

Orales

0151

CAMBIO DE MECANISMO DE ACCIÓN VS. SEGUNDO INHIBIDOR DEL TNF LUEGO DE LA INEFICACIA DE UN PRIMER INHIBIDOR DE TNF: EXPERIENCIA DEL REGISTRO NACIONAL BIOBADASAR 3.0

Carolina ISNARDI¹, María Agustina ALFARO¹, María HAYE SALINAS¹, Julieta GAMBÁ², Edson VELOZO², Guillermo BERBOTTO², Mercedes DE LA SOTA², Ida EXENI², Nicolás ALVARADO², Graciela GÓMEZ², Alejandro BRIGANTE², Verónica SAURIT², Erika CATAY², Gustavo MEDINA², Gustavo CITERA², Karín KIRMAIR², Silvía PAPASIDERO², Mónica SACNUM², María LARROUDE², Anastasia SECCO², Nora ASTE², Bernardo PONS-ESTEL², Gladys BOVEA², Graciela RODRÍGUEZ², Mercedes GARCÍA², Cecilia PISONI², Carla Andrea GOBBI², Yohana TISSERA², Emilia CAVILLÓN², Verónica SAVIO², María Celina DE LA VEGA², Guillermo PONS-ESTEL²

¹UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, ²INVESTIGADOR DE BIOBADASAR

Introducción: El uso de un segundo inhibidor de TNF (iTNF) en pacientes con artritis reumatoide (AR) aún es controversial.

Objetivo: Evaluar la sobrevida y persistencia del segundo fármaco biológico, ya sea este un segundo iTNF u otra droga con otro mecanismo de acción (MDA), en pacientes que fallaron a un primer iTNF.

Métodos: Se recopilaron datos del registro BIOBADASAR 3.0, incluidos hasta junio de 2024. Se seleccionaron pacientes con AR que habían recibido como primera línea de tratamiento un iTNF y que luego de suspender el mismo a causa de ineficacia, recibieron un segundo iTNF u otra droga biológica con otro MDA. Se evaluó la sobrevida de ambos grupos.

Resultados: Se incluyeron 331 pacientes con AR, 180 (54,4%) rotaron a otro iTNF luego de la falla al 1º y 151 (45,6%) cambiaron a otro MDA. No se encontraron diferencias significativas en relación a las características sociodemográficas y las comorbilidades entre los que cambiaron MDA y no. En ambos grupos los iTNF iniciales fueron mayormente etanercept (46,7% y 49,0%) y adalimumab (28,9% y 34,4%). Entre quienes recibieron un segundo iTNF, el adalimumab fue el más indicado (32,2%), seguido por etanercept (31,7%), certolizumab (23,9%), golimumab (8,3%) e infliximab (3,9%). En el grupo que cambiaron MDA, las drogas utilizadas fueron abatacept (55,0%), iIL6 (29,1%), rituximab (15,9%). Durante el seguimiento, 156 (86,7%) del grupo que recibió un segundo iTNF y 116 (76,8%) en el que cambió el mecanismo de acción suspendieron el segundo fármaco (p=0,029). La causa más frecuente en ambos grupos fue la ineficacia, principalmente en quienes recibieron un segundo iTNF (59,6% vs. 44,8%; p=0,02). La sobrevida del segundo fármaco biológico fue significativamente mayor en aquellos que cambiaron el MDA (Figura). En el análisis multivariado se observó que aquellos que tenían menor tiempo de evolución de la enfermedad (HR 0.98, IC 95% 0,97-0,99) y quienes rotaron el mecanismo de acción (HR 0.75, IC 95% 0,59-0,95) presentaron menor riesgo de discontinuación del segundo fármaco.

Conclusión: En esta cohorte nacional de pacientes con AR observamos que si bien cambiar a un segundo iTNF luego de la falla a un primero es una opción válida, esta estrategia conlleva un 25% mayor riesgo de suspensión del segundo fármaco, particularmente a causa de la ineficacia, cuando se la compara con un cambio en el mecanismo de acción.

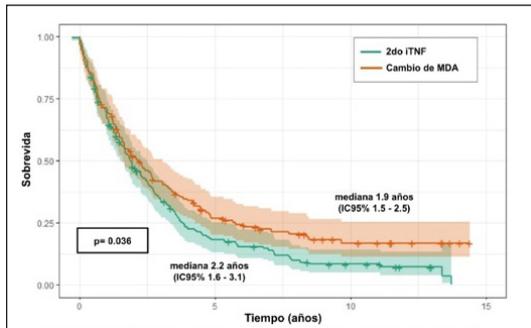


Figura: Sobrevida del segundo fármaco biológico, iTNF (verde) u otro mecanismo de acción (naranja) luego de una falla a un primer iTNF.

0161

FACTORES ASOCIADOS A LA EVOLUCIÓN A ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL EN PACIENTES CON VASCULITIS ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS

Maitén SARDE¹, Claudia PENA¹, Lucila GARCÍA¹, Máximo COSENTINO¹, María Celina DE LA VEGA², Darío MATA², Fernando ARIZPE³, María Alejandra MEDINA⁴, Martín MAMBERTI¹, Bettina Soledad SARDI¹, Lucía DALL'AGLIO¹, Rosana QUINTANA⁵, Mercedes GARCÍA¹

¹HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (HIGA) GENERAL SAN MARTÍN LA PLATA, ²HOSPITAL COSME ARGERICH, ³HOSPITAL SAN ROQUE DE GONNET, ⁴HOSPITAL TORNÚ, ⁵CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (CREAR)

Introducción: El compromiso renal en la vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (VAA) se asocia con mayor edad al momento del diagnóstico, ANCA positivo y especificidad para antimieloperoxidasa (MPO). Un 20% de los pacientes tiene manifestaciones renales al momento del diagnóstico y evolutivamente hasta el 80%.

Objetivo: Evaluar factores asociados a la enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en pacientes con VAA.

Métodos: Estudio retrospectivo, analítico, multicéntrico en pacientes adultos con diagnóstico de VAA y compromiso renal definido por aumento de creatinina >30% o caída del *clearance* de creatinina >20%, proteinuria >1 g/24 h, hematuria >10 eritrocitos/campo o creatinina sérica >1,4 mg%. Se evaluaron variables sociodemográficas, clínicas, inmunológicas, comorbilidades, tratamientos, ANCA renal risk score y biopsias al debut del compromiso renal. Se compararon pacientes con y sin ERCT, y se determinaron factores asociados.

Resultados: Se incluyeron 76 pacientes de 4 centros de la provincia de Bs. As. y CABA. 19/76 (25%) evolucionaron a ERCT dentro de los 5 años del compromiso renal. Los que tuvieron ERCT presentaron < dislipemia, compromiso cutáneo y *clearance* de creatinina, y mayor número de recaídas extrarrenales, valores nitrogenados, ANCA renal risk score y utilización de hemodiálisis al debut renal. En el análisis multivariado persistieron como variables independientes al desarrollo de ERCT presentar 1 o más recaídas extrarrenales, (HR 4.78 [IC 95% 1,38, 16,5] p0,014) y la utilización de hemodiálisis en el debut renal (HR 9.28 [IC 95% 2,65, 32,5] p<0,001). El ANCA renal risk score perdió significancia estadística en el análisis multivariado por su alta correlación con diálisis al debut por ser dos variables que brindan información similar.

Conclusión: El 25% de los pacientes con enfermedad renal asociada a VAA evolucionó a ERCT, mostrando una asociación estadísticamente significativa con el requerimiento de hemodiálisis al inicio de la enfermedad y el número de recaídas extrarrenales. Nuestros resultados reflejan la severidad al debut y en la evolución de la enfermedad, lo que permite inferir que un diagnóstico y tratamiento temprano son fundamentales para mejorar el pronóstico renal. Agradecimiento a la Dra. Karen Roberts por el análisis estadístico.

SÍNTOMAS SICCA Y ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES: PRECISIÓN DIAGNÓSTICA EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN

María Victoria CHIARVETTO PERALTA, Johana Belén ZACARIAZ HERETER, Marina SCOLNIK, Nicolás ALVARADO, Enrique SORIANO, Javier ROSA
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 con el 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 31/07/2022 al 31/03/2024. Se recolectaron datos demográficos y clínicos. La lectura US la realizó una reumatóloga con más de 10

años de experiencia, que era ciega a los datos clínicos. Se utilizó un equipo MyLab 70 con una sonda lineal de alta frecuencia. La ecografía de las GSM (incluye parótidas y submaxilares) se puntuó 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 118 pacientes con síntomas sicca, 104 del sexo femenino (88,1%), con una media de edad en años al momento de la US de 55,6 (DE 17,7). Las características basales y clasificación de OMERACT por glándula se encuentran en la Tabla. Del total de la muestra, 62 pacientes fueron diagnosticados con SSJ, 9 con ER-IGG4 y 51 fueron pacientes sanos. Solo 40 pacientes con SSJ presentaron un puntaje de ≥ 2 de OMERACT por escala de grises en cualquier glándula. Para este punto de corte se reportó una sensibilidad del 64,5%, una especificidad del 92,8%, un VPP de 90% y un VPN de 70,2%.

Conclusión: La US de GSM mostró una sensibilidad moderada y una excelente especificidad para cumplir con los criterios ACR/EULAR 2016 utilizando una puntuación de corte >2 en al menos una glándula. Nuestros datos respaldan el uso del sistema de puntuación OMERACT para facilitar la homogeneidad de la puntuación de las glándulas salivales por ecografía para el diagnóstico de SSJ.

Características por grupos	Total (n=118)	SSJ (n=62)	ER-IGG4 (n=9)	Sanos (n=51)	Valor P
Sexo femenino, n, %	104; 88,1 %	56; 91,8 %	6; 66,7 %	42; 87,5 %	0,09
Edad al momento de la US, media en años; (DE)	55,6; (17,7)	53,3; (18,7)	52,4; (17,3)	59,2; (16,1)	0,25
FAN positivo, n, % (n=114)	80; 70,2 %	52; 85,2 %	4; 57,1 %	24; 52,2 %	<0,001
Anticuerpo Ro positivo, n, % (n=113)	47; 41,5 %	44; 72,1 %	0	3; 6,4 %	<0,001
Factor reumatoideo positivo, n, % (n=79)	32; 40,5 %	25; 55,6 %	1; 100 %	6; 18,2 %	0,002
Clasificación OMERACT para las glándulas parótidas					Valor P
Grado 0, n, %	68; 57,6 %	20; 33,3 %	6; 66,7 %	42; 85,7 %	<0,001
Grado 1, n, %	23; 19,5 %	15; 25,0 %	2; 22,2 %	6; 12,2 %	
Grado 2, n, %	18; 15,2 %	18; 30 %	0	0	
Grado 3, n, %	9; 7,6 %	8; 13,1 %	1; 11,1 %	0	
Clasificación OMERACT para las glándulas submaxilares					Valor P
Grado 0, n, %	47; 39,8 %	8; 13,1 %	6; 66,7 %	33; 68,8 %	<0,001
Grado 1, n, %	31; 26,3 %	17; 27,9 %	2; 22,2 %	12; 25 %	
Grado 2, n, %	31; 26,3 %	29; 46,8 %	1; 11,1 %	1; 2,1 %	
Grado 3, n, %	9; 7,6 %	8; 12,9 %	0	1; 2,1 %	

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

FRECUENCIA DE FRACTURAS VERTEBRALES OSTEOPORÓTICAS: DETECCIÓN IMAGENOLÓGICA OPORTUNA PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA

Máximo COSENTINO, Julia SCAFATI, Carlos LEIVA, Lucila GARCÍA, Mercedes GARCÍA

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

Introducción: Las fracturas vertebrales (FV) son las fracturas por fragilidad más frecuentes que ocurren luego de los 50 años. El riesgo de una FV futura aumenta 5 veces. Alrededor del 30% es asintomática. Es aquí donde las técnicas de imágenes permiten detectar de forma "oportuna" o "incidental" estas fracturas en pacientes que se hallan realizado imágenes por diversos motivos clínicos.

Objetivo: Determinar la frecuencia de FV y los factores asociados en pacientes internados que se sometieron a tomografía computarizada (TC) por distintos motivos clínicos.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. Pacientes >40 años con TC torácica y/o de abdomen realizadas durante su internación. La revisión de las TC fue realizada por dos reumatólogos que definieron en conjunto la presencia de FV (según definición de Genant), previo a lo cual realizaron un ejercicio de correlación.

Resultados: El coeficiente kappa de concordancia intraobservador para el revisor uno y dos fue de 0,84 y 0,63, respectivamente. El kappa interobservador fue de 0,3 con una concordancia del 89%. Se revisaron las TC de 100 pacientes durante la internación. La mediana de edad fue de 60 (51-68) años, con un predominio del sexo masculino (63%). Las comorbilidades fueron: hipertensión arterial 53%, enfermedad cardiovascular y neoplasias 26%, diabetes mellitus 20% y enfermedad renal crónica 11%. El número de TC solicitada fue de 23 torácica, 49 abdomino-pelvis y 28 ambas. La presencia de FV se encontró en 8 pacientes (8%), siendo torácico en 7 y 1 lumbar. La frecuencia de FV en relación al total de TC torácicas (51) fue de 13,7%. La distribución de las FV se presenta en los Gráficos 1 y 2. Ninguno de los casos estaba descripto por el especialista en el informe del estudio.

Conclusión: La frecuencia de FV fue del 8% en general. La región torácica fue la más afectada, desde la vértebra T7 hasta T12. La mitad de los pacientes con FV presentaba más de una vértebra afectada, sin poder determinar por el tipo de estudio si esas fracturas ocurrieron en el mismo momento o evolutivamente. Destacamos que en ningún caso la FV estaba informada en el resultado del estudio lo que implica una "oportunidad" perdida para realizar la prevención secundaria posterior.

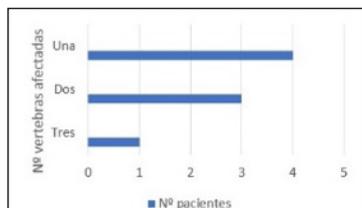


Gráfico 1: Distribución de las fracturas vertebrales.

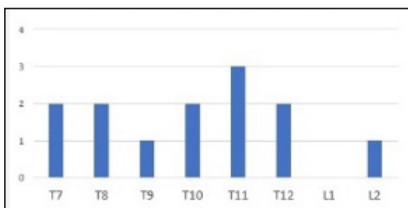


Gráfico 2: Frecuencia de las fracturas vertebrales.

CAMBIO EN LOS PATRONES DE TRATAMIENTO ENTRE DOS COHORTES CONSECUTIVAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL INMUNOMEDIADA. DATOS DE LA VIDA REAL

Emilio BUSCHIAZZO, Florencia VIVERO, Gonzalo PACHECO, Nicolás Martín LLOVES SCHENONE, Rosana QUINTANA, Belén María VIRASORO, Ana Lucía BARBAGLIA, Natalia NIGRA, Jorge TELLEZ NORIEGA, Cristian Alejandro BENÍTEZ, Adrián GASER, Diana LANCELOTTI, Marcela USANDIVARAS, Natalia Lilo CUCCHIARO, José Luis VELASCO ZAMORA, Antonella GAMARRA, Marina OLIVER, María GORDILLO, Fabiana MONTOYA, Sandra NAVARRO, María Luz MARTÍN, Noelia BERSANO, Claudia PENA, Paula GONZALO, Alejandro NITSCHKE, Federico CAMPINS, María Julia PAPAGNO, María José LÓPEZ, Luciana MOLINARI, Eugenia PERTICONE, Tatiana BARBICH, Graciela BETANCUR, Pablo MALFANTE, Silvia BABINI, Javier SEBASTIANI, Esteban GÁNDARA, Javier ABDALA, María Laura ALBERTI, Soledad ALTUBE, Germán ARCE, Santiago AUTERI, Patricia ARUJ, Victoria AVALOS, Hernán BASILO VIGIL, Lilian CAPONE, Fabián CARO, Matías CASTRO, Julio FUERTE AVILA, Agustín GARCÍA, Ramiro GÓMEZ, Carolina ISNARDI, Virginia LARIVEY, Mariana LAGRUTTA, Gabriela MANONELLES, Joaquín MARITANO, Viviana MOYANO, Norma NAVAL, Franco PACHECO, Silvia QUADRELLI, Francisco PAULIN, Guillermo PONS-ESTEL, Adriana ROBLES, Mónica SACNUN, Magdalena ROMITI, Gabriela TABAJ, Brenda VARELA, Facundo VERGARA, Juan Ignacio ENGHMELMAYER

EPIMAR

Introducción: Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas de mecanismo autoinmune (EPID-AI) se asocian con la presencia de enfermedades del tejido conectivo (ETC). Las estrategias de tratamiento pueden variar según la evolución de la evidencia.

Objetivo: Describir las estrategias de tratamiento utilizadas en pacientes con EPID-AI comparando los cambios entre dos cohortes de la vida real.

Métodos: Se analizaron los pacientes incluidos en el estudio EPIMAR-I (2016) y en la visita basal de EPIMAR-II (2021) con diagnóstico de EPID-AI. Se analizaron los datos sociodemográficos, clínicos, patrón tomográfico y estudios funcionales. Se analizó la variación de tratamientos farmacológicos entre las dos cohortes.

Resultados: Los pacientes de EPIMAR II eran más añosos (60,5 vs. 56,1 años; $p < 0,004$) y más frecuentemente tabaquistas (43,8% vs 16,7%; $p < 0,001$). Las ETC más prevalentes en EPIMAR I fueron: artritis reumatoide (AR) (95, 28,3%) y esclerosis sistémica (ES) 45 (35,7%). En EPIMAR-II se registró mayor uso de metotrexato (MTX) (28,2% vs. 7,4%, OR 4.89 (2,78-8,61); $p < 0,001$), de hidroclicloroquina (HCQ) (12,7% vs. 5,1%, OR 2.73 (1.33-5.59); $p < 0,005$) y micofenolato (MMF) (46,8% vs. 35,4%, OR 1.61 (1.06-2.43); $p = 0,02$), con menor uso de ciclofosfamida (CYF) (32,1% vs. 13,3%, OR 0.32 (0.17-0.58); $p < 0,001$) y azatioprina (AZA) (36% vs. 18,3%, OR 0.39 (0,24-0,65); $p < 0,001$). La indicación de nintedanib (NIN) aumentó (0,6% vs. 9,5%, OR 17.6 (3,88-79,7); $p < 0,001$). En pacientes con AR, aumentó el uso de MTX (12,6% vs. 56,3%, OR 8.89 (3,53-22,4); $p < 0,001$). En ES, aumentó el uso de NIN e HCQ (0% vs. 17,8%, OR 40.1 (2,26-713); $p < 0,001$ y 0% vs. 20%, OR 46.1 (2,61-812); $p < 0,001$), disminuyendo el de AZA y CYF (28,4% vs. 11,4%, OR 0.32 (0,11-0,91); $p = 0,02$ y 50% vs. 28,9%, OR 0.4 (0,18-0,87); $p = 0,02$). Pertenecer a EPIMAR-II se asoció independientemente con mayor utilización de nintedanib (OR 16.3; 1.2-32) y metotrexato (OR 5.3; 1.08-2.27).

Conclusión: En este análisis de datos de la vida real se evidenció un cambio significativo en las estrategias de tratamiento de pacientes con EPID-AI en un período de 5 años, con aumento de la utilización de MTX, HCQ, MMF, NIN, y disminución de CYF y AZA.

ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL

Melisa Romina LUNA, Silvina NASI, Raúl PASTRÁN, Gustavo VEGA, Florencia GORDILLO, Daniela Alejandra PONCE, Agustín GARCÍA CICCARELLI
HOSPITAL EL CARMEN

Introducción: Los pacientes con espondiloartritis axial (EspAax) presentan elevado riesgo cardiovascular (RCV); una hipótesis propuesta es la génesis de aterosclerosis acelerada. La estratificación del RCV en estos pacientes constituye un verdadero desafío al no contar con recomendaciones específicas.

Objetivo: Determinar la prevalencia de aterosclerosis subclínica en pacientes con EspAax y re-estratificar su RCV.

Métodos: Estudio descriptivo, de corte transversal. Se incluyeron pacientes >18 años con diagnóstico de EspAax (ASAS 2009). Se consignaron variables sociodemográficas y antropométricas, FRCV tradicionales, características clínicas y tratamientos. Se calculó el RCV por score de Framingham (SF). Se determinó actividad de la enfermedad (BASDAI y ASDAS PCR). Se definió aterosclerosis subclínica como la presencia de placas de ateroma en arterias carótidas y femorales a través de ultrasonido (US) (Phillip Affiniti 70 G, sonda lineal de 7.0 MHz). Análisis de datos: Jamovi 2.3.28. Se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión. Se comparó la prevalencia de placas ateroscleróticas con la de la población general (prueba Z), criterio de significación error alfa <5%.

Resultados: De un total de 15 pacientes, 66,7% del sexo femenino, con una mediana de edad de 42 años (RIC 9.5). El 26,7% fumador, 53,3% tuvo IMC >30, uno solo tenía dislipidemia previa y ninguno tenía HTA o diabetes. El 20% B27 positivo y 20% EspAax radiográfica. La mediana de años de diagnóstico fue de 4 años (RIC 3.5). El 86,7% recibía biológicos. La mediana del BASDAI fue de 7 (RIC 0.9) y la del ASDAS PCR de 3 (RIC 1.91). Según SF, ninguno de los pacientes presentó RCV elevado. Se hallaron placas ateroscleróticas en 3 pacientes (20%). 2/3 pacientes refirieron >5 años de duración de los síntomas y presentaban alta actividad de su enfermedad. Cuando se comparó la prevalencia de placas con la prevalencia en la población general (8%), no se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,08$).

Conclusión: El 20% de nuestros pacientes con EspAax presentó aterosclerosis subclínica por US. Si bien no fue significativamente mayor que en la población general, permitió re-estratificarlos como de alto RCV. Los scores tradicionales infravaloran el verdadero RCV por lo que deberían utilizarse métodos de diagnóstico complementarios como el US para tal fin.

VALORACIÓN DE DIFICULTADES, MODIFICACIONES Y USO DE ADAPTACIONES LABORALES EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL

Mariana BENEGAS¹, María Victoria MARTIRE², Leandro FERREYRA GARROTT³, Hernán MALDONADO FICCO⁴, Carla AIROLDI⁵, Luciana CASALLA⁶, Joan Manuel DAPEÑA¹, Etel SATURANSKY¹, Eliana SERRANO¹, Julieta MORBIDUCCI⁷, Aixa Lucía MERCE⁷, Natalia ZAMORA⁸, Javier Federico FLORES TREJO⁹, Fernando SOMMERFLECK¹, Emilio BUSCHIAZZO¹⁰, Hernán MOLINA¹¹, Mariana BENEGAS¹², Romina NIETO¹³

¹SANATORIO MÉNDEZ, ²HOSPITAL SAN ROQUE, ³HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ⁴HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA, ⁵HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO, ⁶GENEA CENTRO MÉDICO, ⁷HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA, ⁸HIGA SAN JOSÉ PERGAMINO, ⁹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, ¹⁰HOSPITAL DEL MILAGROS, ¹¹INSTITUTO CER, ¹²HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS DR. ISIDORO IRIARTE, QUILMES, ¹³CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (CREAR)

Introducción: Las dificultades, modificaciones y uso de adaptaciones laborales han sido poco evaluadas en la espondiloartritis axial (EspAax). Existen dos cuestionarios para artritis reumatoide (AR): "Dificultades laborales en artritis reumatoide" (DificuLtAR) y "Modificaciones y uso de adaptaciones laborales (ModAL)", ambos con buen desempeño.

Objetivo: 1) Adaptar y validar los cuestionarios DificuLtAR y ModAL en pacientes con diagnóstico de EspAax; 2) identificar factores asociados con las dificultades, modificaciones y uso de adaptaciones laborales en pacientes con diagnóstico de EspAax.

Métodos: Se realizó una adaptación del cuestionario DificuLtAR para EspAax (DificuLtAx). Ambos cuestionarios fueron aplicados a pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de EspAax (ASAS-2009), laboralmente activos. Se exploró la confiabilidad con alfa de Cronbach (DificuLtAx=0,92 y ModAL=0,83) y la validez del constructo mediante *factor analysis*. Valores de *Eigenvalue* para un único factor (DificuLtAx=0,89 y ModAL=0,81) y coeficientes de correlaciones mayores a 0,40 para todas las preguntas de ambos cuestionarios luego de la rotación varimax. Se calcularon coeficientes de correlación de Spearman y Mann Whitney o Kruskal-Wallis para evaluar factores asociados. Valor de p<0,05.

Resultados: Se incluyeron 72 pacientes, 72% hombres, 42 años (RIC 37-53), meses de evolución 97 (RIC 40-156), 54% B27 + y 67% radiográfica. La mediana de ASDAS-PCR 2 (RIC 1-3) y BASFI 3,5 (RIC 2-5). Las mayores dificultades fueron permanecer sentado o parado (75%), trabajar agachado/

arrodillado (84%), y las modificaciones más frecuentes tomar pausas (78%) y cambios en el mobiliario (45%). La mediana del DificuLtAx 5 (RIC 2-9) y del ModAL 3,5 (RIC 2-6) con una correlación entre ambos de rho: 0,67 (p 0,001) (Tabla). El sexo femenino 5,5 vs. 3,5 (p 0,001) y el conocimiento de la enfermedad por parte del jefe 4 vs. 3 (p 0,05) se asociaron a mayores modificaciones.

Conclusión: Ambos cuestionarios mostraron buena confiabilidad y validez de constructo. Las principales dificultades laborales fueron permanecer sentado o parado y trabajar agachado/arrodillado, y las modificaciones más frecuentes, tomar pausas y modificar el mobiliario, siendo más habituales en mujeres y en aquellos en los que el jefe tenía conocimiento sobre la enfermedad.

Variables	DificuLtAx		ModAL	
	r	p	r	p
Nº de articulaciones dolorosas	0,41	0,001	0,35	0,003
Nº de articulaciones tumefactas	0,32	0,006	0,16	0,20
EVA Fatiga	0,53	0,001	0,55	0,001
BASDAI	0,65	0,001	0,55	0,001
BASFI	0,59	0,001	0,40	0,001
ASDAS-ERS	0,59	0,001	0,53	0,001
ASDAS-PCR	0,58	0,001	0,44	0,001
ASAS-HI	0,61	0,001	0,41	0,001
EVA productividad (WPAI)	0,58	0,001	0,67	0,001
EVA AVD (WPAI)	0,68	0,001	0,72	0,001
Ausentismo (WPAI)	0,54	0,001	0,55	0,001
Presentismo (WPAI)	0,58	0,001	0,67	0,001
Pérdida de productividad (WPAI)	0,64	0,001	0,70	0,001

Tabla: Correlaciones del DificuLtAR y ModAL.

INCIDENCIA DE CÁNCER EN PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS. ESTUDIO DE COHORTE

Elisabet Karen DELTIN, Franco FAELO, Lara TAITO VICENTI, Nicolás ALVARADO, Luciano LO GIUDICE, Mariana SCOLNIK, Javier ROSA

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo heterogéneo de enfermedades autoinmunes que pueden presentarse solas o en asociación a neoplasias.

Objetivo: Determinar la incidencia de cáncer en adultos con MII; analizar los factores de riesgo asociados al desarrollo de neoplasias.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes adultos con MII (ACR/EULAR 2017) diagnosticados desde 1/1/2000, sin cáncer al momento del diagnóstico y seguidos en el hospital durante al menos 3 años. Se registraron las características demográficas y clínicas al momento del diagnóstico de la MII. Se calculó la densidad de incidencia de cáncer; para ello cada sujeto aportó tiempo de seguimiento desde el diagnóstico de la MII hasta su última visita al hospital, su muerte o la fecha de finalización del estudio (30/06/2024). Se realizaron modelos de regresión de Cox uni y multivariado para determinar factores de riesgo asociados al desarrollo de cáncer.

Resultados: Se incluyeron 139 pacientes con MII, el 67,6% (IC 95% 59,1-75,2) era del sexo femenino, la edad media al diagnóstico de MII fue de 53 años (DS 15) y la mediana de seguimiento fue de 7,3 años (RIC 4-12). La forma más frecuente de MII fue la dermatomiositis con 42,4% (IC95% 34,2-51,1). La densidad de incidencia de cáncer fue de 1,9 por 100 pacientes-año (IC 95% 1,2-2,9). En el análisis multivariado, la edad mayor de 50 años al diagnóstico de la MII, el predominio de las manifestaciones cutáneas y un valor de LDH basal mayor a 2 veces el nivel de referencia se asociaron de forma significativa con un mayor riesgo de cáncer durante el seguimiento.

Conclusión: La incidencia de cáncer fue de 1,9 por 100 pacientes-año, la DM fue la MII más frecuente. Entre los factores que se asociaron en forma significativa al desarrollo de neoplasias se mencionan la edad mayor a 50 años, el predominio de lesiones cutáneas y el valor de LDH dos veces por encima del valor de referencia.

UTILIDAD DEL PET-TC EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON VASCULITIS DE GRANDES VASOS

Jeremy SANTIAGO, Johana ZACARÍAZ, Marina SCOLNIK, Javier ROSA

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivo: Evaluar en una cohorte de pacientes con arteritis de Takayasu (TAK) y arteritis de células gigantes (ACG) a los cuales se les realizó un PET; evaluar la utilidad de los resultados del mismo y los diferentes patrones de inflamación y daño vascular.

Métodos: Se incluyeron pacientes con criterios ACR/EULAR 2022 para ACG o TAK a los cuales se les haya realizado un PET al momento del diagnóstico o en el seguimiento. La captación de FDG se evaluó por métodos visuales cualitativos usando el score global visual en relación a la captación hepática, el score PETVAS (*vascular activity score*) por territorio arterial y global. Se determinó el clúster de compromiso vascular encontrado en cada paciente.

Resultados: Se incluyeron 53 pacientes, 14 con TAK (85,7% mujeres, media de edad de 33,4 años, DS 19.2) y 39 pacientes con ACG (15 craneales, 10 extracraneales y 14 combinados) .74,4% mujeres, media de edad de 75,8 años, DS 8.7, con una mediana de tiempo de seguimiento de 5,4 años (RIC 1.9-9.6). El PET fue solicitado con objetivos diagnósticos (n=30) durante el seguimiento (n=10) y para evaluar posibilidad de recaída (n=13). El método diagnóstico principal para las ACG fue el eco Doppler de arterias temporales (n=10), el PET (n=12), la biopsia de arterias temporales (n=8) y la clínica (n=9); para TAK fueron eco Doppler (n=3), angioTC (n=3), PET (n=3), angioRMN (n=3) y angiografía (n=2). Un score visual global de 3 (vasculitis activa) se encontró en 13 pacientes (3 con TAK y 10 con ACG), al diagnóstico en 11 y en 2 al momento de la recaída. La mediana de PETVAS total al diagnóstico fue de 7 (RIC 6-14) en pacientes con TAK (n=7) y de 6 (RIC 0-12) en ACG (n=23), (p=0,47). En un 41,5% (22 pacientes) se realizó modificación en el tratamiento luego del PET. El clúster predominante en TAK fue el 1 (predominio abdominal) en 8 pacientes (57,1%), mientras que en ACG fueron los 4 y 5 (captación homogénea a lo largo de la aorta sin y con captación de vasos extraaórticos) en 9 pacientes cada uno (37,5%). De los pacientes con TAK, el 100% presentó daño vascular, mientras que solo el 25% de las ACG extracraneales (p<0,001).

Conclusión: El PET se usó mayormente para el diagnóstico de vasculitis sin diferencias en el PETVAS total entre TAK y ACG. Los clústeres más frecuentes fueron el 1 en TAK y el 4 y 5 en ACG. El daño vascular se encontró en el 25% de las ACG con compromiso extracraneal.

INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE ARTRITIS REUMATOIDE DIFÍCIL DE TRATAR (ARD2T) EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Melina DELGADO, Romina TANTEN, María Victoria CHIARVETTO PERALTA, Iván NAGY, Marian SCOLNIK, Nicolás ALVARADO, Enrique SORIANO, Javier ROSA

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

	Sin ARD2T (n=210)	Con ARD2T (n=10)	p
Sexo femenino, % (IC95%)	80 (73,8-85,1)	80 (44,2-96,5)	1,000
Edad al diagnóstico de la AR, media (DE)	59 (13)	56 (17)	0,516
Fibromialgia, % (IC95%)	21,4 (16,2-27,7)	40,0 (13,7-72,6)	0,321
Índice de comorbilidad RDCI, mediana (RIC)	0 (0-1)	0 (0-1)	0,402
Demora diagnóstica (meses), mediana (RIC)	6 (3-15)	4 (1-8)	0,173
Tiempo de seguimiento (años), mediana (RIC)	9 (5-12)	10 (9-12)	0,553
Forma de presentación, % (IC95%)			0,805
Monocartilicular	2,4 (0,9-5,8)	0	
Oligocartilicular	62,6 (45,4-69,3)	40,0 (13,7-72,6)	
Poliarticulillar	45,0 (37,9-51,8)	60,0 (27,4-86,3)	
Manifestaciones extraarticulares, % (IC95%)	13,4 (9,2-18,9)	10,0 (0,5-45,9)	0,757
Factor reumatoideo positivo, % (IC95%)	66,6 (62,7-75,6)	80,0 (44,2-96,4)	0,482
Anti CCP positivo, % (IC95%)	77,6 (70,9-83,2)	80,0 (27,4-86,3)	0,199
Éntrosedimentación, mediana (RIC)	34,5 (21-52)	51,0 (28-68)	0,232
DAS 28, mediana (RIC)	4,8 (4,4-5,5)	5,2 (4,4-5,8)	0,524
HAQ, mediana (RIC)	0,5 (0,2-1,4)	1,6 (1,2-1,6)	0,421
Erosiones dentro de los 2 años del diagnóstico, % (IC95%)	19,0 (14,1-25,1)	30,0 (8,1-64,6)	0,415
Uso de corticoides al momento del diagnóstico, % (IC95%)	79,0 (72,8-84,2)	90,0 (64,1-99,5)	0,691
DMARDs convencionales, % (IC95%)			0,191
Metotrexato	81,3 (75,2-88,2)	90,0 (64,1-99,5)	
Hidroxicloroquina	14,8 (10,4-20,5)	0	
Otros (Leflunomida, sulfasalazina)	3,8 (1,8-7,7)	10,0 (0,5-45,9)	
Número oDMARDs, mediana (RIC)	2 (1-2)	2 (2-2)	0,120
Tiempo al primer biológico (meses), mediana (RIC)	45,7 (20,5-203,2)	20,6 (8,3-43,3)	0,037
Duración del primer biológico (meses), mediana (RIC)	34,8 (17,1-64,8)	11,3 (8,3-21,5)	0,017
Datos de ecografía de manos	n = 86	n = 6	
N° articulaciones con sinovitis por escala de grises (grado ≥2), mediana (RIC)	2 (1-4)	4 (0-6)	0,086
N° articulaciones con sinovitis por Doppler de poder (grado ≥2), mediana (RIC)	2 (0-4)	4 (0-4)	0,830
Presencia de tenosinovitis, % (IC95%)	47,1 (36,3-58,1)	80 (29,9-98,9)	0,198
Flexora	27,1 (18,2-37,9)	60 (17,0-82,7)	0,143
Extensora	30,8 (21,3-41,7)	20 (1,1-70,1)	0,945

Tabla: Características basales de los pacientes.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) difícil de tratar (ARD2T) se define como falla a ≥2 drogas modificadoras de AR biológicas/sintéticas dirigidas (b/tsDMARD) luego de fallar a DMARD convencionales, asociada a enfermedad activa/progresiva, y la percepción del reumatólogo y/o el paciente como un abordaje clínico problemático. Se plantean dos mecanismos de ARD2T: PIRRA (*persistent inflammatory refractory RA*) o NIRRA (*non inflammatory refractory RA*).

Objetivo: Determinar la incidencia y prevalencia de ARD2T, identificar los factores de riesgo y describir el mecanismo predominante.

Métodos: Cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de AR (ACR/EULAR 2010) entre el 01/01/2000 y el 31/12/2020 afiliados a un sistema de salud y con al menos 1 año de seguimiento. Cada individuo fue seguido hasta su desafiliación, muerte o finalización del estudio (30/06/2023). Se registraron características clínicas e imagenológicas (radiografías y ecografías). Se calculó la incidencia y prevalencia de ARD2T. Se realizaron modelos de regresión de Cox, uni y multivariado para evaluar la presencia de factores de riesgo.

Resultados: Se incluyeron 220 pacientes, 80% mujeres, edad media al diagnóstico de AR de 59 años (DE 14) y la mediana de tiempo de seguimiento de 9 años (RIC 5-12). Las características basales se muestran en la Tabla. Se identificaron 10 casos de ARD2T, 9 PIRRA y 1 NIRRA. La incidencia de ARD2T fue de 5 por 1000 paciente-años (IC 95% 3-10) y la prevalencia de 9% (IC 95% 5-17). En los pacientes con mecanismo PIRRA, la evaluación ecográfica mostró una mediana de 4 (RIC 2-5) en articulaciones con sinovitis (≥2 por grises y Doppler). El inicio del primer biológico dentro del primer año del diagnóstico de AR, la duración del primer biológico <6 meses y la suspensión por falla primaria se asociaron con mayor riesgo de ARD2T en el análisis univariado (HR 5,5; 4,9 y 5,5, respectivamente, p<0,05). En el análisis multivariado solo la suspensión del primer biológico por falla primaria se asoció de forma significativa con mayor riesgo de ARD2T (HR 10,4; p=0,01).

Conclusión: En nuestra cohorte la incidencia y prevalencia de ARD2T fueron bajas y se asociaron con la falla primaria del primer biológico. No se encontraron otros factores de riesgo asociados, probablemente debido al número reducido de eventos.

TASAS DE VACUNACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS EN AMÉRICA LATINA: RESULTADOS PRELIMINARES DEL REGISTRO DE LA VIDA REAL DE PANLAR (PANRED)

Nicolás MARIN ZUCARO, María BRANCE, Daniel FERNÁNDEZ ÁVILA, Gilda Aparecida FERREIRA, Hugo MADARIAGA, Pedro SANTOS-MORENO, Gabriel MACIEL, Norberto QUAGLIATO, Ariana RINGER, Emilce FONSECA, Mariano PALATNIK, Samia DE SOUZA STUDART, Marília FERNANDES, Adriana KAKEHASI, Gustavo GOMES RESENDE, Mirlene SOUZA SANTOS, María Fernanda Brandã DE RESENDE, René DONIZETI, Natalia BRASILDO, Marcela CAVICHIOLO, Viviane Angelina DE SOUZA, Rafael FRAGA, Aline LANDA, Renata HENRIQUES DE AZEVEDO, Cinthia MARTINS VIEIRA, Louise FELLET BARBOSA, Laura NETO COUTINHO, Lorena FERREIRA MORAIS, Kleica CRUZ OLIVERA, Ana DE MEREIROS, Paloma DE ABREU TRIGUEROS, Gabriela ÁVILA PEDRETTI, Carlos Enrique TORO, Sonia VILLALBA CABRERA, Nathalia SACILLOTO, Rinda Dalva NEUBARTH GIORFI, Jossiel THEN BÁEZ, Ángel Alejandro CASTILLO ORTIZ, Jonatan Marcos MARECO, Cristiano LUPO, Bárbara KAHLOW, Alfredo RAMOS, Claiton VIEGAS BRENOL, Gonzalo SILVEIRA, Nicole PAMPLONA, Penélope PALOMINOS, Carina PIZZAROSSA, Wilson BAUTISTA-MOLANO, Santiago MOYANO, Marcela LACAMERA, Vander FERNANDES, Chiara BORGES, Manuela LIMA GOMES OCHTROP, Jessica PERINI CARDOSO, Luisa SERVIOLI, Roberto RANZA, Leandro ALVES, Humberto RESENDE, Thiago SCHULTZ, Juliene CRISTINE, Alejandro EZQUER, Mariana PEIXOTO, Rafaela BICALHO VIANA, Beatriz MOTA TIBURCIO, Vitor ALVES CRUZ, Ferreira Alin VIEIRA MORAES ESSADO, Mariana SILVA GUIMARÃES, Rodrigo GARCÍA SALINAS, William Antonio PUCHE RUIZ, Ricardo ACAYABA, Rita MENIN, Inês SILVEIRA, Mariana FERREIRA MARTINS, Julia BOECHAT FARARIN, Samanta GERARHDT, Fernando SOMMERFLECK, Enrique SORIANO

REGISTRO PANRED-PANLAR

Introducción: Los programas de vacunación en huéspedes inmunocomprometidos son una estrategia importante para la prevención de eventos adversos serios infecciosos, teniendo un impacto positivo en la mortalidad de los pacientes. Si bien los mismos están recomendados para una amplia variedad de patógenos en América Latina, su aplicación real es desconocida.

Objetivo: Evaluar las tasas de vacunación en pacientes con enfermedades reumatológicas al momento del inicio de un nuevo tratamiento con drogas antirreumáticas modificadoras de la enfermedad (DMARDs).

Métodos: Se analizaron datos provenientes del registro de la vida real de PANLAR (PANRED), el cual consta de pacientes consecutivos con diagnóstico de AR, APs y EspA desde diciembre de 2021 a julio de 2024. Se compararon las diferencias de las tasas de vacunación estratificando a los pacientes en función de su patología de base. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes con su intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Las tablas de contingencias fueron analizadas con chi-cuadrado o el test de Fisher y se consideró una $p < 0,05$ como significancia estadística.

Resultados: Se analizaron los datos del estado basal de vacunación al momento del inicio de un nuevo DMARDs de 1781 pacientes (91,1% de la cohorte). Los resultados de las tasas de vacunación se presentan en la Tabla estratificados por el tipo de enfermedad reumatológica (AR, APs, EspA). Los pacientes con AR y EspA tuvieron en forma significativa una menor tasa de cobertura de la vacuna antineumocócica conjugada y no conjugada

que los pacientes con APs. Un gran porcentaje de pacientes recibió al menos una dosis contra la COVID-19 sin encontrar diferencias entre los grupos. Hubo tasas medias de vacunación contra la influenza y tasas muy bajas contra el herpes zóster en los tres estratos.

Conclusión: En América Latina, las tasas de vacunación antineumocócica son bajas, especialmente en pacientes con AR y EspA. El resto de las vacunas, con excepción de la vacuna contra el herpes zóster, tuvo una tasa de aplicación aceptable, sin presentar diferencias entre las diferentes patologías. Este registro recibe un Grant irrestricto de Abbvie, Pfizer y Janssen.

Vacuna, n % (IC 95%)	AR n= 1636	APs n= 173	EspA n= 145	p valor
Vacuna antineumocócica conjugada	594/1483, 40,1% (37,5-42,6)	94/153, 61,4% (53,2-69,2)	56/136, 41,1% (32,8-49,9)	AR vs Aps $p < 0,0001$ EspA vs Aps $p = 0,0001$
Vacuna antineumocócica no conjugada	607/1482, 40,9% (38,8-43,5)	87/153, 56,8% (48,6-64,8)	54/136, 39,7% (31,4-48,4)	AR vs Aps $p < 0,0001$ EspA vs Aps $p = 0,004$
Vacuna anti Influenza	1013/1483, 68,3% (65,8-70,7%)	118/153, 77,1% (69,6-83,5)	87/136, 63,9% (55,5-72,1)	NS
Vacuna anti Hepatitis B	930/1447, 64,3% (61,7-66,7)	116/152, 76,3% (65,7-82,8)	92/134, 68,6% (60,1-76,3)	NS
Vacuna anti tetánica	1028/1440, 71,4% (68,9-73,7)	123/152, 80,9% (73,7-86,8)	82/132, 62,1% (53,3-70,4)	NS
Vacuna anti COVID 19	1092/1209, 91,4% (89,9-92,8)	138/152, 90,8% (85,1-94,8)	117/134, 87,3% (80,4-92,4)	NS
Vacuna anti Herpes Zóster	10/1175, 1,2% (0,07-1,9%)	4/152, 1,3% (0,07-6,6)	2/134, 1,4% (0,2-5,3%)	NS

Tabla: Tasas de vacunación en pacientes con AR, APs y EspA en América Latina.

MANIFESTACIONES OFTALMOLÓGICAS EN PACIENTES CON VASCULITIS ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS (VAA). ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Claudia PENA¹, Máximo COSENTINO¹, Marina SCOLNIK², Sebastián MAGRI³, Alejandro BRIGANTE⁴, Pierina SANSINANEA⁵, Juan Ignacio GODIN¹, Mercedes GARCÍA¹

¹HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (HIGA) GENERAL SAN MARTÍN LA PLATA, ²HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ³HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, LA PLATA, ⁴SANATORIO GÜEMES, ⁵CONSULTORIO PRIVADO

Introducción: Las manifestaciones oftalmológicas en VAA son diversas pudiendo afectar glándulas lagrimales (dacrioadenitis y/o dacriocistitis), órbita (pseudotumor inflamatorio) o cualquier estructura a nivel ocular (epiescleritis, escleritis, uveítis, queratitis, conjuntivitis, vasculitis retiniana, neuropatía óptica y compromiso del nervio oculomotor). Tienen una prevalencia del 34,1% en GPA, del 11,1% en EGPA y del 8,9% en PAM

Objetivo: Describir la frecuencia, las características clínicas y de laboratorio, y el compromiso oftalmológico en los distintos tipos de VAA.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, multicéntrico en pacientes con VAA (criterios ACR 1990, CHCC 2012 y/o ACR-EULAR 2022) y compromiso oftalmológico. Se registraron datos demográficos, manifestaciones clínicas, laboratorio e inmunológico al momento de la presentación del compromiso oftalmológico. BVAS y FFS, tratamientos realizados y la evolución de la manifestación oftalmológica.

Resultados: Se registraron 43 pacientes, 54,5% del sexo masculino, edad media 51,1 años, tiempo seguimiento 76,6 m. El 86% fue GPA, 7% EGPA y 7% PAM. La Tabla muestra las diferentes características del compromiso oftalmológico para cada vasculitis y sus secuelas. La mayoría de los pacientes presentó las manifestaciones oftalmológicas en el contexto de otras manifestaciones de actividad de la enfermedad: síntomas sistémicos 73,3%, pulmonares 61,4%, renal 52,3% y otorrinolaringológico 46,5%. BVAS medio 17, FFS mediana 0 (0-1). Recibió tratamiento de inducción el 95,5% de los pacientes con dosis altas de corticoides, ciclofosfamida (68,3%), rituximab (16,3%) y metotrexato (12,2%). Tratamiento tópico en el 55,4% de los casos. El 81,8% tuvo respuesta clínica al tratamiento local y sistémico. 18/43 (41,9%) presentaron recaídas de la enfermedad durante el seguimiento, el 16,7% refirió a recaídas oculares.

Manifestaciones oftalmológicas n. (%)	Total VAA n:43	EGPA n:3	GPA n:37	PAM n:3
Compromiso orbitario				
Pseudotumor orbitario	7, (15.9)	0	7, (18.9)	0
Compromiso Glandular/Palpebral				
Dacrioadenitis	2, (7.7)	0	2, (9.5)	0
Dacriocistitis	2, (7.7)	0	2, (9.5)	0
Blefaritis	0	0	0	0
Compromiso ocular				
Epiescleritis	14, (33.3)	0	13 (37.1)	1 (33.3)
Escleritis	10, (24.4)	0	10 (28.6)	0
Conjuntivitis	1, (2.4)	0	1, (2.9)	0
Queratitis	3, (7.1)	0	3, (8.6)	0
Uveítis	8, (18.6)	1, (33.3)	6, (16.7)	1 (33.3)
Compromiso retiniano				
Neuritis óptica isquémica	5, (11.6)	1, (33.3)	3, (8.3)	1, (33.3)
Parálisis de nervios oculomotores	2, (4.7)	0	2, (5.6)	0
Perdida visual aguda	7, (16.3)	0	7 (19.4)	0
Complicaciones /secuelas oftalmológicas	15 (36.6)			
Adelgazamiento escleral	4 (16.7)	0	4, (19)	0
Perforación ocular	2, (6.9)	0	2, (8)	0
Sinequias	0	0	0	0
Glaucoma	1, (3.4)	0	1, (4)	0
Ceguera	3, (10.7)	1 (100)	2, (8.2)	0
Catarata	3, (11.5)	0	3, (13.6)	0
Disminución de agudeza visual	8, (28.6)	1 (100)	6, (25)	1 (50)
Atrofia nervio óptico	2, (8.7)	0	1 (5)	1 (100)
Ulceración	0	0	0	0
Daño de la pared orbitaria	1, (4)	0	1, (4.5)	0

Tabla: Diferentes características del compromiso oftalmológico.

0312

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO RHEUMATOID ARTHRITIS KNOWLEDGE ASSESSMENT SCALE-13 (RAKAS-13) PARA SU USO EN ARGENTINA

Sofía CHEREY, Javier Federico FLORES TREJO, Juan Manuel BANDE, María Alejandra MEDINA, Diana Silvia KLAJN, José Ángel CARACCILO, Silvia PAPASIDERO

HOSPITAL TORNÚ

Introducción: El *Rheumatoid Arthritis Knowledge Assessment Scale-13* (RAKAS-13) permite evaluar el conocimiento de los pacientes con artritis reumatoide (AR) sobre su enfermedad. Consta de 13 preguntas con un rango de puntaje total de 0 a 14. Clasifica el conocimiento como excelente, adecuado, bajo o pobre.

Objetivo: Validar una versión en español del RAKAS-13; evaluar mediante el mismo el conocimiento de los pacientes con AR sobre su enfermedad e identificar asociaciones con características de la población.

Edad en años, media (DE)	54.1 (12.3)
Mujeres, n (%)	49 (81.7)
Años de estudio, media (DE)	9.3 (2.8)
Comorbilidades, n (%)	43 (71.7)
Contacto previo con la enfermedad, n (%)	21 (35)
- Participación en charlas informativas, n (%)	9 (15)
- Participación en grupos de pacientes, n (%)	3 (5)
- Antecedente de familiar con diagnóstico de AR, n (%)	15 (25)
Tiempo de evolución en meses, mediana (RIC)	78 (28-162)
FR, n (%)	59 (98.3)
ACPA, n (%) (N=54)	52 (96.3)
Erosiva, n (%) (N=58)	36 (62.1)
Manifestaciones extraarticulares, n (%)	20 (33.3)
DAS28, mediana (RIC) (N=48)	3.7 (2.5-4.4)
CDAI, mediana (RIC)	9.5 (5-15.5)
HAQ-A (N=57)	0.87 (0.37-1.4)
QOL-RA II (N=58)	6.8 (5.5-7.7)
Depresión por PHQ-9, mediana (RIC)	7.5 (3-12)
Ansiedad por GAD-7, mediana (RIC)	7 (2.5-13)
Tratamiento, n (%)	
- DMAR sintéticos convencionales, n (%)	51 (85)
- DMAR biológicos, n (%)	8 (13)
- DMAR sintéticos dirigidos, n (%)	3 (5)

Tabla: Características de los pacientes.

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con VAA las manifestaciones oftalmológicas predominaron en GPA. La epiescleritis, escleritis y uveítis fueron las manifestaciones más comunes, seguidas por el compromiso orbitario y glandular. Destacamos que el 36,6% presentó secuelas, lo cual indica severidad, daño a largo plazo y discapacidad.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y analítico. Se realizó la traducción del cuestionario RAKAS-13 según guías de Beaton et al. Se incluyeron pacientes consecutivos ≥18 años con diagnóstico de AR. Se consignaron datos sociodemográficos, contacto previo con la enfermedad y características de la AR. Todos contestaron el cuestionario y un grupo con iguales condiciones de conocimiento que en la evolución basal, lo respondió nuevamente. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Consistencia interna con alfa de Cronbach y reproducibilidad con test-retest. Se determinaron asociaciones de RAKAS-13 con características de la población con coeficiente de Spearman o test de Wilcoxon según correspondiera. Nivel de significación de 0,05. Software Stata 14.0

Resultados: Se incluyeron 60 pacientes cuyas características se muestran en la Tabla. El cuestionario mostró una buena consistencia interna ($\alpha=0,62$) y excelente reproducibilidad test-retest (0,84). No hubo preguntas redundantes. Tener antecedente familiar de AR y mayor nivel educativo se asoció a mayor puntaje del RAKAS-13, otorgándole validez de constructo ($p=0,03$ y $r=0.47$, $p=0,004$ respectivamente). No se hallaron otras asociaciones. La mediana del RAKAS-13 fue de 9 (RIC 8-10). Clasificaron como excelente nivel de conocimiento: 21,7% de los pacientes, adecuado 56,7%, bajo 20% y pobre 1,7%. El 41,6% desconocía qué era la AR y el 76,7% no pudo identificar los factores de riesgo para la misma. El 100% pudo identificar los síntomas de la enfermedad.

Conclusión: Es de destacar que, aunque casi el 80% de los pacientes demostró un nivel de conocimiento adecuado o superior según el RAKAS, el 42% respondió que desconocía qué era la AR.

LOS PERFILES DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA SON DIFERENTES ENTRE ENSAYOS CONTROLADOS RANDOMIZADOS DE bDMARDS Y UN ESTUDIO DE LA VIDA REAL (PSABIO): REVISIÓN DE LA LITERATURA CON METAANÁLISIS

Gelsomina ALLE¹, Clementina LÓPEZ MEDINA², Stefan SIEBERT³, Frédéric LAVIE⁴, Win NOEL⁴, Josef SMOLEN⁵, Laure GOSSEC⁶

¹HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA, ³UNIVERSIDAD DE GLASGOW, FACULTAD DE INFECTOLOGÍA E INMUNIDAD, ⁴JOHNSON & JOHNSON INNOVATIVE MEDICINE, ⁵UNIVERSIDAD DE MEDICINA DE VIENA, ⁶UNIVERSIDAD SORBONNE, HOSPITAL PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad muy heterogénea; los perfiles de los pacientes en los ensayos controlados randomizados (ECR) podrían no estar reflejando a los pacientes de la práctica clínica habitual.

Objetivo: Comparar las características de los pacientes con APs entre los ECR de drogas modificadoras de enfermedades reumáticas biológicas (bDMARDS) y un estudio de la vida real (PsABio).

Métodos: Fuentes de datos: a) revisión de la literatura y metaanálisis de ECR de fase III de bDMARDS en APs publicados entre 2015-2020; b) estudio observacional internacional de pacientes con APs que comenzaron un bDMARD reclutados entre 2015-2018 (PsABio, NCT02627768). Los datos evaluados incluyeron el recuento de articulaciones tumefactas y dolorosas (NAT, NAD), entesitis, dactilitis, afectación cutánea (BSA), proteína C reactiva (PCR), HAQ, EVA paciente de la actividad global de la enfermedad y dolor. Se realizó un metaanálisis de efectos aleatorios univariado para calcular medias y proporciones agrupadas.

	ECR Frecuencia agrupada (%) o media agrupada (intervalo de confianza)	PsABio Frecuencia (%) o media (DE)	P
Número total de pacientes que comenzaron el tratamiento	5654	930	-
Edad (años)	48.6 (41.3 - 56.0)	49.7 (12.5)	<0.001
Sexo femenino	50.7% (48.1 - 53.2)	55.2%	0.012
Índice HAQ	30.3 (20.6 - 37.6)	29.1 (9.8)	<0.001
Tiempo desde el diagnóstico de APs (años)	6.3 (1.6 - 10.9)	6.8 (7.4)	0.029
Uso de MTX al inicio del tratamiento biológico	49.6% (37.1 - 62.1)	35.7%	<0.001
bDMARDS previos			
Ninguno	72.0% (61.3 - 81.8)	50.4%	<0.001
1	19.4% (16.6 - 21.7)	33.3%	<0.001
≥2	8.0% (2.3 - 14.3)	16.6%	<0.001
Número de articulaciones tumefactas (NAT)	11.8 (8.5 - 17.1)	5.7 (7.6)	<0.001
Número de articulaciones dolorosas (NAD)	21.3 (12.5 - 30.6)	11.9 (11.6)	<0.001
Entesitis	64.7% (61.1 - 68.5)	48.2%	<0.001
Índice de Entesitis de Leeds	2.9 (1.6 - 4.2)	1.2 (1.6)	<0.001
Dactilitis	37.7% (30.6 - 44.7)	19.8%	<0.001
Recuento de dactilitis	5.0 (2.9 - 10.9)	3.1 (5.1)	<0.001
Pronosis BSA ≥3%	62.2% (54.0 - 70.3)	54.0%	<0.001
Compromiso ungüeal	67.6% (59.8 - 75.3)	40.1%	<0.001
Actividad global de la enfermedad evaluada por el médico (EVA 0-100 mm)	59.7 (48.1 - 71.2)	54.1 (20.1)	<0.001
Actividad global de la enfermedad evaluada por el paciente (EVA 0-100 mm)	61.4 (47.8 - 74.9)	60.7 (23.7)	0.451
Dolor reportado por el paciente (EVA 0-100 mm)	60.1 (46.3 - 74.0)	60.7 (23.9)	0.711
Puntuación de HAQ	1.2 (1.1 - 1.3)	1.1 (0.7)	<0.001
PCR (mg/dL) - (rango normal: 0-0.5)	1.1 (0.1 - 2.3)	1.4 (2.8)	0.002

Resultados: Se compararon 5654 pacientes de 10 ECR con 930 pacientes de PsABio. Los datos demográficos fueron similares en todos los estudios. Los recuentos de articulaciones tumefactas y dolorosas (NAT y NAD) fueron más altos en los ECR que en PsABio (medias agrupadas 11,8/21,5, frente a 5,7/11,9 respectivamente; p<0,001). La entesitis fue más frecuente en los ECR (64,7% vs. 48,2%; p<0,001), al igual que la dactilitis (37,7% vs. 19,8%; p<0,001). Los pacientes con un BSA >3% fueron más frecuentes en los ECR (62,2% vs. 54,0%; p<0,001). En contraste, el impacto reportado por los pacientes fue alto y similar en ambos escenarios (media agrupada de HAQ 1.2 vs. 1.1; EVA dolor 60 mm vs. 61 mm), mientras que la PCR fue significativamente mayor en PsABio (1,1 vs. 1,4 mg/dl; p=0,002) (Tabla).

Conclusión: Los ECR representan en gran medida a pacientes con APs poliarticular y altamente activa; en contraste, en la práctica clínica rutinaria, muchos pacientes que reciben biológicos tienen una enfermedad articular leve/moderada y psoriasis cutánea limitada. La extrapolación de los datos de los ECR a la práctica clínica debe tener en cuenta estos elementos.

Tabla: Comparación de las características basales de un estudio del mundo real (PsABIO) y datos agrupados de 10 ECR de fase III de bDMARDS.

¿CÓMO UTILIZAMOS LOS INHIBIDORES DEL JAK LOS REUMATÓLOGOS ARGENTINOS?

José Luis VELASCO ZAMORA¹, Yamila CHICHOTKY¹, Juan Pablo VINICKI², María Victoria MARTIRE³, Edson VELOZO⁴

¹INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS QUILMES, ²HOSPITAL ISIDRO IRIARTE, QUILMES, ³HOSPITAL SAN ROQUE, GONNET, ⁴SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA

Introducción: Las últimas recomendaciones internacionales sugirieron considerar los factores de riesgo del paciente con artritis reumatoide (AR) antes de usar inhibidores del JAK (JAKi).

Objetivo: Describir la toma de decisiones de reumatólogos argentinos en el uso de JAKi en pacientes con AR.

Métodos: Se realizó una encuesta anónima, y se envió por *e-mail* y *WhatsApp* a 568 reumatólogos de la Sociedad Argentina de Reumatología desde agosto de 2023 a febrero de 2024. Se indagó sobre las tendencias de prescripción de los JAKi y el nivel de confort de los reumatólogos argentinos con estos fármacos. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados y se analizaron las relaciones (chi-cuadrado) entre los años de formación y la edad (en categorías), y los resultados obtenidos con la simulación de distintos escenarios.

Resultados: El 48,7% de los 312 encuestados tenía entre 25 y 45 años. El 5,1% se encontraba en formación en la especialidad. Solo el 1,4% de ellos refirió no utilizarlos actualmente y 90,7% creía que es una opción útil ante los pacientes que fallan a MTX. El 76,2% manifestó haber cambiado su conducta de prescripción luego de 2022. El 65,3% también modificó su conducta luego de la última actualización de las guías EULAR, mientras que el 14,3% lo pone a consideración del paciente. Aun si presentan al menos un FR cardiovascular, el 65,8% continúa JAKi. El 34,4% consideró que la rotación de JAKi mitigaría el exceso de riesgo reportado. Considerando un paciente en tratamiento con tofacitinib mayor de 65 años en remisión clínica y con FR cardiovascular, el 75,2% mantiene el tratamiento, mientras que el 27,4% deja que el paciente decida la conducta terapéutica. Se destacaron claramente la enfermedad cardiovascular aterosclerótica como FR inaceptable entre todas las opciones (enfermedad coronaria: 83,8%, ACV 80,5% y enfermedad arterial periférica 79,9%), incluso por encima del antecedente de cáncer (59,7%).

Conclusión: Si bien la mayoría ha cambiado su conducta luego de las últimas recomendaciones, los resultados muestran que los reumatólogos se sienten confiados con el uso de los JAKi, incluso en pacientes refractarios a MTX. La remisión clínica es un factor de peso para mantener el tratamiento, aún en pacientes con factores de riesgo.

REUMA-ARG: CONOCIENDO A LOS PACIENTES DESDE LA MIRADA DE LOS PACIENTES

Carolina AUAD, Nieves CAPOZZI, Víctor Daniel CAPUTO, María Flavia CEBALLOS RECALDE, Leandro FERREYRA GARROTT, María Olga LEAL, Fabiana MONTOYA, Ingrid PETKOVIC, Verónica SAURIT

SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

Objetivo: Determinar la prevalencia, distribución por provincias y el acceso al sistema de salud.

Métodos: Se realizó un estudio transversal en septiembre de 2023. Participaron pacientes ≥ 18 años de Argentina, diagnosticados con enfermedad reumática. Se generó una encuesta a través de *Google Form*, distribuido por *WhatsApp* y redes sociales de las asociaciones. Se utilizó análisis descriptivo para determinar la prevalencia y distribución de las enfermedades, y análisis bivariados para explorar las diferencias en la demora del diagnóstico según el acceso al sistema de salud, el nivel educativo y la presencia de reumatólogos en la localidad.

Resultados: Se obtuvieron 1629 respuestas válidas (1614 tras excluir 15 extranjero). El 91,2% era del sexo femenino, con una edad media de 50,7 años (DS:11.9). El 49,4% tenía educación terciaria/universitaria. El 94,7% residía en áreas urbanas, principalmente en Buenos Aires (36%, n=581). El 64,4% tenía una sola enfermedad reumática diagnosticada. Las enfermedades más frecuentes fueron, en orden de prevalencia, AR (39,4%, n=635), fibromialgia, artritis psoriásica, esclerodermia, LES, síndrome de Sjögren, osteoporosis, espondilitis anquilosante y vasculitis. El 58,6% accedía a la salud privada y el 50,3% percibió demora en el diagnóstico. El primer contacto médico fue con atención primaria en 43,2%, luego reumatólogos (29,5%) y traumatólogos (19,4%). El 77% contaba con un reumatólogo en su localidad. En el análisis bivariado no se encontró diferencia estadísticamente significativa en la demora del diagnóstico en función del acceso a la salud pública o privada, el nivel educativo, ni la presencia de un reumatólogo en la localidad. Sin embargo, se observó una diferencia estadística significativa ($p < 0,00$) en la demora del diagnóstico para los pacientes cuya primera consulta fue con un reumatólogo en comparación con otros especialistas.

Conclusión: Los datos tienen una amplia cobertura federal, aunque al provenir de asociaciones de pacientes, no podemos dar exactitud de la prevalencia de estas patologías en Argentina. Se destaca que la demora en el diagnóstico es significativamente menor cuando la primera consulta es con un reumatólogo. Esto subraya la necesidad de mejorar el acceso al especialista, y fortalecer la formación de pacientes líderes y médicos de otras especialidades para optimizar la atención y el diagnóstico temprano.