

ORALES

0124

FRECUENCIA Y PREDICTORES DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL DIFÍCIL DE MANEJAR ACORDE A LA DEFINICIÓN DE ASAS

Nataly MEJÍA, Carolina BARDINI, Jessica SOLÍS, Gisele REYES, Juan ARGUELLO, Santiago RUTA, Álvaro RUTA, Sebastián MAGRI, Rodrigo GARCÍA SALINAS
HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, LA PLATA

Variable	D2M (n=11)	No D2M (n=118)	Valor p	RR (IC 95%)
Sexo masculino (%)	18 %	51 %	0.05	0.35 (0.11-1.10)
Años de educación	14.3 ± 2.7	13.4 ± 3.1	0.3	
Edad al diagnóstico	41 ± 13.5	41 ± 12	0.9	
Tabaquismo (%)	80 %	39 %	0.01	2.05 (1.17-3.57)
Dolor lumbar inflamatorio (%)	91 %	84 %	0.5	1.08 (0.57-2.06)
Buena respuesta a AINEs (%)	64 %	65 %	0.8	0.97 (0.54-1.73)
Dolor torácico anterior (%)	90 %	80 %	0.4	1.13 (0.63-2.03)
Entesitis (%)	40 %	34 %	0.6	1.17 (0.58-2.37)
Artritis (%)	36 %	21 %	0.1	1.75 (0.75-4.10)
Uveítis (%)	9 %	6 %	0.7	1.49 (0.18-12.38)
Enfermedad inflamatoria intestinal (%)	0 %	8 %	0.3	0.00 (0.00-3.57)
Psoriasis (%)	54 %	24 %	0.02	2.26 (1.10-4.62)
Antecedentes familiares de SpA (%)	81.8%	72 %	0.4	1.14 (0.68-1.91)
HLA-B27 positivo (%)	60 %	46 %	0.6	1.29 (0.68-2.44)
VSG (mm/h)	17.1 ± 8.7	19.5 ± 16.4	0.4	
PCR (mg/L)	1.8 ± 2	5.6 ± 11.3	4	
PCR elevada (>5 mg/L) (%)	73 %	62 %	0.4	
Daño estructural en RX (%)	54 %	23 %	0.01	2.31 (1.21-4.42)
Lesiones en sacroiliacas por RMN (%)	90 %	85 %	0.6	1.06 (0.78-1.45)
Entesitis por ecografía (%)	50 %	65 %	0.3	0.77 (0.36-1.63)
Dolor (EVA 0-10)	6.4 ± 1.36	6.8 ± 1.7	0.4	
Dolor nocturno (EVA 0-10)	6.3 ± 2.36	5.3 ± 2.4	0.2	
Rigidez matutina (min)	43 ± 19.5	34.6 ± 27.8	0.3	
BASDAI (0-10)	6 ± 1.6	4.5 ± 1.7	0.04	1.08 (0.66-1.76)
ASDAS (0-10)	4 ± 1	3.1 ± 1.2	0.03	
BASFI (0-10)	5 ± 0.6	4.6 ± 1.4	0.04	
HAQ (0-3)	0.8 ± 0.4	0.7 ± 0.3	0.5	
Demora diagnóstica (meses)	80 ± 56.1	73.7 ± 84.3	0.7	1.18 (0.85-1.64)
Edema óseo en RMN (%)	70 %	59 %	0.5	0.67 (0.23-1.95)
Lesiones grasas en RMN (%)	33 %	50 %	0.8	0.72 (0.27-1.89)
Erosiones en RMN (%)	37 %	52 %	0.5	0.55 (0.19-1.56)
Esclerosis en RMN (%)	44 %	80 %	0.08	1.09 (0.91-1.30)
Puentes óseos en RMN (%)	10 %	9 %	0.3	1.08 (0.66-1.76)
Cambios crónicos en RMN (%)	72 %	67 %	0.6	3.75 (2.35-5.98)
Cambios articulares por ecografía (%)	75 %	20 %	0.0001	
TJC	2.8 ± 2.44	1.8 ± 2.5	204	
SJC	1.5 ± 1.86	0.6 ± 1.5	42	

Tabla: Comparativa DM2 vs. no DM2.

Introducción: El concepto de espondiloartritis axial difícil de manejar (axSpA-D2M), propuesto por ASAS, describe a pacientes que no responden a dos líneas de tratamiento con b/tsDMARDs y mantienen actividad clínica. Un subgrupo, denominado "refractarios", además presenta signos objetivos de inflamación.

Objetivo: Estimar la frecuencia de axSpA-D2M, describir las tendencias terapéuticas y analizar las características basales asociadas a la evolución hacia D2M.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. El programa Reuma-Check aplicó una evaluación estructurada con estudios de laboratorio, radiografía de SI, RM y ecografía. Se recolectaron datos demográficos, características del dolor lumbar, demora diagnóstica, respuesta a AINEs, EVA dolor, rigidez matutina, BASDAI, BASFI, MASES. Se definió D2M como la falta de respuesta a dos terapias biológicas con enfermedad activa. Se realizaron estadísticas descriptivas, análisis comparativos y regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 129 pacientes (seguimiento 12 meses; IQR: 3-36) (Tabla). La frecuencia de D2M fue 8,5% (n=11; IC95%: 4,8-14,6). El tiempo promedio con el primer biológico fue de 19 meses (DE: 16) y con el segundo, 21 meses (DE: 19). Fracasos en primera línea: 30% - 80% con anti-TNF y 20% con IL-17. En segunda línea: 85% falló anti-TNF, 10% IL-17 y 5% JAKi. Solo cuatro pacientes cumplieron criterios de enfermedad refractaria (2 con PCR elevada y 2 con RMN activa). Variables basales asociadas a D2M fueron: BASFI (4,16±2,54 vs. 2,87 ± 2,15; p=0,04), BASDAI (5,11±2,87 vs. 3,54±2,42; p=0,01), ASDAS (3,72±1,45 vs. 2,84 ± 1,16; p=0,009), tabaquismo (OR=6,35; IC 95%: 1,26-32,08; p=0,012), psoriasis (OR=3,77; IC 95%: 1,07-13,30; p=0,029), maniobras SI positivas (OR=3,71; IC95%: 1,03-13,42; p=0,043), RX periférica + (OR=5; IC95%: 1,3-6,5; p=0,01), ecografía articular + (OR=10,65; IC 95%: 1,42-80,09; p=0,022). En el análisis multivariado, la única variable predictiva independiente fue la ecografía articular + (OR=10,65; IC95%: 1,42-80,09). Como tratamiento de tercera línea, 6 pacientes recibieron JAKi, 3 IL-17 y 2 anti-TNF.

Conclusión: En la cohorte Reuma-Check se observó una prevalencia de axSpA D2M del 8%. La actividad clínica (BASFI, BASDAI, ASDAS) y los hallazgos en la ecografía articular fueron factores predictivos clave.

0150

IMPACTO DE LA DURACIÓN DE LA REMISIÓN EN EL DAÑO ACUMULADO EN PACIENTES CON LUPUS

Mauro Damián MARTINI, Nicolás ALVARADO, Gelsomina ALLE, Agustín CÁCERES, Enrique R. SORIANO, Javier ROSA, Marina SCOLNIK

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivo: Evaluar la asociación entre la duración de la remisión y el daño acumulado al final del seguimiento en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron casos incidentes de LES (criterios ACR/SLICC 2019) entre 2000 y 2020 afiliados a un plan de salud de un hospital universitario de Buenos Aires. Se evaluaron las historias clínicas electrónicas y para cada paciente con LES se determinó el estado de actividad de la enfermedad en cada mes de seguimiento: brote (BILAG A y/o 2 BILAG B), baja actividad (LLDAS), remisión (definición DORIS) o actividad intermedia (si no cumplía ninguna de los anteriores). Se analizó el tipo de compromiso, tratamientos recibidos y se calculó el SDI (SLICC *damage index*) al final del seguimiento. Se realizó estadística descriptiva y análisis uni y multivariado de Cox para identificar predictores de daño orgánico.

Resultados: 62 pacientes con LES, edad media al diagnóstico de 46.4 años (DE 17.9), 88.7% sexo femenino y con una mediana de seguimiento de 10.6 años (RIC 7.10-15.50). Los pacientes permanecieron el 75.5% del tiempo en remisión, 10.2% en LLDAS, 13.5% en actividad intermedia y 0.8% en brote (84 brotes en 39 pacientes). El 80.7% utilizó corticoides en algún momento, con una mediana de tiempo de 1.7 meses (RIC 0.25-4.69) y una dosis mediana acumulada de prednisona de 156 mg (RIC 32-356). El 95.2% uso hidroxicloroquina, 64.5% DMARDc y 14.5% biológicos. Un 43.6% presentó nefritis lúpica. Al final del seguimiento, 35 pacientes (56.5%) presentaron daño (SDI≥1), siendo los más frecuentes, cataratas (n=12), fractura osteoporótica (n=18), malignidad (n=9) y eGFR<50% (n=6). Durante el seguimiento, 8 pacientes (12.9%) fallecieron, todos ellos con daño acumulado (SDI≥1). En el análisis multivariado de Cox ajustado por dosis acumulada de corticoides y número de flares, la edad (HR 1.08, IC95% 1.04-1.12, p<0.001) y el compromiso renal (HR 3.06, IC95% 1.14-8.19, p=0.026) se asociaron a mayor daño acumulado, mientras que el tiempo de remisión (meses) fue un factor protector de daño (HR 0.98, IC95% 0.97-0.99, p<0.001).

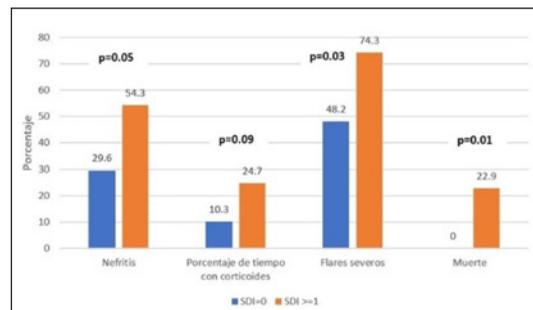


Figura: Pacientes con y sin daño al final del seguimiento.

0151

RENDIMIENTO DEL SCORE PREDICTIVO DE MORTALIDAD DANGER EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON VASCULITIS ANCA Y GLOMERULONEFRITIS

Diego Mariano ALVES, María Victoria CHIARVETTO PERALTA, Gelsomina ALLE, Nicolás ALVARADO, Marina SCOLNIK, Carlos Federico VARELA, Javier ROSA, Enrique SORIANO

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: El score DANGER predice mortalidad a 5 años en pacientes con vasculitis ANCA y glomerulonefritis (AAV-GN). Se calcula con la edad al diagnóstico, antecedente de HTA y enfermedad cardíaca, creatinina y hemoglobina basales.

Objetivo: Determinar predictores de mortalidad en pacientes con VAA-GN y validar el score DANGER.

Métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes con VAA-GN diagnosticados entre 2001 y 2016 en un Hospital Universitario de Buenos Aires. Se resumieron datos clínicos, analíticos e histopatológicos. Se calcularon incidencia y predictores de mortalidad mediante regresión de Cox uni y multivariable. Según el DANGER, se definieron grupos de riesgo bajo (supervivencia >95%), intermedio (60-95%) y alto (<60%) de mortalidad a 5 años, y se construyeron curvas de supervivencia. Se analizó el rendimiento pronóstico mediante AUROC dependiente del tiempo e índice C y su precisión mediante score de Brier.

Resultados: Se incluyeron 89 pacientes, 71% mujeres, edad media 64 años (DE 17), mediana de seguimiento 7 años (RIC 2.6-10.7). La mediana de creatinina basal fue de 3.5 mg/dL (RIC 1.3-4.8) y la media de actividad por BVAS basal fue 16 (DE 5.5). Durante el seguimiento, 28 (31%) pacientes fallecieron (mediana de tiempo 4.3 años, RIC 1.5-8.6). La incidencia de mortalidad fue 4.5/100 pacientes-año (IC 95% 2.9-6.5). En el análisis univariado, la edad al diagnóstico, el antecedente de HTA, la enfermedad cardíaca y la enfermedad renal crónica (ERC), la TFGe basal y la anemia estuvieron asociadas significativamente con mortalidad. En el análisis multivariable, la edad (HR 1.11, IC95% 1.0-1.2), el antecedente de ERC (HR 7.28, IC95% 2.5-56.5) y el nivel de hemoglobina basal (HR 0.57, IC95% 0.3-0.8) fueron predictores independientes. Hubo 21 pacientes con riesgo bajo, 49 pacientes con riesgo intermedio y 19 pacientes con riesgo alto. La supervivencia global fue significativamente diferente entre los grupos (*log-rank* p<0,001). El score DANGER tuvo un excelente rendimiento para predecir mortalidad (índice C 0.85, IC95% 0.78-0.91; AUC>0.85 en todos los puntos de seguimiento).

Conclusión: La edad, el antecedente de ERC y la anemia al momento del diagnóstico se asociaron con mortalidad en pacientes con VAA-GN. El score DANGER resultó útil para estratificar el riesgo en esta población.

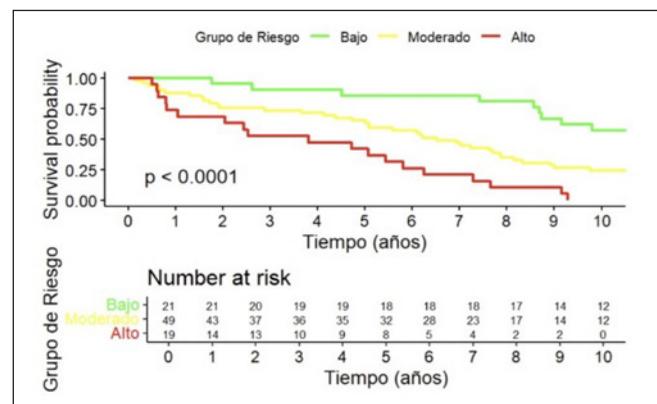


Figura: Supervivencia global según la estratificación de riesgo calculada por el score DANGER.

0162

TIEMPO AL DIAGNÓSTICO Y RESULTADOS CLÍNICOS EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: ANÁLISIS DE UNA COHORTE ARGENTINA Y ESPAÑOLA

María Pía IZAGUIRRE GERMAIN¹, Marina MICELLI¹, Eduardo KERZBERG¹, Lucila GARCÍA², Iñigo RÚA-FIGUEROA³, Carla Andrea GOBBI², Julia MARTÍNEZ-BARRIO³, Joan Manuel DAPEÑA², María GALINDO IZQUIERDO³, Juan Manuel RODRÍGUEZ GRAMAZZA², Jaime CALVO-ALÉN³, Paula ALBA², Raúl MENOR ALMAGRO³, Verónica BELLOMIO², Antonio FERNÁNDEZ NEBRO³, Malena VIOLA², Eva TOMERO MURIEL³, Alejandro BRIGANTE², Mercedes FREIRE GONZÁLEZ³, Cecilia PISONI², Ricardo BLANCO³, Silvia PAPASIDERO², Eva SALGADO PÉREZ³, Agustina DAMICO², Silvia GÓMEZ SABATER³, Romina ROJAS TESSEL², Clara SANGÜESA³, Lucía Margarita MENDOZA MARTÍNEZ², Javier NARVÁEZ-GARCÍA³, Gelsomina ALLE², Gregorio SANTOS SOLER³, María Florencia GORDILLO², Javier NOVOA³, Claudia PENA², Oihane IBARGUENGOITIA³, Alfonsina Maitén SARDE², Mireia MORENO MARTÍNEZ LOSA³, Gisela PENDON², Vicenç TORRENTE SEGARRA³, Carolina AESCHLIMANN², Sandra GARROTE³, Paula FERNÁNDEZ², Ana PAULA-CACHEDA³, Bettina Soledad SARDI², Clara MORIANO MORALES³, Amira BUGANEM², Antonio Juan MAS³, Loreto HORCADA³, José M. PEGO REIGOSA³, Mercedes GARCÍA²

¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS RAMOS MEJÍA, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA; ²RELESSAR; ³RELESSER

Introducción: La existencia de una ventana de oportunidad terapéutica en el lupus eritematoso sistémico (LES) aún no ha sido claramente establecida. Sin embargo, estudios previos han reportado peores desenlaces clínicos en pacientes con demoras diagnósticas superiores a 6 meses.

Objetivo: Evaluar los factores sociodemográficos y clínicos asociados al tiempo transcurrido hasta el diagnóstico definitivo de LES en pacientes de Argentina y España.

Métodos: Estudio transversal con datos de los registros RELESSAR (Argentina) y RELESSER (España). Se analizó el tiempo al diagnóstico utilizando como punto de corte 24 meses desde el primer síntoma, según lo reportado en la literatura. Los pacientes fueron emparejados por edad, sexo, registro de pertenencia y duración de la enfermedad. Se exploraron asociaciones entre variables sociodemográficas y clínicas y el tiempo al diagnóstico. Además, se elaboraron gráficos de intersección para evaluar la concurrencia de manifestaciones clínicas agrupadas por dominios.

Resultados: La muestra final incluyó 2.080 pacientes (1.040 por grupo), con una mediana de edad de 46,9 años, predominio de sexo femenino (91,2%) y una mediana de duración de la enfermedad de 103 meses. Del total, 1.635 pacientes (78,6%) pertenecían a RELESSER y 445 (21,4%) a RELESSAR. La mediana de tiempo al diagnóstico fue de 4,3 meses [RIC: 2,0–9,4] en el grupo precoz y de 57,4 meses [RIC: 35,9–110] en el grupo tardío. La presencia o antecedente de pleuritis (23,5% vs. 19,5%, $p=0,0302$), nefritis lúpica (28,6% vs. 19,1%, $p<0,001$), ascitis (3,6% vs. 2,0%, $p=0,0413$), hipocomplementemia (76,7% vs. 70,6%, $p=0,0076$), VDRL falso positivo (36,2% vs. 40,8%, $p=0,0463$) se asociaron con diagnóstico más temprano, mientras que el fenómeno de Raynaud (28,0% vs. 35,0%, $p=0,0036$) se asoció con mayor tiempo diagnóstico ($p<0,001$). No se observaron diferencias en el daño acumulado medido por SLICC. En el gráfico de intersección, la combinación de los dominios serológico, cutáneo, articular, hematológico y renal, junto con la presencia de SAF, se vinculó con diagnóstico más precoz, mientras que el compromiso neurológico podría contribuir a un diagnóstico más tardío.

Conclusión: No se encontró asociación entre el tiempo al diagnóstico y peores desenlaces clínicos. Las manifestaciones clínicas más específicas o severas se vincularon con un diagnóstico más temprano de LES. Identificar los factores que contribuyen al retraso diagnóstico podría mejorar la oportunidad y calidad de atención. Promover la educación, tanto de profesionales como de pacientes, puede contribuir a acortar la brecha entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico definitivo.

0181

ARTRITIS PSORIÁSICA DIFÍCIL DE TRATAR: FRECUENCIA, CARACTERÍSTICAS Y PATRONES TERAPÉUTICOS EN LATINOAMÉRICA

Carolina ISNARDI¹, Iêda Maria MAGALHÃES LAURINDO², Vijaya RIVERA TERÁN³, José Jiram TORRES RUIZ³, Deshire ALPIZAR RODRIGUEZ³, Guillermo PONS-ESTEL¹, María Celina DE LA VEGA⁴, María Agustina ALFARO¹, Gustavo CITERA⁵, Karin KIRMAIR⁶, Silvia PAPASIDERO⁷, Ángela DUARTE⁸, Mónica Valeria SIQUEIRA⁸, Valéria VALIM⁸, María de Fátima SAUMA⁸, Reginaldo BOTELHO⁸, José Eduardo MARTÍNEZ⁸, David VEGA MORALES⁹, Iris Jazmín COLUNGA-PEDRAZA⁹, Fedra IRAZOQUE⁹, Sandra SICK AYALA⁹, Guillermo GUARACHA BASAÑEZ⁹, Sonia CABRERA¹⁰, Gabriela ÁVILA¹⁰, Vannia VALINOTTI¹⁰, Lourdes ROMÁN RUIZ¹⁰, Angélica AMARILLA¹⁰, Roger ROLÓN CAMPUZANO¹⁰, Cristina BRUNENGO¹⁰, Darwin CORDOVILLA¹⁰, Pilar GANIRO¹⁰, Carolina DÍAZ¹⁰, Pamela VELÁZQUEZ¹⁰, Sofía ROSTAN¹⁰, Paloma DE ABREU TRIGUEROS¹

¹UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA; ²UNIDAD DE INVESTIGACION DE LA SOCIEDAD BRASILEIRA DE REUMATOLOGÍA; ³UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DEL COLEGIO MEXICANO DE REUMATOLOGÍA; ⁴SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (SAR); ⁵INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA; ⁶CONSULTORIO PRIVADO, BARILOCHE; ⁷HOSPITAL TORNÚ; ⁸INVESTIGADOR DE BIOBADABRASIL; ⁹INVESTIGADOR DE BIOBADAMEX; ¹⁰INVESTIGADOR DE BIOBADAGUAY

Introducción: La artritis psoriásica difícil de tratar (APs D2T) representa un desafío clínico por la persistencia de la actividad inflamatoria, el dolor y el deterioro funcional a pesar del uso secuencial de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) convencionales, biológicos (b) o sintéticos dirigidos (sd).

Objetivo: Identificar pacientes con APs D2T y factores asociados al desarrollo de esta condición.

Métodos: Se recopilaron datos de los registros BIOBADA de Argentina, Brasil, México, Paraguay y Uruguay. Se identificaron pacientes con diagnóstico de APs y que hayan presentado ineficacia o intolerancia a al menos dos FAMEb/sd con diferente mecanismo de acción. Se tomó una muestra aleatoria 2:1 de pacientes con APs que no cumplían los criterios mencionados y se compararon las características clínicas entre grupos.

Resultados: Se identificaron 736 pacientes con APs de los cuales 42 (5.7%) cumplían criterios de APs D2T. Los pacientes con APs D2T fueron más frecuentemente hombres, con mayor índice de Charlson y mayor compromiso axial, aunque sin diferencias estadísticamente significativas. En el grupo D2T se registraron 178 tratamientos con FAMEb/sd (media: 4,2 por paciente). Los inhibidores de TNF (iTNF) fueron los más usados en primera línea (37/42; 88.1%); de estos, 78.4% recibió un segundo iTNF antes de cambiar el mecanismo de acción. Los inhibidores de IL-17 se usaron en 21 pacientes, principalmente como segundo (61.9%) o tercer (33.3%) mecanismo de acción. El inhibidor de IL-12/23 se administró a 16 pacientes, mayormente como segundo (50.0%) o tercer (31.3%) mecanismo. Otros FAMEb/sd se utilizaron con menor frecuencia y principalmente en líneas posteriores.

Conclusión: En esta cohorte latinoamericana, la APs D2T se identificó en el 5,7% de los pacientes con APs. Aunque no se hallaron diferencias clínicas significativas, se observó un patrón terapéutico caracterizado por la repetición de iTNF antes de cambiar el mecanismo de acción, y la utilización tardía de fármacos con blancos alternativos. Este comportamiento podría explicarse por la introducción más temprana de estas drogas en el mercado, la experiencia de los reumatólogos en el uso de iTNF, la presencia de biosimilares y las diferencias en el acceso a nuevas terapias en la región.

0195

VALIDACIÓN EN ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO SUMMATED XEROSTOMIA INVENTORY PARA SU USO EN ARGENTINA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE SJÖGREN

Maitté Alejandra VÁSCONEZ SWETT¹, Patricia Belén DOMÍNGUEZ LEIVA¹, Juan Manuel BANDE¹, María Alejandra MEDINA¹, Javier Federico FLORES TREJO¹, Diana Klajn KLAJN¹, José Ángel CARACCILO¹, Joan Manuel DAPEÑA², Eliana Rebeca SERRANO², María Julia SOSA³, Silvia PAPASIDERO¹

¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ; ²SANATORIO MÉNDEZ; ³SANATORIO LA TRINIDAD MITRE

Introducción: La xerostomía es un síntoma cardinal en la enfermedad de Sjögren (ESj) que impacta negativamente en la calidad de vida de los pacientes. Si bien existen métodos objetivos para evaluar la hipofunción glandular, la percepción subjetiva de boca seca requiere evaluarse a través de cuestionarios validados. El *Summated Xerostomia Inventory* (SXI) es un cuestionario autoadministrado breve que evalúa la severidad de la xerostomía. Consta de 5 preguntas que se contestan mediante escala de Likert.

Objetivo: Validar una versión en español del cuestionario SXI para su uso en pacientes con ESj.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, de corte transversal y analítico. Se realizó la traducción y adaptación transcultural del cuestionario SXI según las guías de Beaton y et al. Se incluyeron pacientes consecutivos ≥ 18 años con diagnóstico de ESj según los criterios de clasificación ACR/EULAR 2016. Se consignaron datos sociodemográficos, características de la enfermedad, clinimetría y estudios complementarios. Todos los pacientes contestaron el cuestionario SXI y una pregunta de validación sugerida por los autores. Un subgrupo de pacientes lo completó nuevamente en 10 \pm 4 días de la evaluación basal en ausencia de cambios clínicos a fin de determinar la reproducibilidad. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Consistencia interna con alfa de Cronbach, reproducibilidad con test-retest y correlación con índices clinimétricos con la pregunta de validación, sialometría y biopsia de glándula salival menor con coeficiente de Spearman o test de Wilcoxon. Nivel de significación de 0.05. El valor de p se corrigió por método de Bonferroni. Software Stata 14.0.

Edad en años, media (DE)	51 (11.8)
Mujeres, n (%)	42 (91.3)
Comorbilidades, n (%)	37 (80.4)
Tiempo de evolución en meses, mediana (RIC)	38.5 (18-84)
Manifestaciones extraglandulares, n (%)	38 (82.6)
ANA, n (%)	44 (95.6)
Anti Ro/SSA, n (%)	36 (78.2)
Anti La/SSB, n (%)	22 (47.8)
FR, n (%) (N=43)	23 (53.4)
EVA SICCA, mediana (RIC)	70 (50-80)
EVA xerostomía, mediana (RIC)	62.5 (40-80)
EVA fatiga, mediana (RIC)	60 (0-70)
EVA dolor, mediana (RIC)	50 (10-60)
EVA global del médico, mediana (RIC)	50 (40-70)
EVA global del paciente, mediana (RIC)	40 (20-60)
ESSPRI, mediana (RIC)	4.7 (3.3-6.5)
ESSDAI, mediana (RIC)	4 (0-9)

Resultados: Se incluyeron 46 pacientes, las características de la población se muestran en la Tabla. La mediana del puntaje total del cuestionario SXI fue de 16 (RIC 13-20). El SXI mostró excelente consistencia interna (alfa=0.89) y excelente reproducibilidad test-retest (0.87) (N=19). No se detectaron preguntas redundantes. Se evidenció muy buena correlación positiva con el EVA xerostomía ($r=0.73, p<0.001$) y con la pregunta de validación (0.74, $p<0.001$), buena con EVA SICCA ($r=0.63, p<0.001$) y regular con ESSPRI ($r=0.48, p=0.007$) y ESSDAI ($r=0.51, p=0.004$). No hallamos asociación estadísticamente significativa con los resultados de la sialometría ni de la biopsia de glándula salival.

Conclusión: La versión en español del cuestionario SXI demostró ser válida, confiable y reproducible para evaluar la severidad de la xerostomía en pacientes con ESj.

Tabla: Características de la población (n=46).

0201

USO DE CANNABIS CON FINES MEDICINALES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Cecilia Andrea ZAFFARANA¹, Belén María VIRASORO¹, María Belén CARRANZA¹, Yina ARIAS CISNEROS¹, Walter Jacinto VALLEJO CARRASCO¹, Andrea Susana GÓMEZ¹, Guillermo Gerardo BARTEL¹, Cecilia ASNAL¹, Julia SCAFATI¹, Anabella María RODRÍGUEZ¹, María Alejandra MEDINA², Juan Manuel BANDE², Joan Manuel DAPEÑA³, José Manuel DÍAZ OCHOA⁴, Damián DUARTES NOE¹

¹HOSPITAL BRITÁNICO; ²HOSPITAL TORNÚ; ³HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DONACIÓN FRANCISCO SANTOJANNI; ⁴HOSPITAL PADILLA

Introducción: Si bien hay diversos estudios que buscaron objetivar los beneficios y los riesgos del uso del *cannabis* medicinal (CM) en el tratamiento del dolor y en enfermedades autoinmunes, la evidencia disponible es poco robusta. No disponemos de datos sobre el uso de CM en pacientes con enfermedades reumáticas en nuestro país.

Objetivo: Conocer la frecuencia y las características del uso de CM en pacientes con enfermedades reumáticas en Argentina; conocer la frecuencia de efectos secundarios reportados; evaluar variables asociadas a uso de CM.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, de corte transversal. A pacientes consecutivos de edad ≥ 18 años con diagnóstico de enfermedad reumática crónica, se les realizó un cuestionario orientado a conocer si utilizaban CM. Mediante Escala Visual Análoga (EVA 0-10) se evaluó si habían notado mejoría en dolor, sueño y otros aspectos. Se interrogó sobre efectos secundarios. Mediante la entrevista con el médico y la revisión de la historia clínica se obtuvieron datos de variables clínicas, demográficas y de consumo de analgésicos y psicofármacos.

Resultados: Se incluyeron 176 pacientes. La Tabla resume las características sociodemográficas y los diagnósticos principales de los pacientes. 119 (67.6%) nunca habían consumido CM, 39 (22.2%) habían consumido alguna vez, pero ya no consumían, y 16 (9.1%) eran consumidores actuales. Dos (1.1%) consumían esporádicamente. De los 57 que habían consumido CM, 8 (14%) lo habían realizado con prescripción médica y 27 (47.4%) habían puesto en conocimiento a su reumatólogo de cabecera. 56 pacientes completaron la EVA de dolor; 30 (53.5%) refirieron mejoras escasas (de 0 a 3 sobre 10 puntos), 16 (28.5%) mejoras moderadas (de 4 a 7 puntos) y 10 (17.8%) mejoras importantes (de 7 a 10 puntos). En cuanto a la mejoría del sueño, 34 (60.7%) refirieron mejoría escasa, 10 (17.8%) moderada y 15 (26.7%) importante. 15 pacientes (35%) reportaron algún efecto adverso, siendo el más frecuente la somnolencia en 7 pacientes (12.2%). El diagnóstico de fibromialgia se asoció con haber utilizado CM, 8 pacientes con FM (42.1%) nunca había consumido vs. 111 (70.7%) del resto de la población en estudio, $p=0.031$.

Conclusión: 32.4% de los pacientes incluidos habían consumido CM. Solo 14% de los pacientes lo había realizado con prescripción médica. La variable asociada a consumo de CM fue el diagnóstico de FM.

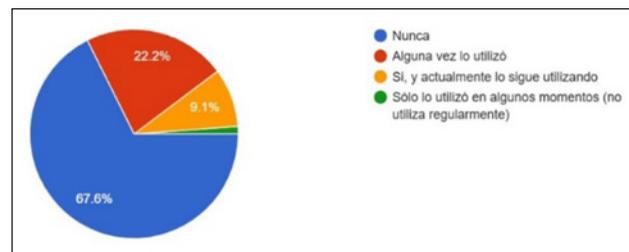


Gráfico: Uso de *cannabis* medicinal en 176 pacientes con enfermedades reumáticas.

Variable	n=176	
Edad m (RIC)	61 (21-85)	
Sexo femenino n (%)	145 (82.4)	
Hospital de procedencia n (%)	Hospital privado de CABA	116 (65.9)
	Hospitales públicos de CABA	45 (25)
	Hospital público de Tucumán	15 (8.5)
Nivel educativo n (%) (máximo nivel completado)	Primario	39 (22.15)
	Secundario	79 (44.89)
	Terciario	30 (17.04)
	Universitario	28 (15.9)
Situación Laboral n (%)	Ocupado	78 (44.8)
	Desocupado	10 (5.7)
	Jubilado	66 (37.9)
	Ama de casa	20 (11.5)
Diagnóstico Principal n (%)	Artritis Reumatoidea	57 (32.4)
	Osteoartritis	24 (13.6)
	Fibromialgia	19 (10.9)
	Lupus Eritematoso Sistémico	18 (10.3)
	Artritis Psoriásica	17 (9.6)
	Sme Sjögren	8 (4.6)
	Polimialgia Reumática	7 (4)
	Espondiloartritis	5 (2.3)
	Esclerosis Sistémica	4 (2.2)
	Otros	17 (9.6)
	Consumo Actual de Analgésicos n (%)	Paracetamol
AINES		85 (48.3)
Opioides		26 (14.8)
Pregabalina		23 (13.1)
Antidepresivos indicados por dolor		15 (8.5)
Gabapentin		1 (0.5)
Otros		1 (0.5)
Consumo Actual de psicofármacos n (%)	Benzodiacepinas	29 (16.5)
	Antidepresivos/antipsicóticos	22 (12.5)
	Inductores del Sueño	9 (5.1)
	Otros	2 (1.1)

Tabla: Características sociodemográficas y clínicas de 176 pacientes con enfermedades reumáticas.

0232

NEFROPATÍA POR IgA: INFLUENCIA DE LA VASCULITIS EXTRARRENAL

Grisel MAITA ROMERO, Nicolás ALVARADO, Federico VARELA, Enrique R. SORIANO, Javier ROSA, Marina SCOLNIK

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: La nefropatía por IgA (NlgA) y la vasculitis por IgA (VlgA) podrían representar diferentes extremos de un espectro continuo.

Objetivo: Comparar las características de pacientes con nefritis asociada a vasculitis por IgA y pacientes con nefropatía por IgA.

Métodos: Se identificaron pacientes mayores de 16 años con compromiso renal por IgA mediante la historia clínica electrónica y registros de anatomía patológica entre 2001 y 2025 de un Hospital Universitario. Se revisaron las historias clínicas. Aquellos pacientes que al inicio o durante el seguimiento cumplieron criterios EULAR/PRINTO/PreS o presentaron manifestaciones extrarrenales inflamatorias fueron catalogados como nefritis asociada a vasculitis por IgA (VlgA), mientras que el resto fueron clasificados como nefropatía por IgA (NlgA). Se recolectaron variables clínicas, de laboratorio, histopatológicas (clasificación de Oxford), terapéuticas y evolución del compromiso renal. Se realizó estadística descriptiva, análisis uni y multivariado de regresión logística para identificar predictores de enfermedad renal terminal (ERT).

Resultados: Se incluyeron 145 pacientes, 81 hombres (55.9%) con una edad media al diagnóstico de 40.7 años (DE 18.9). Luego de una mediana de seguimiento de 4.3 años (RIC 1.3-8.5), el diagnóstico fue de nefritis asociada a VlgA en 78 pacientes y de NlgA en 67 pacientes. No se encontraron diferencias entre ambos grupos en los parámetros renales al diagnóstico ni al final del seguimiento, en los ítems de la clasificación histológica de Oxford ni en progresión a ERT. Dentro de las manifestaciones extrarrenales, un 36.6% presentó púrpura, 8.9% artritis y 14.7% dolor abdominal. El 75.9% de los pacientes recibió bloqueantes del RAAS, un 27.6% corticoides y 8.9% inmunosupresores. 20 pacientes (13.8%) evolucionaron a ERT, de los cuales 12 (8.3%) fueron trasplantados. 3 pacientes murieron en relación a la enfermedad. En el análisis multivariado, el menor filtrado glomerular basal (CKD-EPI) (OR 1.03, IC95% 1.02-1.05, p=0.001) y la presencia de glomeruloesclerosis en la biopsia renal (S de la clasificación de Oxford) (OR 6.29, IC95% 1.53-25.93, p=0.01) se asociaron a mayor riesgo de ERT independientemente del uso de inmunosupresores y corticoides.

Conclusión: En pacientes adultos con compromiso renal por IgA un 13.8% evolucionaron a ERT en una mediana de seguimiento de 4.3 años. La presencia de manifestaciones extrarrenales (vasculitis por IgA) no influyó en el pronóstico renal.

0268

IMPACTO DE LA DOSIS INICIAL DE CORTICOIDES EN LA EVOLUCIÓN DE LA POLIMIALGIA REUMÁTICA: RECAÍDAS, REMISIÓN Y DOSIS ACUMULADA

Ivan NAGY¹, María Sol IRAGOLA¹, Jennifer Sabrina APPECEIX¹, Deisy MORAN DÍAZ², Marina SCOLNIK¹, Nicolás ALVARADO¹, Javier ROSA¹

¹HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES; ²HOSPITAL POSADAS

Introducción: La guía EULAR recomienda iniciar el tratamiento de la polimialgia reumática (PMR) con meprednisona en dosis de 10 a 20 mg diarios. Sin embargo, existen estudios que han reportado buenos resultados clínicos con dosis iniciales de 8 mg.

Objetivo: Comparar la efectividad y la seguridad de dos esquemas terapéuticos diferentes para el tratamiento de la PMR (dosis inicial de meprednisona >8 mg/día vs ≤8 mg/día).

Métodos: Se realizó un estudio analítico de cohorte retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de PMR (ACR/EULAR 2012) entre 01/2002 y 12/2022, afiliados al programa prepago de un Hospital Universitario y seguidos durante al menos 18 meses. Se analizaron las características clínicas y demográficas al momento del inicio del tratamiento. Se compararon las tasas de remisión libre de corticoides, las recaídas y la dosis acumulada de corticoides al final del seguimiento entre los dos esquemas terapéuticos. Se realizaron análisis uni y multivariados de de Cox para identificar factores asociados con la remisión libre de corticoides, el riesgo de recaídas de PMR y complicaciones asociadas al uso de corticoides.

Resultados: Se incluyeron 196 pacientes con PMR, el 72% fueron mujeres, con una edad media al diagnóstico de PMR de 77 años (DS 7,7); 46 iniciaron el tratamiento con dosis >8 mg de meprednisona (mediana 16 mg, RIC 16-20) y 150 con 8 mg (mediana 8 mg, RIC:6-8). En el análisis uni y multivariado, la dosis de inicio ≤8 mg/día no se asoció con una menor tasa de remisión libre de corticoides (HR 0,92, p=0,649) ni con un mayor riesgo de recaídas (HR 1,16, p=0,538) Sin embargo, la dosis de inicio >8 mg de meprednisona se asoció con una mayor dosis acumulada de corticoides al final del se-

guimiento, con una mediana de 4 g vs 2,7 gr en el grupo de dosis más bajas (p=0,005). Además, en el análisis multivariado, ajustado por edad, sexo, recaídas y uso de metotrexato, se encontró que una mayor dosis acumulada de corticoides se asoció con un mayor riesgo de hipertensión arterial (OR 9,32; IC95%: 1,90–72,52), osteoporosis (OR 6,81; IC95%: 1,87–28,81) y dislipemia (OR 4,8; IC 95%: 1,36–18,16) al final del seguimiento.

Conclusión: En esta cohorte, el uso de dosis iniciales más bajas de corticoides para el tratamiento de la PMR logró tasas de remisión comparables a las dosis más altas, pero con una menor dosis acumulada de glucocorticoides y un perfil de seguridad más favorable.

0271

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SPONDYLOARTHRITIS KNOWLEDGE QUESTIONNAIRE EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN ARGENTINA

Joan Manuel DAPENÁ¹, Mariana BENEGAS¹, Eliana SERRANO¹, María Victoria MARTIRE², Amelia GRANEL², Julieta GAMBA³, Juan Manuel BANDE⁴, Edson VELOZO⁵, Nathaly ERAS⁶, Julieta MORBIDUCCI⁷, Lucía ZÁRATE⁸, Luciana CASALLA⁹, Etel SATURANSKY¹⁰, Fernando SOMMERFLECK¹, Johanna Vanina BASNAK¹¹, Emilio BUSCHIAZZO¹², Paula Eva POLERI², Cristian Alejandro BENÍTEZ³, Paula GONZÁLEZ¹³, Carla AIROLDI¹⁴, Fernando ARIZPE², Clarisa SANDOBAL¹⁵

¹SANATORIO DR JULIO MÉNDEZ; ²HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS SAN ROQUE DE GONNET; ³HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS; ⁴HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ; ⁵SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA; ⁶HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS RAMOS MEJÍA, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA; ⁷HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA; ⁸HOSPITAL NACIONAL BALDOMERO SOMMER; ⁹GENEA CENTRO MÉDICO; ¹⁰PSORIAHUE MEDICINA INTERDISCIPLINARIA; ¹¹UNIVERSIDAD DE EDIMBURGO; ¹²HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO; ¹³CONSULTORIO PRIVADO; ¹⁴HOSPITAL PROVINCIAL; ¹⁵HOSPITAL PROTOMÉDICO DR. MANUEL RODRÍGUEZ² DE RECREO

Introducción: Es fundamental evaluar el conocimiento del paciente sobre su enfermedad dado que se ha demostrado que se asocia a mejor adherencia terapéutica y resultados clínicos en la espondiloartritis axial (EspAax). En Argentina no existe un instrumento validado que cuantifique dicho conocimiento.

Objetivo: Traducir y adaptar culturalmente al español la versión completa del SPAKE (42 ítems) y su forma abreviada (SPAKE-Short Form) (32 ítems) del *Spondyloarthritis Knowledge Questionnaire* (SPAKE); analizar su consistencia interna, validez de constructo y validez convergente; identificar factores asociados al conocimiento.

Métodos: Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 14 centros. El cuestionario se tradujo y retrotradujo según guías internacionales y se evaluó en 30 pacientes mediante prueba piloto para asegurar comprensión y equivalencia cultural. Posteriormente cada participante completó SPAKE y SPAKE-SF junto con variables sociodemográficas, clínicas (BASDAI, MASES, PCR, VSG), terapéuticas y conductuales (fuentes de información, actividad física). La consistencia interna se evaluó con KR-20 global y la validez de constructo mediante correlación Spearman SPAKE vs SPAKE-SF. Los factores asociados al puntaje SPAKE total se exploraron con regresión lineal múltiple (selección de variables por método *stepwise*, p<0,05). El análisis se efectuó con R 4.3.2.

Característica	valor
Edad (años), media (± DE)	45.8 ± 12.8
Nivel educativo (años), media (± DE)	13.8 ± 3.5
Tiempo de evolución EspAax (meses), mediana [RIC]	120 [60–204]
BASDAI total, mediana [RIC]	2.8 [1.4–5.2]
ASDAS-PCR, mediana [RIC]	1.7 [1.2–3]
ASDAS-VSG, mediana [RIC]	2.12 [1.38–3.2]
MASES (0–13), mediana [RIC]	0 [0–2]
Comorbilidades generales, n (%)	52 (54.7)
Cobertura médica, n (%)	
• Obra social	43 (45.3)
• Pública	27 (28)
• Prepaga	25 (26.3)
Certificado de discapacidad, n (%)	44 (46.3)
DME sintético convencional, n (%)	16 (16.8)
DME sintético dirigido, n (%)	3 (3.2)
DME biológico, n (%)	77 (81.1)
Ejercicio regular, n (%)	60 (63.2)
Terapias físicas, n (%)	44 (46.3)
Número de DME biológicos previos, mediana [RIC]	1 (IQR: 0–1)
Puntaje SPAKE total (%), mediana [RIC]	76.2 [64.3–82.1]
Puntaje SPAKE Short Form (%), mediana [RIC]	73.1 [60.2–86.6]
- Conocimiento	75 [58.3–83.3]
- Tratamientos farmacológicos	72.7 [63.6–81.8]
- Comorbilidad	100 [0–100]
- Tratamientos no farmacológicos	87.5 [75–100]
- Autocuidado	75 [50–100]
- Habilidades de adaptación	80 [80–100]

Tabla: Características de la cohorte (n=95).

vs SPAKE-SF. Los factores asociados al puntaje SPAKE total se exploraron con regresión lineal múltiple (selección de variables por método *stepwise*, p<0,05). El análisis se efectuó con R 4.3.2.

Resultados: Se analizaron 95 pacientes (Tabla): mediana de edad 44 años (RIC 34–54), 64% de sexo masculino y una mediana de evolución de la enfermedad 120 meses (RIC 60–204). La consistencia interna fue KR-20=0,76 para SPAKE y 0,73 para SPAKE-SF. La correlación entre versiones fue muy alta (rho=0,96; p<0,001). El conocimiento global alcanzó una mediana de 76,2 % (RIC 64,3–82,1) con SPAKE y 78,1% (65,6–84,4) con SPAKE-SF. En el modelo multivariable se asociaron a mayor conocimiento, la práctica regular de ejercicio físico (β = +6,6; p=0,006), el uso de páginas web de salud como fuente de información (β = +5,6; p= 0,013) y el número de DME biológicos previos (β = +3,3 por fármaco; p<0,001). Obtener información principalmente de médicos generales (β = –8,8; p=0,005) y mayor entesitis (β = –1,8; p=0,013) se asociaron a menor conocimiento.

Conclusión: Las versiones argentinas del SPAKE y SPAKE-SF mostraron una adecuada fiabilidad y validez, confirmando su utilidad para evaluar el conocimiento en pacientes con EspAax. El nivel de conocimiento estuvo asociado a conductas modificables y al mayor uso de terapias biológicas. Esto refuerza el valor del SPAKE como herramienta para identificar brechas educativas y diseñar intervenciones dirigidas en esta población.

0295

PERFIL DE CITOCINAS Y SU RELACIÓN CON LOS LINFOCITOS T CD4+ FOLICULARES EN ARTRITIS REUMATOIDEA

Paola Virginia FERRERO¹, Cristina Del Valle ACOSTA¹, Laura Beatriz ONETTI², Eduardo MUSSANO², Isaac Ignacio CADILE², Luisina Inés ONOFRIO³, María Clara ÁLVAREZ FERREIRA¹, Vanina Alejandra ALAMINO¹, Eva Virginia ACOSTA RODRÍGUEZ³, Adriana GRUPPI³

¹LABORATORIO DE INMUNOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS; ²SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS; ³CENTRO DE INVESTIGACIONES EN BIOQUÍMICA CLÍNICA E INMUNOLOGÍA (CIBICI-CONICET)

Introducción: La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por una respuesta inmunitaria aberrante y la producción de autoanticuerpos. Los linfocitos T CD4+ foliculares (LiTf) desempeñan un papel clave en la inmunidad humoral. La subpoblación colaboradora (LiTfh) promueve la formación y mantenimiento del centro germinal, facilitando la diferenciación de células B en células plasmáticas de larga vida productoras de anticuerpos. En contraposición, los LiTf regulatorios (LiTfr) modulan negativamente esta respuesta evitando la generación excesiva de anticuerpos autorreactivos. Se describieron contrapartes en sangre de estas poblaciones de LiTf. Citocinas como interleucina (IL)-6, IL-21, IL-10 y el factor de crecimiento transformante (TGF)-β1 participan en la diferenciación y función de los LiTf, algunas de ellas siendo blanco terapéutico en la AR.

Objetivo: Cuantificar los niveles séricos y en líquido sinovial (LS) de IL-6, IL-21, IL-10 y TGF- β 1, y correlacionarlos con la frecuencia de LiTf en los pacientes.

Métodos: Se incluyeron 90 pacientes diagnosticados con AR según criterios ACR/EULAR 2010 y 38 controles sanos (CS) en el mismo rango etario y distribución de sexo. Se realizó artrocentesis para obtener LS de la rodilla en 10 pacientes con artritis activa. Las subpoblaciones de LiTfh y LiTfr se analizaron mediante citometría de flujo en sangre y LS, y las citocinas se cuantificaron por ELISA. El análisis estadístico se realizó con GraphPad Prism 8.00 (significancia $p < 0,05$).

Resultados: Observamos que IL-6 e IL-10 estaban aumentadas en el suero de pacientes con AR ($p < 0,05$ y $p < 0,0001$, respectivamente), mientras que IL-21 y TGF- β 1 no presentaron diferencias significativas respecto de los controles. No se encontró correlación entre los niveles séricos de IL-6, IL-21, IL-10 y TGF- β 1 con la frecuencia de LiTfh ni con la de LiTfr en sangre salvo una correlación positiva débil entre IL-10 ($r = 0,29$, $p = 0,006$) y TGF- β 1 ($r = 0,30$, $p = 0,005$) con la frecuencia de LiTfr. En el LS, IL-6 e IL-10 se encontraron elevadas ($p < 0,05$ y $p < 0,01$, respectivamente) y TGF- β 1 disminuido ($p < 0,001$) en comparación con el suero del mismo paciente, sin correlación con la frecuencia de ninguna subpoblación local de LiTf.

Conclusión: Aunque IL-6 e IL-10 están aumentadas en la AR, su relación con la frecuencia de LiTf circulantes es limitada. El microambiente sinovial muestra un perfil proinflamatorio con alta IL-6 e IL-10 y reducción de TGF- β 1, sugiriendo un papel diferencial de estas citocinas en la modulación local de la enfermedad.

0296

LICENCIAS, CAMBIOS EN LA CARRERA Y DISCRIMINACIÓN EN RELACIÓN A LA MATERNIDAD ENTRE REUMATÓLOGAS LATINOAMERICANAS

Yamila CHICHOTKY¹, Gloria VÁSQUEZ²

¹INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS QUILMES; ²ASOREUMA

Introducción: La maternidad y el desarrollo profesional suelen presentar desafíos significativos para las mujeres, incluidas las reumatólogas y otras médicas. Equilibrar el crecimiento profesional y la planificación familiar suele resultar en discriminación laboral, baja por maternidad limitada y escaso apoyo a la lactancia materna.

Objetivo: Este estudio explora las experiencias de baja por maternidad, adaptaciones laborales posparto y apoyo a la lactancia materna entre reumatólogas, médicas de otras especialidades y profesionales no médicas de América Latina.

Métodos: Se realizó una encuesta transversal en español y portugués en 16 países latinoamericanos dirigida a reumatólogas, médicas de otras especialidades y profesionales no médicas. La encuesta, aprobada por el comité de ética, recopiló datos cuantitativos sobre la baja por maternidad, las adaptaciones laborales, el apoyo a la lactancia materna y las experiencias de discriminación. Los datos se analizaron mediante medidas de tendencia central y una prueba comparativa.

Resultados: Recibimos 679 respuestas a las encuestas: 422 reumatólogas, 147 médicas y 101 profesionales no médicas. Se analizaron 3 grupos de resultados.

Conclusión: Estos hallazgos subrayan los desafíos únicos que enfrentan las reumatólogas al compaginar la maternidad con sus exigentes responsabilidades profesionales. A pesar de reportar el mayor promedio de hijos entre los grupos encuestados, una proporción significativa sufrió discriminación relacionada con el embarazo y un acceso variable a la licencia de maternidad. Además, muchas señalaron la influencia de las condiciones laborales en las prácticas de lactancia materna y la decisión de reducir o modificar sus horarios de trabajo después del parto.

0302

ESTUDIO ECOGRÁFICO DE ENTESIS EN ENFERMEDAD PSORIÁSICA: EXPERIENCIA PILOTO DEL SUBREGISTRO ECO-RENAEPSO

Marcelo AUDISIO¹, Juan Manuel MIRANDA BAZÁN², Candelaria AUDISIO², Juan Alejandro ALBIERO², Laura ONETTI¹, Paula ALBA², Verónica SAVIO²

¹HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS; ²HOSPITAL CÓRDOBA, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Introducción: La ecografía musculoesquelética (US) es una herramienta sensible y reproducible para evaluar manifestaciones inflamatorias y estructurales en enfermedades reumáticas, entre ellas en artritis psoriásica (APs). Permite la detección de sinovitis, tenosinovitis, entesitis y alteraciones subclínicas con mayor precisión que el examen físico, aportando información diagnóstica y pronóstica relevante. Las entesis, estructuras clave en la espondiloartritis, pueden evaluarse mediante US, incluso en estadios preclínicos. A pesar de los avances en su uso, persiste la necesidad de estandarizar su aplicación e interpretación en poblaciones reales. El Registro Nacional de enfermedad psoriásica (ReNaEPso) ofrece una plataforma para describir sistemáticamente el compromiso ecográfico entesopático en pacientes con Enfermedad Psoriásica (EPs).

Objetivo: Describir las características entesopáticas detectadas mediante US en pacientes con EPs incluidos en ReNaEPso.

Métodos: Se realizó un subestudio piloto ecográfico, observacional y transversal de ReNaEPso, incluyendo pacientes con diagnóstico confirmado de psoriasis (PsO) y/o APs, mayores de 18 años. La evaluación ecográfica fue realizada por un único operador experto, ciego al examen clínico, dentro de 2 semanas posteriores a la evaluación reumatológica. Se utilizó un ecógrafo My Lab Gold 25 con sonda de alta frecuencia (12 a 18 MHz) y parámetros estandarizados para Doppler de poder (DP). Se exploraron entesis bilaterales en protocolo y definición del Grupo de Trabajo de Ecografía OMERACT.

Resultados: Se analizaron 240 tendones de 20 pacientes con EPs (71% mujeres, media de 51.3 años de edad). Diez pacientes fueron derivados con artralgias sospechosas de artritis (AS). El 50% tenía PsO y el 43% APs. El 5% de los tendones presentaron actividad inflamatoria con DP siendo el extensor común de los dedos (ECD) el más afectado (12,5%), seguido por el tendón patelar distal (TPD) (7,2%) y en las AS el 50%; de este grupo, presentaban DP positivo, con mayor frecuencia en ECD, seguido por el TPD. Sobre alteraciones del patrón fibrilar, el tendón del cuádriceps (TC) y ECD fueron los más comprometidos (30%). En lesiones crónicas, el tendón calcaneal (T Cal) mostró mayor engrosamiento (72,5%), seguido por el TC (57,7%). Las erosiones se observaron en el ECD (17,5%) y T Cal (10%).

Conclusión: El subregistro ecográfico ECO-ReNaEPso evidenció un alto compromiso entesopático en pacientes con EPs, incluso en aquellos con artralgias sospechosas de artritis. Las lesiones estructurales como engrosamiento y calcificaciones predominan en el TC y ECD, mientras que la señal DP fue menos frecuente. Estos hallazgos refuerzan el valor del US para detectar compromiso entesítico subclínico, subrayando su importancia en la evaluación de pacientes con EPs en la práctica reumatológica.

UTILIDAD DE LOS BIOMARCADORES DE CÉLULAS EPITELIALES PARA EVALUAR LA GRAVEDAD Y DISCRIMINAR ENTRE DIFERENTES PATRONES DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

María Noelia ANTONIOL¹, Emilio BUSCHIAZZO², Cecilia FERNÁNDEZ³, Leandro FASSOLA⁴, Miguel PERANDONES⁵, Diego LITEWKA⁶, Daniela ALONSO⁷, Carlos Edgardo PERANDONES¹, Francisco PAULIN⁸

¹FUNDACIÓN FAVALORO, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA; ²HOSPITAL DEL MILAGRO, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA; ³HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JUAN A. FERNÁNDEZ, SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA; ⁴HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES; ⁵FLENI, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA; ⁶HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JUAN A. FERNÁNDEZ, SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA; ⁷CENTRO INTEGRAL DE ALTA COMPLEJIDAD (CIAC), SERVICIO DE REUMATOLOGÍA; ⁸HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JUAN A. FERNÁNDEZ, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) afecta aproximadamente al 30% de los pacientes con artritis reumatoidea (AR) con un importante impacto en la calidad de vida y el pronóstico.

Objetivo: Conocer la utilidad de los biomarcadores de células epiteliales para evaluar la severidad de la EPI en pacientes con AR; comparar los valores de los biomarcadores entre pacientes con EPI tipo NIU vs. otros patrones y entre pacientes con y sin EPI.

Métodos: Estudio de casos y controles. Se incluyeron pacientes con AR-EPI de forma consecutiva desde octubre de 2021 a diciembre de 2024, que cumplieron criterios ACR/EULAR 2010. Los pacientes fueron divididos en casos y controles de acuerdo a si presentaban EPI. La EPI se diagnosticó mediante tomografía tórax alta resolución (TACAR) por un imagenólogo experimentado (análisis centralizado). Se evaluaron datos demográficos, se realizaron test funcionales, TACAR, clinimetría, medición de biomarcadores tumorales (CA19-9, CA 125, CEA), FR y anti-CCP. El patrón de EPI se clasificó en UIP y diferente de NIU. Se calculó el score de Goh para la extensión de las opacidades pulmonares. Se utilizaron Test de T, Mann Whitney y χ^2 o test exacto de Fisher para comparaciones y test de Spearman para correlaciones.

Resultados: Se incluyeron 102 pacientes, 51 casos (AR con EPI) y 51 controles (AR sin EPI). En los pacientes con EPI, se identificaron 39 (76%) de sexo femenino, edad promedio de 62 años (57-70). La mediana de DAS28 fue 3.42 (2.6-4.8). La media de CVF fue de 84.3% (22.1), mediana del score de Goh total de 20 (10-26), Goh fibrosis de 12 (5-18). Entre los casos con EPI al comparar los pacientes con patrón NIU (19) vs. no NIU (21), se hallaron diferencias significativas en los valores de CA125 (23 vs. 14; $p=0.02$) y CA19-9 (12 vs. 6.2; $p=0.007$). No hubo diferencias significativas con respecto del CEA (2.6 vs. 1.8; $p=0.35$). En los pacientes con NIU hallamos una moderada correlación entre el score de Goh fibrosis y los 3 biomarcadores, el score de Gol total y CEA y CA19-9, e inversa entre el Goh inflamación y CA125 y CA19-9. No se encontró correlación entre los biomarcadores y la CVF% en ninguno de los patrones tomográficos. Al comparar los valores de los marcadores entre los pacientes con EPI y sin EPI, hallamos una mediana (RIC 25-75) para CA19-9 de 11 (6-32.5) y 6.35 (2-12), ($p=0.008$); para CA125 de 18 (11.9-32.8) y 11.3 (7.7-15.7), ($p=0.0002$); para CEA de 2.1 (1.5-3.3) y 1.64 (1-2.4), ($p=0.014$), respectivamente.

Conclusión: En pacientes con AR-EPI y patrón NIU, los valores séricos de biomarcadores muestran una buena correlación con la extensión de la enfermedad por TACAR. Los valores de los marcadores son significativamente más altos en pacientes con EPI, y dentro de ellos, en los pacientes con NIU.

DIAGNÓSTICO TARDÍO Y DETERIORO FUNCIONAL EN EPI-ES: ANÁLISIS DE LA COHORTE EPIMAR

Jorge Luis TÉLLEZ NORIEGA, Florencia VIVERO, Juan ENGHELMAYER, Emilio BUSCHIAZZO, Adrián GASER, Tatiana BARBICH, Belén María VIRASORO, Graciela BETANCUR, Natalia CUCCHIARO, Sandra NAVARRO, Natalia NIGRA, María Florencia GORDILLO, Luciano CAPELLI, Rosana QUINTANA, María Julia PAPAGNO, Ana Lucía BARBAGLIA NAVARRO, Cristian Alejandro BENÍTEZ, Marina OLIVER, Nicolás Martín LLOVES SCHENONE, María Luz MARTÍN, Alejandro BRIGANTE, Fabiana MONTOYA, Claudia PEÑA, Antonella GAMARRA, Alejandro MARTÍNEZ MUÑOZ, José Luis VELASCO ZAMORA, Gonzalo PACHECO

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) asociada a esclerosis sistémica (ES) es una causa frecuente de morbimortalidad. El registro EPIMAR 2 permite caracterizar las diferencias clínicas, funcionales e inmunológicas de pacientes con EPI-ES respecto de otras enfermedades del tejido conectivo (ETC).

Objetivo: Comparar las características clínicas, funcionales y terapéuticas de pacientes con EPI-ES frente a otras ETC, e identificar predictores de restricción funcional.

Métodos: Análisis retrospectivo de la cohorte EPIMAR 2, de los cuales 85 presentaban diagnóstico de ES. Se analizaron variables demográficas, antecedentes, perfil serológico, función pulmonar (CVF, DLCO), patrón tomográfico, extensión y tratamiento. Se realizaron comparaciones entre los grupos (ES vs sin ES).

Resultados: De los 229 pacientes incluidos, 85 presentaban EPI asociada a esclerosis sistémica (EPI-ES) y 144 a otras enfermedades del tejido conectivo (ETC), incluyendo artritis reumatoidea (59%), síndrome de Sjögren (17%), miopatías inflamatorias (14.8%) y lupus eritematoso sistémico (7%). Ambos grupos mostraron predominio femenino (84.7% en EPI-ES vs. 76% en otras ETC) y edad promedio similar (58.6 vs 61.5 años). La frecuencia de tabaquismo fue menor en EPI-ES (29.5% vs 44.8%; $p=0.06$). La prevalencia de enfermedad subclínica fue comparable (31.3% vs. 33.8%). No se observaron diferencias significativas en la CVF basal media (70% vs. 71%), aunque la DLCO fue inferior en el grupo EPI-ES (53% vs. 65%; $p=0.08$). En la tomografía, la neumonía intersticial no específica (NINE) fue más frecuente en EPI-ES (43.3% vs. 15.2%; $p=0.062$), mientras que la neumonía intersticial usual (NIU) predominó en otras ETC (24% vs. 10%). Los pacientes sin ES mostraron una tendencia a mayor demora diagnóstica (148 vs. 71 meses; $p=0.09$). Dentro del grupo EPI-ES, el 51% presentó restricción funcional moderada/severa (CVF <70%). Este subgrupo tenía menor edad media (56 vs. 62 años; $p=0.09$), mayor proporción de varones (25% vs. 8%; $p=0.08$) y mayor tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico (176 vs. 75 meses; $p=0.09$) en comparación con aquellos con menor compromiso funcional. Además, presentaron con mayor frecuencia patrón tomográfico NIU (16% vs. 0%; $p=0.057$), extensión pulmonar >20% (83% vs. 40%; $p=0.03$), hospitalizaciones no programadas en el último año (32% vs. 11%; $p=0.06$) y mayor interrupción laboral (>15 días/año) (34% vs. 6%; $p<0.001$).

Conclusión: Los pacientes con EPI-ES presentan un fenotipo clínico distintivo, con mayor compromiso funcional, perfil serológico fibrosante y necesidad de inmunosupresión intensiva. Al diagnóstico, el 50% presentaron restricción funcional significativa, asociada a mayor demora diagnóstica, especialmente en el grupo sin ES. Estos hallazgos refuerzan la importancia de estrategias de detección precoz y seguimiento estricto.

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA ESPONDILOARTRITIS AXIAL DIFÍCIL DE MANEJAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES DE ARGENTINA

Zuleyka Dayana SALTOS VELASCO¹, Florencia VALDEZ DONELLI¹, Fernando DAL PRA¹, Hernán MALDONADO FICCO², Emilce SCHNEEBERGER¹, Alejandro EZQUER¹, Juan Manuel FERRI¹, Carla LALLOPIZZO¹, Denisse Estefanía GALLARDO PÉREZ¹, Robert Douglas JÁCOME CUSME¹, Patricia Belén DOMÍNGUEZ LEIVA³, Rodolfo PÉREZ ALAMINO¹, Gustavo CITERA¹

¹INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA; ²HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA; ³HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ

Introducción: La espondiloartritis axial (EspAax) difícil de manejar (D2M) fue recientemente definida por el grupo ASAS en 2025.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de EspAax D2M e identificar las características de estos pacientes.

Métodos: Estudio multicéntrico, de corte transversal. Pacientes consecutivos ≥ 18 años de edad con diagnóstico de EspAax según criterios ASAS 2009 seguidos de forma ambulatoria en diferentes centros de Argentina desde abril a julio de 2025. Se consignaron datos sociodemográficos y clínicos. Se evaluó la presencia de EspAax D2M y refractaria al tratamiento (RT) según la definición ASAS 2025. Análisis estadístico: estadística descriptiva, test de Chi² o exacto de Fisher y prueba T de Student o Mann-Whitney. Regresión logística múltiple.

Resultados: Se incluyeron 105 pacientes, edad mediana de 47 años (RIC 39-58), 77.1% de sexo masculino. 85.7% eran EspAax radiográfica (-r), siendo la forma pura la más común (64.8%). Positividad para HLA-B27 74.1%. El tiempo mediano de evolución de la enfermedad fue de 11 años (RIC 7-23) con una demora diagnóstica mediana de 24 meses (RIC 12-84). En cuanto al tratamiento recibido: drogas modificadoras de la enfermedad (DME)-sintéticas convencionales en 21%, DME-biológicas en 70% (inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa 55% e inhibidores de interleuquina 17 15%) y DME sintéticas dirigidas en 10%. La prevalencia de EspAax D2M fue del 7.6% y de RT del 6.8% (correspondiendo al 87.5% de los pacientes D2M). Todos los pacientes del grupo D2M eran de tipo radiográfico. Los pacientes D2M presentaron mayor frecuencia de psoriasis (62.5% vs. 17.5%, $p=0.01$), mayor tiempo de evolución de la enfermedad (m 23 años RIC 19-25 vs. m 10 años RIC 6-21, $p=0.03$), mayor dolor por EVN (media 6.1 ± 2.9 cm vs. media 2.8 ± 2.9 cm, $p=0.03$), mayor frecuencia de fibromialgia (38% vs. 5.2%, $p=0.01$) peor BASFI (m 5.15 RIC 4.7-7.15 vs. m 3 RIC 0.9-5.5, $p=0.012$), peor ASQoL (m 10.5 RIC 6-12.5 vs. m 4 RIC 2-8, $p=0.03$), y mayor uso de corticoides sistémicos (37.5% vs. 7.2%, $p=0.02$). La mayoría de los pacientes en ambos grupos (D2M y no D2M) recibió el tratamiento de forma continua (mayor al 80% de la dosis programada), sin diferencia entre los grupos. En el análisis multivariado, las variables independientemente asociadas a D2M fueron la presencia de psoriasis (OR 10.53 IC95% 1.75- 63.31, $p=0.03$), de fibromialgia (OR 33 IC95% 3-362, $p=0.02$), mayor dolor por EVN (OR 1.38 IC95% 1-1.9, $p=0.04$) y mayor tiempo de evolución de la enfermedad (OR 1.11 IC95% 1.01-1.22, $p=0.03$).

Conclusión: Aproximadamente 1 de cada 13 pacientes con EspAax es D2M. Las principales variables asociadas a esta condición fueron la presencia de psoriasis, fibromialgia, mayor dolor y mayor tiempo de evolución de la enfermedad.