
Tabaquismo	2	3%
<b>Infecciones</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Zoster	4	5%
TBC	4	5%
Enfermedad de Chagas	3	4%
<b>Compromiso órganos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Articular	52	70%
Mucocutáneo	38	51%
Fenómeno de Raynaud	21	28%
Insuficiencia renal	19	26%
Serositis	14	19%
Neurológico	10	14%
Pulmonar	8	11%
SAF	8	11%
Vasculitis	7	9%
<b>Laboratorio</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
FAN	71	96%
DNA	31	42%
RNP	23	31%
RO	21	28%
Smith	17	23%
LA	7	9%
C3	46	62%
C4	46	62%
Proteinuria	21	28%
Anemia	26	34%
Leucopenia	22	30%
Plaquetopenia	10	14%
Anemia hemolítica	2	3%
<b>Medicación registrada</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hidroxicloroquina	68	92%
Metotrexato	20	27%
Ciclofosfamida	16	22%
Azatioprina	13	18%
Mofetil Micofenolato	12	16%
belimumab	8	11%
rituximab	5	7%

Tabla 2: Comorbilidades.

**CONCLUSIÓN:** Según nuestros registros aproximadamente un tercio de los pacientes evaluados presentan daño orgánico por SLICC. En relación a la actividad de la enfermedad, un tercio presentaba baja actividad y una cuarta parte moderada actividad. No se registró alta actividad. Estos datos objetivan las características de los pacientes asistidos en nuestro centro y los tratamientos instituidos.

0323

## MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES INTERNADOS CON ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO

ARIAS Lorena, ARIAS Tamara Graciela, MEDINA Gustavo, GARCÍA CARRASCO Marina

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

**INTRODUCCIÓN:** Las enfermedades sistémicas del tejido conectivo se caracterizan por afectación multiorgánica, curso evolutivo crónico, con remisiones, recaídas y daño acumulado. Estas condiciones explicarían la mayor mortalidad reportada respecto a la población general. Sin embargo, existen pocos estudios en la literatura latinoamericana que describan las internaciones y la mortalidad de los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas.

**OBJETIVO:** Describir la mortalidad de pacientes internados con enfermedad del tejido conectivo (ETC). Describir las características de los pacientes fallecidos durante la internación

**MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, observacional y transversal. Se evaluaron las historias clínicas de todas las internaciones entre enero de 2022 y junio de 2023 con codificación correspondiente a algunas de las siguientes patologías: artritis reumatoidea (AR), lupus eritematosos sistémico (LES), esclerosis sistémica (ES), miopatías inflamatorias idiopáticas (MII), vasculitis (VS).

**RESULTADOS:** Se evaluaron los datos de 121 internaciones, edad media de 48 (DS +8) años y mediana de 11 (RIC 7-17) días de hospitalización. Se constataron 13 óbitos, edad promedio de 58 (DS + 11) años y 39 (DS + 14) días de internación. La proporción de óbitos de acuerdo a las internaciones por cada diagnóstico fue en MII 3/11 (27.3%), en ES 2/9 (22.2%), 3/18 (16.7%) en VS, en AR 3/37 (8.1%) y en LES 2/46 (4.3%).

**CONCLUSIÓN:** Los pacientes que fallecieron durante la internación tuvieron mayor edad y más días de internación en promedio respecto de los que se fueron de alta. En la mayoría de los casos de óbito existieron complicaciones infecciosas durante la internación, ya sea como parte del motivo que llevó a la hospitalización o complicación durante la misma. Las enfermedades que mayor proporción de muertes tuvieron fueron MII, ES y VS.

0325

## ESTUDIO OBSERVACIONAL: ¿QUÉ OCURRE CON LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL?

BRIGANTE Alejandro, GÓMEZ María Gimena, SORRENTINO Laura Julieta

SANATORIO GÜEMES

**INTRODUCCIÓN:** Existen guías sobre el manejo farmacológico y no farmacológico de las espondiloartritis (EA) y en los últimos años se ha ampliado el arsenal terapéutico. Para ello, se han llevado a cabo una gran cantidad de estudios de investigación a nivel mundial. Muchos lograron cumplir los objetivos planteados, pero otros no.

**OBJETIVO:** Determinar con qué frecuencia los EC sobre EA axial son interrumpidos o no publicados.

**MÉTODOS:** Se realizó una búsqueda en ClinicalTrial.gov sobre estudios de intervención (EI) de EA axial registrados desde de 2019 hasta junio de 2023. Proveen datos de: población del estudio, tipo intervención, fechas inicio y finalización, fuente financiación (*sponsor*), características del diseño y estado del reclutamiento. Se incluyeron: estudios de intervención (fase I/II/III, III o IV) en estado: completo, suspendido, terminado o desconocido, según el glosario de ClinicalTrials.gov. Se consideró: estudio completo a los que completaron y como discontinuado a los que terminaron, retiraron o suspendieron. Se analizaron: fuente financiación (industria vs no industria), tipo intervención (farmacológica vs no farmacológica). Para la información de la publicación realizamos una búsqueda en PubMed y Google académico por título del trabajo según su registro en ClinicalTrials.gov y según título oficial (descripto en el mismo).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 93 EC, 25 (2,15%) completados y 7 (7,5%) discontinuados. Se realizaron en diferentes países, siendo 19,5% en China, 16,3% en Estados Unidos, 13% en Francia y Turquía. Los más frecuentes son los de fase II y fase III con 17 (18,5%) cada una. Tipo de intervención, 48 (52,2%) son farmacológicos. En un 44,5% son apoyados por la industria. Un estudio fue suspendido por motivos de pandemia por COVID-19 y 2 estudios fueron retirados por terminación del programa de desarrollo. Solo 6 (6,52%) estudios fueron publicados, uno de ellos fue patrocinado por la industria.

**CONCLUSIÓN:** La totalidad de estudios durante el período investigado resultó menor comparado con otras fechas. Tal vez la pandemia por COVID-19 no solo dificultó la realización de los mismos, sino que también fue motivo de suspensión de algunos de ellos. En este trabajo se evidencia un mayor número de ensayos en etapa de reclutamiento en forma activa, lo que confirma que se reactivó la producción. Es notoria la falta de publicación de los estudios y se desconocen los motivos.

0334

## AUTOPERCEPCIÓN DEL APOYO FAMILIAR POR PARTE DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD REUMÁTICA

TOSO María Laura, JUÁREZ Vicente, BUSCHIAZZO Emilio, ACIAR Mariana, BELBRUNO Leila, ROJAS Romina, LUNA MURILLO Juan Manuel, RALLE Ana Carolina, CRESPO ESPÍNDOLA María Elena

HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

**INTRODUCCIÓN:** Se define como funcionalidad familiar a la capacidad de solucionar y adaptarse a los problemas que tiene la familia. Las enfermedades reumáticas son patologías crónicas que transcurren con dolor y alteración de la capacidad funcional, requiriendo los pacientes el



apoyo de su entorno. Son escasas las publicaciones acerca del rol familiar y la percepción del entorno por parte de los pacientes con enfermedades reumáticas.

**OBJETIVO:** Identificar a través del instrumento APGAR familiar la percepción de cada paciente sobre la contención familiar.

**MÉTODOS:** El estudio fue observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron pacientes > de 18 años, que concurren habitualmente al Sector de Reumatología del Hospital Sr del Milagro y que reportaron una enfermedad reumática establecida. Se realizó una encuesta mediante un cuestionario de *Google Forms*, recabándose datos sobre el diagnóstico, datos sociodemográficos, RAPID3 para medir actividad de la enfermedad y cuestionario de APGAR familiar para medir disfunción. Un puntaje <17 clasifica al entorno con algún grado de disfuncionalidad familiar, siendo en el caso de un valor <9, disfunción severa.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 61 pacientes, 56 (91.8%) sexo femenino, con una media de edad de 46.2 años (DE 12.4), con 10.8 años de educación (DE 3.65), 39 (63.9%) con AR, 11 (18%) LES, 9 (14.8%) SSp, 16 (26.2%) FM y/u OA. El número de convivientes promedio fue de 4.79 (DE 2.77), 25 (41%) estaban desempleados, 17 (29.7%) poseían certificado de discapacidad. La mayoría tenían vivienda de material 39 (63.9%). Las categorías de APGAR familiar fueron: normal 14 (23%), disfunción leve 18 (29.5%), moderada 5 (8.2%) y severa 24 (39.3%). Al comparar los pacientes con APGAR familiar severo vs el resto, se encontró significativamente menos años de educación (9.3 vs 11.6; p=0.013), y valores de RAPID 3 mayores (2,83 vs 2,32; p 0,06). Los años de educación se asociaron inversamente a la presencia de a APGAR severo (OR 0,8 IC 95% 0,6-0,9, p 0.03).

**CONCLUSIÓN:** En pacientes con enfermedades reumáticas, la disfunción familiar fue elevada y se asoció negativamente a los años de educación.

0335

## UTILIZACIÓN DEL ANTICUERPO ANTIPÉPTIDO CITRULINADO COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

**RALLE Ana Carolina**, LUNA MURILLO Juan Manuel, TOSO María Laura, JUÁREZ Vicente, BUSCHIAZZO Emilio, ACIAR Mariana, BELBRUNO Leila, ROJAS TESSEL Romina, CRESPO ESPÍNDOLA María Elena

HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

**INTRODUCCIÓN:** Los anticuerpos antipéptidos citrulinados cíclicos (anti-CCP) demostraron ser altamente específicos para el diagnóstico de la artritis reumatoidea (AR), aunque también pueden encontrarse en otras patologías, incluso en la población general. El valor predictivo del anti-CCP puede disminuir notablemente al utilizarlo para la detección de enfermedad reumática, si es aplicado en la población general de pacientes asintomáticos.

**OBJETIVO:** Describir la utilización del anti-CCP en el ámbito hospitalario como herramienta diagnóstica de enfermedades reumáticas.

**MÉTODOS:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo donde se analizaron historias clínicas de pacientes de ambos sexos a los cuales se les solicitaron anti-CCP, desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2019, con un punto de corte  $\geq 20$  U/ml. Se registró la edad, el motivo de consulta, la positividad o negatividad del factor reumatoideo, la especialidad del médico solicitante y el diagnóstico definitivo.

**RESULTADOS:** Se analizaron 67 historias clínicas, siendo los pacientes 58 (86.6%) de sexo femenino, y el anti-CCP positivo en 26 (36.6%), el factor reumatoideo en 17 (38.6%) pacientes, siendo solicitado en 11 (34.4%) por Reumatología y 6 (50%) por otra especialidad (p=0.3). Del total de los pedidos de anti-CCP, 48 (75%) fueron realizados por Reumatología, de los cuales 17 (35.4%) fueron positivos. Al analizar los motivos de consulta para la solicitud de anti-CCP, la causa fue artalgias en 29 (46%) y artritis en 24 (38.1%). En relación al diagnóstico definitivo poslaboratorio, del total de pacientes que consultaron por artritis, 17 (27.9%) tuvieron diagnóstico de enfermedad del tejido conectivo específica (ETCE) y de las consultas por artalgias, 11 (18%) finalizaron con ese diagnóstico. La positividad del anti-CCP se asoció con alguna enfermedad del tejido conectivo específica en un 66.7% (p $\leq$ 0.001).

**CONCLUSIÓN:** Del total de pacientes que consultaron por artritis, 17 (27.9%) tuvieron diagnóstico de ETCE en contrapartida con las consultas por artalgias con 11 (18%). La positividad del anti-CCP se asoció con ETCE en 66.7% vs anti-CCP negativos (p $\leq$ 0.001) de los pacientes.

0336

## VALOR DE LA ULTRASONOGRAFÍA PULMONAR PARA DETECTAR ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

**PERANDONES Miguel<sup>1</sup>**, SCHNEEBERGER Emilce<sup>1</sup>, ROSEMFET Marcos<sup>1</sup>, OTAOLA María<sup>2</sup>, CAZENAVE Tomás<sup>1</sup>, BARBICH Tatiana<sup>1</sup>, CARRIZO ABARZA Virginia<sup>1</sup>, BALCAZAR Jonathan<sup>2</sup>, ROSSI Santiago<sup>3</sup>, CITERA Gustavo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SECCIÓN REUMATOLOGÍA, INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (IREP), <sup>2</sup>SECCIÓN NEUMONOLOGÍA, INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (IREP), <sup>3</sup>CENTRO DE DIAGNÓSTICO ROSSI

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) en artritis reumatoidea (AR) es una manifestación extra-músculo-esquelética con alta morbimortalidad. Su detección temprana podría mejorar la calidad de vida de estos pacientes. La tomografía de tórax de alta resolución (TACAR) es el método de elección para el diagnóstico, pero la alta radiación limita su uso. Diferentes parámetros clínicos, de laboratorio, genéticos y ultrasonográficos han sido propuestos para la detección de esta condición.

**OBJETIVO:** Identificar variables sociodemográficas y clínicas asociadas a la presencia de EPI en pacientes con AR; evaluar el rendimiento de un score clínico y un score clínico combinado con la ultrasonografía pulmonar (UP) versus la UP sola para identificar pacientes con EPI.

**MÉTODOS:** Se evaluaron pacientes  $\geq 18$  años ambulatorios, con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010. Los pacientes con otra enfermedad pulmonar y/o cardíaca descompensada fueron excluidos. Se consignaron variables sociodemográficas, clínicas, terapéuticas, signos y síntomas respiratorios (tos, disnea, rales crepitantes), y hábito tabáquico. Se registró positividad para FR y anti-CCP. Se evaluó actividad de la enfermedad (DAS28), capacidad funcional (HAQ-A) y calidad de vida (QOLRA II). A todos los pacientes se les realizó radiografía de tórax, examen funcional respiratorio con DLCO, UP con evaluación de 14 áreas (N° de líneas B y N° de irregularidades pleurales) y tomografía de tórax de alta resolución (TACAR). Análisis estadístico uni y multivariado y curvas ROC.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 107 pacientes con una edad mediana (m) de 62 años (RIC 36-84), 82.2% de sexo femenino y tiempo de evolución de la AR m 14 años (RIC 1-42). Un total de 30 pacientes (29.5%) tenían EPI por TACAR y 48 pacientes (45.8%) por UP. El clásico valor de corte de  $\geq 5$  líneas B en la UP (utilizando como estándar de oro la presencia de EPI por TACAR) mostró un ABC 0.86 (IC 95% 0.78-0.94), una S 87.1% y E 74.3%. Desarrollamos un score clínico conformado por 5 variables para identificar la presencia de EPI, en base a la fuerza asociación en el análisis multivariado (*odds ratio*): sexo masculino (3 puntos), rales crepitantes (3 puntos), edad  $\geq 60$  años (2 puntos), FR+ (2 puntos), Anti-CCP+ (1 punto). Rango 0-11, valor de corte  $\geq 5.5$ ,

ABC 0.80 (IC 95% 0.70-0.89), S 75% E71%. Cuando a este score le adicionamos la variable de la UP: líneas  $\geq 5$  (4 puntos), el rango fue de 0-15, un valor de corte  $\geq 7.5$ , ABC 0.88 (IC 95% 0.81-0.94), mejora la S 84.4% y la E 75%. Sin embargo, este último score no superó el rendimiento de la UP aislada.

**CONCLUSIÓN:** La UP fue la mejor herramienta para la detección de EPI en paciente con AR.

0337

## UTILIDAD DE BIOMARCADORES DE CÉLULA EPITELIAL PARA MEDIR LA SEVERIDAD Y DISCRIMINAR ENTRE DIFERENTES PATRONES DE ENFERMEDAD INTERSTICIAL PULMONAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

PAULIN Francisco<sup>1</sup>, ANTONIOL Noelia<sup>2</sup>, STOLAR Mora<sup>1</sup>, BARRIOS Paloma<sup>1</sup>, FERNÁNDEZ Cecilia<sup>1</sup>, FASSOLA Leandro<sup>3</sup>, FERRERO Fernanda<sup>1</sup>, ALONSO Daniela<sup>4</sup>, LITEWKA Diego<sup>1</sup>, PRESAS José Luis<sup>1</sup>, PERANDONES Carlos<sup>2</sup>, **BUSCHIAZZO Emilio**<sup>5</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JUAN A. FERNÁNDEZ, <sup>2</sup>FLENI, <sup>3</sup>HOSPITAL MARÍA FERRER, <sup>4</sup>CIAC, <sup>5</sup>HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

**INTRODUCCIÓN:** Algunos biomarcadores han sido estudiados en pacientes con artritis reumatoidea (AR) y enfermedad pulmonar intersticial (EPI), pero su aplicabilidad clínica no está bien establecida. Dado que la enfermedad intersticial de tipo usual (NIU) es el patrón más frecuente en pacientes con AR-EPI, la utilización de los mismos podría brindar información acerca del nivel de activación de la célula epitelial en estos pacientes pudiendo relacionarse con la severidad de la EPI.

**OBJETIVO:** Medir la capacidad de los biomarcadores CA19-9, CA125 y CEA para discriminar diferentes patrones tomográficos y severidad de compromiso en pacientes con AR-EPI.

**MÉTODOS:** Se realizó un estudio transversal, incluyendo pacientes con diagnóstico de AR-EPI de forma consecutiva desde diciembre de 2021 hasta junio de 2023, que cumplieran criterios ACR/EULAR2010. La EPI se diagnosticó mediante TAC por un imagenólogo experimentado. Se realizaron test funcionales, TAC-AR, clinimetría y medición de los biomarcadores (CA19-9, CA125 y CEA), y factor reumatoideo y anti-CCP. El patrón de EPI se clasificó en UIP, probable UIP, indeterminado para UIP, sugestivo de otro diagnóstico. Se calculó el score de Goh para opacidades pulmonares (inflamatoria, fibrótica y extensión). Se utilizaron Test de T, Mann Whitney y chi-cuadrado o test exacto de Fisher para comparaciones y test de Spearman para correlaciones.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 40 pacientes, 31 (77) de sexo femenino, edad promedio de 62.5 años (11.8). La mediana de DAS28 fue 3.3 (2.6-4) y CDAI de 4.5 (2-9). La media de CVF fue de 83.6% (22.8), mediana de score de Goh total de 20 (9-26), Goh fibrosis de 10 (5-19.5) y Goh inflamación 4 (0-7). Al comparar los pacientes con patrón NIU (19) vs no NIU (21), se hallaron diferencias significativas en los valores de CA125 (23 vs 14;  $p=0.02$ ) y CA19-9

(12 vs 6.2;  $p=0.007$ ). No hubo diferencias significativas con respecto al CEA (2.6 vs 1.8;  $p=0.35$ ) Hubo correlación entre el score de Goh fibrosis y los 3 biomarcadores, el score de Goh total y CAE y CA19-9, e inversa entre el Goh inflamación y CA125 y CA19-9 (Tabla). No se encontró correlación entre los biomarcadores y la CVF% en ninguno de los patrones tomográficos

**CONCLUSIÓN:** En pacientes con AR-EPI y patrón NIU, los valores séricos de biomarcadores de activación de célula epitelial se encuentran aumentados. Asimismo, los valores de algunos de estos biomarcadores muestran una buena correlación con la extensión de la enfermedad por TAC-AR. Por lo tanto, podrían ser herramientas útiles para la detección de pacientes con formas más agresivas de AR-EPI.

	EPI tipo NIU			EPI diferente de NIU		
	Goh total	Goh inflamación	Goh fibrosis	Goh total	Goh inflamación	Goh Fibrosis
CA 125	0.29 (0.23)	-0.54 (0.01)	0.44 (0.06)	-0.02 (0.91)	-0.23 (0.3)	0.06 (0.78)
CA 19-9	0.56 (0.01)	-0.51 (0.02)	0.68 (0.001)	0.17 (0.45)	0.04 (0.84)	0.25 (0.27)
CEA	0.53 (0.01)	-0.17 (0.48)	0.50 (0.02)	0.30 (0.17)	0.28 (0.21)	0.22 (0.32)

**Tabla:** Correlación entre biomarcadores séricos y score de extensión en TACAR en pacientes con EPI y AR. Se informa el valor del coeficiente r (valor de p).

0338

## DISCREPANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CON EL DIAGNÓSTICO PERCIBIDO POR EL PACIENTE

TOSO María Laura, BUSCHIAZZO Emilio, JUÁREZ Vicente, ACIAR Mariana, RALLE Ana Carolina, BELBRUNO Leila, LECUMBERRI Belén, ROJAS Romina, LUNA MURILLO Juan Manuel, CRESPO ESPÍNDOLA María Elena

HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

**INTRODUCCIÓN:** El conocimiento de enfermedades es un recurso valioso para cualquier paciente, ya que les proporciona el poder de tomar decisiones informadas sobre su salud, participar activamente en su tratamiento y mejorar su calidad de vida a lo largo del tiempo. Un paciente empoderado está mejor equipado para enfrentar los desafíos de la enfermedad y colaborar de manera más efectiva con su equipo médico en busca de una atención integral y personalizada. Es importante tener en cuenta que medir el conocimiento de enfermedades no debe ser una simple prueba de memoria, sino que debe evaluar la comprensión y la capacidad de aplicar el conocimiento en diferentes escenarios.

**OBJETIVO:** Discrepancia entre el diagnóstico de enfermedad con el diagnóstico percibido por el paciente.

**MÉTODOS:** El estudio fue observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, que concurren al Sector de Reumatología del Hospital Señor del milagro y que reporten una enfermedad reumática en seguimiento. Se realizó una búsqueda de historias clínicas.

**RESULTADOS:** Se incluyó un total de 449 pacientes con una media de edad de 51.3 (DE 12.7), tiempo de evolución de 6.05 años (DE 6.41), siendo la ciudad de Salta Capital el sitio de residencia en 335 (71,9%) de los pacientes. La enfermedad más frecuente fue la AR en 214 (46,2 %), seguido de OA 45 (9.7%) y SSp 40 (8.6%). Se encontró que en 108 pacientes (25%), hubo discrepancia entre el diagnóstico reportado por el paciente y el diagnóstico definido en la historia clínica. La presencia de discrepancia se asoció al diagnóstico de una enfermedad diferente a la AR (41.9% vs 9.5%;  $p<0.001$ ), a que el médico de cabecera sea un residente vs médico de planta (36.2% vs 21.4%;  $p=0.004$ ), y a menor tiempo de evolución de la enfermedad (4.38 vs 7.03 años;  $p<0.001$ ). En el análisis multivariado, solo el diagnóstico distinto a la AR se mantuvo asociado independientemente.

**CONCLUSIÓN:** El tiempo de evolución de la enfermedad, el diagnóstico subyacente y el nivel de formación del médico de cabecera se asociaron con mayor discrepancia entre el diagnóstico reportado por el paciente vs el definido en la historia clínica. La importancia de la noción del diagnóstico por parte del paciente podría tener un impacto en el desenlace y manejo de la enfermedad.

## EVALUACION DEL DAÑO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD ASOCIADA A IgG4

CÁCERES Agustín Gabriel, SCOLNIK Marina, ANGAROLA Ernestina, ZIEGLER Valeria, ROSA Javier

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad relacionada con IgG4 es una afección heterogénea y multiorgánica cuya etiología aún no está completamente esclarecida y que puede ocasionar insuficiencia orgánica. A pesar de su complejidad, aún no se dispone de un score validado para evaluar de manera integral el daño a largo plazo, tanto por la enfermedad en sí como por los tratamientos utilizados en estos pacientes.

**OBJETIVO:** Evaluar el daño orgánico en una cohorte de pacientes con IgG4.

**MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes = 18 años que cumplieron criterios clasificatorios ACR/EULAR 2019 para IgG4-RD que tuvieron seguimiento en nuestro hospital entre 2000 y 2023. Se identificaron los distintos fenotipos de la enfermedad, se evaluó el daño acumulado al final del seguimiento por la enfermedad, definido como lesión orgánica permanente, y se calculó la dosis acumulada de corticoides y el índice de toxicidad glucocorticoidea.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 43 pacientes, 30 masculinos (69,8%), con una mediana de edad al diagnóstico de 61,5 años (RIC 49,4-70,5) y una mediana de seguimiento de 10 meses (RIC 5-42). La mayoría tenía compromiso multiorgánico 30 (69,8%) y la distribución según fenotipos fue: enfermedad pancreato-hepato-biliar n=17; fibrosis retroperitoneal y/o aortitis n= 4; enfermedad limitada a cabeza y cuello n=9; síndrome de Mikulicz clásico con afectación sistémica n=8 y no clasificables n=5. Del total, 43,9% presentaron recaída durante el seguimiento y 3 pacientes fallecieron. 86,1% recibieron corticoides como tratamiento inicial y 27,9% en combinación con inmunosupresores. La dosis acumulada de meprednisona al final del seguimiento fue de 4,4 g (RIC 2,8-6,9). Un 48,8% presentó efectos adversos severos por corticoides siendo lo más frecuentes disminución marcada de la densitometría (14,6%), diabetes por corticoides (16,3%) e infecciones severas (11,6%). Un 75% presentó daño orgánico irreversible asociado a la enfermedad, siendo lo más frecuente la insuficiencia pancreática endocrina (n=9), exocrina (n=8) y lesión de la vía biliar (n=13).

**CONCLUSIÓN:** En esta cohorte de pacientes con IgG4 un 75% presentó daño orgánico irreversible, una mediana de dosis acumulada de corticoides de 4,4 g en 10 meses de seguimiento, con un 48,8% de pacientes con daño severo por corticoides.

## PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DISFAGIA EN PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS

ACIAR Mariana<sup>1</sup>, CRESPO ESPÍNDOLA María Elena<sup>1</sup>, ROJAS TESSEL Ivana Romina<sup>1</sup>, BUSCHIAZZO Emilio<sup>1</sup>, CUCCHIARO Natalia Lili<sup>1</sup>, ALONSO LÓPEZ María Daniela<sup>1</sup>, RETAMOZZO Cynthia Mabel<sup>1</sup>, GERVILLA Ana Lía<sup>2</sup>, BOTTONE Daniel<sup>3</sup>, RALLE Ana Carolina<sup>1</sup>, MURILLO LUNA Juan Manuel<sup>1</sup>, TOSO María Laura<sup>1</sup>, BELBRUNO Leila<sup>1</sup>, LESSER Verónica<sup>1</sup>, JUÁREZ Vicente<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, <sup>2</sup>HOSPITAL SAN ROQUE, <sup>3</sup>HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA

**INTRODUCCIÓN:** Las miopatías inflamatorias (MI) son un grupo heterogéneo de patologías autoinmunes con presentación clínica variable, caracterizadas por debilidad e inflamación muscular, entre las cuales la dermatomiositis (DM) es la más frecuente. La disfagia es un síntoma frecuente y forma parte de los criterios internacionales diagnósticos de MI vigentes. Este síntoma puede deberse a compromiso muscular y se asocia a peor calidad de vida y mayor morbilidad. La prevalencia de disfagia es variable según distintas publicaciones y puede asociarse a cáncer, anticuerpos anti-NXP2 y miopatía por cuerpos de inclusión.

**OBJETIVO:** Evaluar la prevalencia de disfagia, y las características clínicas y serológicas asociadas a su presencia en una muestra de pacientes con MI.

**MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo, analítico y observacional, incluyendo pacientes con MI de causa autoinmune, > de 18 años, ingresados en el Registro de MI del Hospital Señor del Milagro de Salta Capital, en el período de 10-2021 hasta 07-2023. Se analizaron datos sociodemográficos, comorbilidades, tipo de miopatía, presencia de síntomas de la enfermedad, compromiso orgánico asociado, laboratorio inmunológico con panel de anticuerpos de IIM y patrón capilaroscópico. Se realizó estadística descriptiva habitual, tomando un valor de p<0.05 como significativo.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 23 pacientes, 15 (65,2%) mujeres, 20 (87%) mestizos, edad mediana 43 años (RIC 31). 16 (69,6%) eran DM, 3 (13%) tabaquistas y 1 paciente (4,3%) reportó exposición laboral a tóxicos inhalados, 4 (17,3%) tenían artritis, 3 (12%) enfermedad intersticial pulmonar, 11 (47,8%) eritema heliotropo, 11 (47,8%) signo de la V del cuello, 15 (65,2%) signo del Chal, 13 (56,5%) pápulas de Gottron y 8 (34,8%) manos de mecánico. La disfagia se halló en 12 pacientes (52,2%). Los anticuerpos específicos más frecuentes fueron TIF1Gamma 5 (21,7%), Anti-La 3 (13%), anti-Jo1 3 (13%), anti-Mi2 3 (13%). Trece pacientes (56,5%) tuvieron Patrón SD en capilaroscopia. La presencia de disfagia no se asoció a la presencia de ningún anticuerpo específico de MI, así como tampoco a la presencia de patrón SD en capilaroscopia. El diagnóstico de DM se asoció significativamente con la presencia de disfagia (p=0.016) y hubo una tendencia a asociación con presencia de signo de la V del cuello (p= 0.059).

**CONCLUSIÓN:** La prevalencia de disfagia fue de 52,2% comparable a la de otras series. La misma se asoció en forma estadísticamente significativa a la forma clínica DM. Otras asociaciones pueden no haberse establecido por el bajo número de pacientes.

## RELEVAMIENTO SOBRE CAÍDAS, FRACTURAS Y DOLORES OSTEOARTICULARES EN ADULTOS MAYORES QUE CONCURRIERON A ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN EN CENTROS DE JUBILADOS DE COMODORO RIVADAVIA

QUINTERO Juan Eduardo<sup>1</sup>, TORRECILLAS Claudia<sup>2</sup>, FAJARDO María Angélica<sup>3</sup>, ALASSIA Fiorella<sup>2</sup>, GALLO Ariana<sup>1</sup>, GUZMÁN Yair<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NÚCLEO CENTRO MÉDICO, <sup>2</sup>CÁTEDRA SALUD PÚBLICA, DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA FCNYCS-UNPSJB, <sup>3</sup>CÁTEDRA BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN, DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA FCNYCS-UNPSJB

**INTRODUCCIÓN:** El grupo poblacional que presenta un mayor riesgo de caídas es el constituido por las personas de la tercera edad. Estas presentan cambios a niveles físico, cognitivo, emocional y social. El incremento de las caídas hace que aumente el número de lesiones y patologías asociadas

de forma constante. La incidencia de caídas en la franja etaria estudiada varía entre los diferentes países, en América Latina y la región del Caribe la proporción de personas mayores que sufren caídas al año varía entre 21 y 34%. Esto se corresponde con la incidencia mundial. Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, entre estas, las osteoarticulares (EOA). Visibilizar estas enfermedades permite promocionar los cuidados pertinentes.

**OBJETIVO:** Releva la frecuencia de caídas, fracturas y dolores osteoarticulares en adultos mayores que concurren a tres encuentros de difusión de enfermedades osteoarticulares entre marzo y junio de 2023 en Comodoro Rivadavia (CR) (Chubut, Argentina).

**MÉTODOS:** Diseño: observacional, descriptivo y transversal. Se convocó a tres encuentros en dos centros de jubilados del centro de CR donde diferentes profesionales de reconocida trayectoria expusieron sobre enfermedades osteoarticulares.

**RESULTADOS:** Población blanco: habitantes de la ciudad de CR interesados en EOA. Población de estudio: 142 personas que asistieron a alguno de los 3 encuentros. Muestra: 70 personas que pertenecieran a la franja etaria de  $\geq$  a 65 años que completaron una encuesta autoadministrada (EA) y aceptaron participar mediante su consentimiento informado. Exclusión: datos faltantes en la encuesta. Se utilizó una EA con 10 preguntas de opciones múltiples sobre actividad física, caídas, fracturas y dolores osteoarticulares. El 33% (23/70) manifestaron haberse caído en los últimos dos años, el 4% (1/23) se fracturó. El 74% (52/70) sufría de dolores osteoarticulares: 30% (16/52) en extremidades, 21% (11/52) en columna y 7% (4/52) en ambas ubicaciones anatómicas.

**CONCLUSIÓN:** La frecuencia de caídas en la muestra estudiada se corresponde con lo reportado en otras latitudes. Los eventos de difusión sobre estas patologías acerca a las personas y permiten generar un ambiente de confianza para promocionar los cuidados necesarios.

0343

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE LABORATORIO DE PACIENTES CON HIPERGAMMAGLOBULINEMIA POLICLONAL EN SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

STANCICH María Inés<sup>1</sup>, SECCO Anastasia<sup>2</sup>, QUINTANA Rosana<sup>3</sup>, SAURIT Verónica<sup>1</sup>, CATALÁN PELLET Antonio<sup>2</sup>, GUZZANTI Fernanda<sup>1</sup>, BAENAS Diego<sup>1</sup>, AMITRANO Cristina<sup>4</sup>, RAITI Laura<sup>5</sup>, CRUZAT Vanesa<sup>5</sup>, SALVATIERRA Gabriela<sup>6</sup>, PUCCI Paula<sup>4</sup>, ASNAL Cecilia<sup>4</sup>, MORBIDUCCI Julieta<sup>2</sup>, ALASCIO Lucía<sup>7</sup>, PAPASIDERO Silvia<sup>7</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA, <sup>2</sup>HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA, <sup>3</sup>CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (CREAR), <sup>4</sup>HOSPITAL ALEMÁN, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, <sup>5</sup>CLÍNICA BESSONE, <sup>6</sup>INSTITUTO PROVINCIAL DE REHABILITACIÓN INTEGRAL, <sup>7</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ

**INTRODUCCIÓN:** Al igual que en otras enfermedades autoinmunes sistémicas, en el síndrome de Sjögren primario (SSp) las alteraciones analíticas son frecuentes e incluso pueden ser la primera manifestación. La hipergammaglobulinemia policlonal es una de las más características y refleja la hiperactividad linfocitaria.

**OBJETIVO:** Comparar las características clínicas y de laboratorio de pacientes SSp, con y sin hipergammaglobulinemia policlonal.

**MÉTODOS:** Estudio descriptivo, observacional. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años de edad, con diagnóstico de SSp según criterios ACR-EULAR 2002/2016, registrados en la base de datos GESSAR desde el año 2012 a 2018. Se excluyeron los pacientes con otra enfermedad del tejido conectivo. Fueron divididos en dos grupos representativos y homogéneos, con y sin hipergammaglobulinemia. Análisis descriptivo de las variables: las categóricas con test chi-cuadrado o test de Fisher, y las continuas con test t-Student. Se utilizó modelo de regresión logística.

**RESULTADOS:** Se compararon 262 con hipergammaglobulinemia vs 241 con valores normales de gammaglobulinas (n=503). Encontramos que los pacientes con hipergammaglobulinemia tenían mayor tumefacción parotídea (35.1% vs 19.2%; p<0,001), más presencia de púrpura (9.96% vs 4,2%; p=0,0208), Raynaud (19.9% vs 13%; p=0,0516) y migraña (6.13% vs 2.11%; p=0,0448), más anemia (23.5% vs 8.75%; p<0,001), más leucopenia (19.1% vs 7%; p<0,001) mayor VSG (40,8±26.2 vs 20,5±18.8; p<0,001), mayor frecuencia de PCR positiva (38.4% vs 24.3%; p=0,053), mayor hipocomplementemia C3 (18.1% vs 5.82%; p<0,001) e hipocomplementemia c4 (30.4% vs 9.24%; p<0,001), ANA positivo (91.8% vs 78.0%; p<0,001), anti-Ro positivo (90.9% vs 66.1%; p<0,001), anti-La positivo (61.7% vs 31%; p<0,001), FR positivo (62,7% vs 41.8%; p<0,001) y crioglobulinemia (14.8% vs 5.36%; p=0,0315). Los pacientes con hipergammaglobulinemia habían requerido más frecuentemente corticoesteroides (39.61% vs 27%; p=0,015).

**CONCLUSIÓN:** Algunas características clínicas y de laboratorio podrían indicar un fenotipo de enfermedad más agresiva en pacientes SSp con hipergammaglobulinemia policlonal, sin embargo, en este estudio no se pudo medir ESSDAI y no se hallaron diferencias en la frecuencia del desarrollo de enfermedad maligna. Consideramos que la expansión de células B, a través del seguimiento de gammaglobulinas e inmunoglobulinas, merece más investigación en pacientes SSp.

0346

## PREVALENCIA DE INDICACIÓN Y BARRERAS EN LA INDICACIÓN DE btsDMAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DE LA ARGENTINA

BUSCHIAZZO Emilio<sup>1</sup>, CORREA María<sup>2</sup>, ISNARDI Carolina<sup>3</sup>, PICCO Eugenia<sup>1</sup>, ALONSO LÓPEZ Daniela<sup>4</sup>, ROJAS TESSEL Romina<sup>1</sup>, BENEGAS Mariana<sup>5</sup>, RALLE Carolina<sup>1</sup>, IBAÑEZ ZURLO Leticia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, <sup>2</sup>INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, <sup>3</sup>CENTRO TRAUMATOLÓGICO BARILOCHE, <sup>4</sup>CIAC, <sup>5</sup>SANATORIO MÉNDEZ

**INTRODUCCIÓN:** La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad crónica inflamatoria que afecta al <1% de la población. Los criterios de indicación de drogas biológicas o sintético dirigidas (btsDMAR) pueden variar según las recomendaciones de diferentes entidades científicas, pero todas tienen en común la falla a csDMAR (en nuestro país metotrexato a dosis máximas por más de 3 meses y enfermedad persistentemente activa).

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de indicación por parte de los médicos según su criterio y contrastarlo con la indicación por criterios establecidos.

**MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes >18 años con diagnóstico de AR (ACR/EULAR 2010), que no estén recibiendo btsDMAR y concurren a la consulta. Se consignaron datos del médico indicador (edad, tiempo de ejercicio de la medicina, género y sitio de ejercicio de la profesión) y del paciente (enfermedad, sociodemográficos). Se consideró que un paciente que hubiera recibido metotrexato a dosis máximas al menos 3 meses y tuviera 2 de 3 exámenes físicos en los últimos 12 meses con actividad de la enfermedad moderada o alta (CDAI  $\geq$ 10), tenía indicación de btsDMAR. El médico asimismo consignaba si el paciente tenía o no indicación, y en el caso de tenerla si la estaba tramitando y si no, por qué razón no lo hacía. Se utilizó estadística descriptiva, considerando un valor de p<0.05 como significativo.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 97 pacientes de 9 médicos, de 3 ciudades de Argentina (Salta, Bariloche y CABA), con una edad media de 53.7 años

(14.5), un tiempo de evolución de 7.6 años (7.49), 81 (81.3%) de sexo femenino, 56 (57.7%) habían recibido metotrexato a dosis máximas por más de 3 meses. Diecinueve pacientes (19.5%) tenían indicación de btsDMAR, de los cuales 8 (42.1%) lo estaban tramitando. Las principales razones por las que el médico no indicaba el biológico fueron: porque el paciente no deseaba tratarse con btsDMAR (5/11), el médico interpretaba que no cumplía criterios (4/11) o por falta de acceso geográfico o de otro tipo (4/11). Tres pacientes (3.1%) se encontraban en trámite de btsDMAR y no tenían indicación según el criterio considerado (Tabla).

**CONCLUSIÓN:** En esta muestra, del total de pacientes con indicación de btsDMAR casi la mitad no se encontraba en trámite de la medicación. La decisión del paciente, la falta de acceso o la interpretación por parte del médico fueron las principales causas de no realizarlo. Si bien las guías pueden ayudar a tomar decisiones terapéuticas, la autodeterminación del paciente y el criterio del médico, deben tomarse en cuenta al momento de la indicación.

Indicación por Criterios	SI		NO		Razón de no indicación
	Indicado por médico	NO	SI	NO	
TOTAL n (%)	8 (8.2)	11 (11.3)	3 (3.1)	75 (77.3)	
		4/11 (36.3)		66/75 (88)	No cumple criterios
		2/11 (18.1)		3/75 (4)	Enfermedad con bajo impacto en el paciente
		1/11 (9)		4/75 (5.3)	Falta de cobertura social
		4/11 (36.3)		0/75 (0)	Falta de acceso (geográfico u otro)
		5/11 (45.4)		1/75 (1.3)	No desea tratarse con btsDMAR
		1/11 (9)		1/75 (1.3)	Otra Razón

**Tabla:** Distribución de pacientes con respecto a la indicación o no por criterios de btsDMAR y si fue indicado o no por el médico, y la razón por la cual no la indicó.

0348

## FUERZA PRENSIL DE MIEMBROS SUPERIORES EN POBLACIÓN JOVEN DE LA CIUDAD DE ROSARIO. VALORES DE REFERENCIA

TOMAT María Florencia, RODRÍGUEZ Lucía, PANFILI Renata, PISTARELLI María Belén, ROSA José, ROBINS Ian, RE, Constanza, PERCUDANI Joaquín, BRUN Lucas, **BRANCE María Lorena**

LABORATORIO DE BIOLOGÍA ÓSEA, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNR

**INTRODUCCIÓN:** Entre los métodos para medir la fuerza muscular, la determinación de la fuerza prensil de miembros por dinamometría es uno de los estudios más difundidos por su simplicidad y su buena correlación con la fuerza de los miembros inferiores. Asimismo, es un parámetro considerado al momento del diagnóstico de sarcopenia según el consenso europeo (EWGSOP2, Cruz-Jentoft AJ 2019). Previamente hemos colaborado en un trabajo donde se pretendió estandarizar dicha medición, en el cual se analizó la posible variación de la determinación según horario del día (8 h vs. 16 h), posición (parado vs. sentado) y con o sin arenga (Abdala et al., WCO-IOF-ESCEO 2023).

**OBJETIVO:** Establecer valores de referencia de fuerza prensil de miembro superior de nuestra población en estudio como parámetro de la salud muscular.

**MÉTODOS:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo y observacional en mujeres y hombres de 18 a 40 años aparentemente sanos de la población general de la ciudad de Rosario. Como criterios de exclusión se consideraron patología focal en manos o antebrazos dominante, intervenido quirúrgicamente en los miembros superiores en los 12 meses previos, condiciones metabólicas o crónicas, o utilización de medicación con efecto sobre el tejido musculoesquelético. La fuerza prensil se determinó con un dinamómetro hidráulico Baseline® previamente calibrado en posición sentada con el antebrazo a 90 grados y antebrazo en posición supina con arenga por parte del operador. Se realizaron 3 determinaciones del miembro dominante y 3 en el miembro no dominante con un descanso de 60 segundos entre cada una de ellas. Los datos descriptivos muestran como mediana (IC 95%) y las comparaciones entre grupos se analizaron con el test de Mann-Whitney (\* indica diferencias significativas entre mujeres y hombres). Se consideró diferencia significativa  $p < 0.05$ .

**RESULTADOS:** Se incluyeron 359 individuos, 232 mujeres (64.6%) y 127 hombres (35.46%) entre 18 y 40 años de edad de la ciudad de Rosario. Edad: grupo completo: 21(21-21); mujeres: 21(20-21); hombres: 22 (21-23);  $p=0.07$ . IMC: grupo completo: 23.2 (22.6-23.7); mujeres: 22.6 (22-23); hombres: 24.1(23.7-24.7);  $*p < 0.0001$ . Fuerza mano dominante (kg): grupo completo: 32 (30-32); mujeres: 29 (28-30); hombres: 44 (42-45);  $*p < 0.0001$ . Fuerza mano no dominante (kg): grupo completo: 30 (28-30); mujeres: 26 (26-28); hombres: 42 (40-45);  $*p < 0.0001$ . Por último, se observó una diferencia significativa en los valores de fuerza prensil entre el miembro dominante: 32(30-32) vs no dominante: 30(28-30) ( $*p=0.0033$ ).

**CONCLUSIÓN:** Se presentan aquí datos de valores de fuerza prensil de miembros superiores de una población joven de la ciudad de Rosario donde observamos mayor fuerza en hombres y en el miembro dominante. Estos datos son parte de un proyecto más amplio que pretende abordar la población  $\geq 18$  años en diferentes ciudades del país con el objetivo de establecer valores de referencia de fuerza prensil de nuestra población.