

Posters destacados

0114

ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL AUTOINMUNE ASINTOMÁTICA: NI SUBCLÍNICA NI CLÍNICAMENTE INSIGNIFICANTE

Florencia VIVERO¹, Emilio BUSCHIAZZO², Graciela BETANCOUR², Tatiana BARBICH², Belén María VIRASORO², Fabiana MONTOYA², Marina OLIVER², María Celina DE LA VEGA², Jorge VELASCO ZAMORA², Alejandro NISTCHE², María Luz MARTÍN², Ana BARBAGLIA², Guillermo PONS-ESTEL², Alejandro BENITEZ, Florencia GORDILLO², Noelia BERSANO², Nicolás LLOVES², Paula GONZALO², Claudia PENA, Antonella GAMARRA², Alejandro MARTÍNEZ², Gonzalo PACHECO², Natalia NIGRA², María José LÓPEZ MEILLER², Jorge TELLEZ², Luciano CAPELLI², Melina MOSCATELLI², Natalia CUCCHIARO², Facundo VERGARA², Sandra NAVARRO², María Julia PAPAGNO², Jorge BRIGANTE², Rosana QUINTANA², Juan Ignacio ENGHELMAYER²

¹HOSPITAL COMUNITARIO JOSÉ PEPE OLAECHEA, PINAMAR, ²EPIMAR

Introducción: Algunos pacientes con enfermedades pulmonares intersticiales autoinmunes (EPI-Ai) se presentan sin síntomas respiratorios a pesar de la evidencia fisiológica y/o radiológica de afectación pulmonar. La prevalencia y la importancia de la EPI-Ai asintomática aún no están claramente identificadas.

Objetivo: Determinar la prevalencia de EPI-Ai asintomática y caracterizar esta población.

Métodos: Estudio transversal dentro de la cohorte multicéntrica y multidisciplinaria EPIMAR II, incluyendo datos prospectivos de 215 pacientes argentinos. La EPI asintomática se definió por la falta de síntomas respiratorios. Se analizaron datos clínicos, serológicos, funcionales y tomográficos.

Resultados: 75 pacientes presentaron enfermedad asintomática (prevalencia 35%). Edad promedio 60 años (14,6). Las enfermedades subyacentes fueron: artritis reumatoide 27 (42%), esclerosis sistémica 23 (36%), síndrome de Sjögren 7 (11%), miopatía inflamatoria 4 (6%). No se observaron diferencias en la edad ni en la EPI-Ai específica. La presentación asintomática fue más frecuente en el sexo masculino (OR 1,85; p=0,08) y en pacientes sin exposición al tabaco (no significativa). El % de FVC y el % de DLCO fueron mayores en el grupo asintomático (74% vs. 68%; p=0,03, y 60% vs. 54%; p=0,21). No hubo diferencias en la extensión o en los patrones radiológicos (fibróticos vs. no fibróticos). A pesar de una mejor preservación de la función pulmonar, el 12% estaba desaturando durante la 6MWT (ninguno tenía hipertensión pulmonar) y el 40% tenía >20% de afectación radiológica. El %FVC fue mayor en pacientes con extensión de CT <20% (82% vs 62%, p=0,03) y %DLCO (62% vs 42%, p=0,04).

Conclusión: La prevalencia de EPI-Ai asintomática en equipos multidisciplinarios es alta. Aunque hay menor deterioro funcional, la función pulmonar está afectada, con anomalías radiológicas y de ejercicio significativas, lo que impide etiquetar esta forma como subclínica o clínicamente insignificante. Los resultados de este estudio enfatizan la importancia de detectar la EPI en períodos asintomáticos, siendo una oportunidad para la intervención terapéutica temprana con mayor eficacia sobre el deterioro funcional.

0116

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO ENTRE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y ARTRITIS PSORIÁSICA DIFÍCIL DE TRATAR

Jonatan Marcos MARECO¹, Rosario ALANÍZ¹, Lucía CÓRDOBA¹, Yolanda GIMÉNEZ², Mariana BERNARDO¹, Camilo MARTÍNEZ¹, Marcos VALLUZZI¹, Rosario CÉSPEDES JALDÍN¹, Lucas VALLUZZI¹, María José OTERO¹, Marcia MELA², Cristian MARTÍNEZ², Romina LLERA¹, María Eugenia BRAVIS LÓPEZ¹, Johana Celeste VILTE¹, Antonio ZÚRZOLO¹, Alejandra VEREA¹, Fernando ORELLANA, Dolly LUCINI¹

¹HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO EN AGUDOS Y CRÓNICOS SAN JUAN DE DIOS, ²CENTRO DERMATOLÓGICO INTEGRAL

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad con un amplio espectro de manifestaciones y una gran variedad de comorbilidades asociadas. En la actualidad, a pesar del desarrollo de terapéuticas avanzadas, existe un porcentaje de pacientes que es resistente a estas intervenciones. Conocer las características clínicas, de laboratorio e imágenes al momento del diagnóstico de los pacientes con APs D2T puede tener

implicancias pronósticas y terapéuticas.

Objetivo: Estimar la frecuencia de APs D2T en una cohorte de pacientes con APs a 2 años del diagnóstico. Analizar las diferencias clínicas, demográficas, imagenológicas y de laboratorio en la visita inicial entre pacientes con APs y APs D2T con 2 años de seguimiento.

Métodos: Estudio observacional, transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de artritis psoriásica (APs), que cumplieran criterios CASPAR en el mismo período (2021-2024) y que contaban con 2 años de seguimiento tras el diagnóstico. Se definió APs D2T a aquellos pacientes que habían fallado a \geq b/tsDMARDs y que continuaban con alta actividad por DAPSA. Se evaluaron las características diferenciales entre los dos grupos (APs y APs D2T). Todos los pacientes fueron evaluados al basal con: entrevista clínica, valoración de la presencia de comorbilidades, evaluación física con clinimetría musculoesquelética, radiología, ultrasonografía (articular y entesis) y laboratorio. Se evaluaron los tiempos de demora al diagnóstico desde el inicio de los síntomas. Análisis estadístico: estadística descriptiva, prueba de chi-cuadrado, prueba exacta de Fisher, T de Student y Mann Whitney.

Resultados: De 156 pacientes con enfermedad psoriásica, 50 contaban con 2 años de seguimiento y APs, de los cuales 16 fueron APs D2T a los 2 años de seguimiento. 11 fallaron a 2 bDMARDs y 5 a 3bDMARDs. Las características clínicas, de laboratorio y de imagen entre los pacientes con APs y APs D2T se muestran en la Tabla. Los pacientes con APs D2T presentaron mayor frecuencia de compromiso axial y erosiones en Rx, mayores puntajes en EVA de dolor y actividad global por el paciente y el médico, mayor número de articulaciones dolorosas y mayor actividad por DAPSA al basal.

Conclusión: La frecuencia de APs D2T fue del 32%. Existieron características diferenciales en la visita basal entre ambos grupos.

CARACTERÍSTICA	APs	APs D2T	Valor p
Sexo (Hombres) (%)	60,6	50,1	0,91
Edad (años) (DS)	52,7 (11,5)	53,1 (9,6)	0,94
IMC (kg/m ²) (DS)	28,8 (3,8)	31,64	0,077
Tabaco (%)	36,4	45,4	0,97
Compromiso axial (%)	21,2	68,8	0,001
Rx SI + (%)	24,2	56,2	0,05
BSA (%) (DS)	9,61 (13,1)	20,22 (27,1)	0,58
EVA_GLOBAL_MEDICO (DS)	2,52 (1,86)	4,75 (1,88)	0,0007
EVA_GLOBAL_PACIENTE (DS)	3,45 (2,1)	5,62 (1,8)	0,0012
EVA_DOLOR (DS)	2,39 (2,62)	5,38 (2,2)	0,0004
HAQ media (RIC)	0,5 (0,8)	0,8 (0,7)	0,1
PCR (mg/L) (RIC)	2,34 (0-7)	5,41 (0-7)	0,012
FRCV (DS)	0,47 (0,77)	1,06 (0,71)	0,01
BASDAI (DS)	1,78 (0,72)	4,39 (0,74)	0,015
Alcohol (%)	9,1	45,5	0,52
Dactilitis (%)	15,1	43,8	0,07
Entesofitos cervicales en Rx (%)	12,1	72,7	0,011
Erosiones en Rx (%)	12,2	25,1	0,41
Ecografía manos + (%)	30,3	50,1	0,22
NAD (%) (DS)	4,8 (4,2)	6,24 (3,8)	0,05
NAI (%) (DS)	1,98 (2,45)	2,3 (2,1)	0,57
DAPSA (%) (DS)	14,9 (9,5)	24,8 (10,1)	0,007
Ecografía entesis + (%)	3,1	18,7	0,45
Demora Dg en meses- (DS)	13,3 (27)	18,3 (30)	0,2

Tabla: Características clínicas, de laboratorio y de imagen entre los pacientes con APs y APs D2T.

FRECUENCIA DE FATIGA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SU ASOCIACIÓN CON VARIABLES DE LA ENFERMEDAD. REGISTRO RELESSAR-PROSPECTIVO

Malena VIOLA, Carla Andrea GOBBI, Rosana QUINTANA, María Celina DE LA VEGA, Darío MATA, Martín RIOPEDE, María Gimena GÓMEZ, Marina MICELLI, Paula ALBA, Alejandro BRIGANTE, Agustina DAMICO, Romina ROJAS TESSEL, Mercedes GARCÍA, Gelsomina ALLE, Lucía MENDOZA MARTÍNEZ, Florencia GORDILLO, Claudia PENA, Verónica BELLOMIO, Paula María CORBALAN, Maitén SARDE, Gisela PENDON, Carolina AESCHLIMANN, Paula FERNÁNDEZ, Manuel RODRÍGUEZ GRAMAZZA, Bettina Soledad SARDI, Micaela COSATTI, Cecilia PISONI, GARCÍA Lucila

HOSPITAL GRAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH

Introducción: La fatiga es uno de los síntomas más complejos y mal comprendidos, a menudo reportado como la queja principal por los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) (67-90%).

Objetivo: Describir la frecuencia de fatiga en pacientes con LES de una cohorte y evaluar su asociación con variables de la enfermedad.

Métodos: La base de datos prospectiva RELESSAR-P es una cohorte multicéntrica nacional, compuesta por pacientes con diagnóstico de LES según los criterios SLICC 2019, con una duración de la enfermedad inferior a 5 años. Análisis descriptivo de la base de datos RELESSAR-P para determinar la prevalencia de fatiga medida por escala analógica visual en la visita inicial (T0) y su asociación con variables de la enfermedad. Se evaluaron características sociodemográficas, clínicas, comorbilidades y tratamientos. La fatiga se evaluó como una variable dicotómica con un punto de corte de 4. El punto de corte para la comparación se basó en la puntuación mediana de fatiga.

	Fatiga <4 (N=93)	Fatiga >=4 (N=105)	P-valor	Total (N=198)
Retraso en el diagnóstico				
Media (DE)	0.402 (0.712)	0.738 (1.03)	0.0151	0.579 (0.907)
SLEDAI-2K				
Media (DE)	3.81 (4.92)	7.98 (7.03)	<0.001	6.09 (6.49)
Hospitalizaciones				
SI	36 (39.6%)	57 (54.8%)	0.0474	93 (47.7%)
Manifestaciones mucocutáneas y generales.				
SI	36 (38.7%)	64 (61.0%)	0.00287	100 (50.5%)
Evaluación global del médico				
Media (DE)	0.862 (0.979)	1.56 (0.830)	<0.001	1.24 (0.965)
Evaluación global del paciente				
Media (DE)	2.72 (2.15)	5.04 (2.24)	<0.001	3.97 (2.48)

Tabla: Características de los pacientes.

Resultados: Total: 198 pacientes. El 88,4% (n=175) eran mujeres; la mediana de edad fue de 35 años (Q1-Q3 27-50); el 64,1% (n=127) era de etnia mestiza; la mediana de duración de la enfermedad fue de 2 años (Q1-Q3 1-5) y la puntuación mediana de SLEDAI 2K fue de 4 (Q1-Q3 2-8). El 53% por ciento de los pacientes tenía fatiga. Los pacientes con fatiga tuvieron un mayor retraso en el diagnóstico, un índice de actividad de la enfermedad más alto, una evaluación global más alta por parte del médico y del paciente, un mayor porcentaje de hospitalizaciones, de manifestaciones mucocutáneas y generales (Tabla). En el análisis univariado se observó una asociación entre la fatiga y el índice de actividad de la enfermedad OR 1.14 (1,07-1,22) p<0,001 y retraso en el diagnóstico OR 1.58 (1,12-2,32) p=0,013. En el análisis multivariado, ambas variables permanecieron estadísticamente significativas; SLEDAI-2K OR 1.18 (1,1-1,28) p<0,001 y retraso en el diagnóstico OR 2.08 (1,35-3,40) p=0,002.

Conclusión: Los pacientes con mayor actividad de la enfermedad presentaron más fatiga. A medida que el SLEDAI-2K aumenta 1 punto, el riesgo de fatiga se incrementa 18%. La fatiga podría retrasar el diagnóstico de LES y debe priorizarse en estos pacientes como un síntoma de relevancia.

EL ROL DEL REUMATÓLOGO EN LA EVALUACIÓN DE PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTINUCLEOCITOPASMÁTICOS POSITIVOS

Maitté Alejandra VÁSCONEZ SWETT¹, Javier Federico FLORES TREJO¹, María Alejandra MEDINA¹, Juan Manuel BANDE¹, José Ángel CARACCILO, Diana KLAJUN¹, Joan Manuel DAPEÑA², Sandra PETRUZZELLI², Alejandra CELENZA², Eliana Rebeca SERRANO³, Julia SOSA⁴, Paula COHAN⁴, Graciela GÓMEZ⁵, Nicolás PÉREZ⁵, Cecilia ASNAL⁶, Malena VIOLA⁷, Alejandro MARTÍNEZ⁸, Silvia PAPASIDERO¹

¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, ²HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DONACIÓN FRANCISCO SANTOJANNI, ³SANATORIO MÉNDEZ, ⁴HOSPITAL DR. RAÚL F. LARCADE, ⁵INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS DR. ALFREDO LANARI, ⁶CONSULTORIO PRIVADO, ⁷HOSPITAL GRAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH, ⁸SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS DR. BOCALANDRO

Introducción: La solicitud de anticuerpos antinucleocitoplasmáticos (ANA) debe basarse en la sospecha clínica de una enfermedad autoinmune para evitar diagnósticos erróneos y costos innecesarios.

Objetivo: Describir la conducta adoptada por los reumatólogos ante la derivación de pacientes que presentan ANA positivo. Describir las causas que motivaron la solicitud de ANA.

Métodos: Estudio multicéntrico, retrospectivo, observacional y descriptivo. Se incluyeron pacientes ≥18 años sin antecedentes previos de enfermedad autoinmune sistémica (EAS) que fueron derivados para la evaluación por Reumatología desde otras especialidades por presentar laboratorio con ANA positivo por técnica de IFI. Se consignaron características sociodemográficas, comorbilidades, antecedentes familiares de autoinmunidad, las características de la evaluación realizadas por el médico derivante y por el reumatólogo, y el diagnóstico final. Análisis estadístico: estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyeron 160 pacientes de 7 centros. El 73,8% eran mujeres con una edad media de 47 años (DE 15.8). El 17,2% tenía antecedentes familiares de EAS. La especialidad que más frecuentemente solicitó ANA fue Clínica Médica (44,4%), seguida de Neumonología (14,6%). El título de ANA más común fue 1/160 (29,1%) y el patrón más frecuente nuclear homogéneo (40,5%). El 84,3% de las solicitudes de ANA se debió a manifestaciones clínicas, principalmente musculoesqueléticas (40,7%) y cutáneas (23%). En el 65,4% de los casos se solicitaron otros autoanticuerpos (AAc). El reumatólogo constató manifestaciones clínicas en el 69,4% de los pacientes, principalmente musculoesqueléticas y síntomas sicca (Tabla). El 82% de los reumatólogos solicitó estudios complementarios: 94% laboratorio y 56% radiografías. El 58% repitió ANA y el 82,4% solicitó otros AAc. En el 41% de los casos se excluyó EAS, mientras que en el 31% se confirmó siendo lupus eritematoso sistémico (27,5%) y síndrome de Sjögren (25,5%) las principales.

Conclusión: La mayoría de las solicitudes de ANA provino de Clínica Médica y Neumonología. Los reumatólogos confirmaron manifestaciones clínicas en el 69,4% de los casos, destacando síntomas musculoesqueléticos y sicca. En el 41% de los pacientes se excluyó una enfermedad autoinmune sistémica, mientras que en el 31% se confirmó, siendo los diagnósticos principales LES y síndrome de Sjögren.

Evaluación del médico derivante		Conducta tomada por el reumatólogo	
Manifestaciones clínicas	n=135 (84,4%)	Manifestaciones clínicas constatadas	n=111 (69,4%)
Manifestaciones músculoesqueléticas	55 (40,7)	Manifestaciones músculoesqueléticas	73 (65,8)
- Artralgias	49 (89,1)	- Artralgias	64 (87,7)
- Artritis	18 (32,7)	- Artritis	28 (38,4)
- Rigidez matinal	5 (9,1)	- Rigidez matinal	30 (41,1)
Manifestaciones cutáneas	31 (23,0)	Manifestaciones cutáneas	39 (35,2)
- Fotosensibilidad	7 (22,5)	- Fotosensibilidad	37 (94,9)
- Alopecia	6 (19,3)	- Alopecia	17 (43,6)
- Rash malar	11 (35,5)	- Rash malar	6 (15,4)
Síntomas sicca	15 (11,1)	Síntomas sicca	30 (27)
- Xeroftalmia	15 (100)	- Xeroftalmia	10 (33,3)
- Xerostomía	6 (40)	- Xerostomía	6 (20)
- Xerodermia	2 (13,3)	- Xerodermia	9 (30)
Manifestaciones hematológicas	29 (21,4)	Manifestaciones hematológicas	29 (26,1)
- Anemia	19 (65,5)	- Anemia	18 (62,1)
- Leucopenia	8 (27,6)	- Leucopenia	11 (37,9)
- Trombocitopenia	9 (31,0)	- Trombocitopenia	7 (24,1)
Manifestaciones pulmonares	24 (17,8)	Manifestaciones pulmonares	20 (18)
- Enfermedad pulmonar intersticial	18 (75,0)	- Enfermedad pulmonar intersticial	14 (70)
Síndromes constitucionales	15 (11,1)	Síntomas constitucionales	18 (16)
Fenómeno de Raynaud	18 (16)	Fenómeno de Raynaud	18 (16)
Otras manifestaciones clínicas	22 (16,2)	Otras manifestaciones clínicas	30 (27,0)
Otras determinaciones solicitadas	n=160 (100%)	Otras determinaciones solicitadas	n=131 (81,9%)
Reactantes de fase aguda	112 (70,0)	Reactantes de fase aguda	113 (86,3)
Complemento	46 (28,7)	Complemento	88 (67,3)
Otros autoanticuerpos	104 (65,4)	Repetición de ANA	76 (58)
- Factor reumatoideo	76 (73,1)	Otros autoanticuerpos	123 (93,9)
- Anti CCP	28 (26,9)	- Factor reumatoideo	54 (50)
- Anti Ro (SSA)	44 (42,3)	- Anti CCP	38 (35,2)
- Anti La (SSB)	41 (39,4)	- Anti Ro (SSA)	92 (85,2)
- Anti Sm	28 (26,9)	- Anti La (SSB)	86 (76,6)
- Anti RNP	24 (23,1)	- Anti Sm	78 (72,2)
- Anti Scl70	32 (30,8)	- Anti RNP	80 (74,1)
- Anti DNA	45 (43,3)	- Anti Scl70	61 (56,5)
		- Anti DNA	70 (64,8)

Tabla: Manifestaciones clínicas que motivaron la solicitud de ANA y la conducta del reumatólogo ante la derivación de ANA positivo.

0155

SOBREVIDA Y SEGURIDAD DE TOFACITINIB E INHIBIDORES DE TNF EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: DATOS DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL

Carolina ISNARDI¹, Virginia CARRIZO¹, Luciano LOGIUDICE², Johana ZACARÍAZ² Enrique SORIANO², Juan Manuel RODRÍGUEZ GRAMAZZA³, Máximo COSENTINO³, Mercedes GARCÍA³, Rodolfo PÉREZ ALAMINO⁴, Hernán MALDONADO FICCO⁵, Gustavo CITERA¹

¹INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, ²HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ³HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (HIGA) GENERAL SAN MARTÍN LA PLATA, ⁴HOSPITAL AVELLANEDA, ⁵HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA DE RÍO CUARTO

Introducción: Los inhibidores de TNF (iTNF) y tofacitinib demostraron su eficacia en el manejo de la artritis reumatoide (AR). Publicaciones recientes alertaron acerca de la seguridad de este último.

Objetivo: Evaluar la seguridad y sobrevida del tofacitinib en pacientes con AR en comparación con aquellos tratados con iTNF.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico que incluyó pacientes con AR de ≥18 años. Se registraron visitas semestrales desde el inicio del tratamiento con tofacitinib o iTNF hasta su suspensión definitiva, fallecimiento o pérdida de seguimiento. Los pacientes fueron emparejados por sexo, edad y duración de la AR al inicio del fármaco.

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes tratados con tofacitinib y 94 con iTNF, la mayoría del sexo femenino (98%), con una edad mediana de 54,9 años (Q1, Q3 48,5, 60,0). El 20,4% y 35,5% de los pacientes del grupo tofacitinib e iTNF, respectivamente, presentaban cobertura de salud pública (p=0,017). Los pacientes en tratamiento con tofacitinib habían recibido otras drogas avanzadas (63,0% vs. 3,2%, p<0,001) y utilizaban un esquema en monoterapia (40,7% vs. 9,6%, p<0,001) con mayor frecuencia. Los pacientes con tofacitinib fueron seguidos por 160,2 pac/año y aquellos con iTNF por 315,7 pac/año. Durante este tiempo, 34/54 (63,0%) y 63/94 (69,2%) suspendieron el tratamiento, respectivamente (p=0,438). Las causas de suspensión fueron comparables, siendo la ineficacia (52,9% y 39,4%), la falta de provisión (20,6% y 36,4%) y el desarrollo de EA (17,6% y 5,2%) las causas más frecuentes (p=0,282).

La sobrevida de los fármacos fue 35,0 meses (IC 95% 26,0-62,0) y 22,0 meses (IC 95% 12,0-41), respectivamente (HR 1.2, IC 95% 0,78-1,82, p=0,415). En el análisis multivariado, la única variable que se asoció a menor sobrevida fue la cobertura de salud pública (HR 2.2, IC 95% 1,4-3,6). El 55,6% de los tratados con tofacitinib y 20,2% de aquellos que recibían iTNF reportaron al menos un EA (p<0,001), siendo la incidencia global de 36,8 y 6,7 eventos cada 100 pte/año, y graves 5,0 y 1,6, respectivamente. Los EA más frecuentes en ambos grupos fueron las infecciones (Tabla).

Conclusión: En esta cohorte de pacientes la sobrevida de ambos fármacos fue comparable, sin embargo se identificaron mayores frecuencias de EA y EAS en pacientes en tratamiento con tofacitinib.

	Tofacitinib (n= 54)	Inhibidores de TNF (n=93)	p
Nro de EA	59	21	
Nro de pacientes con al menos un EA, n (%)	30 (56,6)	19 (20,2)	<0,001
Incidencia de EA, eventos cada 100 pte/año (IC 95%)	36,8 (28,5, 47,5)	6,7 (4,3, 10,2)	<0,001
Nro de EAS	8	5	
Incidencia de EAS, eventos cada 100 pte/año (IC 95%)	5,0 (2,0, 10,0)	1,6 (0,7, 3,8)	
EA que motivaron la suspensión definitiva	8	8	0,004
Tipo de EA			
Infecciones	38 (65,5)	10 (47,6)	0,043
Manif. de piel y partes blandas	3 (5,2)	6 (26,6)	
Manif. gastrointestinales	6 (10,3)	2 (9,5)	
Dilipemia	7 (12,1)	-	
Manif. hematológicas	2 (3,4)	1 (4,8)	
Neoplasias	2 (3,4)*	-	
Eventos cardiovasculares mayores	-	1 (4,8)**	
Otros	1 (1,7)	1 (4,8)	

Tabla: Seguridad de tofacitinib e inhibidores de TNF en pacientes con artritis reumatoide.

PRECISIÓN DE LA ULTRASONOGRAFÍA Y EL DOPPLER INTRANEURAL PARA DETECTAR EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARIANO

María Victoria CHIARVETTO PERALTA, Elisabet Karen DELTIN, Nicolás MARIN ZUCARO, Johana Belén ZACARIAZ HERETER, Marina SCOLNIK, Enrique SORIANO, Javier ROSA

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: El síndrome del túnel carpiano (STC) es la neuropatía por atrapamiento más frecuente, provocado por la compresión del nervio mediano a nivel del túnel del carpo. El diagnóstico del STC se basa en la combinación de hallazgos clínicos y alteraciones en los estudios electrodiagnósticos (EDX).

Objetivo: Determinar la utilidad diagnóstica del Doppler intraneural y el área transversal del nervio mediano (ATNM) mediante la ultrasonografía (US) para clasificar pacientes con sospecha de STC, teniendo como estándar de oro los EDX.

Métodos: Estudio transversal, analítico, observacional. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con sospecha clínica de STC desde 05/2022. Se realizaron pruebas clínicas (CTS score), EDX y US. Se clasificaron a los pacientes en grupo STC (EDX positivo) vs. sospecha STC (EDX normal). Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) del Doppler intraneural y ATNM.

Resultados: Se incluyeron 67 pacientes con sospecha de STC, 70,1% (IC 95%: 57,9-80,1) de sexo femenino, con una media de edad al diagnóstico de 67,4 años (DE 12,7); 57 pacientes (85,1%, IC 95%:74,2-92,6) fueron clasificados como STC.. Solo 5 pacientes tuvieron Doppler intraneural positivo, todos pertenecientes al grupo STC. La sensibilidad, especificidad, VPP y VPN negativo para Doppler intraneural positivo fueron 8%, 100%, 100% y 16,1% respectivamente. La sensibilidad, especificidad, Likelihood Ratio (LR) positivo y LR negativo para un ATNM >10 mm² fueron 87%, 30%,1,2% y 0,4% respectivamente. Se realizaron curvas ROC para el ATNM (AUC: 0.55, IC 95%: 0.42-0.68) y CTS score (0.53, IC 95%: 0,42-0,65). En nuestra cohorte un área transversal 9 mm² fue el que mejor valor de corte para discriminar pacientes con y sin STC. Una ATNM de ≥ de 19 mm² mostró una especificidad del 90% (ver en poster las variables clínicas y US).

Conclusión: El rendimiento del área transversal como test diagnóstico fue moderado. La adición del CTS score no agregó valor discriminatorio. Si bien el número de pacientes con Doppler intraneural fue bajo, este mostró una especificidad del 100% para el diagnóstico.

HEPATOPATÍAS AUTOINMUNES ASOCIADAS A ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS SISTÉMICAS: FRECUENCIA Y EVOLUCIÓN

Bettina Soledad SARDI, Ana Carolina COSTI, Lucila GARCÍA, Máximo COSENTINO, Julia SCAFATI, Juan Manuel RODRÍGUEZ GRAMAZZA, Rodrigo ÁGUILA MALDONADO, Maitén SARDE, Claudia PENA, Adrián Pablo SALAS, Rodrigo Agustín BELLONI, Mercedes GARCÍA

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

Introducción: Se estima que el 20% de las enfermedades hepáticas autoinmunes (EHAI) se asocia a enfermedades reumatológicas sistémicas (ERS). Las más frecuentemente descritas son hepatitis autoinmune (HAI), colangitis biliar primaria (CBP) y colangitis esclerosante primaria (CEP).

Objetivo: Describir tipos y características de las EHAI en las patologías reumatológicas sistémicas y su evolución.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de centro único. Se revisaron historias clínicas del período 2022-2024, y se incluyeron pacientes adultos con ERS y EHAI concomitante.

Resultados: Se registraron 30 pacientes, 28 mujeres, mediana de edad 59 (RIC 52-67) años. Las EHAI más frecuentes fueron CBP (63%) y HAI (26%). La esclerosis sistémica fue la más frecuente de las ERS. En el 80% el diagnóstico de la ERS fue previo al desarrollo de la EHAI, con una mediana de tiempo de 62,5 (RIC 8-157,5) meses, siendo la especialidad de Reumatología la que inició la sospecha en un 73% de los casos. Las medicaciones más utilizadas para la ERS durante la sospecha de EHAI fueron los glucocorticoides, hidroxilcloroquina y metotrexato. Del 44% que presentó síntomas, los más frecuentes fueron prurito, síntomas gastrointestinales (GI), artralgias y astenia. Hepatograma basal alterado en 24/30 (80%), 17/21 FAL elevada, 17/23 aumento de TGO/TGP, 16/19 aumento GGT e hiperbilirrubinemia en 6/22. Todos presentaban ANA positivos. De los anticuerpos específicos de EHAI, el anticuerpo antimitocondrial (AMA) fue positivo en 15/26 seguido de anticuerpos antimúsculo liso (ASMA) en 5/16 y de los anticuerpos de ERS el anticentrómero (ACA) 9/16. De los 24 (80%) pacientes que tuvieron ≥5 años de evolución de la EHAI, el 30% desarrolló complicaciones, mediana de tiempo de evolución de 56 (RIC 6-80) meses, siendo la más frecuente la fibrosis hepática en 6 pacientes (86%).

Conclusión: La asociación más frecuentemente encontrada fue entre esclerodermia y colangitis biliar primaria, sin embargo se observó en distintas patologías reumatológicas. El motivo más común de sospecha fue la alteración del hepatograma en pacientes generalmente asintomáticos. Destacamos la relevancia de la búsqueda activa de estas entidades debido a la severidad de las complicaciones y las implicancias terapéuticas.

ERS \ EHAI	ES n=12 (%)	LES n=6 (%)	AR n=9 (%)	Ssj 1° n=5 (%)	MI n=1 (%)	EspA n=1 (%)
HAI n=8	3 (25)	2 (33)	2 (40)	0	0	1 (100)
CBP n=19	8 (67)	3 (50)	3 (60)	4 (80)	1 (100)	0
CEP n=1	1 (8)	0	0	0	0	0
HAI/CBP n=2	0	1 (17)	0	1 (20)	0	0

Tabla 1: Tipos de enfermedades hepáticas autoinmunes según las enfermedades reumatológicas sistémicas EHAI.

	CBP n=19 (%)	HAI n=8 (%)	CEP n=1 (%)	HAI/CBP n=2 (%)
Síntomas (n=13)	8 (42)	3 (37)	1 (100)	1 (50)
-Prurito	4	1	1	0
-Astenia	2	1	1	1
-Síntomas GI	3	1	0	2
-Artralgias	5	1	0	0
Hepatograma alterado (n=24)	16 (84)	5 (62)	1 (100)	2 (100)
-FAL elevada (17/21)	12	2	1	2
-TGO/TGP elevadas (17/23)	10	4	1	2
-GGT elevadas (16/19)	11	3	1	1
-Hiperbilirrubinemia (6/22)	2	1	1	2
Inmunoserología				
-AMA + (15/26)	13	2	-	-
-ASMA + (5/16)	1	2	-	2
-Gp210 + (1/7)	1	-	-	-
-SLALP + (1/6)	-	-	-	1
-Hiper gammaglobulinemia (11/22)	7	3	-	1

Tabla 2: Descripción clínica, bioquímica e inmunoserología de las EHAI.

	CBP n=17	HAI n=4	CEP n=1	HAI/CBP n=2
Estable	14	2	-	1
Fibrosis hepática (F2-F3 METAVIR)	3	2	-	1
Cirrosis (F4 METAVIR)	-	-	1	-

Tabla 3: Evolución de la enfermedad hepática autoinmune ≥5 años.

MEPOLIZUMAB EN GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGITIS: POSIBLES INDICACIONES

Julia SCAFATI, Lucila GARCÍA, Claudia PENA, Maitén SARDE, Juan Ignacio GODIN, Bettina Soledad SARDI, Juan Manuel RODRÍGUEZ GRAMAZZA, Máximo COSENTINO, Paula FERNÁNDEZ, Mercedes GARCÍA

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

Introducción: La granulomatosis eosinofílica con poliangitis (EGPA) tiene una incidencia de 0,11-2,66 casos/millón de habitantes al año y una prevalencia de 10,7-14 por 1,000,000 personas. La IL-5 es crucial para la función de los eosinófilos y su bloqueo impide la unión con su receptor en estos. En 2017, la FDA aprobó mepolizumab, anticuerpo monoclonal anti-IL-5, para el tratamiento de la EGPA.

Objetivo: Evaluar el posible uso de mepolizumab en EGPA.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo de pacientes con EGPA en un centro de alta complejidad entre 2005-2024. Se analizaron manifestaciones clínicas, serológicas, actividad de la enfermedad (BVAS versión 3.0) y tratamientos. Los pacientes fueron evaluados para mepolizumab según severidad, recaídas y/o refractariedad del tratamiento (recomendaciones ACR 2021). Se definió fenotipo alérgico: asma, compromiso otorrinolaringológico (ORL) y afección pulmonar (excluyendo hemorragia alveolar difusa-HAD). Fenotipo vasculítico: compromiso severo con síntomas renales, neurológicos, cardíacos y/o cutáneos. Los pacientes con ambos fenotipos fueron clasificados como mixtos.

Resultados: De 113 pacientes con vasculitis asociada a ANCA (VAA), 17 (15%) tenían EGPA; 9 (53%) eran hombres. La mediana de edad al diagnóstico fue 57 años y 60 meses de seguimiento. El 53% era ANCA positivo: 41% ANCA P-MPO y 11% ANCA C-PR3. Todos tenían hipereosinofilia >10% (mediana de 3000 mm³) y la media del BVAS en la primera consulta fue 12. 4/17 (23%) desarrollaron fenotipo alérgico, tratándose con corticoides y metotrexato (MTX). Uno posteriormente rotó a azatioprina (AZA) por reagudización del asma. Todos eran candidatos a mepolizumab al diagnóstico o en la recaída. 3/17 (18%) presentaron fenotipo vasculítico, recibiendo corticoides a altas dosis y ciclofosfamida; uno presentó recaída debido a HAD. Ninguno fue candidato a mepolizumab. 10/17 (59%) presentaron fenotipo mixto durante la evolución de la enfermedad. Uno recayó debido a empeoramiento del asma y síntomas ORL, siendo candidato a mepolizumab. No se evidenciaron diferencias en el fenotipo clínico según positividad de ANCA.

Conclusión: En nuestra cohorte, el mepolizumab podría ser una opción terapéutica al inicio y en la evolución en 5 pacientes con enfermedad activa no severa en concordancia con las guías ACR. Este tratamiento puede mejorar el pronóstico disminuyendo el uso de corticoides y la tasa de recaídas.

	ANCA negativo (8 pacientes)	ANCA positivo (9 pacientes)	P valor
Sexo masculino (%)	4 (23.5)	6 (35.3)	0.64
Edad diagnóstico (mediana)	45 (31-55)	58 (57-64)	0.05
Seguimiento (mediana meses)	85 (60-138)	60 (36-96)	0.3
BVAS (media)	11,8 (5,6)	16,3 (10,3)	0.3
Eosinófilos (mediana)	7815 (3000-8820)	3000 (2736-3200)	0.34
Asma (%)	5 (29.4)	5 (29.4)	1.00
ORL (%)	3 (17.6)	4 (23.5)	1.00
Infiltrados Pulmonares (%)	4 (23.5)	4 (23.5)	1.00
Compromiso Cardíaco (%)	2 (11.8)	2 (11.8)	1.00
Compromiso Renal (%)	0 (0)	3 (17.6)	0.20
Mononeuritis Múltiple (%)	5 (29.4)	5 (29.4)	1.00
Recaída (%)	0 (0)	3 (17.6)	0.20
Uso potencial de Mepolizumab (%)	2 (11.8)	3 (17.6)	1.00

MEDICIÓN DE LA VASODILATACIÓN ARTERIAL MEDIADA POR FLUJO POR ULTRASONIDO PARA PESQUISAR DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL Y COMPARACIÓN CON UN GRUPO CONTROL

Melisa Romina LUNA, Silvina NASI, Raúl PASTRÁN, Gustavo VEGA, María Florencia GORDILLO, Daniela Alejandra PONCE, Matías BENAVENTE, Agustín GARCÍA CICCARELLI

HOSPITAL EL CARMEN

Introducción: Los mecanismos involucrados en el fenómeno de aterosclerosis acelerada en espondiloartritis axial (EspAax) no están completamente aclarados. Se propone a la disfunción endotelial (DE) como factor clave debido a la pérdida de las propiedades vasodilatadoras del óxido nítrico.

Objetivo: Determinar la presencia de DE mediante la medición de la vasodilatación mediada por flujo (VDMF) en pacientes con EspAax y comparar los resultados con un grupo control.

Métodos: Pacientes >18 años con diagnóstico de EspAax (criterios de clasificación ASAS 2009). Se registraron los diámetros de la arteria braquial antes y después (0, 60 y 180 segundos) de comprimir el antebrazo izquierdo con un manguito de presión durante 5 minutos mediante ultrasonido (US) (Phillip Affiniti 70 G, sonda lineal de 7.0 MH). Se consideró VDMF alterada cuando la vasodilatación porcentual del mejor de los tres diámetros posdescompresión fue <5%. Análisis de datos: Jamovi 2.3.28. Se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión. Test t de Student para muestras independientes; criterio de significación p<0,05.

Resultados: Un total de 15 pacientes, 66,7% mujeres, con una mediana de edad de 42 años (RIC 9.5). 26,7% fumador, 53,3% con IMC >30, 1/15 tenía dislipidemia previa y ninguno tenía hipertensión 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 terapia biológica. Según la prueba de VDMF, 3/15 (20%) tuvieron vasodilatación <5%. Cuando se comparó el promedio de VDMF en los pacientes vs. el grupo control (11,41% y 18,11% respectivamente), no existieron diferencias estadísticamente significativas (p=0,098), aunque observamos una mayor tendencia a la vasodilatación en el grupo control.

Conclusión: El 20% de pacientes con EspAax presentó VDMF <5%. La técnica de medición de la VDMF por US es un método no invasivo, validado para la pesquisa de DE en la población, y que si bien presenta algunas limitaciones (como la variabilidad en los puntos de corte), podría considerarse de utilidad en nuestros pacientes para prevenir la aterosclerosis acelerada.

¿CÓMO IMPACTA LA PRESENCIA DE ENTESITIS EN LA CALIDAD DE VIDA Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL?

Juan Manuel FERRI, Andrea Belén GÓMEZ VARA, Alejandro EZQUER, Emilce SCHNEEBERGER, Gustavo CITERA

INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

Introducción: La espondiloartritis axial (EspAax) es una enfermedad musculoesquelética inflamatoria crónica con afectación predominante del esqueleto axial, aunque puede presentar manifestaciones periféricas, entre las cuales la entesitis representa un compromiso distintivo y característico de la enfermedad.

Objetivo: Evaluar el impacto de la entesitis clínica en la capacidad funcional y la calidad de vida en pacientes con EspAax.

Métodos: Estudio de corte transversal en una cohorte longitudinal de pacientes con EspAax según criterios ASAS 2009. Se evaluaron datos sociodemográficos, clínicos y su relación con la presencia de entesitis según el índice *Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis* (MASES). Análisis estadístico: estadística descriptiva. Test de chi-cuadrado y exacto de Fisher, test T de Student, correlación de Spearman y análisis de regresión lineal múltiple.

Resultados: Se incluyeron 245 pacientes con EspAax, 76% eran varones con una edad media de 53,9 ($\pm 14,2$) y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 21,1 años ($\pm 11,3$). Las características generales de la población estudiada mostraron una media de BASDAI 4,1 ($\pm 2,7$), BASFI 4 ($\pm 2,9$), ASQoL de 5,97 ($\pm 6,2$) y MASES 1,42 ($\pm 2,5$). Considerando como punto de corte un MASES mayor o igual a 2, el 36,7% de los pacientes presentaba entesitis clínica sintomática. Observamos una correlación positiva significativa del MASES con BASFI (Rho: 0.31, $p < 0,001$) y con ASQoL (Rho: 0.44 $p < 0,001$). La presencia de entesitis se asoció significativamente con el sexo femenino (51,7% vs. 20,9%, $p < 0,001$), mayor actividad de la enfermedad (BASDAI 5,9 ($\pm 2,4$) vs. 3,4 ($\pm 2,5$), $p < 0,001$), peor capacidad funcional (BASFI 5,4 ($\pm 2,9$) vs. 3,5 ($\pm 2,8$), $p < 0,001$) y peor calidad de vida (ASQoL 9,37 ($\pm 5,2$) vs. 4,7 ($\pm 4,6$), $p < 0,001$). En el análisis multivariado, luego de ajustar por edad, sexo, duración y actividad de la enfermedad, la presencia de entesitis se asoció significativamente con peor calidad de vida.

Conclusión: La entesitis es una manifestación frecuente de la EspAax que genera un impacto negativo en la calidad de vida. Esto enfatiza la necesidad de una evaluación sistemática y una optimización del abordaje terapéutico del compromiso entesal.

IMPACTO DE LA INFECCIÓN POR DENGUE EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS AUTOINMUNES DE ARGENTINA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Ana Lucía BARBAGLIA NAVARRO¹, Luciana GONZÁLEZ LUCERO¹, María Constanza BERTOLACCINI¹, Raúl SUELDO¹, Nicolás VECE¹, Mariana ACIAR², María Laura TOSO², Leila BELBRUNO², Eugenia PICCO², Cecilia GOIZUETA³, María de la Paz LEÓN⁴, Yessika SORIA CURI⁵, Mariana PERA⁶, Camila HARO⁷, Verónica BELLOMIO¹

¹HOSPITAL PADILLA, ²HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, ³SANATORIO 9 DE JULIO, ⁴CONSULTORIO PRIVADO, ⁵INSTITUTO ROTELLA, ⁶HOSPITAL CENTRO DE SALUD, ⁷INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

Introducción: Durante 2024 se registraron 520.037 casos de dengue en Argentina, con una mortalidad del 0,075%.

Objetivo: Describir las características clínicas y de laboratorio de la infección por dengue en pacientes con enfermedades reumatológicas autoinmunes (ERA) de Argentina. Detectar variables asociadas a los desenlaces internación, dengue severo y muerte.

Métodos: Estudio observacional. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de ERA con infección por dengue entre 1/12/2023 y 1/6/2024. Se recolectaron variables demográficas, relacionadas a la enfermedad reumatológica e infección por dengue (clínicas y de laboratorio), muerte y causa de muerte.

Resultados: Se incluyeron 189 pacientes con diagnóstico de dengue, 84% mujeres, edad media 49,5 años, 93,7% de la región del NOA (Tucumán, Salta y Jujuy) y 6,3% de Buenos Aires. El 40% (76) tenía diagnóstico de AR, 20% (38) LES, 7% (13) EspA y el resto otros diagnósticos. El 90,5% (171) se encontraba con tratamiento inmunosupresor, 49 pacientes (26%) con bDMARDs. De los pacientes incluidos, 148 tuvieron diagnóstico de dengue por nexa epidemiológico, 37 por detección de AgNS1 y 4 por serología de IgM. Los síntomas más frecuentes fueron: fiebre (87%), artromialgias (86%), fatiga (74%) y manifestaciones gastrointestinales (54%) con una duración media de 10,5 días. El 39% presentó alguna alteración de laboratorio: 30% alteración del hepatograma, 25% leucopenia, 22% plaquetopenia; 12% presentó sangrado y el más frecuente fue ginecológico (6/22). Se hospitalizaron 33 pacientes, 8 de ellos en UCI. Seis pacientes tuvieron dengue grave: 2 con shock hipovolémico, 2 con sangrado grave, 1 con miocarditis, 1 con coagulación intravascular diseminada (CID). Hubo 2 muertes (1,05%), y las causas fueron shock hipovolémico y CID. De los 16 pacientes con antecedente de dengue previo, ninguno tuvo dengue grave en la segunda infección. Ninguna variable estudiada se asoció a internación, dengue severo ni muerte.

Conclusión: En este primer estudio multicéntrico de pacientes con ERA y dengue de Argentina. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre, artromialgias y fatiga; 6 pacientes tuvieron dengue grave y 2 de ellos fallecieron. No se encontraron asociaciones con los desenlaces internación, dengue severo ni muerte.

ANTICUERPO ANTI-SRP EN MII: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL GRUPO DE ESTUDIO DE MII

Cristian Alejandro BENÍTEZ¹, María Agustina ALFARO¹, Graciela GÓMEZ², Carolina COSTI³, Amelia GRANEL⁴, Verónica WERNICKE⁵, Cecilia PISONI⁶, Micaela COSATTI⁶, Ignacio LÓPEZ⁷, Gustavo MEDINA⁷, Julieta GAMBÁ¹, Claudia PEÓN¹, Yhanderin YAMPA VEDIA¹, Marina GARCÍA CARRASCO⁷, Arisai Graciela HUICI ROJAS¹

¹HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS, ²INSTITUTO LANARI, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, ³HOSPITAL SAN MARTÍN, ⁴HOSPITAL SAN ROQUE DE GONNET, ⁵HOSPITAL ROSSI, ⁶CEMIC, ⁷HOSPITAL DE CLÍNICAS

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo diverso de trastornos autoinmunes caracterizados por debilidad e inflamación muscular. Se han descrito distintos subtipos fenotípicos. Los anticuerpos específicos para miositis son fundamentales en el diagnóstico y tratamiento. Los anticuerpos SRP se describieron en casi el 5%.

Objetivo: Describir las características clínicas de los pacientes con MII-SRP del Grupo de Estudio de Reumatología de la Sociedad Argentina de Reumatología.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo multicéntrico de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de MII-anti-SRP (criterios ACR/EULAR 2017) del Grupo de Estudios de la Sociedad Argentina de Reumatología de MII. Se incluyeron pacientes con DM juvenil (DMJ) y superposición. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, analíticos y terapéuticos. Se consideró debilidad muscular por MMT8. Se realizó mediana y rango intercuartílico (RIC) para variables continuas y frecuencias, y porcentajes para variables categóricas.

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes; el 88,2% del sexo femenino, con una edad mediana (m) de 54 años (RIC 49-67). El 70,6% era de etnia blanca. Se registró una demora diagnóstica de 6 meses (RIC 1-18). El 64,7% de los pacientes se clasificó como MNIM. Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA 23,5% y TBQ 41,2%. Uso de estatinas 11,8% y alcohol 5,9%. No se registraron eventos neoplásicos ni cardíacos en estos pacientes. El 56,3% presentó debilidad muscular por MMT8, disfagia 50%, compromiso articular 25%, Raynaud 18,8% y enfermedad pulmonar intersticial 12,5%. Se contaron con 7 biopsias musculares (43,8%). Se evaluaron niveles de creatinina fosfoquinasa en el 70,6% de la muestra. Se observó un aumento menor a 5 veces en el valor de referencia en el 41,7%. Se registró presencia de FAN 35,3%, Ro52 17,6%, FR en un 11,8% y anti-CCP positivo 5,9%, Ro60 5,9% y LA 5,9%. 88,2%. Tratamiento: prednisona 30 mg/día (RIC17-40) o equivalentes, metotrexato 41,2%, azatioprina 35,3%, rituximab 29,4%, inmunoglobulinas endovenosas en 23,4%, micofenolato mofetilo 23,5%, hidroxicloroquina 17,6%, ciclofosfamida 5,9%, ácido micofenólico 5,9%.

Conclusión: Los hallazgos más frecuentes fueron la afectación muscular y el compromiso pulmonar intersticial. Los glucocorticoides y el metotrexato fueron los tratamientos más frecuentemente administrados.

0279

CAUSAS SECUNDARIAS DE OSTEOPOROSIS. RESULTADOS PRELIMINARES DEL REGISTRO BAFER

Alfonso DE SOGOS¹, María Lorena BRANCE², Emilce FONSECA¹, Luis Agustín RAMÍREZ STIEBEN, Evelin SCAGLIA¹, Norberto QUAGLIATO¹, Mariano PALATNIK¹, Mariana CUSUMANO¹, Priscila SERRAVALLE¹, Agustina TOSO¹, Ariana RINGER¹, Nicolás MARÍN ZUCARO², Lucas BRUN¹

¹REUMATOLOGÍA Y ENFERMEDADES ÓSEAS, ROSARIO, ²UI PANLAR

Introducción: Además de ciertas enfermedades con efecto negativo sobre la masa ósea, existen otras causas de pérdida ósea secundaria.

Objetivo: Estudiar la frecuencia de factores de riesgo y enfermedades relacionadas con el impacto negativo en la masa ósea.

Métodos: Se utilizaron datos del registro en vida real BAFER (*Bone Analysis and Fracture Evaluation Register*). Estudio de cohorte descriptivo y observacional de pacientes >18 años que concurren a la consulta para estudio de masa ósea. Se registraron datos demográficos y basales correspondientes a la primera visita. Se realizó estadística descriptiva, evaluando frecuencias en %. Datos expresados como media±SD.

Resultados: Se presentan datos preliminares del registro BAFER de 450 pacientes (92,4% mujeres n=416 y 7,6% hombres n=34, edad media 58,9±14,2 años) ingresados desde el 01-05-2024 al 25-07-2024, correspondientes a un único centro de referencia de la ciudad de Rosario. De las mujeres estudiadas, un 84,5% era posmenopáusica. El 88,3% de los pacientes no había recibido drogas que afectaran negativamente a la masa ósea, mientras que un 11,9% recibió GC. De los que recibieron GC, el 97,9% lo recibió vía oral, tópicos de alta potencia un 2,1% e igual porcentaje de IM. El promedio de tratamiento con GC fue de 84,7 meses. La dosis máxima fue de 90±18,7 mg equivalentes de prednisona. El 81,4% de la población no recibió tratamiento previo para osteoporosis. De quienes recibieron tratamiento, las drogas más frecuentemente utilizadas fueron los antirresortivos ibandronato, denosumab y zoledronato. Solo el 19,4% de los pacientes presentó enfermedad reumatológica autoinmune: AR (47,0%), LES (12,0%), APs (7,2%), espondiloartritis axial (6,0%), penfigoide ocular (2,4%), otras (25,3%). La diabetes estuvo presente en el 7,7% de la población estudiada, siendo más frecuente la DM2 (88,2%) con una media de 8,25 años de evolución. El 3,1% de los pacientes era celíaco, 0,7% *bypass* gástrico y 9,6% patología oncológica. Otras: hipertiroidismo (3,1%), síndrome de Cushing (1,9%), enfermedad hepática crónica 2,5%, enfermedad renal crónica 1,2% e hiperparatiroidismo 3%.

Conclusión: Tener presente los factores de riesgo asociados a la baja masa ósea, así como considerar otras patologías asociadas a la baja masa ósea, es fundamental para abordar de forma adecuada el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de estos pacientes.

0282

COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

Aixa Lucía MERCÉ, Xavier MERCHÁN DEL HIERRO, Gonzalo NIETO, Gonzalo LAGE, María Belén PALLO LARA, Simón SIGNORIO, Micaela Belén RODRÍGUEZ, Francisco Armando SEGOVIA DAZA, Lía Valentina INGOLOTTI, Julieta Silvana MORBIDUCCI, Anastasia SECCO

HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA

Introducción: En el síndrome de Sjögren primario (SSp) existen datos contradictorios sobre la prevalencia y severidad del compromiso autónomo.

Objetivo: Describir el compromiso del sistema nervioso autónomo (SNA) en pacientes con SSp; identificar disautonomía con el cuestionario *The Survey of Autonomic Symptoms* (SAS); evaluar diferencias en el índice *Sjögren's Syndrome Patient Reported Index* (ESSPRI) y en el *Sjögren's Syndrome Disease Activity Index* (ESSDAI) entre los pacientes con prueba cutánea simpática normal y alterada, y entre los pacientes con y sin compromiso autonómico cardíaco.

Métodos: Estudio observacional, analítico y transversal. Se incluyeron pacientes con SSp >18 años por criterios ACR-EULAR 2016. Se excluyeron aquellos con otra enfermedad reumatológica, enfermedades asociadas a disautonomía y/o contraindicación para el procedimiento. Se realizó ESSPRI, ESSDAI y el SAS. La evaluación neurofisiológica se realizó con electromiografía y potenciales evocados. Las variables continuas se describieron como media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC). La comparación entre grupos se realizó con la prueba chi-cuadrado o test exacto de Fisher. La comparación de variables numéricas se efectuó utilizando prueba t de Student o de Mann-Whitney.

Resultados: 39 pacientes, 94,8% mujeres. Media de edad 55 años (±12). 7% utilizaba inmunomodulador. La media de ESSPRI y ESSDAI fue de 5,1 (±2,6) y 0,7 (±1,4), respectivamente. La media del SAS fue de 5,1 (±2,4) y del impacto de los síntomas, medido por SAS, 19,1 (±11). La prevalencia de disautonomía cardíaca fue del 20% y de disautonomía periférica del 10,2%. En el análisis univariado los pacientes con disautonomía cardíaca presentaron ESSDAI mayor que aquellos sin (1,3±1,4 vs. 0,5±1,4; p=0,02), sin diferencias significativas en los valores totales del ESSPRI y SAS. No se encontraron diferencias significativas en los índices evaluados, entre los pacientes con vs. sin disautonomía periférica. La sensación de desvanecimiento por SAS fue significativamente mayor en pacientes con disautonomía (87,5 vs. 45,1%; p=0,03).

Conclusión: La prevalencia de disautonomía cardíaca fue del 20% y en estos el ESSDAI fue significativamente mayor. La prevalencia de disautonomía periférica fue del 10,2%. Es importante la búsqueda del compromiso del SNA y el trabajo interdisciplinario.

DIFERENCIAS EN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, SEROLÓGICAS Y TERAPÉUTICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. DATOS PRELIMINARES DEL REGISTRO DE LA VIDA REAL DE PANLAR (PANRED)

Nicolás MARÍN ZUCARO, María Lorena BRANCE, Gilda Aparecida FERREIRA, Daniel FERNÁNDEZ ÁVILA, Hugo MADARIAGA, Pedro SANTOS-MORENO, Gabriel MACIEL, Norberto QUAGLIATO, Ariana RINGER, Emilce FONSECA, Mariano PALATNIK, Samia DE SOUZA STUDART, Marilía FERNÁNDES, Adriana KAKEHASI, Gustavo GÓMES RESENDE, Mirlene SOUZA SANTOS, María Fernanda Brandã DE RESENDE, René DONIZETI, Natalia BRASILDO, Marcela CAVICHIO, Viviane DE SOUZA, Rafael FRAGA, Aline LANDA, Renata HENRIQUES DE AZEVEDO, Cintya 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, Manuella 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 Alín VIEIRA MORAES ESSADO, Mariana SILVA GUIMARÃES, Rodrigo GARCÍA SALINAS, William Antonio PUCHE RUIZ, Ricardo ACAYABA, Rita MENIN, Mariana FERREIRA MARTINS, Inés SILVEIRA, Julia BOECHAT FARARIN, Samanta GERHARDT, Fernando SOMMERFLECK, Enrique SORIANO

REGISTRO PANRED - PANLAR

Introducción: La variabilidad en la prescripción y el acceso a las distintas terapias puede generar patrones clínicos particulares, por ello es crucial investigar dichas características en pacientes de la vida real en América Latina.

Objetivo: Evaluar las diferencias en las características clínicas, serológicas, radiológicas y terapéuticas en pacientes con artritis reumatoide que iniciaron un nuevo tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad reumática en América Latina.

Métodos: Se analizaron datos clínicos, serológicos, radiológicos y terapéuticos provenientes del registro de vida real de PANLAR (PANRED), el cual consta de pacientes consecutivos con diagnóstico de AR (según criterios ACR 2010) desde diciembre de 2021 a julio de 2024. Realizamos un análisis descriptivo de las características de los pacientes junto con las comparaciones pertinentes, utilizando test no paramétricos para las variables continuas y chi-cuadrado o el test de Fisher para las categóricas. Se consideró una $p < 0,05$ como significancia estadística.

Resultados: Se incluyeron 1621 pacientes. No se encontraron diferencias con respecto de la distribución de género, anticuerpos, parámetros de actividad y capacidad funcional entre los 3 grupos de tratamiento. Mientras que los pacientes que iniciaron cDMARDs tuvieron menor proporción de uso de glucocorticoides concomitantes (JAKi $p = 0,001$; bDMARD $p < 0,0001$), aquellos con JAKi tuvieron menor tasa de uso de cDMARDs (bDMARDs $p = 0,03$). El 8,1% de los pacientes que inició JAKi tuvo falla previa a este mecanismo, aunque sin diferencias con respecto a los bDMARDs ($p = 0,06$). Al basal, los pacientes con inicio de cDMARDs tuvieron menor porcentaje de erosiones (JAKi $p = 0,02$; bDMARD $p = 0,0001$). Comparando la actividad extraarticular, observamos mayor compromiso en los pacientes con bDMARDs que en el grupo de JAKi ($p < 0,0001$).

Conclusión: Los pacientes que iniciaron cDMARDs tuvieron menor uso de glucocorticoides concomitantes, así como menor proporción de erosiones al basal. Los pacientes con JAKi, al basal, mostraron menor uso de cDMARDs concomitantes y menor actividad extraarticular. Este registro recibe un Grant irrestricto de Abbvie, Pfizer y Janssen.

UVEÍTIS POR ENFERMEDAD DE BEHÇET EN UNA POBLACIÓN ARGENTINA: TRATAMIENTOS UTILIZADOS EN LA PRÁCTICA DIARIA

Máximo COSENTINO¹, Claudia PENA¹, Ignacio GANDINO², María Constanza BARETTO³, Belén María VIRASORO³, Sebastián MUÑOZ³, Alex KOSTIANOVSKY³, Lucila GARCÍA¹, Marina SCOLNIK⁴, Ariana RINGER⁵, Carlos SIEGRIST⁵, Brian Marcelo ABDALA⁶, Serenela CHULIBERT⁶, Marina DALPIAZ⁷, Ariel SCHLAEN⁸, Santiago CATALAN PELLET, Agustina NIEDDU⁸, Milagros HEREDIA⁸, Claudia ALANEZ CLAURE⁹, Natalia VANEGAS TREJO⁹, Julieta FOURCADE⁹, Rodrigo MERELLO⁹, Gustavo BUDMANN⁹, Graciela RODRÍGUEZ¹, Mercedes GARCÍA¹

¹HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (HIGA) GENERAL SAN MARTÍN LA PLATA, ²HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JUAN A. FERNÁNDEZ, ³CONSULTORIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES, ⁴HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ⁵CLÍNICA DE MEDICINA Y LABORATORIO INMUNOLÓGICO ESPECIALIZADO, ⁶HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ⁷HOSPITAL MÉDICO POLICIAL CHURRUCA VISCA, ⁸HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL, ⁹HOSPITAL OFTALMOLÓGICO DR. PEDRO LAGLEYZE

Introducción: La enfermedad de Behçet (EB) es una vasculitis sistémica venosa y arterial que cursa con compromiso ocular en 40-70%, siendo la principal causa de morbilidad. La uveítis es la presentación ocular más frecuente, puede llegar hasta el 90%, afectando tanto al segmento anterior como posterior del ojo. El 16-25% termina en ceguera.

Objetivo: Describir las características de uveítis en la EB, las manifestaciones extraoculares y las líneas terapéuticas utilizadas, y evaluar los factores asociados a remisión al primer esquema terapéutico.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, analítico y de cohorte retrospectivo. Pacientes adultos con EB según criterios ICB 2014 y uveítis según el grupo de trabajo de estandarización de la nomenclatura de uveítis (SUN). Se definió remisión si el paciente cumplía criterios SUN de remisión ocular y si el reumatólogo no tuvo que cambiar el inmunosupresor por compromiso extraocular.

Resultados: Se incluyeron 68 pacientes. El HLA-b51 fue positivo en 18/21 (85,7%). El tratamiento sistémico más utilizado de primera línea fue azatioprina (55,1%). Treinta y seis (36) pacientes respondieron al primer esquema terapéutico, mientras que 32 fueron refractarios. Los motivos de cambio del tratamiento fueron: 19 pérdida de respuesta, 5 efectos adversos y 4 por otro motivo. Se realizó comparación en cuanto a remisión o refractariedad a la 1ª línea terapéutica; no se observaron diferencias significativas en dicha comparación. Se observaron secuelas en 18/59 (30,1%) pacientes: 1 glaucoma, 7 cicatrices retinianas, 5 ceguera y 5 cataratas.

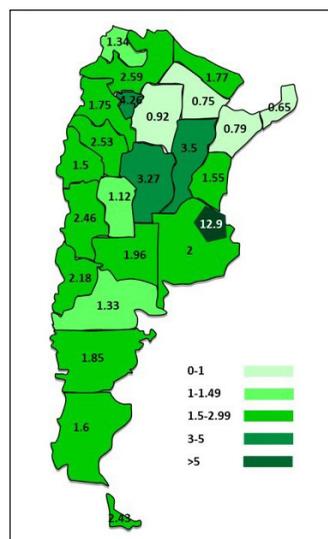
Conclusión: En esta cohorte la forma de presentación más frecuente fue la panuveítis, así como el compromiso bilateral y crónico. Las manifestaciones extraoculares más frecuentes fueron las úlceras orales, genitales y la afección cutánea. Aproximadamente la mitad de los pacientes logró la remisión. Sin embargo, destacamos el alto porcentaje de daño secuelar, lo que indica no solo la utilidad del reconocimiento temprano, sino de la necesidad de rever los tratamientos indicados.

MAPEO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS ESPECIALISTAS EN REUMATOLOGÍA EN ARGENTINA

Emilce SCHNEEBERGER¹, Gustavo CITERA¹, José Luis VELASCO ZAMORA², María de los Ángeles CORREA¹, Fabiana MONTOYA¹, Marcelo AUDISIO³, Gabriela SÁNCHEZ⁴, Paula ALBA³, Ignacio CHAVERO⁴, Raúl SUELDO⁵, Rodrigo BLAS⁶, Pablo FINUCCI CURI⁷, Federico PANIEGO⁸, José Adolfo SÁNCHEZ⁹, Juan Ángel FLORES¹⁰, Gustavo CASADO¹, Guillermo BERBOTTO⁴

¹FILIAL ARCBA, ²FILIAL ARPBA, ³FILIAL CÓRDOBA, ⁴FILIAL SANTA FE, ⁵FILIAL TUCUMÁN, ⁶FILIAL CUYO, ⁷FILIAL ARNEA, ⁸FILIAL SUR, ⁹FILIAL SALTOJUJEÑA, ¹⁰FILIAL CATSELAR

Introducción: El conocimiento de la distribución epidemiológica de los reumatólogos en nuestro país podría permitirnos garantizar asistencia sanitaria de calidad y con igualdad de acceso a la población.



Objetivo: Estimar el número de reumatólogos en Argentina, determinar sus características sociodemográficas y laborales, y describir la distribución de los mismos a lo largo del territorio nacional.

Métodos: Estudio de corte transversal. Se incluyeron todos reumatólogos que atienden pacientes adultos y que hayan obtenido su título de especialista hasta 31-12-2023. Según el criterio de cada filial de la SAR, se incluyeron también médicos clínicos que por su experiencia asisten a pacientes reumatológicos. Los criterios de exclusión fueron: fallecidos, retirados, emigrantes, en formación y pediatras. Se consignaron: edad, sexo, filial y provincia, años de especialidad, lugar de trabajo (público, privado o ambos). Análisis estadístico: estadística descriptiva. Densidad de reumatólogos por provincia (Nº reumatólogos por unidad geográfica/superficie territorial correspondiente). Se calculó la relación del Nº de reumatólogos por 100000 habitantes.

Resultados: En Argentina contamos con un total de 940 reumatólogos, con una edad mediana de (m) 47 años (RIC 40-56) y un rango de edad de 29 a 85 años. Predominan las mujeres 581 (61,8%), presentando una relación mujer: varón de 1.5:1. El promedio del tiempo en la especialidad es de 14 años ±11,5. Solo 21 reumatólogos (2,2%) trabajan en la industria farmacéutica. En cuanto a la asistencia, 30 (3,2%) trabajan en la asistencia pública, 58,1% en la privada y 38,7% en ambas. La frecuencia de reumatólogos por filial es: ARCBA 296, ARPBA 246, SANTA FE 89, CÓRDOBA 88, TUCUMÁN 49, CUYO 46, ARNEA 40, SUR 37, SALTOJUJEÑA 31 y CATSELAR 18. La densidad de los reumatólogos en Argentina es de 0,34/1000 Km² y en las provincias varían desde 144/100 Km² en CABA a 0,022/100 Km² en Santa Cruz. En nuestro país contamos con 2,97 reumatólogos/100000 habitantes y esa relación varía desde 12,9 en CABA a 0,65 en Misiones (Figura).

Conclusión: Si bien en nuestro país contamos con un importante número de reumatólogos, su distribución es heterogénea. Estos datos reflejan la necesidad de implementar políticas de salud en las regiones con mayor deficiencia de especialistas en Reumatología.

Figura: Relación de reumatólogos cada 100.000 habitantes.

INDICE DE DAÑO EN ER-IGG4 SEGÚN FENOTIPOS: NUEVA HERRAMIENTA PARA LA EVALUACIÓN DEL DAÑO

Agustín Gabriel CÁCERES, Marina SCOLNIK, Ernestina ANGAROLA, Javier ROSA

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivo: Evaluar el daño orgánico según fenotipos en una cohorte de pacientes con enfermedad relacionada a IGG4 (ER-IgG4) mediante una nueva herramienta: el índice de daño de ER-IGG4 (ID ER-IgG4)

Métodos: Se incluyeron pacientes ≥18 años que cumplían criterios clasificatorios ACR/EULAR 2019 para ER-IGG4 que tuvieron seguimiento entre 2000-2024. Daño se definió como lesión orgánica irreversible que dure al menos 6 meses. Se identificaron los distintos fenotipos de la enfermedad, se evaluó el daño mediante el ID ER-IgG4 al diagnóstico, a los 6 y a los 12 meses de seguimiento, y se calculó la dosis acumulada de corticoides.

Resultados: Se incluyeron 49 pacientes, 35 masculinos (71,4%), con una mediana de edad al diagnóstico de 61,5 años (RIC 50,9-70,5), una mediana de seguimiento de 19 meses (RIC 10-33) y con biopsia confirmatoria en 35 casos (71,4%). La mayoría tenía compromiso multiorgánico n=37 (75,5%) y la distribución según fenotipos fue: enfermedad pancreato-hepato-biliar n=19 (38,8%), fibrosis retroperitoneal y/o aortitis n=5 (10,2%), cabeza y cuello n=9 (18,4%), síndrome de Mikulicz clásico con afectación sistémica n=9 (18,4%) y no clasificables n=7 (14,3%). Utilizando el ID ER-IgG4, a la evaluación basal, 33 pacientes (67,3%) ya presentaban al menos un score de daño ≥1, a los 6 meses 35 (83,3%) y a los 12 meses 38 pacientes (95,0%). El daño más frecuente fue en el dominio "otros" que incluía pacientes con osteoporosis, cataratas, diabetes y daño quirúrgico (67,5%), seguido por el dominio pancreático (17,5%), hepatobiliar (17,5%) y pulmonar (15%). La dosis acumulada de corticoides al final del seguimiento fue de 5,1 g de meprednisona (RIC 3,5-7,4). En el análisis de regresión logística ni la dosis acumulada de corticoides ni el tiempo de corticoides, ni la edad ni el sexo se asociaron a un mayor riesgo de daño. Tampoco se encontraron diferencias en el score de daño acumulado a los 12 meses entre los distintos fenotipos (p=0,053).

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con ER-IgG4, con el uso del ID ER-IgG4, se evidenció que el 95% de pacientes presentó al menos un daño orgánico a los 12 meses de seguimiento, siendo el más frecuente el daño derivado del tratamiento (corticoides y cirugías), con una mediana de dosis acumulada de corticoides de 5,1 g de meprednisona en 19 meses de seguimiento.