

POSTERS

0123

IMPACTO DE LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DE ARTRITIS REUMATOIDEA EN PACIENTES CON ARTRALGIA: ANÁLISIS DE LA COHORTE REUMA-CHECK

Gisele REYES, Carolina BARDINI, Jessica SOLÍS MAYORGA, Nataly MEJÍA, Santiago RUTA, Álvaro RUTA, Juan ARGUELLO, Sebastián MAGRI, Rodrigo GARCÍA SALINAS

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, LA PLATA

Introducción: Los antecedentes familiares (AF) de primer grado de artritis reumatoidea (AR) representan un factor de predisposición genética y pueden favorecer el diagnóstico temprano.

Objetivo: 1) Estimar la frecuencia de AF en pacientes consecutivos con artralgia y su asociación con el diagnóstico final de AR; 2) analizar las diferencias clínicas entre pacientes con AR según presencia o ausencia de AF; 3) comparar las características de los pacientes con artralgia sin AR, diferenciando por AF.

Métodos: Estudio observacional en pacientes con artralgia. Se realizaron estudios de laboratorio (VSG, PCR, FR, ACPA), ecografía musculoesquelética y radiografía. Se recolectaron datos clínicos, sociodemográficos y funcionales (HAQ), incluyendo AF de AR. Los evaluadores estaban cegados al resto de los estudios. Finalizado el circuito diagnóstico, se estableció la presencia o no de AR. Se aplicaron estadísticas descriptivas y regresión logística.

Resultados: Se evaluaron 1900 pacientes con artralgia (77% mujeres, edad media 52 años). El 10,8% (n=205; IC95%: 9,5–12,3%) reportó AF. Estos pacientes tuvieron mayor prevalencia de AR (19,5% vs. 12,2%; OR: 1,75; IC95%: 1,2–2,55; p=0,005). Entre los pacientes con AR (n=250), aquellos con AF (16%, n=40) presentaron mayor gravedad clínica. En el análisis multivariado, la afectación de articulaciones metacarpofalángicas (MCP) se asoció de forma independiente con AF (OR: 4,24; IC 95%: 1,35–13,31; p=0,013). En los pacientes sin diagnóstico de AR (n=1651), quienes tenían AF (n=165) presentaron características clínicas más severas. La regresión logística mostró asociación independiente con MCP *squeeze* positivo (OR: 2,26; IC95%: 1,57–3,27; p<0,001), sexo femenino (OR: 1,92; IC95%: 1,14–3,21; p=0,013) y menor edad a la consulta (OR: 0,8; IC95%: 0,78–0,9; p=0,001).

Conclusión: El 11% de los pacientes con artralgia refirió AF de AR, lo cual se asoció con mayor riesgo de diagnóstico y características clínicas más graves. En pacientes sin AR, la presencia de AF también se vincula con signos de mayor severidad clínica, lo que podría tener implicancias en la evaluación temprana y seguimiento de estos individuos.

0130

INCIDENCIA DE HERPES ZÓSTER EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA: COMPARACIÓN CON CONTROLES Y RIESGO SEGÚN DISTINTOS TRATAMIENTOS

Marina SCOLNIK, Erika PALACIOS SANTILLÁN, María Victoria CHIARVETTO PERALTA, Enrique R. SORIANO, Javier ROSA

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivo: Comparar la incidencia de herpes zóster (HZ) entre pacientes con artritis reumatoidea (AR) y controles pertenecientes a un plan de salud de Buenos Aires y comparar la incidencia entre períodos bajo distintos tratamientos inmunosupresores.

Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico nuevo de AR entre 2000 y 2020 pertenecientes a un plan de salud de un Hospital Universitario y controles emparejados por edad y sexo en un ratio 1:2. Se realizó estadística descriptiva, cálculo de densidades de incidencia por cada 100 pacientes-año (PY), análisis de regresión de Cox univariado y multivariado para identificar factores asociados al desarrollo de HZ y curvas de supervivencia de Kaplan-Meier.

Resultados: Se incluyó un total de 460 pacientes con AR y 920 controles emparejados (1380 pacientes en total); el 81,3% eran mujeres, con una edad promedio de 62,2 años (DE 14,1) al diagnóstico de AR y una mediana de seguimiento de 9,0 años (RIC 5,2–13,1). Los pacientes con AR aportaron un tiempo total de seguimiento de 4184,3 años (IC 95%: 3959,6–4409,0) y los controles de 9783,0 años (IC 95%: 7984,4–11581,7). Se registró un total de 46 eventos de HZ en la población con AR y 29 en el grupo control. Los pacientes con AR mostraron una tasa de incidencia de 1,08 (IC 95%: 0,80–1,47) por cada 100 PY y los controles de 0,29 (IC 95%: 0,19 – 0,44) por cada 100 PY; la razón de tasas de incidencia (IRR) al comparar ambos grupos fue de 3,63 (IC 95%: 2,28–5,77), p<0,001. Aquellos pacientes con AR que recibieron terapias biológicas e inhibidores de JAK mostraron un mayor riesgo en comparación con cDMARDs, con una IRR de 2,48 (IC 95%: 1,14–5,41; p=0,02) y de 4,47 (IC 95%: 1,80–11,08; p=0,001), respectivamente. La mayor edad (HR: 1,04; IC 95%: 1,01–1,06; p=0,005) y el uso de terapias biológicas (HR: 2,39; IC 95%: 1,29–4,44; p=0,006) se asociaron con un mayor riesgo de HZ en el análisis multivariado de Cox. La neuralgia posherpética fue significativamente más prevalente en los pacientes con AR (42,2% vs 7,7%, p=0,002).

Conclusión: La incidencia de HZ en pacientes con AR fue más de 3 veces mayor que en los pacientes controles. El tratamiento con drogas biológicas y con inhibidores de JAK evidenció incidencias significativamente mayores que los cDMARDs.

0140

PREVALENCIA DE ARTRITIS REUMATOIDEA DE DIFÍCIL TRATAMIENTO Y POLIRREFRACTARIA EN UNA COHORTE DE PACIENTES DE UN HOSPITAL PRIVADO DE BUENOS AIRES

Cecilia Andrea ZAFFARANA, Belén María VIRASORO, Cecilia ASNAL, Yina Paola ARIAS CISNEROS, Guillermo Gerardo BARTEL, Anabella María RODRÍGUEZ, Andrea Susana GÓMEZ, María Belén CARRANZA, Walter Jacinto VALLEJO CARRASCO, Hugo LABORDE, Damián DUARTES NOE

HOSPITAL BRITÁNICO

Introducción: En diferentes estudios se ha observado una prevalencia de artritis reumatoidea de difícil tratamiento (ARd2T) que oscila entre un 5-20% de los pacientes con AR. Se ha descrito un fenotipo llamado "PIRRA" (*Persistent Inflammatory Refractory Arthritis*) en el que se observa sinovitis clínica y en Ultrasonografía (US), y un fenotipo denominado "NIRRA" (*Non Inflammatory Refractory Arthritis*) en el que no se objetiva sinovitis en US.

Objetivo: 1) Evaluar la prevalencia de ARd2T en pacientes con AR en seguimiento por reumatología en un centro privado de Buenos Aires; 2) conocer la frecuencia de pacientes polirrefractorios (falla a todos los mecanismos de acción disponibles); 3) evaluar las características clínicas de los pacientes con ARd2T; 4) evaluar los fenotipos "PIRRA" (US: escala de grises ≥ 1 + PD ≥ 1) y "NIRRA" (ausencia de hallazgos ultrasonográficos de inflamación).

Variable	AR no d2t (n=166)	ARd2t (n=6)	Total (n=171)	p	
Sexo Femenino n (%)	132 (80%)	6 (100)	138 (80.7)	NS	
Edad x (DS)	56.04 (14.1)	53.16 (11.3)	55.9 (14)	NS	
Tiempo de evolución (años) x (DS)	9.10 (8.04)	18.76 (8.72)	9.47 (8.25)	0.0046	
FR positivo n (%)	125 (75.75)	5 (83.33)	130 (76.47)	NS	
Anti CCP positivo n (%)	136 (82.42)	5 (83.33)	141 (83.53)	NS	
FR a altos títulos n (%)	58 (35.15)	3 (50)	61 (35.88)	NS	
Anti CCP a altos títulos n (%)	80 (48.48)	4 (66.67)	84 (49.41)	NS	
DAS 28 x (DS)	2.52 (1.2)	4.06 (0.60)	2.59 (1.23)	0.0024	
HAQ x (DS) n: 60	0.60 (0.63)	1.5 (0.33)	0.67 (0.66)	0.004	
ERS (mm/h) x (DS)	25.14 (1.54)	23.33 (10)	25 (19)	NS	
PCR (mg/dl) x (DS)	1.16 (3.3)	1 (0.99)	1.15 (3.25)	NS	
Erosivo n (%)	62 (37.58)	4 (66.6)	66 (39.1)	NS	
Nódulos reumatoideos n (%)	16 (9.69)	1 (16.66)	17 (9.96)	NS	
Compromiso pulmonar n (%)	7 (4.24)	0	7 (4.09)	NS	
Fibromialgia n (%)	19 (11.51)	1 (16.66)	20 (11.69)	NS	
Tratamiento n (%)	DMARsc	120 (72.72)	5 (83.33)	125 (73.10)	NS
	DMARsc combinado	25 (15.15)	0	25 (14.62)	NS
	AntiTNF	37 (22.42)	2 (33.33)	39 (22.42)	NS
	Anti señal Co Estimuladora	5 (3.03)	1 (16.66)	6 (10.34)	NS
	Anti IL 6	4 (2.42)	0	4 (2.32)	NS
	Anti CD20	4 (2.42)	2 (33.33)	6 (10.34)	NS
Uso actual de corticoides n (%)	<5 mg/día	59 (35.75)	3 (50)	62 (35.96)	NS
	5 a 7.5 mg/día	13 (7.87)	1 (16.66)	14 (8.12)	NS
	>7.5 mg/día	9 (5.45)	1 (16.66)	10 (5.8)	NS
	No utiliza corticoides	76 (46.06)	1 (16.66)	77 (44.66)	NS

Tabla: Características clínicas y demográficas de 171 pacientes con AR.

Métodos: Estudio observacional, de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos de la consulta programada de reumatología con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010, ≥ 18 años, de mayo a junio de 2025. También se realizó recolección de datos de manera retrospectiva revisando las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de Reumatología entre marzo y abril de 2025. Se aplicaron los criterios EULAR de AR d2T. Se realizó ecografía articular a los pacientes que reunían los criterios de ARd2T.

Resultados: 171 pacientes fueron incluidos. En la Tabla se resumen las características clínicas de estos pacientes. Seis pacientes (3.48%) cumplían la definición de ARd2T. En 5 de ellos se pudo realizar ecografía articular encontrando en todos los casos hallazgos de sinovitis (Escala de Grises = 1 + PD=1). Dos pacientes (1.16%) eran polirrefractorios. En el análisis univariado los pacientes con ARd2t tenían mayor tiempo de evolución (18.7 ± 0.72 años vs 9.1 ± 8.04 , $p < 0.05$), y peor HAQ (1.5 ± 0.3 vs 0.6 ± 0.6 , $p < 0.05$).

Conclusión: En nuestra cohorte de pacientes con AR hallamos una prevalencia de ARd2t y de AR polirrefractoria baja en comparación a otros reportes. Los pacientes con ARd2t tenían mayor tiempo de evolución y peor capacidad funcional. Todos los pacientes que reunían criterios de ARd2t pertenecían al fenotipo "PIRRA".

0196

VALIDACIÓN EN ESPAÑOL DEL MICHIGAN HAND OUTCOMES QUESTIONNAIRE ABREVIADO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Lucila Belén ANTONIEWICZ, Patricia Belén DOMÍNGUEZ LEIVA, María Alejandra MEDINA, Juan Manuel BANDE, Javier Federico FLORES TREJO, Diana Silvia KLAJN, José Ángel CARACCILO, María Gabriela BATTAGLIA, Silvia PAPASIDERO

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ

Introducción: El *Michigan Hand Outcomes Questionnaire* (MHQ) es una herramienta utilizada para evaluar tanto la función y el dolor, así como también la percepción del paciente sobre la apariencia y la satisfacción de sus manos. La versión abreviada (MHQab) consta de 12 preguntas, lo que facilita su aplicación clínica. Las respuestas son en escala tipo Likert de 1 a 5, con un puntaje total que oscila de 0 a 100. Los valores más elevados indican mejores resultados.

Objetivo: Validar una versión en español del MHQab para su uso en pacientes con artritis reumatoidea (AR) en nuestra población.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y analítico. Se realizó la traducción y adaptación transcultural del cuestionario MHQab según guías de Beaton et al. Se incluyeron pacientes consecutivos ≥ 18 años con diagnóstico de AR (criterios de clasificación ACR/EULAR 2010). Se consignaron datos sociodemográficos, características de la AR y clinimetría. Se evaluó la función de la mano mediante HAQ-UP-A, FIHOA y test de Moberg, y la fuerza de prensión mediante dinamómetro Jamar. Todos los pacientes contestaron el MHQab y un grupo lo respondió nuevamente entre 7-10 días de la evaluación basal (previamente se constató que se encontraran en iguales condiciones clínicas). Además, se registró el tiempo que les tomó a los pacientes completar el cuestionario. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Consistencia interna con alfa de Cronbach, reproducibilidad con test-retest. Las asociaciones entre el puntaje total del MHQab, características clínicas y evaluaciones de la mano, se analizaron 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.

Resultados: Se incluyeron 56 pacientes, 89% fueron mujeres, con una edad mediana de 54 años (RIC 48-63). La mediana del puntaje total del MHQab fue de 63,5 (RIC 43,9-77,1), el tiempo promedio para responderlo fue de 3,2 minutos (RIC= 2,4-4,6). Mostró excelente consistencia interna (alfa=0,9) y reproducibilidad (0,86). No se detectaron ítems redundantes. Las correlaciones observadas fueron: correlación negativa muy buena con HAQ-UP-A y FIHOA; buena con número de articulaciones dolorosas y regular con tumefactas de la mano; buena con dolor en manos, evaluación global de la enfermedad en manos por el paciente y por el médico, y con índices de actividad (SDAI; CDAI; DAS28). Con respecto a las pruebas objetivas, la correlación fue positiva débil con Jamar y negativa débil con test de Moberg de la mano dominante. No se hallaron otras asociaciones significativas.

Conclusión: La versión en español del MHQab demostró ser una herramienta válida y reproducible para evaluar la capacidad funcional, el dolor, la apariencia y la satisfacción de sus manos en pacientes con AR.

FRECUENCIA DE FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Lucía Belén CISTERNA GUZMÁN¹, Patricia Belén DOMÍNGUEZ LEIVA¹, Javier Federico FLORES TREJO¹, Juan Manuel BANDE¹, José Ángel CARACCILO¹, María Alejandra MEDINA¹, Diana Silvia KLAJN¹, Mariana BENEGAS², Joan Manuel DAPÉÑA², María Julia SOSA³, María Paula KOHAN⁴, Alejandro MARTÍNEZ MUÑOZ⁵, Graciela GÓMEZ⁶, Julieta GOLDENBERG⁷, Carla LALLOPIZZO⁷, Silvia PAPASIDERO¹

¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ; ²SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ; ³SANATORIO TRINIDAD MITRE; ⁴HOSPITAL SANGUINETTI; ⁵SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS DR. C.A. BOCALANDRO; ⁶INSTITUTO LANARI; ⁷INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

Introducción: En los pacientes con artritis reumatoidea (AR), tanto la inflamación crónica como el tratamiento con corticoides, aumentan el riesgo de osteoporosis, lo que conlleva a mayor frecuencia de fracturas osteoporóticas. Estos eventos han sido poco documentados en nuestro medio.

Objetivo: Describir la frecuencia de fracturas osteoporóticas en pacientes con AR y evaluar su asociación con las características de la población y de la enfermedad.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, de corte transversal y analítico. Se incluyeron pacientes \geq de 18 años con diagnóstico de AR (ACR/EULAR 2010). Se excluyeron otras enfermedades del tejido conectivo concomitante, presencia de osteoporosis y fracturas osteoporóticas previas al diagnóstico de AR y neoplasia actual. Se consignaron datos sociodemográficos, características de la AR, clinimetría, uso de glucocorticoides. Además, se registró la presencia de factores de riesgo para osteoporosis, diagnóstico de osteoporosis y de fractura osteoporótica (estos 2 últimos documentados con posterioridad al diagnóstico de AR). En caso de presentar fractura, se registró su localización. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Se comparó la frecuencia de fracturas según características de la enfermedad y los factores de riesgo para osteoporosis con prueba χ^2 y test de Student, con nivel de significación de 0,05. El valor de p se corrigió por método de Bonferroni. Software Stata 14.0.

Resultados: Se incluyeron 264 pacientes, 82.2% mujeres, con una edad promedio de 58.1 años (DE 13). La frecuencia de fracturas osteoporóticas fue de 12.9%, de las cuales 41.2% fueron múltiples, siendo las vertebrales las más frecuentes (61.8%), seguidas por radio distal (35.3%). Los pacientes que presentaron mayor número de factores de riesgo para osteoporosis tuvieron mayor frecuencia de fracturas ($3,09 \pm 1,15$ vs. $2,14 \pm 1,09$; $p < 0.0001$). La mediana del tiempo de evolución de la enfermedad fue mayor en los pacientes con fracturas (240 vs. 96 meses; $p < 0.0001$) al igual que la frecuencia del tratamiento con corticoides (97.1% vs. 81.3%; $p = 0.021$). La eritrosedimentación y la actividad de la enfermedad por DAS28 fueron mayores y estadísticamente significativas en los pacientes con fracturas. No se observaron otras asociaciones significativas.

Conclusión: En los pacientes con AR evaluados se observó una frecuencia de fracturas del 12.9%, hallándose asociación significativa con mayor número de factores de riesgo para osteoporosis, mayor tiempo de evolución de la AR, uso de glucocorticoides, valores más elevados de eritrosedimentación y de actividad de la enfermedad.

DETERMINANTES DEL DESARROLLO DE ARTRITIS REUMATOIDEA DIFÍCIL TRATAR: ESTUDIO OBSERVACIONAL DEL REGISTRO LATINOAMERICANO BIOBADALATAM

Eliás Emanuel DUFAU¹, Ignacio Nacho LÓPEZ¹, Alejandro BRIGANTE¹, José Jiram TORRES RUIZ², Rivera Vijaya TERÁN², Deshira ALPIZAR-RODRÍGUEZ², Iêda Maria MAGALHÃES LAURINDO³, Paloma DE ABREU⁴, Guillermo PONS-ESTEL⁵, María Celina DE LA VEGA⁵, María HAYE SALINAS⁵, Mónica SACNUN⁵, María LARROUDE⁵, Anastasia SECCO⁵, Marcelo PINHEIRO⁵, Marina BUSTAMANTE⁵, Castro GLAUCIO⁶, Vander FERNANDES⁶, Claiton BRENOL⁶, José Eduardo MARTÍNEZ⁶, Ángel Castillo ORTIZ⁷, Miguel Ángel Saavedra SALINAS⁷, Julio César CASASOLA VARGAS⁷, Sandra Carrillo VÁZQUEZ⁷, Luis Francisco Valdés CORONA⁷, Gabriela ÁVILA⁸, Sonia CABRERA⁸, Patricia MELGAREJO⁸, Paola PUSINERI⁸, Raquel ARANDA⁸, Paola JARA⁸, Macarena SOTO⁸, Cristina BRUEGO⁸, Cordovilla DARWIN⁸, Alejandro FERNÁNDEZ⁸, Sandra CONSAN⁸, Sofía ROSTAN⁸, Carolina ISNARDI⁸

¹SANATORIO GÜEMES; ²UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DEL COLEGIO MEXICANO DE REUMATOLOGÍA; ³UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD BRASILEIRA DE REUMATOLOGÍA; ⁴UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LAS SOCIEDADES DE REUMATOLOGÍA DE PARAGUAY Y URUGUAY; ⁵INVESTIGADOR DE BIOBADASAR; ⁶INVESTIGADOR DE BIOBADABRASIL; ⁷INVESTIGADOR DE BIOBADAMEX; ⁸INVESTIGADOR DE BIOBADAGUAY; ⁹UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

Introducción: La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica caracterizada por compromiso articular progresivo. El desarrollo de terapias biológicas ha mejorado la calidad de vida de los pacientes. Ante la falta de respuesta a ellos se desarrolló el concepto de artritis reumatoide difícil de tratar (ARD2T) caracterizado por fracaso de >2 fármacos modificadores de la enfermedad biológicos o sintéticos dirigidos (DMARDb o DMARDts) enfermedad activa y control problemático de la enfermedad. Diversos estudios han analizado las características asociadas a la ARD2T ampliando el conocimiento.

Objetivo: Identificar características clínicas, demográficas, serológicas y comorbilidades asociadas en pacientes con ARD2T del registro BIOBADALATAM.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, transversal de pacientes con ARD2T de BIOBADALATAM desde 01/2010 a 6/2025. Se realizó una regresión logística multivariada para explorar factores asociados a uno o más desenlaces dentro de la cohorte. Se seleccionaron variables explicativas en base a criterios clínicos y significancia en el análisis bivariado ($p < 0,5$). Se reportaron los *odds ratios* (OR) ajustados, con sus intervalos de confianza del 95 % (IC95%).

Resultados: Se analizaron 6046 pacientes en BIOBADALATAM, 186 (3%) presentaron ARD2T. La mayoría fueron mujeres 89% ($n=166$) con una mediana de edad al diagnóstico de 40 años (RIC 32-50) y una mediana tiempo de evolución de 18 años (RIC: 14,2-24,6). La mediana de título de aCCP fue 200 (RIC: 126-401) U/ml y la del factor reumatoideo 160 U/ml (RIC: 76,5-322). Se observó una mediana de DAS28 elevada 5.4 (4.60- 6,00). En relación a los tratamientos, los anti-TNF fueron los más utilizados ($n=418$) siendo la ineficacia su causa de suspensión. El retraso de inicio del tratamiento biológico fue de 8.77 años (RIC 3.56-15.9). Con respecto a las comorbilidades, presentaron sobrepeso $n=56$ (36,2%), seguido por HTA $n=53$ (29%) en esta cohorte.

Conclusión: En la cohorte analizada se observaron niveles elevados de autoanticuerpos destacando el mal pronóstico de estos pacientes, acompañado de una larga evolución de su enfermedad. Las comorbilidades que más frecuentemente se presentaron (cardiovasculares y metabólicas) han sido evaluadas en otros trabajos como posibles factores asociados a ARD2T, al igual que el tabaquismo y la obesidad, por tal motivo sería de utilidad una identificación precoz de estas características con el fin de establecer un mejor control de estas comorbilidades.

PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Marcela Alejandra ROMERO CABALLERO¹, Emilia SAINT MARTIN¹, Natalia Andrea PERROTTA¹, Maximiliano FENUCCI¹, Rodrigo GARCÍA SALINAS², María Pía PISSANI¹, Gladys BOVEA¹, Leila ABBAS¹, Carla PAPPALARDO¹

¹HOSPITAL CÉSAR MILSTEIN; ²HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, LA PLATA

	Result
Sexo Femenino: n (%)	71 (88.9%)
Tabaquismo actual: n (%)	29 (35.8%)
Dislipemia: n (%)	26 (32.1%)
DBT: n (%)	13 (16.0%)
Seropositividad: n (%)	61 (75.3%)
Erosiones: n (%)	34 (42.0%)
Tto AINES: n (%)	25 (30.9%)
Tto GCT: n (%)	27 (33.3%)
Metotrexato: n (%)	48 (59.3%)
Tto biológico: n (%)	32 (40.5%)
Tto antihipertensivo: n (%)	48 (59.3%)
IECA: n (%)	9 (11.1%)
ARA II: n (%)	34 (42.0%)
Bloqueantes calcicos: n (%)	18 (22.2%)
Diuretico: n (%)	13 (16.0%)
BB: n (%)	21 (25.9%)
HTA: 1.0	48 (59.4%)
edad	72.45 ± 8.45
Años de evol de DBT	1.75 ± 5.33
Tiempo de evol de AR (años)	12.64 ± 10.4
DAS 28	3.53 ± 1.31
HAQ	1.3 ± 0.71

Introducción: En la artritis reumatoidea (AR) se observaron factores de riesgo como hipertensión arterial (HTA), tabaquismo (TBQ), dislipidemia y diabetes mellitus (DBT), que contribuyen a desarrollarla. La HTA es uno de los más importantes y es modificable. La prevalencia de HTA en AR varía de 3.8% a 73%. La HTA no diagnosticada puede ser mayor en AR que en la población general.

Objetivo: Determinar la prevalencia de HTA en AR.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional. Análisis de variables descriptivas: frecuencia (%) y media (SD). En la comparación entre grupos prueba paramétricas y no paramétricas. Se tomó p<0.05 como estadísticamente significativo. Se utilizó SPSS.

Resultados: 79 pacientes con AR, 88% mujeres con una media de evolución de la enfermedad de 12 años. 59.3% en tratamiento con metotrexato y 40% biológico. Mostraban un DAS28 3.53 (±1.31) y HAQ 1.3 (±0.71). Prevalencia 59.4% HTA con tratamiento antihipertensivo (ARA II 42%). No se obtuvieron diferencias significativas con respecto a TAS (125.16±12.54 vs. 129.79±18.16, p=0.181) y TAD (78.28±11.12 vs. 76.67±10.38, p=0.516), así como tampoco TBQ (38.3% vs. 39.3%, p=0.9). Se observó que pacientes con HTA presentaron más comorbilidades (dislipidemia (21 vs. 5, p=0.024) y DBT (12 vs. 1, p=0.013)) y mayor tiempo de evolución de DBT (2.72±6.58 vs. 0.17±0.93, p=0.012). No se observó diferencias en cuanto a la actividad (DAS 28 3.40±1.35 vs. 3.75±1.23, p=0.28), capacidad funcional (HAQ 1.37±0.68 vs. 1.20±0.76, p=0.37), ni al tiempo de evolución de la AR (12.1±10.20 vs. 13.37±10.84, p=0.631).

Conclusión: Se identificó una alta prevalencia de HTA en pacientes con AR mayores de 60 años (59.4%). Si bien no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los valores de TAS y TAD entre pacientes con y sin diagnóstico previo de HTA, ni en relación al TBQ, sí se observó una asociación significativa entre el diagnóstico de HTA y la presencia de dislipidemia (p=0.024) y DBT (p=0.013), así como un mayor tiempo de evolución de esta última (p=0.012).

Tabla 1

Variable	No HTA	HTA	p	OR (IC95%)
edad	70.81 ± 8.56	73.54 ± 8.28	0.162	
sexo masculino	1 (3.1%)	8 (16.7%)	0.078	6.20 (0.74-52.23)
tabaquismo actual	11 (39.3%)	18 (38.3%)	0.9	0.96 (0.37-2.50)
dislipemia	5 (17.2%)	21 (44.7%)	0.024	3.88 (1.26-11.91)
DBT	1 (3.4%)	12 (25.5%)	0.013	9.60 (1.18-78.37)
TAS	125.16 ± 12.54	129.79 ± 18.16	0.181	
TAD	78.28 ± 11.12	76.67 ± 10.38	0.516	
Años de evol de DBT	0.17 ± 0.93	2.72 ± 6.58	0.012	
Tiempo de evol de AR (años)	13.37 ± 10.84	12.17 ± 10.20	0.631	
Seropositividad	21 (67.7%)	40 (83.3%)	0.169	2.38 (0.82-6.94)
erosiones	13 (43.3%)	21 (44.7%)	1.0	1.06 (0.42-2.66)
DAS 28	3.75 ± 1.23	3.40 ± 1.35	0.28	
HAQ	1.20 ± 0.76	1.37 ± 0.68	0.37	

Tabla 2

ESTRATEGIAS DE CYCLING VS. SWITCHING EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA

Melina DELGADO, Romina TANTEN, Marina SCOLNIK, Nicolás ALVARADO, Enrique R. SORIANO, Javier ROSA

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: En artritis reumatoidea (AR), ante la falla terapéutica a una primera droga modificadora de la enfermedad biológica/sintética dirigida (DMARD-b/-sd), se plantean dos estrategias: *cycling* (cambiar al mismo mecanismo de acción) o *switching* (cambiar a otro mecanismo de acción).

Objetivo: 1) Comparar la eficacia de las dos estrategias en lograr remisión (REM) o baja actividad de la enfermedad (LDA) en pacientes con AR; 2) identificar factores asociados con la respuesta al tratamiento; 3) determinar la supervivencia de las drogas.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron pacientes adultos con AR incidente (criterios ACR/EULAR 2010), entre el 01/01/2000 y el 30/06/2024, afiliados a un sistema de salud de un hospital universitario, con al menos un año de seguimiento y exposición a dos o más DMARD-b/-sd. Cada paciente fue seguido hasta su desafiliación, fallecimiento o finalización del estudio (30/06/2024). Se recolectaron datos demográficos y clínicos.

Resultados: De nuestra cohorte de 702 pacientes, 68 cumplieron con los criterios de inclusión; 89.7% mujeres; edad media al diagnóstico 54.9 años (DE 14); tiempo de evolución de la enfermedad 11.9 años (DE 6.8) y una media de seguimiento de 12.8 años (DE 6). El 92,6% (N=63) perteneció al grupo *switching*. El 66,2% utilizó anti TNF como primera línea de tratamiento; 23,5% inhibidores de JAK; 5,4% abatacept; 2,9% rituximab y 1,5% tocilizumab. Como segunda línea de tratamiento se utilizó anti TNF en un 25%; 36,8% inhibidores de JAK; 19,1% abatacept; 10,3% rituximab y 8,8% tocilizumab. No se encontraron diferencias demográficas ni clínicas significativas, incluyendo las causas de discontinuación, entre los grupos *cycling* y *switching* (Tabla). No hubo diferencias en el uso de corticoides y DMARD-sc concomitantes al 1° y 2° DMARD-b/-sd, entre ambos grupos. No hubo diferencias significativas en las tasas de REM y LDA a los 3 y 6 meses de iniciado el 2° DMARD-b/-sd. Por análisis uni y multivariado no se encontraron factores asociados con la respuesta al tratamiento. Tampoco hubo diferencias en la supervivencia de DMARD-b/-sd en ambos grupos.

Variable	Cycling n=5	Switching n=63	p
Sexo femenino, %	60,0	92,1	0,079
Edad al diagnóstico de AR, media (DS)	53 (14,2)	55 (13)	0,754
RDCI (Rheumatic Disease Comorbidity Index) al diagnóstico de AR, mediana (RIC)	2 (0-2)	1 (0-1)	0,203
Factor Reumatoideo positivo, %	80,0	90,0	0,478
Anti CCP positivo, %	60,0	79,4	0,315
VSG basal, mediana (RIC)	30 (22-57)	39 (25-60)	0,683
DAS28-VSG Basal, mediana (RIC)	5,1 (3,9-6,0)	5,2 (4,5-5,8)	0,610
Enfermedad erosiva basal, %	20,0	23,0	0,854
Primer DMARD convencional (DMARD-sc), % Mefloretato Otros	100 0	85,5 14,5	0,843
Primer DMARD-bi-sd, % Anti TNF Tocilizumab Rituximab Inhibidores de JAK Abatacept	60,0 0 0 40,0 0	66,7 1,6 3,2 22,2 6,3	0,877
Duración del 1° DMARD-bi-sd, meses, mediana (RIC)	22,2 (4-22,4)	22,1 (8-43)	0,312
Segundo DMARD-bi-sd, % Anti TNF Tocilizumab Rituximab Inhibidores de JAK Abatacept	60,0 0 0 40 0	22,2 9,5 11,1 38,5 20,6	0,317
Duración del segundo DMARD-bi-sd, meses, mediana (RIC)	48 (30-59)	9 (4-30)	0,108
Discontinuación del segundo DMARD-bi-sd, %	60,0	57,1	0,901

Tabla: Datos demográficos y clínicos.

Conclusión: En nuestra cohorte de pacientes, una minoría utilizó la estrategia *cycling*. No hubo diferencias significativas en las tasas de REM/LDA y factores asociados con la respuesta al tratamiento. Las tasas de supervivencia fueron similares en ambos grupos.

0278

HERRAMIENTAS ANALÍTICAS PARA LA MONITORIZACIÓN TERAPÉUTICA DE ADALIMUMAB

Adriana CARLOMAGNO¹, Gabriel LASSABE², Álvaro DANZA¹, Gualberto GONZÁLEZ SAPIENZA²

¹UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA, FACULTAD DE MEDICINA; ²UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA, FACULTAD DE QUÍMICA

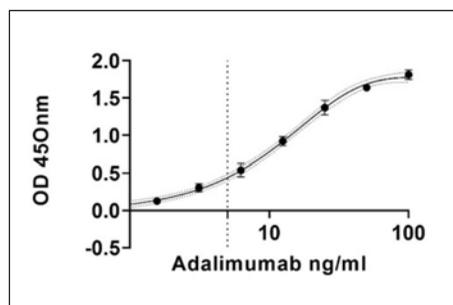
Introducción: Casi la mitad de los pacientes con artritis reumatoidea (AR) tratados con adalimumab presentan ineficacia terapéutica. Los niveles séricos de adalimumab entre 5 y 8 µg/mL suelen ser suficientes para lograr una respuesta clínica adecuada. Desarrollar herramientas diagnósticas para monitorizar la concentración plasmática de adalimumab podría optimizar su uso. Nuestro grupo de inmunquímica se especializa en el desarrollo de estrategias diagnósticas basadas en nanobodies (Nb). Los Nb son los dominios de reconocimiento derivados de anticuerpos no convencionales carentes de cadenas livianas, presentes en camélidos. Ofrecen ventajas biotecnológicas: la construcción de bibliotecas de expresión en fagos filamentosos a partir de camélidos inmunizados, la capacidad de seleccionar Nb específicos de la biblioteca, y su facilidad y bajo costo de producción.

Objetivo: Desarrollar herramientas analíticas para la monitorización terapéutica de adalimumab.

Métodos: Se inmunizó una llama con adalimumab. Se construyó una biblioteca de Nb en fagos filamentosos y se seleccionaron Nbs específicos utilizando la tecnología de *phage display*. Los Nbs seleccionados se produjeron en cantidades del orden de miligramos y luego se conjugaron con biotina. Se utilizaron en ensayos ELISA tipo sándwich para detectar los niveles de adalimumab. El conjugado con biotina permitió la inmovilización orientada de los Nbs en placas recubiertas con estreptavidina para optimizar su capacidad de captura. Se realizó una curva de titulación de adalimumab y el ensayo se validó con sueros enriquecidos con 5 µg/ml de adalimumab. Se analizaron sueros de pacientes (n=8) con AR en tratamiento con adalimumab.

Resultados: Se construyó con éxito una biblioteca de Nb contra adalimumab en fagos filamentosos para seleccionar Nbs específicos. Se seleccionaron los tres clones con mayor afinidad y niveles de producción. Estos clones se produjeron a gran escala y luego se biotinizaron. Los clones detectaron adalimumab con mínima reactividad cruzada frente a otros anticuerpos terapéuticos. La sensibilidad del método se determinó mediante curvas de titulación de adalimumab ajustadas a un modelo sigmoideo (Figura). La validación se realizó evaluando la recuperación en muestras de suero adulto normal enriquecidas con 5 µg/mL, obteniéndose un valor promedio de 4,7 ± 0,65 µg/mL, que corresponde a un 94% de recuperación y una desviación estándar relativa de 13%. Se analizaron pacientes en remisión sostenida (n=5), con concentraciones séricas entre 2,4 y 10,6 µg/mL, y pacientes con fallo secundario (n=3), en quienes se observaron niveles muy bajos o indetectables del fármaco en plasma.

Conclusión: El inmunoensayo basado en Nb permite detectar adalimumab en suero a niveles clínicamente relevantes. Se observó una correlación entre la actividad clínica y las concentraciones séricas del fármaco.



Figura

0279

AUTOPERCEPCIÓN DE DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Martín Miguel Ángel SALAS TOLABA, María Laura TOSO, Leila BELBRUNO, Ana Carolina RALLE, Eugenia PICCO, Mariana ACIAR, Emilio BUSCHIAZZO, Ivana Romina ROJAS TESSEL, Vicente JUÁREZ

HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

Introducción: La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad reumática con predominio de compromiso articular. Existen factores que podrían tener influencia en el control de la actividad de la enfermedad. Hasta el momento no se ha evaluado la influencia del entorno familiar sobre las distintas dimensiones de compromiso de la enfermedad. El APGAR familiar constituye una medida de la percepción de la función familiar desde el punto de vista del paciente.

Objetivo: Determinar la prevalencia de percepción de disfunción familiar en pacientes con AR y factores asociados a dicha disfunción.

Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR según criterios (ACR/EULAR 2010), ≥ 18 años de la consulta ambulatoria. Se consignaron datos sociodemográficos, relacionados a la enfermedad, depresión, ansiedad y adherencia al tratamiento medida por CQR-5. Se realizó estadística descriptiva, y test de asociación para variables categóricas y continuas, según su tipo de distribución. Se consideró una $p < 0.05$ como significativa.

Resultados: Se encuestaron a 50 pacientes, Edad $m=48.2$ años (RIC: 39.3-54), sexo femenino 42 (84%), DAS28 $m=3.80$ (RIC: 3.3-4.63), HAQ $m=1.62$ (RIC: 0.61-2.21), 37 (74%) pacientes de Salta Capital, empleo informal 24 (48%), desocupados 20 (40.7%) y 30 (60.7%) de clase media baja. Veintidós (44%) pacientes presentaban ansiedad grave por GAD7 y 9 (18.0%) depresión severa por PHQ-9. La prevalencia de percepción de disfunción familiar por APGAR se evaluó en 50 pacientes (100.0), de los cuales 7 (14.0%) con requerimiento de asistencia inmediata (RAI) y 9 con disfunción severa (DS). En el análisis multivariado, el estado de empleo informal y la no adherencia al tratamiento se asociaron independientemente con percepción de algún grado de disfunción familiar (moderada o severa).

Conclusión: Más de un tercio de los pacientes con AR presentó algún grado de percepción de disfunción familiar, y se asoció independientemente con el estado de empleo informal y la no adherencia al tratamiento.

0202

CROWNED DENS SYNDROME EN PACIENTES CON CONDROCALCINOSIS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES ASOCIADOS EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA

María Victoria CHIARVETTO PERALTA, Nicolás MARIN ZUCARO, Marina SCOLNIK, Enrique R. SORIANO, Javier ROSA

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: El *Crowned Dens Syndrome* (CDS) es una manifestación específica de la enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato de calcio (EPFca). Si bien los nuevos criterios ACR/EULAR 2023 mejoran la clasificación global de esta entidad, la caracterización clínica y los predictores asociados a CDS en pacientes con condrocalcinosis (CC) aún no han sido suficientemente explorados.

Objetivo: Describir las características clínicas e imagenológicas de los pacientes con CDS dentro de una cohorte con pacientes diferenciando entre aquellos que presentaron un episodio de artritis inflamatoria (AI) y aquellos que no, y analizar factores asociados a su aparición de CDS en pacientes con CC.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo y analítico. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EPFca entre el 01/2015 y 01/2025, con al menos 6 meses de seguimiento y estudios por imágenes de la articulación sintomática (radiografía [RX], ultrasonografía [US] y/o tomografía [TC]). Se excluyeron otras artritis inflamatorias. Los casos fueron identificados mediante búsqueda sistemática en la historia clínica electrónica, laboratorio e informes de imágenes, con revisión manual por un reumatólogo de las imágenes. Se recolectaron variables demográficas, clínicas e imagenológicas. Se identificaron los casos con diagnóstico de CDS confirmado por TC. Se compararon pacientes con y sin CDS para identificar predictores clínicos e imagenológicos mediante análisis univariado.

Resultados: Se incluyeron 200 pacientes, de los cuales 32 presentaron CDS confirmado por tomografía, 21 pacientes (60%) pertenecían al grupo con artritis inflamatoria y 11 (47,8%) al grupo sin AI ($p=0,36$). La cervicalgia fue reportada en el 65% de los pacientes con AI y en el 90% de los sin AI (13/20 vs. 9/10, $p=0,14$). La calcificación bilateral de rodillas fue más frecuente en los pacientes sin AI (94,8% vs. 80,9%, $p=0,003$). En el análisis univariado se observó una tendencia no significativa hacia la asociación entre calcificaciones en rodillas y CDS (OR 4,49; IC95%: 0,82–24,5; $p=0,08$). No se hallaron asociaciones significativas con sexo, VSG, número de brotes o tiempo de enfermedad.

Conclusión: El CDS fue una manifestación frecuente en esta cohorte con condrocalcinosis. Aunque no se identificaron predictores clínicos significativos ya reportados previamente en pacientes EPFca, la calcificación bilateral de rodillas fue más frecuente en pacientes sin artritis, sugiriendo un fenotipo estructural.

0137

CONDROCALCINOSIS Y ARTRITIS INFLAMATORIA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA

María Victoria CHIARVETTO PERALTA, Marina SCOLNIK, Enrique R. SORIANO, Javier ROSA

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: El hallazgo de condrocalcinosis radiográfica es muy frecuente en personas mayores de 60 años. Algunos de ellos desarrollarán enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato de calcio (EPFca), conocida como pseudogota.

Objetivo: Comparar las características demográficas y clínicas en una cohorte de pacientes con sospecha de EPFca, diferenciando entre aquellos que presentaron un episodio de artritis inflamatoria (AI) y aquellos que no.

Métodos: Estudio cohorte de retrospectivo y analítico. Se incluyeron a pacientes con hallazgos de condrocalcinosis radiográfica o hallazgos sugestivos del depósito de cristales de pirofosfato de calcio en ultrasonografía (US) desde el 1/2015 al 1/2025. Se recolectaron datos de los estudios de laboratorio, radiográficos y US de la historia clínica electrónica. La AI se definió como un episodio de artritis aguda o crónica, según el criterio del médico. Se realizó estadística descriptiva para caracterizar a la cohorte y se buscó comparación entre los grupos para identificar predictores de AI.

Resultados: Se incluyeron 200 pacientes, de los cuales 105 (52,5%) presentaron AI. Este grupo 73,3% eran de sexo femenino (IC 95%: 63.8-81.4) con una mediana de edad al diagnóstico de años 77.6 (RIC: 70.7-81.9). Presentaron 71 pacientes afectación principal de la rodilla (67,7%), 14 cristales positivos (58,3%) y 60 tuvieron US al diagnóstico (57,7%). Se encontraron diferencias significativas en cuanto a VSG a la imagen, y US al diagnóstico, entre aquellos pacientes que desarrollaron AI y los que no. De los 105 pacientes con AI, 83 recibieron tratamiento (79,0%): 31 colchicina (34,8%), 36 corticoides orales (40%) y 8 metotrexato (8,89%). Los fenotipos más frecuentes en grupo AI, fueron 44 pacientes con pseudoartrosis (41,9%), 39 pseudogota (37,1%) y 11 pseudo artritis reumatoidea (10,5%).

Conclusión: Casi la mitad de los pacientes con condrocalcinosis desarrolló AI. En comparación con los que no la presentaron AI, mostraron mayor valor VSG al diagnóstico y fueron evaluados con más frecuencia por US.

MANIFESTACIONES URGENTES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RELACIONADA CON IgG4

Ernestina ANGAROLA, Agustín Gabriel CÁCERES, Javier ROSA

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) se considera una entidad de curso crónico e insidioso, sin embargo, la experiencia clínica sugiere que un porcentaje significativo de pacientes puede debutar con manifestaciones agudas o potencialmente graves.

Objetivo: Determinar los motivos y la frecuencia de presentación aguda de la ER-IgG4 que motivó ingreso a urgencias o internación, y evaluar su asociación con retraso diagnóstico, número de recaídas y daño orgánico, comparado con pacientes ambulatorios.

Métodos: Estudio analítico retrospectivo a partir del registro institucional de ER-IgG4. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años que cumplían los criterios clasificatorios ACR/EULAR 2019. Se compararon dos grupos: pacientes evaluados inicialmente en guardia externa por síntomas atribuibles a ER-IgG4 (Grupo 1) y pacientes evaluados por consulta ambulatoria sin manifestaciones urgentes previas (Grupo 2). Se registraron los motivos de consulta, fenotipos, variables clínicas y serológicas. Se evaluó el daño acumulado mediante el *IgG4-RD Damage Index* (IgG4-RD DI) y se documentaron las recaídas durante el seguimiento. Para el análisis estadístico, las variables categóricas se compararon mediante prueba de Chi² o Fisher, las continuas mediante t-test o Mann Whitney según distribución, y se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 55 pacientes con ER-IgG4; 26 (47%) debutaron en urgencias y requirieron internación; 8 de ellos tuvieron una internación prolongada (≥ 7 días) y 4 ingresaron a terapia intensiva. Las manifestaciones más frecuentes en este grupo fueron ictericia (53,8%), dolor abdominal (30,8%), falla renal (23,1%) y pérdida de peso (15,4%). El fenotipo pancreato-hepato-biliar fue el más frecuente en urgencias (65,2%), seguido del retroperitoneal-aórtico (57,1%), mientras que el grupo ambulatorio se asoció con mayor frecuencia al fenotipo de cabeza y cuello (27,5%). No se encontraron diferencias significativas entre grupos en compromiso multiorgánico, hipereosinofilia, IgE, IgG4 elevadas al diagnóstico, recaídas ni daño acumulado a los 12 meses (mediana score IGG4RD-DI de 2 RIC (1-3,5) vs. 1 RIC (1-2); $p=0,14$). La mortalidad fue mayor en el grupo de urgencias (11,5% vs. 3,45%), aunque esta diferencia no alcanzó significancia estadística ($p=0,33$). Además, el retraso diagnóstico fue menor en dicho grupo (mediana 6,5 meses vs 9 meses; $p=0,26$). En un subanálisis a partir de 2020 (creación de la unidad institucional de ER-IgG4), el retraso diagnóstico fue significativamente menor en el grupo urgencias (mediana 3 vs. 10 meses; $p=0,018$). Aunque sin diferencia estadística, este grupo presentó mayor daño acumulado a 12 meses (mediana score 2 vs. 1; $p=0,22$).

Conclusión: Casi la mitad de los pacientes con ER-IgG4 (47%) se presentó inicialmente en el ámbito de urgencias, particularmente aquellos con fenotipos pancreato-biliar o retroperitoneales. Este hallazgo desafía la visión clásica de la ER-IgG4 como enfermedad de inicio indolente.

RIESGO DE TUBERCULOSIS DURANTE EL TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS Y SINTÉTICAS DIRIGIDAS EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS: DATOS COMBINADOS DE CINCO PAÍSES DE LATINOAMÉRICA

Paloma DE ABREU TRIGUEROS¹, Carolina ISNARDI², Iêda Maria MAGALHÃES LAURINDO³, Deshire ALPIZAR RODRIGUEZ⁴, José Jiram TORRES RUIZ⁴, Guillermo PONS-ESTEL², María HAYE SALINAS², María Agustina ALFARO², Verónica SAURIT⁵, Erika CATAY⁵, Gustavo MEDINA⁶, Bárbara STADLER KAHLOW⁶, José Roberto MIRANDA⁶, Ana Cristina MEDEIROS RIBEIRO⁶, Manuel BERTOLO⁶, Hellen Mary DA SILVEIRA DE CARVAHO⁶, Marco LOURES⁶, Ángel CASTILLO ORTIZ⁷, Fedra IRAZOQUE⁷, Omar Eloy MUÑOZ MONROY⁷, Sandra CARRILLO VÁZQUEZ⁷, Angélica PEÑA AYALA⁷, Sonia CABRERA⁸, Gabriela ÁVILA⁸, Lourdes ROMÁN⁸, Mariela ZARZA⁸, Raquel ARANDA⁸, Patricia MELGAREJO⁸, Laura MARTÍNEZ⁸, Santiago FERREIRA⁸, Roger ROLÓN CAMPUZANO⁸, Cristina BRUNEGO⁸, Darwin CORDOVILLA⁸, Macarena SOTO⁸, Sofía ROSTÁN⁸, Pilar GARINO⁸, Vijaya RIVERA TERÁN⁸

¹UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LAS SOCIEDADES DE REUMATOLOGÍA DE PARAGUAY Y URUGUAY; ²UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA; ³UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD BRASILEIRA DE REUMATOLOGÍA; ⁴UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DEL COLEGIO MEXICANO DE REUMATOLOGÍA; ⁵INVESTIGADOR DE BIOBADASAR; ⁶INVESTIGADOR DE BIOBADABRASIL; ⁷INVESTIGADOR DE BIOBADAMEX; ⁸INVESTIGADOR DE BIOBADAGUAY

Introducción: La tuberculosis (TB) continúa siendo endémica en América Latina. Los pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias inmunomediadas (IMID) presentan un mayor riesgo de desarrollar TB.

Objetivo: Determinar la frecuencia y las características de TB en pacientes con IMID tratados con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad convencionales (FAMEc), biológicos y sintéticos dirigidos (b/sd) en cinco países latinoamericanos.

Métodos: Se recopilaron datos de los registros BIOBADA de Argentina, Brasil, México, Paraguay y Uruguay. Se identificaron pacientes que reportaron TB durante el tratamiento con FAMEc o b/sd. Se analizaron antecedentes de TB, cribado de infección latente y tratamiento profiláctico antes de cada curso terapéutico.

Resultados: Se identificaron 105 casos de TB en 12477 pacientes, el 81,9% fueron infecciones activas (54,3% pulmonar, 21,0% de localización no especificada, 4,8% diseminada y 1,9% TB peritoneal) y el 18,1% TB latente. El 64,8% eran mujeres con una edad media de $51,7 \pm 11,3$ años. La mayoría de los pacientes padecía artritis reumatoidea (71,4%), seguida por espondiloartritis axial (18,1%) y artritis psoriásica (10,5%). Al momento de la TB, el 85,7% estaba expuesto a FAMEb, 81,1% (73/90) a inhibidores de TNF (iTNF), 10% (9/90) a inhibidores IL6, 5,6% (5/90) a rituximab y 3,6% (3/90) a abatacept. El metotrexato fue el fármaco más frecuentemente utilizado entre quienes solo recibían FAMEc (66,7%) y como droga concomitante en los tratados con FAMEb (60%). El 53,3% de los que usaban solo FAMEc y el 40% de los receptores de FAMEb recibían glucocorticoides. El tiempo mediano entre la exposición al tratamiento y el desarrollo de TB fue de 20 (Q1-Q3 8-46) meses. El 41,0% de los casos fue considerado grave y el 10,5% presentó secuelas. Un 9,5% tenía antecedente de TB y el 14,3% refirió contacto estrecho. El 72,4% recibió cribado para TB latente previo al tratamiento; de ellos, el 30,3% fue positivo y el 87% recibió quimioprofilaxis.

Conclusión: En esta cohorte multicéntrica latinoamericana, la TB fue particularmente frecuente en pacientes tratados con iTNF. Este hallazgo sugiere posibles fallos en el cribado de TB latente, baja adherencia a la quimioprofilaxis o reexposición en contextos endémicos.

TOILETTE QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON MONOARTRITIS: SÉPTICAS VERSUS CRISTÁLICAS

María LEWIN, Marina SCOLNIK, Nicolás ALVARADO, Javier ROSA

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: Diferenciar un episodio agudo de monoartritis cristálica de artritis séptica es un desafío clínico dada la similitud de presentación clínica.

Objetivo: Evaluar en pacientes mayores de 50 años sometidos a *toilette* quirúrgica de urgencia por monoartritis factores asociados al diagnóstico etiológico.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de monoartritis aguda que hayan sido intervenidos quirúrgicamente por la misma entre 2000 y 2024 en un Hospital Universitario. Se excluyeron pacientes que hayan tenido una articulación recientemente intervenida. Se realizó estadística descriptiva y análisis de regresión logística uni y multivariado para identificar factores clínicos y de laboratorio asociados con el diagnóstico etiológico (séptica versus cristálica).

Resultados: Se identificó un total de 42 pacientes sometidos a *toilette* quirúrgica por monoartritis de sospecha infecciosa, con una media de edad de 73.4 años (DE 14.0), siendo 23 mujeres (54.8%). Todos ellos recibieron antibioticoterapia luego de la cirugía. Las articulaciones afectadas fueron codo (n=2), hombro (n=22), rodilla (n=16), tobillo (n=1) y metatarsfalángica (n=1). Finalmente 31 pacientes (73.8%) fueron diagnosticados como artritis séptica (20 con rescate microbiológico confirmado, 10 de ellos por *Staphylococcus aureus*), mientras que 11 (26.2%) fueron diagnosticados como artritis cristálicas. En 28 de ellos se analizaron los líquidos articulares, sin encontrarse diferencias significativas en el físico químico/citológico entre ambas etiologías. Tampoco se encontraron diferencias en la edad, el laboratorio general, temperatura axilar, ni en las comorbilidades entre ambos grupos de pacientes. En el análisis de regresión logística multivariado, el sexo femenino (OR 10.5, IC 95% 1.08-102.5, p=0.04) y la menor eritrosedimentación (OR 0.95, IC 95% 0.91-0.99, p=0.02) se asociaron a un diagnóstico de artritis cristálica.

Conclusión: Un 26.2% de las artritis intervenidas quirúrgicamente fueron finalmente de etiología cristálica. El sexo femenino y una menor eritrosedimentación se asociaron a una etiología cristálica de monoartritis en relación a monoartritis infecciosas.

SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA

Micaela RODRÍGUEZ¹, Lucía CASTORINO¹, Gina Alejandra CAMPOVERDE LALANGUI¹, María Belén PALLO LARA¹, Lucas GRAZIANO¹, Deyner AGUILAR¹, Julieta MORBIDUCCI¹, Aixa Lucía MERCÉ¹, Micaela COSATTI¹, Alfonso GASTELUM STROZZI², Anastasia SECCO¹

¹HOSPITAL B. RIVADAVIA; ²UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Introducción: Las mujeres en edad fértil con enfermedades reumatológicas tienen mayor riesgo de complicaciones gestacionales y suelen recibir fármacos teratogénicos. Describir el conocimiento sobre la salud reproductiva es importante para mejorar su abordaje integral.

Objetivo: Describir el conocimiento y los comportamientos acerca de la salud reproductiva en mujeres en edad fértil con enfermedad reumatológica y los factores relacionados sociodemográficos o de la enfermedad atendidas en un servicio de reumatología desde junio de 2024 a junio de 2025.

Métodos: Estudio observacional, analítico y transversal. Se utilizó el cuestionario administrado al paciente "*Rheum Reproductive Behavior*" (adecuado transculturalmente) para evaluar conocimiento en salud reproductiva. Se usó estadística descriptiva y análisis multivariado de regresión logística tomando como variable dependiente el conocimiento y/o uso de al menos un método eficaz.

Resultados: Incluimos 105 mujeres, con edad media de 33 (DS±8.9) años; las enfermedades más frecuentes fueron artritis reumatoidea (AR) 41 (39%) y lupus eritematoso sistémico 37 (35%) (Tabla). Un total de 74 (70%) mujeres eran sexualmente activas, 64 (61%) utilizaban métodos anticonceptivos, el más utilizado fue el preservativo masculino (28%). Los métodos eficaces (hormonales, DIU cobre, ligadura de trompas, vasectomía) fueron reportados en 31 (48%). La elección del método anticonceptivo fue decisión de la paciente en 35 (33%) y en 19 (18%) fue elección de su médico ginecólogo/a y 16 (15%) por su médico reumatólogo/a. La fuente de información sobre métodos anticonceptivos se obtuvo en su mayoría de redes sociales (53%) y en hospitales (36%). El 88% (92) recibió consejo preconceptual por su médico reumatólogo/a y 89 (85%) participantes fueron informadas sobre el riesgo de uso de fármacos teratogénicos durante el embarazo. El 54% (57) estuvo embarazada alguna vez, con una media de 1.35 (1.75) de embarazos. Solo 29 (28%) mujeres refirieron embarazos planificados, 78 (74%) expresaron deseos de maternidad en algún momento, pero solo 17 (16%) en el próximo año, en la mayoría de los casos debido a paridad satisfecha (26%), desarrollo personal o profesional (11%) y por su enfermedad (10%). Entre quienes no expresaron deseos de maternidad, las razones fueron su enfermedad (8%) o que no forma parte de su proyecto de vida (8%). En el análisis multivariado, ni la edad, la escolaridad, años de evolución de la enfermedad o enfermedad reumatológica, se asociaron a conocimientos sobre salud reproductiva.

Variable	N=105
Edad en años, media (DS)	33 (±8.9)
Sexo femenino n (%)	105 (100)
Estado civil, no (%) (En pareja)	71 (68)
Escolaridad (≥ 12 años)	35 (33)
Años de enfermedad, años mediana (ICR)	5 (2-10)
Enfermedad reumatológica (%)	
Artritis Reumatoidea (AR)	41 (39)
Lupus Eritematoso Sistémico (LES)	37 (35)
Síndrome de Sjogren (SS)	7 (7)
Artritis Idiopática Juvenil (AIJ)	6 (6)
Enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC)	4 (4)
Esclerosis Sistémica (ES)	7 (7)
Espondiloartritis	2 (2)
Otro	1 (1)
Uso de tratamientos no compatibles con embarazo (%)	60 (69)

Tabla: Características sociodemográficas y de enfermedad.

Conclusión: Pese al alto nivel de consejo médico, el uso de métodos anticonceptivos eficaces y la planificación reproductiva fueron bajos. No encontramos factores relacionados al conocimiento sobre salud reproductiva.

MOTIVO DE INTERNACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS AUTOINMUNES

Lucas GRAZIANO¹, María Belén PALLO LARA¹, Vanesa BEJARANO¹, Micaela COSATTI¹, Isolda SERRATE², Anastasia SECCO¹

¹SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL RIVADAVIA; ²HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA

Introducción: Las enfermedades reumatológicas requieren tratamiento inmunosupresor y eventualmente ingreso hospitalario debido a sus complicaciones o tratamiento. Por este motivo, los pacientes con dichas enfermedades generan un gran impacto médico y socioeconómico siendo su ingreso hospitalario un factor clave en la calidad de vida y la carga económica que implica.

Objetivo: Primario: describir los motivos de internación más frecuentes en pacientes con diagnóstico de enfermedad reumatológica autoinmune, y la frecuencia de las diferentes enfermedades autoinmunes de base en este grupo de pacientes. Secundario: describir la duración y utilización de recursos durante su internación.

Variable	
Mujeres, n (%)	95 (73)
Edad, media en años (DS)	47 (+/-18)
Lugar de residencia: CABA, n (%) PBA, n(%)	53 (41) 77 (58)
Cobertura: Obra social, n(%) Sin cobertura, n (%)	32 (25) 98 (75)
Tabaquismo, n (%) Pack year, media (DS)	31 (25) 20 (+/-17)
Vacunación, n (%) Antigripal Antineumocócica Sars - CoV - 2	58 (46) 55 (44) 105 (83)
Charlson, media (DS)	2(+/-2)
Diagnóstico, n(%) Lupus eritematoso sistémico (LES) Artritis reumatoidea (AR) Esclerosis sistémica Vasculitis anca Miopatías inflamatorias AR + Sjogren LES + Sjogren Síndrome superposición Artritis psoriásica Artritis idiopática juvenil AR + LES Enfermedad de Sjogren Panarteritis nodosa Saf agregado	45 (35) 36 (28) 11 (8) 6 (5) 6 (5) 6 (5) 5 (4) 4 (3) 3 (2) 3 (2) 3 (2) 1 (1) 1 (1) 9 (7)
Evolución de enfermedad (meses), media (DS)	75 (+/-74)
Tratamiento actual, n(%) csDMARDs Inmunosupresores Prednisona ≥ 20 mg día bDMARDs	75(58) 33(25) 25(20) 10(8)

Métodos: Estudio de corte transversal. Se recolectaron retrospectivamente datos de las historias clínicas de pacientes consecutivos con enfermedades reumáticas que cursaron internación en sala de clínica médica durante 2021-2025 inclusive. Se analizaron datos sociodemográficos, comorbilidades (índice de Charlson), características de la enfermedad de base, tratamiento, datos de la internación y los costos de acuerdo a los recursos utilizados durante la hospitalización. Los valores se obtuvieron según el nomenclador de prestaciones de salud de CABA junio de 2025 y se calcularon al dólar oficial del 14/06/2025. Se utilizó estadística descriptiva, las variables continuas se reportaron como media, (DS) o mediana con rango intercuartil (25-75%); las variables categóricas se informaron en porcentajes.

Resultados: Se analizaron los datos de 130 internaciones en 88 pacientes. La edad media fue de 47 (+/-18) años, 95 (73%) mujeres (Tabla 1). El motivo de internación más prevalente fue infección 71 (54%), brote hematológico 16 (12%). Las enfermedades reumatológicas más frecuentes fueron LES 45 (35%), AR 36 (28%). La mediana de días de internación fue de 19 (+/-21) con 99 (76%) de altas a domicilio, 20 (15%) requirió pase a unidad cerrada y 2 (2%) óbitos (Tabla 2). El análisis de costos en 130 internaciones tuvo una mediana por internación de 5600 USD (2640-11 000 USD). El mayor impacto correspondió a los días de internación con una mediana de 3910 USD (1805-7820 USD) y terapia antibiótica (mediana: 1780 USD) (635-2560 USD), seguidos por medicación inmunosupresora que presentó una amplia variabilidad (mediana: 235 USD) (120-6100 USD). Los costos de laboratorio e imágenes mostraron menor variación (medianas: 316 USD y 215 USD, respectivamente).

Conclusión: El motivo de internación más frecuente fue la infección, siendo LES la patología más frecuente. Los costos fueron significativos en comparación a internaciones en pacientes sin enfermedades reumáticas. La prevención de infecciones en este grupo de pacientes es una estrategia clave para reducir el impacto socioeconómico.

Tabla 1

Variable	
Motivo de internación, n(%) Infección Brote hematológico Mal control del dolor Brote renal Isquemia arterial aguda Disfagia alta ACV isquémico Serositis Síndrome impregnación Municulitis múltiple Trombosis venosa profunda Neurorretinitis bilateral Neuritis óptica anterior	71 (54) 16 (12) 9 (7) 8 (6) 5 (4) 5 (4) 4 (3) 4 (3) 2 (2) 2 (2) 2 (2) 2 (2) 1 (1) 1 (1)
Duración de internación, media (DS)	19 (+/-21)
Externación, n(%) Alta a domicilio Pase a unidad cerrada Óbito Derivación tercer nivel Alta Voluntaria	99(76) 20 (15) 2 (2) 2 (2) 6 (7)

Tabla 2

0234

NEUMONÍA INTERSTICIAL CON CARACTERÍSTICAS AUTOINMUNES Y NEUMONÍA INTERSTICIAL USUAL CON CARACTERÍSTICAS AUTOINMUNES: EVOLUCIONANDO HACIA UNA ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO DEFINIDA

Arisai Graciela HUICI ROJAS¹, María Agustina ALFARO¹, Cristian Alejandro BENÍTEZ¹, Claudia PEON¹, Yhanderin YAMPA VEDIA¹, Lorena Alejandra AVILÉS CRESPO¹, Luis Fernando HOYOS CALDERÓN¹, Carolina ISNARDI², Julieta GAMBA¹

¹HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS; ²UNISAR

Introducción: Existe controversia sobre si la neumonía intersticial con características autoinmunes (*interstitial pneumonia with autoimmune features*, IPAF) es una entidad independiente o una fase temprana de una enfermedad del tejido conectivo (ETC). Se definió el concepto de UIPAF debido a que la neumonía intersticial usual (UIP) no se incluye en los criterios clasificatorios de IPAF.

Objetivo: Evaluar la incidencia de evolución de ETC en pacientes clasificados como IPAF y UIPAF, analizar sus características e identificar probables factores asociados.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, registro longitudinal de pacientes mayores de 18 años con IPAF (criterios de clasificación ERS/ATS 2015) y UIPAF. La base de datos contenía variables sociodemográficas, características clínicas y terapéuticas, laboratorio inmunológico y datos espirométricos e imagenológicos. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de IPAF (dominio morfológico, clínico, serológico) que no cumplen criterios de ETC definida. Los pacientes diagnosticados como UIPAF, son los que cumplieron con un solo dominio (clínico o serológico) con patrón tomográfico

de UIP. Se analizaron los pacientes en total y por grupo. Se registró la incidencia y sobrevida libre de evolución hacia ETC definida en cada grupo. Análisis estadístico: Test Chi² o test exacto de Fischer; prueba T de Student o Mann Whitney. Incidencia de evento cada 100 pacientes/año. Kaplan-Meier. Regresión logística múltiple.

Resultados: De una cohorte de 923 pacientes con EPI, se incluyeron 55 pacientes con IPAF o UIPAF; tiempo de seguimiento de 184 pacientes/año, 58.1% mujeres, edad mediana (m) de 66 años (RIC 60.5-72.5) y tiempo de evolución m 39.5 meses (RIC 17.2-46); 34 fueron clasificados como IPAF y 21 como UIPAF. Se registraron 22 eventos, con una tasa de incidencia de 11.96 casos cada 100/pacientes-año (IC95% 7.3-16.7). El tiempo de evolución m desde el diagnóstico de IPAF/UIPAF hasta el diagnóstico de ETC fue 3.5 meses (RIC 9.8-11.8). El 67.3% presentó FAN positivo y el 31.5% factor reumatoideo. El grupo IPAF con tiempo de seguimiento de 109.6 pacientes/año, con TI:11.86 cada 100 pacientes-año (IC95% 5.8-17.9) y el grupo UIPAF, de 74.3 pacientes/año con TI:11 cada 100 pacientes-año (IC95% 4.7-19.5). La sobrevida libre de evolución a ETC al año fue 72.3% (IC95% 61.3-85.3) y a 5 años fue 57.3 % (IC95% 44.6-73.6). No se encontraron factores asociados en el análisis univariado. Durante el seguimiento, 12 pacientes requirieron oxígeno suplementario y 2 fallecieron por causa respiratoria.

Conclusión: El 40% de los pacientes clasificados como IPAF o UIPAF evolucionó a una ETC definida. Es importante destacar que este cambio de diagnóstico no implica necesariamente una evolución o progresión de la IPAF o UIPAF, sino más bien una clarificación diagnóstica conforme se presentan más características clínicas y serológicas. En esta cohorte, no se encontraron factores asociados.

0227

CARACTERÍSTICAS DE LAS INTERCONSULTAS AL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS POLIVALENTE DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Narda Krupskaja CHILÁN SANTANA, María Eugenia URROZ, Fabio SALAZAR, Leandro MADDALENA, Malena VIOLA, María Gimena GÓMEZ, Griselda REDONDO, Augusto Martín RIOPEDE, Darío MATA, Iris GIRON, María Celina DE LA VEGA

HOSPITAL GRAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH

Introducción: Las interconsultas a servicios especializados dentro de un hospital polivalente son un recurso esencial ya que el trabajo multidisciplinario disminuye el retraso diagnóstico y mejora el pronóstico de los pacientes.

Objetivo: Describir las características de las interconsultas realizadas al Servicio de Reumatología en un hospital de agudos polivalente de la ciudad de Buenos Aires.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional. Se analizó la base de datos de interconsultas a Reumatología de pacientes hospitalizados durante el período agosto 2024-junio 2025. Se incluyeron datos filiatorios, servicio que solicitó la interconsulta, motivo de la misma, número de visitas de seguimiento y diagnóstico.

Resultados: Se incluyeron 150 pacientes. El 65,3% eran mujeres. La mediana de edad fue de 49,5 años (IIC) y la mediana de visitas 2. Se recibieron interconsultas de los siguientes servicios: Clínica Médica 42,7%, Cardiología 14%, Terapia Intensiva 13,3%, Nefrología 7,3%, Cirugía 6,7%, Ginecología 5,3%, Traumatología 4,7% y otros 10,7%. El 43,3% tenía obra social, 20,7% Incluir Salud, 11,3% Cobertura Porteña, 9,3% no tenía cobertura y el 14,7% no consignado. Las patologías que requirieron evaluación con más frecuencia fueron lupus eritematoso sistémico (LES) (18,0%), vasculitis (14,0%) y artritis reumatoidea (11,3%). La interpretación final fue reactivación de la enfermedad (28,7%), diagnóstico *de novo* (23,9%) e infección (8%), reactivación/infección (2%), evaluación de medicación (17,4%), sin diagnóstico al alta (20%). Se registraron 6 muertes (4% del total), todas asociadas a complicaciones del LES.

Conclusión: Las interconsultas al Servicio de Reumatología constituyen un recurso clínico relevante en el abordaje integral de pacientes hospitalizados. Este análisis destaca el valor del trabajo interdisciplinario y la importancia de fortalecer los circuitos de derivación y seguimiento en contextos hospitalarios.

0220

PEREGRINAJE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA PERTENECIENTES A LA COMUNIDAD QOM EN EL CIRCUITO DE ATENCIÓN EN DOS PROVINCIAS DE ARGENTINA. ESTUDIO MIXTO

Rosana QUINTANA¹, Cecilia CAMACHO¹, Milagros CAAMAÑO¹, Graciela GÓMEZ¹, Andrés HONER¹, María Elena CALVO², Lorena SAVARECE², Marcela VALDATA¹, Marcela Beatriz ÁLVAREZ³

¹CENTRO DE ESTUDIOS APLICADOS A PROBLEMÁTICAS SOCIOCULTURALES (CEAPROS), UNR; ²HOSPITAL 4 DE JUNIO DR. RAMÓN CARRILLO, PRESIDENCIA ROQUE SÁENZ PEÑA; ³HOSPITAL GUTIÉRREZ, CABA

Introducción: El Grupo Latinoamericano de Estudios de Enfermedades Reumáticas en Pueblos Originarios (GLADERPO) ha trabajado desde su conformación con diferentes comunidades en Latinoamérica. Uno de los hallazgos más relevantes ha sido la alta prevalencia de artritis reumatoidea (AR), asociada a marcada limitación funcional. Desde el abordaje cualitativo, hemos descrito las barreras que presentan estas comunidades para acceder al sistema de salud y un concepto que podría ayudar a entender esta situación es el peregrinaje en salud, entendiéndolo como el recorrido prolongado y a menudo errático que realizan los pacientes y familias en busca de diagnóstico y tratamiento, enfrentando múltiples obstáculos.

Objetivo: Describir y comparar la situación de salud de pacientes con AR de la comunidad Qom de las ciudades de Presidencia Roque Sáenz Peña (PRSP, provincia de Chaco) y Rosario (provincia de Santa Fe) en relación con el acceso al sistema de salud y sus limitaciones, incorporando el concepto de peregrinación.

Métodos: Metodología mixta (cuanti-cualitativo) de manera secuencial. Fase cuantitativa: aplicación de la metodología *Community Oriented Program for Control of Rheumatic Diseases* (COPCORD). Fase cualitativa: abordaje etnográfico, incorporando el concepto de peregrinaje.

Resultados: Los individuos residentes en Rosario describieron una intensidad mayor de dolor (202 (42.9%) vs. 14 (11.0%), p<0.0001), asociada a una mayor proporción de limitación funcional medida a través del HAQ-DI score (302 (64.1%) vs. 39(30.2%), p<0.0001). Dentro de los diagnósticos realizados en PRSP, la osteoartritis fue más prevalente en comparación con Rosario (49 (10.1%) vs. 67 (4.0%), p<0.0001) y AR fue igual en ambas ciudades (12 (2.4%) vs. 40 (2.4%), p=0.991). Se identificaron tres tópicos en el análisis etnográfico: peregrinación dentro del sistema de salud, con limitación a la atención especializada y acceso a los tratamientos.

Conclusión: Los pacientes con AR de ambas ciudades se enfrentan a la complejidad del sistema de salud remarcando su vulnerabilidad. Es prioritario la adopción de modelos de atención que integren sus saberes, teniendo en cuenta sus trayectorias de movilidad, garantizando el acceso y la continuidad de los tratamientos pautados.

IDENTIFICACIÓN DE SUBGRUPOS CLÍNICOS EN ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL MEDIANTE ANÁLISIS DE CLÚSTER

Joan Manuel DAPEÑA¹, Pamela ROSSI¹, Cyntia Daniela GUZMÁN¹, Fernando SALDARINI¹, Mauro ANDREAU², Ortuño KATERINE¹

¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DONACIÓN FRANCISCO SANTOJANNI; ²UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA MATANZA (UNLAM)

Introducción: Las enfermedades pulmonares intersticiales (EPI) se caracterizan por una alta variabilidad en los desenlaces clínicos que dificulta la toma de decisiones terapéuticas.

Objetivo: Explorar fenotipos de EPI fibrosante mediante clúster y comparar características y desenlaces.

Métodos: Estudio retrospectivo en pacientes con EPI-F diagnosticados entre enero de 2021 y junio de 2024, con al menos 12 meses de seguimiento. Se recopilaron variables demográficas, función pulmonar evaluada mediante capacidad vital forzada (CVF) y difusión de monóxido de carbono (DLCO), patrón tomográfico, y desenlaces clínicos definidos como progresión de fibrosis y mortalidad al año. Tras estandarizar los datos, se aplicó k-means seleccionando $k = 3$ por método del codo y validación de silueta. Las comparaciones entre clústeres se evaluaron con ANOVA o Kruskal-Wallis y χ^2 ($p < 0,05$).

Resultados: La muestra incluyó 98 pacientes con enfermedad pulmonar intersticial, con una edad promedio de 62 años (± 11) y predominio masculino (59%), todos con seguimiento mínimo de 12 meses. El análisis de agrupamiento no supervisado identificó tres clústeres de tamaño similar. El clúster 1 ($n = 30$) se caracterizó por mayor edad (70 ± 8 años), predominio masculino, patrón tomográfico de neumonía intersticial usual en el 80%, capacidad vital forzada (CVF) del 58% y difusión de monóxido de carbono (DLCO) del 45%, con progresión de fibrosis en el 70% y mortalidad acumulada del 23%. El clúster 2 ($n = 34$) incluyó principalmente mujeres con enfermedades del tejido conectivo (AR 38,2%; esclerosis sistémica 29,4%; Sjögren 14,7%; EMTc 8,8%; LES 5,9%; miositis 2,9%), con CVF del 72% y DLCO del 55%, progresión del 35% y mortalidad del 9%. El clúster 3 ($n = 34$) agrupó pacientes más jóvenes (53 ± 12 años), con patrón no NIU en el 90%, función pulmonar conservada (CVF del 88%, DLCO del 65%), progresión del 9% y sin fallecimientos. Las diferencias en progresión y mortalidad fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$ y $p = 0,008$, respectivamente).

Conclusión: El análisis de agrupamiento permitió identificar tres subgrupos de pacientes con EPI fibrosante, con perfiles clínicos y funcionales diferenciados y asociados a distintos riesgos de progresión y mortalidad. El subgrupo con mayor edad, patrón NIU y deterioro funcional presentó los peores desenlaces, mientras que el grupo más joven, con función preservada y patrón no NIU, mostró evolución más favorable. El clúster 2 agrupa mayormente ETC-EPI con compromiso funcional y riesgo de progresión intermedio entre ambos fenotipos. Este perfil sugiere curso mixto inflamatorio-fibrosante: puede beneficiarse de inmunomodulación según la entidad de base y requiere vigilancia estrecha, considerando antifibróticos ante criterios de progresión.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIOS DE REUMATOLOGÍA

María Eugenia URROZ, Fabio SALAZAR, Leandro MADDALENA, Narda CHILÁN, Iris GIRON, Malena VIOLA, María Gimena GÓMEZ, Griselda REDONDO, Darío MATA, Augusto Martín RIOPEGRE, Marina KHOURY, María Celina DE LA VEGA

HOSPITAL GRAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH

Introducción: La satisfacción del paciente es un indicador clave de la calidad de la atención brindada. Conocerla resulta fundamental, ya que nos permite desarrollar un sistema de salud que ofrezca atención de calidad, y facilita la mejora continua en los servicios sanitarios. Es por esto que es de suma importancia contar con herramientas que nos permitan conocer y evaluar la satisfacción de forma rápida y sencilla.

Objetivo: Primario: diseñar una encuesta de satisfacción para pacientes atendidos en los consultorios de Reumatología de hospitales públicos de Argentina; secundario: evaluar la satisfacción de pacientes atendidos en nuestro servicio.

Métodos: **Paso 1:** Construcción del cuestionario. El cuestionario lo diseñó un equipo multidisciplinario formado por tres médicos, una estadística, una enfermera y una paciente del servicio. Se definieron 18 preguntas para contestar por autorreferencia respecto de cuatro dominios: accesibilidad al servicio, infraestructura hospitalaria, atención (tanto administrativa como médica) y acceso a otras áreas del hospital. Las opciones de respuesta fueron en escala tipo Likert de 4 categorías. Se incluyeron además 2 preguntas estratificadoras. **Paso 2:** Test de comprensión o estudio piloto. Se invitó a 6 pacientes mayores de 18 años atendidos en Reumatología a completar el cuestionario. El objetivo fue evaluar la comprensión de las preguntas y escuchar sugerencias sobre la posibilidad de evaluar otros aspectos de la atención que no hubieran sido incluidos. Finalizado el estudio piloto, se realizaron cambios en la redacción y se logró la versión final del cuestionario. **Paso 3:** Evaluación de la confiabilidad y validez del cuestionario. Para analizar la confiabilidad se calculó el coeficiente alfa de Cronbach, realizando 10 encuestas por cada pregunta a evaluar. Para analizar la validez de constructo, se realizó un análisis de factores (*Factor analysis*) con rotación varimax.

Resultados: Se encuestaron 185 pacientes. Se analizaron 183 encuestas, dos fueron eliminadas debido a que más del 50% de las preguntas no habían sido respondidas. El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.77, logrando adecuada consistencia interna. El análisis de factores identificó 4 factores coincidentes con los dominios definidos. El 88.52% de los pacientes se encontró muy satisfecho con la atención médica. En cuanto a la infraestructura hospitalaria, el 93.44% consideró cómoda la sala de espera y el 92.89% los consultorios. En cuanto a la facilidad para acceder a los turnos, al 39.90% de los pacientes les resultó difícil conseguir turno con reumatología, y el 11.48% consideró difícil el acceso a otros servicios del hospital como laboratorio y radiología.

Conclusión: Se logró un instrumento con buena confiabilidad y validez que evaluó la satisfacción en pacientes atendidos en los consultorios de Reumatología el cual puede aplicarse para evaluación y corrección de los parámetros de atención.

FRECUENCIA DE USO DE HIDROXICLOROQUINA EN ARTRITIS REUMATOIDEA, LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y ENFERMEDAD DE SJÖGREN

Patricia Belén DOMÍNGUEZ LEIVA¹, Eliana AVILÁN¹, Juan Manuel BANDE¹, María Alejandra MEDINA¹, Javier Federico FLORES TREJO¹, José Ángel CARACCIOLLO¹, Diana KLAJN¹, María Julia SOSA², Joan Manuel DAPEÑA³, Eliana SERRANO³, Alejandro MARTÍNEZ MUÑOZ⁴, María Paula KOHAN⁵, Andrea GÓMEZ⁶, Emilio BUSCHIAZZO⁷, Sandra PETRUCCELLI⁸, Silvia PAPASIDERO¹

¹HOSPITAL TORNÚ; ²SANATORIO TRINIDAD MITRE; ³SANATORIO MÉNDEZ; ⁴HOSPITAL BOCCALANDRO; ⁵HOSPITAL SANGUINETTI; ⁶HOSPITAL BRITÁNICO; ⁷HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO; ⁸HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Introducción: El uso de hidroxycoloroquina (HCQ) se ha expandido más allá de su acción antipalúdica, sobre todo en el tratamiento de enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico (LES), enfermedad de Sjögren (ESj) y artritis reumatoidea (AR). A pesar de su eficacia y perfil de seguridad, pueden presentarse efectos adversos que motivan su suspensión.

Objetivo: Determinar la frecuencia de uso de HCQ en pacientes con AR, LES y ESj; describir la frecuencia de efectos adversos y las causas que motivaron su suspensión.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, retrospectivo y analítico. Se revisaron las historias clínicas de pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de AR, LES o ESj (según criterios ACR/EULAR 2010, 2019 y 2016, respectivamente), que concurrieron al control de su enfermedad dentro de los 6 meses previos a la fecha de inclusión. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Se establecieron asociaciones entre suspensión de HCQ y características de la enfermedad con prueba de Chi² o test de Student. Nivel de significación de 0,05. El valor de p se corrigió por método de Bonferroni. Software Stata 14.0.

Resultados: Se incluyeron 506 pacientes, 85,4% mujeres, con una edad media de 53,4 años (DE 11,5). El 56,1% con diagnóstico de AR; 24,5% LES y 19,4% ESj. Las comorbilidades fueron más frecuentes en AR (70,1%), seguidas de ESj (67,3%) y LES (58,1%). La mediana de tiempo de evolución de la enfermedad fue de 108 meses (RIC 60-180) en AR, 84 meses (RIC 38,5-144) en LES y 72 meses (RIC 36-110) en ESj. Recibieron tratamiento con HCQ 278 pacientes: 95,2% con LES; 75,5% con ESj y 30,3% con AR. En aquellos con AR que no recibieron HCQ, el 88,1% no tenía indicación. El 28,4% suspendió el tratamiento con HCQ, esto fue más frecuente en AR (47,7%) y ESj (31,1%) en comparación con LES (12,3%). En el grupo con ESj y LES la causa más frecuente fueron los efectos adversos (47,8% y 66,8% respectivamente), mientras que en AR fue la falta de eficacia (39%). El tiempo de evolución de la enfermedad fue mayor en los pacientes que suspendieron la HCQ, sin embargo, solo fue estadísticamente significativo para AR (156,8 vs 89,2 meses, $p=0,001$). Se constató mayor frecuencia de comorbilidades en quienes suspendieron el tratamiento (33,53% versus 20%; $p=0,015$), sin embargo, esta diferencia no alcanzó significación estadística al analizar cada patología.

Conclusión: La frecuencia de uso de HCQ en los pacientes evaluados fue alta en LES y ESj, pero menor en AR, principalmente por no presentar indicación en esta última. La suspensión se asoció a mayor tiempo de evolución de la enfermedad solo en AR. En el 11,5% de los pacientes se describieron efectos adversos que motivaron su suspensión.

¿CÓMO UTILIZAMOS LOS PULSOS DE METILPREDNISOLONA? RESULTADOS DE UNA ENCUESTA A REUMATÓLOGOS EN ARGENTINA

Fernando ARIZPE¹, Javier Federico FLORES TREJO², María Agustina ALFARO³, Ignacio LÓPEZ⁴

¹HOSPITAL SAN ROQUE, GONNET; ²HOSPITAL TORNÚ; ³HOSPITAL POSADAS; ⁴SANATORIO GÜEMES

Introducción: Los pulsos intravenosos de metilprednisolona (MP) son ampliamente utilizados en el manejo de las enfermedades autoinmunes. A pesar de su uso extendido, existe una notable variabilidad de su uso en la práctica clínica.

Objetivo: Describir las prácticas, criterios, factores contextuales y la percepción de efectividad y seguridad sobre el uso de pulsos de MP para el tratamiento de enfermedades autoinmunes por parte de médicos reumatólogos en Argentina.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico mediante una encuesta anónima y estructurada distribuida a médicos reumatólogos y en formación. Se indagaron datos demográficos, frecuencia de uso, indicaciones, esquemas de dosificación y percepción de efectividad y seguridad. Se realizó estadística descriptiva e inferencial, y se usó un modelo de regresión logística ordinal para identificar factores independientes asociados a una mayor frecuencia de uso.

Resultados: 139 profesionales contestaron la encuesta. El 65% ($n=91$) fueron mujeres con una mediana de edad de 42 años (Q1-Q3 36-51). El 89% ($n=124$) había completado su formación en reumatología, teniendo el 28% ($n=35$) entre 1 a 5 años de experiencia. El lugar de trabajo principal fue en establecimientos públicos en el 44% ($n=61$) de los encuestados y el 88% ($n=122$) contaba con centro de infusión. El 86% reportó utilizar pulsos de MP con una frecuencia desde "ocasionalmente" (3-6 por año) hasta "muy frecuentemente" (>12 por año). El 99% ($n=138$) los indicó en el contexto de manifestaciones severas, el 73% ($n=102$) al debut de la enfermedad y el 63% ($n=87$) en enfermedad refractaria. Las patologías en las que más se indicaron fueron lupus eritematoso sistémico (LES) (99%, $n=137$) y vasculitis sistémicas (98%, $n=135$). La dosis de 500 mg por pulso fue elegida por el 64% ($n=88$) y el 97% ($n=135$) usó el esquema de 3 días consecutivos. El 32% ($n=45$) continuó con dosis de prednisona pospulsos de 40 mg día. En una escala de 1 a 5, la percepción de efectividad tuvo una mediana de 5 (Q1-Q3 4-5) y la de seguridad una mediana de 4 (Q1-Q3 3-4). En el análisis bivariado, una menor edad del profesional ($p=0,036$) y tener como lugar de trabajo principal un establecimiento público ($p<0,001$) se asociaron de manera estadísticamente significativa con una mayor frecuencia de uso. En el modelo de regresión logística ordinal, trabajar en el ámbito público se mantuvo como un predictor independiente (OR 13.01; IC 95%: 3.53-47.92; $p<0,001$).

Conclusión: La mayoría de los reumatólogos encuestados utiliza pulsos de MP al menos ocasionalmente, principalmente en LES y vasculitis, siendo 500 mg por 3 días el esquema de administración preferido. Trabajar en un establecimiento de salud público se asoció a una mayor frecuencia de uso.

0334

CENSO REUMA-ARG COMBINADO ADULTO Y PEDIÁTRICO: DEMORA DIAGNÓSTICA Y ACCESO AL SISTEMA DE SALUD EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN ARGENTINA

María Flavia CEBALLOS RECALDE

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: En Argentina no existen estudios epidemiológicos que reflejen la prevalencia general de las enfermedades reumáticas ni el tiempo al diagnóstico. El Comité de Educación a Pacientes SAR, en colaboración con asociaciones de pacientes y miembros del GESAR de Pediatría, impulsó la realización de dos encuestas nacionales: una dirigida a población adulta y otra a población pediátrica, permitiendo por primera vez un análisis conjunto y comparativo entre ambos grupos etarios.

Objetivo: Comparar la frecuencia de demora diagnóstica y los factores sociodemográficos y de acceso al sistema de salud asociados entre adultos y pacientes pediátricos con enfermedades reumáticas en Argentina.

Métodos: Análisis observacional, transversal y multicéntrico, basado en los datos de la encuesta Censo REUMA-ARG adulto y pediátrico. Para el análisis combinado se generó una variable "Demora_SI" a partir de los datos individuales tomando como valor de corte el tiempo medio y más frecuente hasta el diagnóstico en cada una de ellas. Para adultos más de 2 años y en pediatría después de 3 meses. Se evaluaron variables sociodemográficas, cobertura de salud, acceso a reumatólogo en su localidad y como primer profesional consultado, región geográfica y diagnósticos más prevalentes: AR/ARJ, LES y Esclerodermia. Se utilizaron pruebas de χ^2 para comparar proporciones entre grupos ($p < 0.05$).

Resultados: Se analizaron 1.545 respuestas: 1.039 adultos y 506 pacientes pediátricos. La frecuencia de "Demora_SI" fue mayor en pediatría (50.4%) que en adultos (30.7%, $p < 0.0001$). La proporción con educación formal fue superior en pediatría ($p = 0.0107$), al igual que la cobertura privada ($p < 0.0001$). En adultos se observó mayor acceso inicial al reumatólogo (38.3% vs. 18.3%, $p < 0.0001$) y disponibilidad de reumatólogo en la localidad (46.5% vs. 28.6%, $p < 0.0001$). La demora diagnóstica se asoció significativamente con la ausencia de educación formal (60.6% vs. 38.7%, $p = 0.0001$), no contar con reumatólogo como primer contacto (39.1% vs. 31.4%, $p = 0.0085$) y no tener reumatólogo en la localidad (41.4% vs. 35.0%, $p = 0.0165$).

Conclusión: La demora diagnóstica en enfermedades reumáticas continúa siendo elevada en Argentina, especialmente en la población pediátrica. El nivel educativo, el acceso geográfico y la consulta inicial con reumatología se asocian de forma significativa con una menor demora. Los resultados del Censo REUMA-ARG brindan evidencia concreta para la planificación de estrategias que garanticen el acceso equitativo al diagnóstico y tratamiento oportuno.

0344

FRECUENCIA DE SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO DEL INTESTINO DELGADO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

Joan Manuel DAPENÑA, Lía INGOLLOTTI, Eliana SERRANO, Mariana BENEGAS, Johanna Paola PILMAIQUEN BRIZUELA, Giuliana Gisele LOMBARDI, Rafael ESCOBAR FERNÁNDEZ, Sofía FIRVIDA

SANATORIO MÉNDEZ

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune multisistémica con fibrosis cutánea progresiva y compromiso multiorgánico. El tracto gastrointestinal se afecta en alrededor del ~90% de los pacientes, con dismotilidad esofágica en fases iniciales y disfunción del intestino delgado/colon en etapas tardías. Esta dismotilidad favorece el sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO), definido por proliferación excesiva de bacterias colónicas que causa síntomas digestivos como distensión, dolor abdominal y diarrea. La prevalencia de SIBO en ES se estima en 30–60% globalmente, pero los datos locales son escasos.

Objetivo: Determinar la frecuencia de SIBO en pacientes con ES de un centro argentino y describir sus características clínicas.

Métodos: Estudio observacional descriptivo en un sanatorio privado de Buenos Aires. Se incluyeron 18 pacientes con ES, mayores de 18 años. La cohorte inicial (23 pacientes) tuvo 5 exclusiones (2 por criterios clínicos, 3 por rechazo a participar), resultando 18 casos evaluados. Se registraron síntomas digestivos (UCLA GIT 2.0), EVA (Raynaud, dolor, global), grado cutáneo (Rodnan), autoanticuerpos, comorbilidades y tratamientos. El SIBO se evaluó mediante test de aire espirado con lactulosa (positivo si $H_2 \geq 20$ sobre basal < 90 min). Se realizó estadística descriptiva de las variables en estudio: frecuencia y porcentaje para variables categóricas y media o mediana y sus medidas de dispersión, desvío estándar (DE) y rangos intercuartiles (RIC), para las variables cuantitativas.

Resultados: se incluyeron 18 pacientes, todas mujeres, con una edad promedio de 69 años ($DE \pm 9$). Predominó el fenotipo cutáneo limitado (78%). El perfil serológico fue en un 78% anticentrómero positivo. Entre las comorbilidades más frecuentes se observaron osteoporosis (39%), hipotiroidismo (22%), diabetes (22%) y síndrome de Sjögren asociado (17%). En nuestra cohorte, la frecuencia de SIBO fue 28%. El compromiso gastrointestinal fue habitual: 78% reportó > 1 síntoma, entre los cuales destacaron: distensión (67%), flatulencia (61%), molestia abdominal (50%), cólicos (39%) y diarrea (22%). La carga digestiva global medida por UCLA GIT 2.0 fue mediana 0,60 (0–0,95), compatible con compromiso leve.

Conclusión: La frecuencia de SIBO (28%) se alineó con lo reportado globalmente (30%), y los casos positivos presentaron más de 5 años de evolución de la enfermedad y sintomatología digestiva más marcada. Estos hallazgos respaldan la importancia del tamizaje en pacientes con ES de larga evolución sintomática, así como la necesidad de más estudios locales para optimizar su manejo.

0324

CAPILAROSCOPIA EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA ESCLERODERMIA: RESULTADOS DE LA CAMPAÑA MULTICÉNTRICA EN PACIENTES CON FENÓMENO DE RAYNAUD

Rossio Gardenia ORTUÑO LOBO¹, María Cristina ROMERO¹, María Florencia CARROZZA¹, Ju Yung CHI², Sabrina PORTA², Mauricio MACHADO RIVIS³, Fabiana MONTOYA³, María José LÓPEZ MEILLER¹, María Natalia TAMBORENEA².¹HOSPITAL CLÍNICAS; ²HOSPITAL DURÁN; ³HOSPITAL DE AGUDOS RAMOS MEJÍA, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Introducción: El fenómeno de Raynaud (FR) afecta al 2-9% de la población general y 15-20% puede desarrollar enfermedad autoinmune. La capilaroscopia del lecho ungueal (CLU) es el examen complementario más utilizado para detectar alteraciones en la microcirculación, técnica simple, no invasiva, se realiza con un videocapilaroscopio o microscopio digital USB. Los patrones característicos incluyen la presencia de megacapilares, microhemorragias y disminución de la densidad capilar, hallazgos que permiten clasificar el patrón esclerodérmico (SD) en fases: temprano, activo y tardío.

Objetivo: Describir los hallazgos capilaroscópicos (presencia de patrón SD), las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con FR que participaron en la campaña multicéntrica de detección temprana.

Métodos: Estudio descriptivo, con datos obtenidos en la campaña de detección de FR realizada en junio de 2025 en tres centros hospitalarios. Pacientes con FR primario o secundario. Se recolectaron datos clínicos, sociodemográficos y patrones capilaroscópicos en un formulario estructurado. Se realizó CLU utilizando microscopios digitales USB magnitud 200X y/o videocapilaroscopio del 2° al 5° dedo de ambas manos, evaluando 4 campos consecutivos de 1 mm de extensión.

Resultados: Se evaluaron 138 pacientes, 117 (84,8%) mujeres, edad mediana 52 (RIC 40-64). Se difundió la campaña por: boca en boca 39%, afiches 36%, Instagram 17% y folletos 8%. El 41% tenía cobertura médica. 14% tabaquistas activos 11%, extabaquistas. La mediana del tiempo de evolución de FR fue 4 años (RIC: 1.5-6). El 51% había consultado previamente, solo el 41% tenía conocimiento sobre la esclerodermia (ES). Del total de pacientes evaluados, 107 (77%) no tenían diagnóstico, 17 (12%) reportaron diagnóstico de ES y el resto 14 (10%) otra enfermedad: LES 5 (35%), SSJ 5 (35%), AR 3 (21%) y SAF 1 (7%). En relación a la clínica, el 31% refirió síntomas digestivos (náuseas, vómitos o reflujo gastro esofágico) y el 44% respiratorios

(disnea o tos). La forma de presentación del FR fue palidez "dedos de color blanco" 40.1%, azul 21.2%, rojos 12.9%, hormigueo 12.9%, hinchazón 8.3%, trifásico 3%, dolor 1.5%. Del total de CLU (n:138) observamos los siguientes hallazgos: patrón normal 55 (39,8%), inespecífico 52 (37,7%), patrón SD 25 (18%); de ellos, patrón temprano 17/25 (68%), activo 8/25 (32%) y no evaluable 6/138 (4,3%). En el grupo de pacientes sin enfermedad del tejido conectivo preexistente (n:107, 77,5%), CLU: normal 48 (44.8%), inespecífico 44 (41.1%), patrón SD 12 (11,2%), de ellos: temprano 9 (75%) y activo 3 (25%). Ninguno presentó patrón tardío.

Conclusión: Esta campaña permitió detectar patrones específicos de ES en pacientes con FR no estudiados. La estrategia de búsqueda activa en hospitales es efectiva para identificar posibles casos de ES temprana y permite la difusión para dar visibilidad a esta enfermedad poco frecuente y conocida.

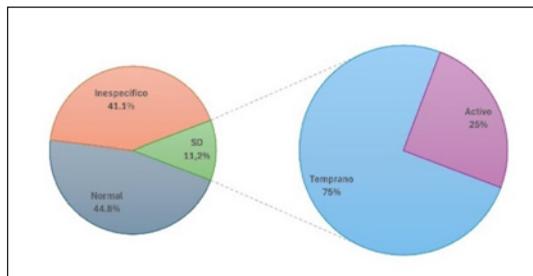


Figura: Patrón capilaroscópico FR primario.

0249

ARTICULACIÓN ENTRE CLÍNICA DE ESCLERODERMIA Y ESCLEROSALUD: EXPERIENCIA DESDE 2021

Fabiana MONTROYA¹, Ana SALAS², Yeimi VEGA¹, Isabel VERÓN¹, Julieta CAR¹, Mauricio MACHADO RIVIS¹, Mariana MARTÍNEZ¹, Marcelo TUDOR¹, Tony VÉLEZ¹, María Belén NAVARRO¹, Eduardo KERZBERG¹

¹HOSPITAL RAMOS MEJÍA; ²ESCLEROSALUD

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune poco frecuente, sistémica, que se caracteriza por compromiso vascular y fibrosis de la piel y de los órganos internos. Desde 2021, el Servicio de Reumatología, a través de la Clínica de Esclerodermia, ha establecido una colaboración formal con la asociación de pacientes Esclerosalud, con el objetivo de facilitar la atención con especialistas, favoreciendo el diagnóstico y tratamiento oportuno para pacientes con ES con dificultades en el acceso al sistema de salud.

Objetivo: Describir la experiencia y los resultados preliminares de una estrategia de derivación directa desde una asociación de pacientes hacia una clínica especializada en esclerodermia.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes derivados por Esclerosalud al Servicio de Reumatología Hospital Ramos Mejía, Clínica de Esclerodermia, entre enero de 2021 y mayo de 2025. Se relevaron datos demográficos, diagnóstico confirmado y si continúa en seguimiento, tuvo pérdida de seguimiento, fue derivado o falleció.

Resultados: Se evaluaron 66 pacientes derivados por Esclerosalud. El 67% provenía de la provincia de BA, 26% de CABA y el resto de las provincias de Córdoba, San Juan, Río Negro, Mendoza y Santa Fe. De los 66 pacientes, en su mayoría mujeres (92%), 58 reunían criterios para ES, 3 pacientes Raynaud, 2 pacientes con morfea localizada, 2 pacientes artritis reumatoidea y 1 paciente fibromialgia. Actualmente, 55 pacientes continúan en seguimiento se perdió seguimiento en 7 pacientes, se derivaron 3 pacientes y una paciente falleció. Se registró una alta tasa de retención de pacientes en el período estudiado y se fortaleció la comunicación bidireccional entre equipo médico y asociación.

Conclusión: La articulación entre un centro especializado en esclerodermia y una asociación de pacientes permitió mejorar el acceso al diagnóstico, reducir las barreras de acceso a la atención médica y generar un modelo de trabajo colaborativo con impacto clínico y social. Este tipo de estrategias puede replicarse en otras enfermedades poco frecuentes para optimizar el abordaje integral del paciente.



Gráfico

PREVALENCIA DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DISCAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA: UN ABORDAJE INTEGRAL

Melisa Romina LUNA, María Florencia GORDILLO, Daniela PONCE, Agustín GARCÍA CICCARELLI

HOSPITAL DEL CARMEN, GODOY CRUZ

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) genera discapacidad funcional que afecta la autonomía y la calidad de vida. La prevalencia de ansiedad y depresión es mayor que en la población general, pero suele estar subdiagnosticada y poco abordada.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad mediante la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) y el nivel de discapacidad funcional utilizando el cuestionario de evaluación de la salud de esclerosis sistémica (SSc-HAQ) en pacientes con ES. Analizar la correlación entre los puntajes de la HADS y del SSc-HAQ para valorar la asociación entre síntomas psicológicos y discapacidad funcional.

Métodos: Estudio descriptivo transversal en pacientes <18 años con ES (ACR-EULAR 2013) en un hospital de tercer nivel. Se registraron variables sociodemográficas, clínicas y tratamientos. Ansiedad y depresión se evaluaron con HADS, considerando puntajes ≥8 como síntomas probables/definidos. La discapacidad funcional se midió con SSc-HAQ, definiendo discapacidad moderada a severa con puntajes ≥1. Análisis estadístico: se utilizó Epi Info 7. Las variables continuas se expresaron como media ± DE o mediana (RIC), y las categóricas como frecuencias absolutas y relativas. Para las comparaciones se empleó T-test Student para variables continuas y χ^2 o test exacto de Fisher para las categóricas. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: De 27 pacientes con ES, 18 completaron las encuestas. 16 (88,9%) eran mujeres. La media de edad fue de 51,4 años ($\pm 14,02$). La mediana de duración de la enfermedad fue de 9,5 años. La puntuación media del SSc-HAQ fue de 2,23 (DE $\pm 1,93$), y 13 pacientes (72,2%) obtuvieron una puntuación ≥1. Se detectaron síntomas clínicamente significativos de depresión en 9 pacientes (50%) y de ansiedad en 13 (72,2%). 14 pacientes (77,8%) no presentaron síntomas clínicamente significativos de ansiedad y/o depresión. La mediana de puntuación en la subescala HADS-A fue de 8, en HADS-D de 7,5 y en la puntuación total HADS-S de 12,5. Entre los 13 pacientes con SSc HAQ ≥1 (discapacidad moderada/severa), 11 (84%) presentaron síntomas de ansiedad, frente a 2 pacientes (40%) con SSc HAQ <1, sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0,09$). En cuanto a la depresión, 8 pacientes (61%) con SSc HAQ ≥1 presentaron síntomas, en comparación con 1 paciente (20%) con SSc-HAQ <1; esta diferencia tampoco alcanzó significación estadística ($p=0,14$).

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con ES se observó alta prevalencia de síntomas emocionales y discapacidad funcional. Aunque sin asociaciones significativas, se identificó mayor carga emocional en quienes presentaban mayor discapacidad, acorde con estudios previos. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de un abordaje integral que incluya la salud mental en el manejo de la enfermedad.

FRECUENCIA DE EPI ASOCIADA A ESCLEROSIS SISTÉMICA Y FACTORES ASOCIADOS: REGISTRO ARGENTINO DE ESCLEROSIS SISTÉMICA

Marcelo TUDOR¹, Fabiana MONTOYA¹, Mariana MARTÍNEZ LOZANO¹, Mauricio MACHADO RIVIS¹, Tony VÉLEZ MACIAS¹, Eduardo KERZBERG¹, Alejandro BRIGANTE², Paula PUCCI³, Julieta MORBIDUCCI⁴, Zey RAMOS⁴, Anastasia SECCO⁴, María Natalia TAMBORENEA⁵

¹HOSPITAL RAMOS MEJÍA; ²SANATORIO GÜEMES; ³HOSPITAL ALEMÁN, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA; ⁴HOSPITAL RIVADAVIA; ⁵HOSPITAL DURÁN

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad caracterizada por daño vascular, alteraciones inmunológicas y fibrosis. El compromiso pulmonar intersticial representa la principal causa de mortalidad en estos pacientes y la prevalencia varía alrededor del 70% según la cohorte estudiada. La Sociedad Argentina de Reumatología (SAR), a través del grupo de estudio GESAR Esclerodermia, elaboró un Registro Nacional de pacientes con ES a fin de generar una cohorte prospectiva multicéntrica.

Objetivo: Conocer la frecuencia de EPI en esta cohorte y los factores asociados; conocer los patrones tomográficos; describir las características clínicas, demográficas y socioeconómicas de los pacientes con diagnóstico de ES según criterios de clasificación ACR/EULAR 2013 ingresados en el Registro ARTHROS de la SAR.

Métodos: Estudio descriptivo, multicéntrico, de corte transversal. Ingresaron pacientes con diagnóstico de ES según criterios ACR/EULAR 2013. Se recolectó información clínica, demográfica, socioeconómica y de tratamiento a través de la plataforma web ARTHROS diseñada como parte de la Historia Clínica Unificada por GESAR Esclerodermia. Se realizó un análisis descriptivo de los datos ingresados en el período marzo de 2023-junio de 2025. En todos los test el nivel de significación empleado fue 0.05. Para el procesamiento de los datos se utilizó el software R.

Resultados: Ingresaron al registro 173 pacientes con ES. El 52.9% (n=73) presentaba enfermedad pulmonar intersticial. En n=47 (72.3%) pacientes el patrón tomográfico fue NSIP, mientras que en n=8 (12.3%) UIP. En la Tabla 1 se describen las características generales de la población. En la Tabla 2 se resumen las intervenciones terapéuticas indicadas en la totalidad de la cohorte incluida. Al analizar las variables asociadas a la presencia de EPI encontramos: menos trabajo remunerado $p=0.0302$; mayor frecuencia de certificado de discapacidad $p=0.0311$; mayor frecuencia de subtipo difuso de la enfermedad <0.001 , mayor extensión del compromiso cutáneo $p<0.001$; mayor uso de inmunosupresores $p=0.00165$, antifibróticos $p=0.0166$, y mayor frecuencia de anticuerpos antitopoisomerasa 1 $p<0.01$. No hubo diferencias estadísticamente significativas en relación al compromiso esofágico.

Conclusión: La prevalencia de EPI en nuestra cohorte fue levemente inferior a la reportada en otras series. El subtipo difuso, la mayor extensión del compromiso cutáneo y la presencia de SCL70 positivos se asoció significativamente a la presencia de EPI. No encontramos diferencias significativas con respecto al grupo étnico ni a la presencia de compromiso esofágico. Los pacientes con EPI usaron significativamente más inmunosupresores y antifibróticos. Los pacientes con compromiso pulmonar presentan significativamente menos trabajo remunerado y más CUD lo que pone de manifiesto el impacto y la morbilidad que este compromiso genera.

Tabla 1	n:173
Media de la Edad (DS)	55.5 (13.8)
Femenino n(%)	122 (88.4)
Años del Diagnóstico ES media(DS)	9.36 (7.87)
ES subtipo Difuso n(%)	45 (33.8)
Etnia Mestiza n(%)	105 (76.6)
Residencia Urbana n(%)	123 (89.8)
Educación > 12 años n(%)	50 (36.2)
Obra Social/ Prepaga n(%)	97 (75.8)
Certificado de Discapacidad n(%)	43(47.8)
Trabajo Remunerado n(%)	40 (38.5)
Nivel Socioeconómico medio	51 (48.6)

Tabla 1: Características generales de la población.

Tabla 2	n:173
Tratamiento inmunosupresor n(%)	88 (69.8)
Rituximab n(%)	17 (12.9)
Ciclofosfamida n(%)	13 (9)
MMF n(%)	47 (35.6)
MTX n(%)	39(29.6)
Azatioprina n(%)	8 (6.1)
Antifibróticos n(%)	9 (7.6)
Inhibidores de la bomba protones n(%)	81 (61.4)
Oxigenoterapia n(%)	3(2.5)
Trasplante de Células Hematopoyéticas n(%)	1 (0.8)
Drogas Vasodilatadoras n(%)	120 (95.2)

Tabla 2: Intervenciones terapéuticas.

0183

COMPROMISO ESOFÁGICO EN ESCLEROSIS SISTÉMICA DETECTADO POR MANOMETRÍA

Bettina Soledad SARDI¹, Lucila GARCÍA¹, Máximo COSENTINO¹, Alfonsina Maitén SARDE¹, Juan Manuel RODRÍGUEZ GRAMAZZA¹, Juan Ignacio GODIN¹, Ariel VULCANO¹, Mariela DULBECCO¹, Aixa Lucia MERCÉ², Camila LIZARRAGA³, Verónica SAURIT³, María Belén MITRE³, Gisela PENDON⁴, Mercedes GARCÍA

¹HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (HIGA) GENERAL SAN MARTÍN LA PLATA; ²HOSPITAL B. RIVADAVIA; ³HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA; ⁴HOSPITAL GUTIÉRREZ DE LA PLATA

Introducción: El compromiso gastrointestinal en la esclerosis sistémica (ES) es el segundo en frecuencia luego del cutáneo y el esófago la porción más afectada generando trastornos de la motilidad. La misma puede ser detectada precozmente mediante manometría de alta resolución de esófago (MARE).

Objetivo: Describir la frecuencia del compromiso esofágico asintomático detectado por MARE en pacientes con esclerosis sistémica.

Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal y analítico de cuatro centros de referencia en Reumatología de Argentina. El período de recolección de datos se extendió desde abril de 2023 a julio de 2025. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de ES mediante los criterios de clasificación ACR/EULAR 2023 con edad ≥18 años y que contaban con MARE según la clasificación Chicago versión 4.0. Se definió como paciente sintomático la presencia de disfagia, reflujo gastroesofágico, dolor quemante retroesternal y/o pirosis al momento de la indicación de la manometría.

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes con ES predominando la forma limitada (45,5%). El 97% eran mujeres con una mediana de tiempo de evolución de 48 meses. El fenómeno de Raynaud se observó en el 93,9% y el 21,9% tenía antecedentes de úlceras digitales. En la capilaroscopia, el 75,8% presentó patrón SD. La enfermedad pulmonar intersticial estuvo presente en el 31,3%, con predominio de neumonía intersticial no específica (19,2%) y usual (12,1%). El 93,9% presentó ANA, anti-centrómero en el 45,5% y anti-Scl-70 en el 24,2%. En cuanto al tratamiento, el 78,1% recibía inhibidores de la bomba de protones y 39,4% bloqueantes de canales de calcio. Los inmunosupresores más utilizados fueron metotrexato (39,4%) y micofenolato de mofetilo (27,3%). Al comparar los pacientes asintomáticos (n=11) frente a aquellos con síntomas (n=22) presentaron de forma significativa menor frecuencia de anticuerpo anti-centrómero (18.2% vs. 59.1%; p=0.034) y menor uso de inhibidores de la bomba de protones (54,5 % vs. 90,5%; p=0.032). Se identificaron tendencias no significativas hacia una mayor frecuencia de úlceras digitales en pacientes sintomáticos (31,8% vs. 0%; p=0,069) y de anticuerpos anti-Scl-70 en asintomáticos (45,5% vs. 13,6%; p=0,082). Los síntomas reportados más frecuentes fueron: reflujo gastroesofágico (86.4%), pirosis (68.2%) y disfagia (50%). El 72,7% presentó más de 1 síntoma (16/22). En la manometría esofágica de alta resolución, el 72,7% presentó alteraciones de la peristalsis, incluyendo motilidad esofágica inefectiva (48,5%) y contractilidad ausente (24,2%). El 54,5% de los pacientes asintomáticos presentó dismotilidad, comparado con el 81,8% de los sintomáticos, sin alcanzar significancia estadística (p=0,121).

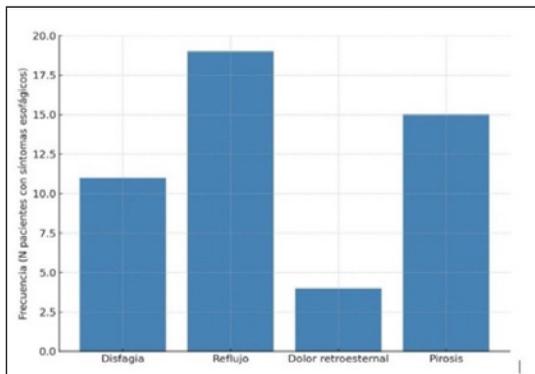


Figura: Frecuencia de síntomas esofágicos reportados.

Manometría de alta resolución de esófago por Chicago V 4.0	Presencia de síntomas esofágicos (N=22)	Ausencia de síntomas esofágicos (N=11)	P-valor	Total (N=33)
Desórdenes de la peristalsis:	18 (81.8%)	6 (54.5%)	0.121	24 (72.7%)
Contractilidad ausente	6 (27.3%)	2 (18.2%)	0.314	8 (24.2%)
Motilidad esofágica inefectiva	12 (54.5%)	4 (36.4%)		16 (48.5%)

Tabla: Hallazgos en la manometría de alta resolución de esófago.

Conclusión: En este estudio observamos que más del 50% de los pacientes asintomáticos presentó compromiso de la motilidad esofágica, lo que resalta la utilidad de la realización de manometría para su detección temprana.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA CON ANTI-RO POSITIVO

Ivana Romina ROJAS TESSEL¹, Ana Carolina RALLÉ¹, Mariana Natividad MARTÍNEZ LOZANO², Mauricio MACHADO RIVIS³, Tony VELEZ MACÍAS², Paula PUCCI³, Alejandro BRIGANTE⁴, Julieta MORBIDUCCI⁵, Anastasia SECCO⁵, Zey RAMOS⁵, Eduardo KERZEBERG², Fabiana MONTOYA², María Natalia TAMBORENEA⁶

¹HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO; ²HOSPITAL RAMOS MEJÍA; ³HOSPITAL ALEMÁN, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA; ⁴SANATORIO GÜEMES; ⁵HOSPITAL RIVADAVIA; ⁶HOSPITAL DURÁN

Introducción: El anticuerpo anti-Ro forma parte de los criterios de clasificación del síndrome de Sjögren (SSp) y puede ser detectado en esclerosis sistémica (ES). Según estudios, los pacientes con ES que tenían anti-Ro+ tuvieron con mayor frecuencia enfermedad pulmonar intersticial (EPI) y compromiso cutáneo más severo. El anti-Ro52 podría ser un marcador potencial de fibrosis pulmonar en EMTC y en miopatías inflamatorias.

Objetivo: Describir las características clínicas de los pacientes con ES y anti-Ro positivo y su asociación con compromiso orgánico.

Métodos: Se utilizaron los datos de los pacientes ingresados en la base de datos GESAR ESCLERO desde 2023 hasta 2025. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de ES que cumplieron los criterios ACR/EULAR. Se consignaron datos sociodemográficos relacionados con la enfermedad, compromiso orgánico, patrón capilaroscópico y tratamiento. Se excluyeron los pacientes que tenían desconocido el estatus de dosaje de ENA 6.

Resultados: Se incluyeron 101 pacientes de 173 del registro (58.3%) y se excluyeron 72. Entre los 101 pacientes incluidos, 16 (9.2%) presentaban anti-Ro+, anticentrómero 43 (46.7%) y anti scl70 19 (19.8%). De los 16 pacientes con anti-Ro+, 14 (87.5%) fueron mujeres, con una m de edad de 50.6 (RIC 46.9- 58.1). Diez (62.5%), tuvieron compromiso cutáneo limitado, 4 (25%) difuso, 1 (6.3%) sin compromiso en piel. La m de Rodnan fue de 3 (RIC 1.5- 9.5). Todos los pacientes (100%) tuvieron Raynaud, 8 (50%) úlceras digitales, 6 (37.5%) manos *puffy*. Otros compromisos fueron: 9 (64.3%) esofágico, 2 (12.5%) HTP, 7 (50%) EPID, 1 (6.25%) compromiso cardiovascular primario, 2 (13.3%) pérdida de peso. Trece (81.3%) tuvieron patrón SD en capilaroscopia. En cuanto al tratamiento, 2 (14.3%) usaron corticoide, 7 (43.8%) micofenolato mofetil, 6 (37.5%) metotrexato, 1 (6.3%) ciclofosfamida, 1 (6.3%) azatioprina, ninguno recibió rituximab ni antifibróticos. Al comparar los pacientes con anti-Ro+ vs anti-Ro- hubo mayor frecuencia de compromiso limitado (62.5 vs 54.3%, p 0.54), compromiso esofágico (64.3 vs. 51.3%, p 0.547), úlceras digitales (50 vs. 24.7%, p 0.062), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas.

Conclusión: A diferencia de otras publicaciones, no encontramos asociación con EPI ni con severidad del compromiso cutáneo. En nuestro registro se halló más frecuencia de úlceras digitales y compromiso esofágico. Agradecemos a UNISAR por el apoyo metodológico.

ESCLEROSIS SISTÉMICA SERODISCORDANTE: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EMERGENTE

Rossio Gardenia ORTUÑO LOBO, María Cristina ROMERO, Tamara Graciela ARIAS, María PINO, Gustavo MEDINA, María José LÓPEZ MEILLER

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

Introducción: En la esclerosis sistémica (ES) la especificidad de los anticuerpos y el subtipo cutáneo podrían influir en el fenotipo de la enfermedad y predecir el compromiso de órganos.

Objetivo: Estimar la prevalencia de pacientes serodiscordantes y describir las características clínicas.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, unicéntrico. Se incluyeron mayores de 18 años que cumplieran criterios clasificatorios de ES según el *American College of Rheumatology* y la *European League Against Rheumatism* (ACR/EULAR) 2013. Se definió como serodiscordante aquellos pacientes con ES difusa que presentaran patrón anticentrómero (ACA), ES limitada que presenten anti-topoisomerasa (ATA) o anticuerpo RNA polimerasa III (anti-RNAP III) y ES sin esclerodermia que presenten ATA o anti-RNAP III; se compararon con sus homólogos correspondientes (ES limitada-ACA positivo, ES difusa-ATA positivo y ES difusa anti RNAP III positivos).

Resultados: Se incluyeron 143 pacientes, 136 (95%) mujeres. De acuerdo al subtipo cutáneo de ES, 84 (58.7%) variedad limitada, 41 (28.7%) difusa y 18 (12.6%) ES sin esclerodermia. La prevalencia de serodiscordantes en la cohorte estudiada fue del 21%. ES limitada: ATA (+) 9 (6%), anti-RNAP III (+) 10 (7%); ES difusa: ACA (+) 9 (6%) y ES sin esclerodermia 1 (1%) para ATA y anti-RNAP III positivos respectivamente. El tiempo de evolución de la enfermedad desde el primer síntoma no Raynaud fue mayor en aquellos con ACA, independientemente del subtipo cutáneo. En cuanto a las manifestaciones clínicas, hubo mayor frecuencia de artritis 70%, frote tendinoso 30% y debilidad muscular 40% (p<0.001) en el subtipo ES limitada-anti-RNAP III. La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) se observó en: 80% de ES limitada-anti-RNAP III vs 10.7% ES limitada-ACA (p<0.001) y 95.2% ES difusa-ATA vs 33.3% ES difusa-ACA (p 0.001).

Conclusión: Nuestros hallazgos destacan la importancia de considerar tanto el subtipo cutáneo como el perfil de autoanticuerpos para una evaluación más integral de los pacientes con ES.

ESPONDILARTRITIS AXIAL DE DIFÍCIL MANEJO EN PACIENTES DE ARGENTINA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE CORTE TRANSVERSAL

María Victoria MARTIRÉ¹, Joan Manuel DAPEÑA², Julieta GAMBÁ³, Amelia GRANEL¹, Juan Manuel BANDE⁴, Edson VELOZO⁵, Nathaly ERAS⁶, Adriana TESTI¹, Julieta MORBIDUCCI⁷, Lucía ZÁRATE⁸, Luciana CASALLA⁹, Etel SATURANSKY¹⁰, Emilio BUSCHIAZZO¹¹, Paula Eva POLERI¹, Fernando SOMMERFLECK², Cristian Alejandro BENÍTEZ³, Paula GONZÁLEZ¹², Carla AIROLDI¹³, Eliana SERRANO¹⁴, Fernando ARIZPE¹, Clarisa SANDBAL¹⁵, Mariana BENEGAS²

¹HOSPITAL SAN ROQUE, GONNET; ²SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ; ³HOSPITAL POSADAS; ⁴HOSPITAL TORNÚ; ⁵SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA; ⁶HOSPITAL RAMOS MEJÍA; ⁷HOSPITAL RIVADAVIA; ⁸HOSPITAL NACIONAL BALDOMERO SOMMER; ⁹GENEA CENTRO MÉDICO; ¹⁰PSORIHUE MEDICINA INTERDISCIPLINARIA; ¹¹HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO; ¹²CONSULTORIO PARTICULAR; ¹³HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO; ¹⁴SANATORIO MÉNDEZ; ¹⁵HOSPITAL PROTOMÉDICO

Introducción: No existen estudios multicéntricos que muestren la frecuencia de espondiloartritis axial (EspAax) difícil de manejar (D2M) en Argentina. **Objetivo:** Explorar la frecuencia de EspAax D2M en la práctica clínica y analizar las características de los pacientes D2M. **Métodos:** Estudio de corte transversal, observacional y multicéntrico realizado en Argentina. Se incluyeron 102 pacientes con EspAax según criterios ASAS provenientes de 14 centros. Se calculó la prevalencia del subtipo de D2M según ASAS. Se realizó análisis de regresión logística univariante, utilizando la condición "D2M" como variable dependiente. Se estimaron *odds ratios* (OR) con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Debido al alto riesgo de circularidad no se estimó independencia de asociaciones. Se realizó un análisis factorial de datos mixtos (FAMD) para explorar patrones clínicos y sociodemográficos en pacientes con EspAax, distinguiendo entre aquellos D2M y no-D2M. El análisis incluyó variables numéricas y categóricas relevantes, como edad, tiempo de evolución, calidad de vida (ASQoL), actividad inflamatoria (ASDAS), funcionalidad (BASFI), y antecedentes clínicos.

Resultados: Se incluyeron 102 pacientes con una mediana de edad de 44 años (36–57) con predominio del sexo masculino (61%). Dieciséis pacientes (16%) cumplieron criterios de D2M. Los pacientes D2M mostraron mayor actividad de la enfermedad, peor funcionalidad, estado de salud y calidad de vida, más EII y mayor uso de sdDME. Las causas de EspAax D2M más frecuentes según el médico tratante fueron: actividad axial (25%), actividad axial combinada con actividad periférica (19%), actividad axial, actividad periférica y PCR elevada (13%). Los dos ejes factoriales (Dim1 y Dim2) capturaron una proporción significativa de la variabilidad total. Dim1 estuvo principalmente influido por ASDAS, ASQoL y BASFI, mientras que Dim2 representó un eje evolutivo asociado a la edad y tiempo de evolución. Los pacientes D2M tienden a estar más hacia el extremo de Dim1 (Figura).

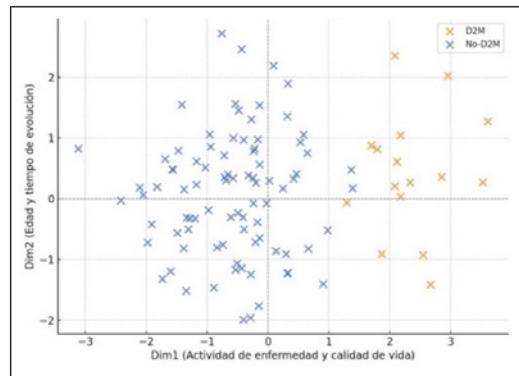


Figura: Mapa factorial FAMD: EspAax D2M vs. no-D2M.

Conclusión: En esta cohorte multicéntrica de Argentina, la frecuencia de la condición D2M fue de aproximadamente 16 por cada 100 pacientes evaluados. Algunas características clínicas, como la presencia de EII, se asociaron significativamente con este subtipo. El análisis factorial de datos mixtos permitió identificar un patrón clínico diferencial en los pacientes D2M, caracterizado por mayor actividad inflamatoria, peor calidad de vida y mayor deterioro funcional.

0114

EFFECTIVIDAD COMPARATIVA DE UPADACITINIB PARA ARTRITIS PSORIÁSICA EN LA VIDA REAL: EVALUACIÓN DEL CAMBIO A UPADACITINIB VERSUS FACTOR DE NECROSIS TUMORAL O INHIBIDORES DE IL-17 LUEGO DEL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL EN PRIMERA LÍNEA

Philip MEASE¹, William TILLET², Xiaolan YE³, Christopher SAFFORE³, Molly EDWARDS⁴, Isabel TRUMAN⁴, Sophie BARLOW⁴, Jayne STIGLER³, Bhumik PARIKH³, María Eugenia HERMELO⁵, Daniel ALETAHA⁶

¹UNIVERSITY OF WASHINGTON SCHOOL OF MEDICINE; ²ROYAL NATIONAL HOSPITAL FOR RHEUMATIC DISEASES; ³ABBVIE INC.; ⁴ADELPHI REAL WORLD; ⁵ABBVIE S.A.; ⁶MEDICAL UNIVERSITY OF VIENNA

Introducción: EULAR recomienda cambiar a un inhibidor JAK (JAKi) o a otro bDMARD a los pacientes (PT) con artritis psoriásica (PsA) con respuesta inadecuada a DMARDs convencionales o biológicos. La evidencia sobre cambiar a otro inhibidor TNF (TNFi) en estos casos no es concluyente, y hay poca evidencia que compara este enfoque

Objetivo: Comparar la efectividad del cambio de un TNFi (primera línea [PL]) a upadacitinib (UPA) - JAKi oral, frente al cambio a otro TNFi o al cambio de un TNFi a un inhibidor de la IL-17 (IL-17i) en los síntomas articulares de PT con PsA

Métodos: Los datos provienen de "Adelphi Real World Spondylarthritis (SpA) V and VI Disease Specific Programmes™", encuestas a médicos y PT durante consultas de rutina en Alemania, Francia, Italia, España, Reino Unido y EE.UU. Se incluyeron PT adultos con PsA que cambiaron de un TNFi en PL de terapia avanzada (TA) a otra TA y se estratificaron según la TA de segunda línea (SL): TNFi a UPA, TNFi a TNFi o TNFi a IL-17i. Se evaluaron TJC y SJC ≤1 luego de ≥3 meses desde el cambio TA de SL. La demografía y las características clínicas de los PT se equilibraron mediante IPWRA. Los análisis de regresión se realizaron por separado para las comparaciones entre TNFi con UPA y TNFi con TNFi, así como entre TNFi con UPA y TNFi con IL-17i.

Resultados: De 320 PT que cambiaron de un TNFi de PL, 101 cambiaron a UPA, 96 a un TNFi de SL y 123 a IL-17i. El TNFi de PL utilizado con más frecuencia en cada grupo fue adalimumab (ADA). La TA de SL más utilizada en el grupo TNFi a TNFi fue ADA, mientras secukinumab fue la TA de SL más indicada en el grupo TNFi a IL-17i. La razón más frecuente para el cambio fue el empeoramiento de los síntomas en las articulaciones. Previo al cambio, la mayoría de los PT habían sido evaluados por el médico como de severidad moderado/grave (TNFi a UPA: 92%; TNFi a TNFi: 89%; TNFi a IL-17i: 93%). Una cantidad significativamente mayor de PT en el grupo TNFi a UPA grupo presentó una evaluación del médico con TJC y SJC ≤1 frente al grupo TNFi a TNFi. **Conclusión:** Los PT que cambiaron de PL de TA con TNFi a UPA como SL tuvieron menos sensibilidad e inflamación que aquellos que cambiaron a un segundo TNFi o a un IL-17i.

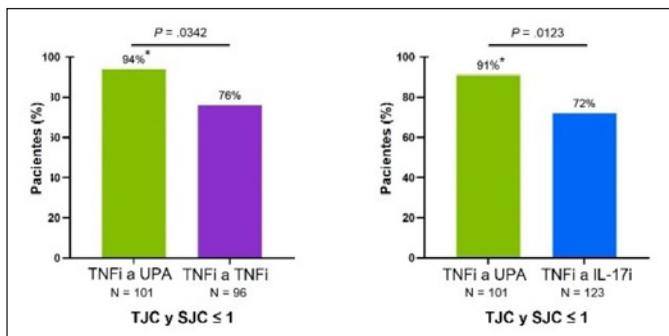


Figura: Evaluación ajustada informada por el médico de TJC y SJC ≤1 al momento de la recolección de datos.

RECONOCIMIENTO DE LUMBALGIA INFLAMATORIA Y ESPONDILOARTRITIS POR MÉDICOS DE PRIMERA CONSULTA

María Cristina ROMERO¹, Carla Andrea MUÑOZ TORRES², Diego Andrés MARINO¹, Gabriel GUZMÁN¹, Luis RODRÍGUEZ³, Gustavo MEDINA¹

¹HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN; ²HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS; ³CENTRO MÉDICO CAMINAR

Introducción: Existe un retraso en el diagnóstico de la espondiloartritis axial. Esto es multicausal, pero puede contribuir la falta de reconocimiento de la lumbalgia inflamatoria y las condiciones clínicas asociadas por parte de médicos de primera consulta (MPC).

Objetivo: Evaluar el conocimiento de los MPC sobre el dolor lumbar inflamatorio (LI) y la espondiloartritis axial.

Métodos: Se distribuyó una encuesta en línea. Se evaluaron características de LI y manifestaciones asociadas. Relevancia de métodos complementarios por escala de Likert (0-5) y conducta ante la sospecha de espondiloartritis axial. Participaron MPC de Argentina y Chile.

Resultados: Se analizaron las respuestas de 108 MPC (Medicina interna 88,8%, Ortopedia 11,2% = Grupo 1) y 56 reumatólogos (Grupo 2). Se encontraron diferencias entre los grupos en cuanto a médicos en formación (40% vs. 35%, p=0,05), actividad hospitalaria (86% vs. 73%, p=0,04) y años de práctica (12,7 ± 9,8 y 18,9 ± 11,7; p<0,001). Las ocho características de dolor lumbar inflamatorio fueron reconocidas por el 5% y el 43% de los Grupos 1 y 2, respectivamente (p<0,001). En el Grupo 1, el dolor glúteo alternante fue la manifestación menos reconocida, mientras que la rigidez matutina fue la mayor (27% y 61%). Solo la rigidez matutina y el inicio insidioso no mostraron diferencias estadísticas entre los grupos (Tabla). Las características asociadas reconocidas por más del 50% del Grupo 1 incluyeron enfermedad inflamatoria intestinal (74%), uveítis (68%), psoriasis (64%) y entesitis (56%). Menos de la mitad reconoció la dactilitis y las infecciones previas como asociadas con la espondiloartritis. Un mayor porcentaje de médicos de primer contacto asignó importancia (Likert 4 o 5) a la resonancia magnética (56,6%), seguida de los reactantes de fase aguda (47,7%), el HLA b27 (40,8%) y la radiografía (25,5%).

No se observaron diferencias significativas entre los grupos. En cuanto al manejo de un paciente con dolor lumbar inflamatorio y posible espondiloartritis, 27% del Grupo 1 derivaron al paciente sin iniciar estudios, y la mayoría (90%) a un reumatólogo. 18 MPC (25%) no consideran derivar al paciente.

Conclusión: Una encuesta a MPC identificó una brecha de conocimiento que puede afectar el diagnóstico y el tratamiento oportuno de la espondiloartritis, lo que puede provocar retrasos en la derivación a especialistas.

Características del dolor de espalda inflamatorio	MPC (Grupo 1)	Reumatólogos (Grupo2)
Rigidez matutina > 30 minutos	61%	71%
Inicio insidioso	64%	64%
Duración de los síntomas > 3 meses	58%	82%
Mejora con el ejercicio	54%	89%
Dolor nocturno	50%	89%
Empeoramiento con el reposo	48%	82%
Alivio rápido con antiinflamatorios	41%	79%
Dolor alternante en los glúteos	27%	82%

Tabla

PATRONES DE TRATAMIENTO EN ARTRITIS PSORIÁSICA: SWAPPING O CYCLING. DATOS DE LA COHORTE RECCAPSO

Leila ABBAS¹, Maximiliano FENUCCI¹, Gustavo MEDINA², Marcelo ABDALA³, Brian Marcelo ABDALA³, Sebastián MAGRI⁴, Rodrigo GARCÍA SALINAS⁴

¹HOSPITAL CÉSAR MILSTEIN; ²HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN; ³HOSPITAL DEL CENTENARIO; ⁴HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, LA PLATA

Introducción: En la artritis psoriásica (APs), ante el fracaso de un tratamiento, los pacientes pueden cambiar a otro del mismo mecanismo de acción (*cycling*) o a uno diferente (*swapping*).

Objetivo: Describir la frecuencia de uso de b/ts-DMARDs en las distintas líneas de tratamiento, estimar la prevalencia de *swapping* o *cycling* tras el fracaso de un primer b/ts-DMARD, y analizar las características clínicas de cada grupo. Estimar la proporción de fracaso en segunda línea según el grupo de tratamiento (*swapping* o *cycling*).

Métodos: Estudio retrospectivo, consecutivo, con pacientes con APs provenientes de la cohorte RECCAPSO (Red Colaborativa de Clínicas Argentinas en APs) compuesta por cuatro centros. Se recolectaron datos demográficos, características clínicas, frecuencia y mecanismos de acción de los b/ts-DMARDs utilizados por línea de tratamiento. Se aplicaron estadísticas descriptivas y análisis comparativos (Chi², pruebas paramétricas o no paramétricas según correspondiera) entre pacientes que realizaron *swapping* y aquellos que realizaron *cycling*.

Resultados: Se incluyeron 350 pacientes (45% varones). El 50% de la cohorte recibió tratamiento con b/ts-DMARDs. En primera línea, predominaron los anti-TNF (67%) e inhibidores de IL-17 (24%). El 32,8% de los tratados con b/ts-DMARDs recibió una segunda o más líneas. El *swapping* fue la estrategia utilizada en el 69% de los casos con cambio de tratamiento, mientras que el *cycling* representó el 31%. Entre los pacientes con falla el 100% había recibido anti-TNF como primera línea. La única diferencia estadísticamente significativa fue una mayor actividad de la enfermedad (DAPSA) en el *swapping*. Los pacientes en *cycling* el 65% fallaron y pasaron a una tercera línea mientras que en el grupo *swapping* un 25% (p 0.002).

Conclusión: El 50% de los pacientes con APs recibió b/ts-DMARDs, con predominio de anti-TNF e IL-17i como primera línea. En caso de falla terapéutica, el *swapping* fue la estrategia más frecuente. Una mayor actividad de la enfermedad medida por DAPSA fue el único factor diferencial entre *swapping* y *cycling*. El *cycling* mostro una proporción mayor de fallas en segunda línea.

ARTRITIS PSORIÁSICA DIFÍCIL DE TRATAR EN LA COHORTE RECCAPSO: PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS Y ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

Brian Marcelo ABDALA¹, Maximiliano FENUCCI¹, Gustavo MEDINA², Marcelo ABDALA¹, Sebastián MAGRI³, Leila ABBAS⁴, Rodrigo GARCÍA SALINAS³

¹HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO; ²HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN; ³HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, LA PLATA; ⁴HOSPITAL CÉSAR MILSTEIN

Características basales	Valor
Sexo (masculino)	45 %
Cobertura de salud	87 %
Tabaquismo	16 %
Comorbilidad (cualquiera)	62 %
MACE	7 %
Hipertensión arterial	36 %
Diabetes	16 %
Dislipidemia	23 %
Enfermedad maligna	3 %
Psoriasis cutánea	96 %
Psoriasis ungueal	38 %
Monoartritis	2 %
Oligoartritis	47 %
Poliartritis	43 %
Afectación axial	25 %
Entesitis	44 %
Dactilitis	25 %
Uveítis/EII	4 %
PCR >3 mg/L	36 %
Erosiones radiográficas	45 %
MDA (si)	34 %
Uso de b/tsDMARDs (si)	50 %
Uso actual de cDMARD (si)	48 %
Uso de glucocorticoides (si)	10 %
Índice de Masa Corporal (DE)	29.44 ± 6.50
Superficie corporal afectada (BSA) (DE)	3.98 ± 9.98
DAPSA (DE)	13.56 ± 9.24
DAS28 (DE)	3.06 ± 1.18
Duración de síntomas al diagnóstico (años) (DE)	4.84 ± 11.42
Edad actual (años) (DE)	58.41 ± 14.22
Edad al diagnóstico de psoriasis (manifestación dermatológica)	37.32 ± 16.94
Edad al diagnóstico de APs	51.55 ± 14.95
Edad al inicio de los primeros síntomas de APs	49.41 ± 15.64
HAQ	0.78 ± 0.58
ENTESIS	0.71 ± 1.07
TJC	3.04 ± 2.87
SJC	1.67 ± 2.24
PASI	2.58 ± 5.07
PCR (mg/L)	4.23 ± 6.58
Peso (kg)	79.91 ± 18.47
Duración de psoriasis (años)	20.91 ± 14.19
EVA dolor (paciente)	4.15 ± 2.74
EVA estado general (médico)	3.51 ± 2.26

Tabla: Características basales cohorte RECCAPSO.

Introducción: El concepto de APs difícil de tratar (D2T) se refiere a pacientes que han fallado múltiples mecanismos de acción terapéuticos y continúan con actividad inflamatoria, pese al tratamiento intensivo.

Objetivo: Estimar la frecuencia de D2T en una cohorte multicéntrica, identificar sus características clínicas diferenciales y analizar los patrones terapéuticos utilizados.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluyó pacientes consecutivos con APs de la cohorte RECCAPSO (Red Colaborativa de Clínicas Argentinas en APs. Cuatro centros de referencia). Se recolectaron datos demográficos, clínicos, fármacos, línea y MOA. Se definió D2T como el fracaso a dos mecanismos de acción distintos con persistencia de enfermedad activa. Se realizaron análisis descriptivos, comparativos (Chi², pruebas paramétricas o no paramétricas según correspondiera) y regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 350 pacientes (45% varones). La prevalencia de D2T fue del 10,6% (IC95%: 7,85–14,16). Los D2T presentaron mayor: BSA: 4,27 (10,53 vs. 1,73 2,64; p=0,01), mayor uso de glucocorticoides (23,1% vs. 8,3%; p=0,009) y mayor proporción de DAPSA en HDA (16,7% vs. 5%; p=0,02). El uso de cDMARDs fue menor en este grupo (23,1% vs. 53%; p=0,001). La regresión logística mostró que el DAPSA HDA se asoció con mayor riesgo de D2T (OR: 2,15; IC95%: 1,33-3,48; p=0,002), mientras que el uso actual de DMARDs se asoció con menor riesgo (OR: 0,23; IC95%: 0,09-0,56; p=0,001). Entre quienes estaban una segunda línea terapéutica, el 66,1% (IC 95%: 53,4-76,9%) cumplía criterios de D2T. Estos pacientes presentaron mayor demora diagnóstica (3,67 [4,62] vs. 0,29 [0,49] años; p=0,04) y mayor índice de masa corporal (IMC: 31,87 [4,83] vs. 25,93 [1,72]; p=0,04). La mayor diferencia en fracasos por mecanismo de acción se observó con anti-TNF. En la tercera línea de tratamiento se observó predominio del uso de inhibidores de IL-17.

Conclusión: El 10,6% de los pacientes con APs cumplió criterios de D2T, con mayor actividad de la enfermedad, uso de glucocorticoides, menor uso de cDMARDs, mayor IMC y demora diagnóstica. Los fracasos en anti-TNF fueron los más frecuentes, siendo los inhibidores de IL-17 los más utilizados en líneas posteriores.

0155

ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PSORIÁSICA: EVALUACIÓN MEDIANTE ECOGRAFÍA CAROTÍDEA Y SU RELACIÓN CON COMORBILIDADES Y EL TRATAMIENTO

Verónica SAVIO¹, Carla MALDINI¹, María Isabel QUAGLIA¹, Carla Andrea GOBBI², Juan Alejandro ALBIERO¹, Marcela DEMARCHI¹, Agustina RACCA¹, Carla Gimena ALONSO¹, María Elena CASTRILLÓN³, Daniela LEWIS³, Ana Carolina MARTINI⁴, Paula ALBA¹

¹HOSPITAL CÓRDOBA; ²CÁTEDRA DE MEDICINA I, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC; ³HOSPITAL ITALIANO DE CÓRDOBA; ⁴CÁTEDRA DE FISIOLÓGIA HUMANA, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

Introducción: La enfermedad psoriásica (EPs) incluye a la psoriasis (PsO) y la artritis psoriásica (APs), las cuales tienen un incremento en el riesgo cardiovascular (RCV) que se debe a factores clásicos y a la inflamación sostenida. La EPs y la aterosclerosis (ATE) comparten vías fisiopatológicas comunes que favorecen la formación de placa ateromatosa. La ecografía carotídea (USc) detecta ATE subclínica (ATEsc) y mejora la estratificación del RCV, pero su utilidad en EPs es limitada.

Objetivo: Principal: estimar la frecuencia de ATEsc mediante USc en EPs. Secundarios: comparar las características clínicas y de la enfermedad en pacientes con y sin ATEsc, y caracterizar a los individuos sin factores de RCV.

Métodos: Se realizó un estudio analítico, transversal, en una cohorte de EPs evaluada desde el 07/2019 al 03/2022 en Argentina. Se incluyeron pacientes ≥18 años con APs (criterios CASPAR) o PsO confirmado por dermatología. Se excluyeron otras artritis, PsO inducida por drogas e individuos con eventos CV mayores. Se evaluaron variables demográficas, clínicas, comorbilidades, tratamiento y actividad de la enfermedad (PASI, BSA, DAPSA). Los factores de RCV clásicos incluidos fueron HTA, diabetes, obesidad, dislipidemia y/o tabaquismo. La presencia de ATEsc se definió por engrosamiento miointimal ≥9 mm y/o placa aterosclerótica detectadas por USc. Las variables cuantitativas se expresaron como media o mediana, y las cualitativas en frecuencias. Se utilizaron pruebas de Chi², Fisher, t de Student o Wilcoxon. Se consideró significativa una p≤0,05.

Variable	Con ATEsc n=47	Sin ATEsc n=31	p
Edad (años)	56.3 (11.1)	42.8 (12.9)	<0.0001
Sexo femenino n (%)	27 (57.4)	18 (58.1)	0.9569
Duración de la enfermedad			
PsO (años)	17.2 (13.6)/46	17.0 (13.0)	0.9451
APs (años)	4.8 (6.5)/32	4.2 (7.7)/24	0.7404
Comorbilidades			
Hipertensión n (%)	24 (51.1)	12 (38.7)	0.2841
Diabetes n (%)	13 (27.7)	6 (19.4)	0.4031
Obesidad n (%)	26 (55.3)	16 (51.9)	0.74
Dislipemia n (%)	30 (63.8)	16 (51.6)	0.2831
Hipertrigliceridemia n (%)	21 (44.7)	8 (19.4)	0.0214
SMet ⁴ n (%)	35 (74.5)	20 (66.7)	0.4599
Tabaquismo n (%)	21 (44.7)	9 (29)	0.1645
Dominios afectados			
Cutáneo n (%)	46 (97.9)	31 (100)	1*
Articular periférico n (%)	30 (93.8)/32	22 (91.7)/24	1*
Articular axial n (%)	8 (25) /32	6 (25) /24	1
Entesitis n (%)	8 (25)/32	8 (33.3)/24	0.4945
Dactilitis n (%)	12 (37.5)/32	7 (29.2)/24	0.5145
Ungueal n (%)	20 (62.5)/32	14 (58.3)/24	0.6604
Medidas de actividad			
BSA media (SD)	7.0 (11) /46	7.2 (11.6)/29	0.68
PASI (0-76) media (SD)	5.9 (7.8)	6.9 (8.2)	0.60
DAPSA remisión/mínima actividad n (%)	20 (62.5) /32	14 (58.3)/24	0.75

Tabla: Características de los pacientes con EPs y sin ATsc.

Resultados: Se incluyeron 78 pacientes con EPs. La frecuencia de ATEsc fue de 60,26% (47). Las características de los pacientes con o sin ATEsc se muestran en la Tabla. Se encontró asociación entre la edad y la hipertrigliceridemia con ATEsc (p<0,05). No se encontraron diferencias significativas en relación a los dominios, actividad de la enfermedad o tratamiento de EPs. Los individuos sin factores de RCV fueron 7 (8,9%). El 57,1% (4) de sexo femenino con una mediana de edad de 41.6 años (±8,7) y una duración de PsO de 18,9 (±16,2) y de APs 1 (±1,1) años. Todos tenían compromiso cutáneo, el 83,3% (5) articular periférico, 66,7% (4/6) ungueal y 50% (3) dactilitis. En cuanto a las medidas de actividad, BSA fue del 4,1%, PASI 5,7 (±6) y DAPSA remisión/mínima actividad 4 (66.7%). El 85,7% (6) recibía tratamiento tópico, 5 (71,4%) terapia con DMARDc; 1 paciente DMARD biológico o sintético dirigido. En este grupo se evidenció ATEsc en el 28,6% (2).

Conclusión: La ATEsc se detectó por USC en 6 de cada 10 pacientes con EPs y en un tercio de los que no tenían factores de RCV, lo que refuerza el rol de la inflamación sistémica en la ECV. La edad y la hipertrigliceridemia se asociaron con ATEsc. Estos hallazgos refuerzan la utilidad de la evaluación del RCV con USC en EPs y la necesidad de estrategias preventivas personalizadas.

0241

FENOTIPOS INFLAMATORIOS Y NO INFLAMATORIOS EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA DE COMPLEJO MANEJO (C2M-APS): ANÁLISIS DESDE LA PRIMERA CONSULTA UTILIZANDO DEFINICIONES GRAPPA

Jonatan Marcos MARECO¹, María Eugenia AMOREO¹, Mara IVANOV¹, Lucini DOLLY¹, Mariana BERNARDO², Virginia DIMOTTA¹, Melisa BAIGORRIA¹, Bruce KNUDSEN¹, Javiela SPINELLI¹, Johana Celeste VILTE¹, Edgardo FACCIPIERI¹, Isabel MATTOS¹, Camilo MARTÍNEZ¹, Ana SIRERA¹, María José OTERO¹, Cecilia LEIVA Sisniegues¹, Juliana CIUCI¹, Trinidad PENNINI GUELF¹, Valeria GARCÍA FERRONI¹, Antonio ZÚRZOLO¹, María Eugenia BRÁVIZ LÓPEZ¹, Daniel OLANO¹, Yolanda Luján GIMÉNEZ³, Marisa GONZÁLEZ¹, Marcia MELA¹

¹HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO EN AGUDOS Y CRÓNICOS SAN JUAN DE DIOS DE LA PLATA; ²CLÍNICA DERMATOLÓGICA Y CAPILAR, LA PLATA; ³CENTRO DERMATOLÓGICO INTEGRAL

Introducción: La artritis psoriásica (APs) presenta un curso clínico heterogéneo, y un subgrupo de pacientes desarrolla formas difíciles de manejar debido a la refractariedad terapéutica o factores clínicos y contextuales complejos. Las definiciones operativas propuestas por GRAPPA y Zabotti et al. permiten identificar fenotipos con y sin inflamación objetiva, lo que podría tener implicancias pronósticas y terapéuticas desde estadios tempranos de la enfermedad.

Objetivo: Estimar la frecuencia de C2M-APs en una cohorte con ≥2 años de seguimiento y explorar diferencias clínicas tempranas entre los subgrupos con y sin inflamación objetiva (D2T y NIPSA).

Métodos: Estudio observacional, transversal, multicéntrico. Se incluyeron pacientes con APs >18 años que cumplieran criterios CASPAR, atendidos entre abril de 2021 y abril de 2025. Fueron evaluados con entrevista clínica, examen físico, clinimetría, estudios de imagen (radiografía, resonancia magnética, ecografía articular y de entesis) y laboratorio. De 251 pacientes con APs, se seleccionaron 62 con >2 años de seguimiento. De estos, se identificaron pacientes con C2M-APs, y se denominó NiPSA al subgrupo C2M-APs sin evidencia objetiva de inflamación. Se compararon características clínicas y paraclínicas entre D2T y NIPSA. Se utilizaron pruebas estadísticas descriptivas, comparativas y modelos de regresión logística univariable y multivariable.

Resultados: 62 pacientes contaban con ≥2 años de seguimiento; de ellos, 22 (35,5%) cumplieron criterios de C2M-APs. Al analizar retrospectivamente los datos de la primera consulta, se observó que los pacientes con inflamación objetiva (D2T, n=12; 54,5%) presentaban un DAPSA promedio de 28,4±6,1 (actividad alta), mientras que aquellos sin inflamación objetiva (NIPSA, n=10; 45,5%) presentaban un DAPSA promedio de 15,4 ± 4,3 (actividad moderada), p<0,05. En el análisis univariado, el grupo D2T mostró valores significativamente mayores en: VAS global médico, VAS paciente, VAS dolor, dactilitis, entesitis por ecografía, BSA, PCR y eco articular +. En el modelo de regresión logística multivariable, solo VAS dolor se asoció de forma independiente al fenotipo D2T (OR=2,23; p=0,005).

Variable	D2T (n=12)	NIPsA (n=10)	p valor
Edad (años)	48,2 ± 10,4	50,1 ± 9,8	0,42
Sexo masculino (%)	58,3%	40,0%	0,28
DAPSA (media ± DE)	28,4 ± 6,1	15,4 ± 4,7	<0,01
VAS global médico (0-100)	65,1 ± 12,3	40,8 ± 10,9	<0,01
VAS paciente (0-100)	70,5 ± 14,2	55,2 ± 12,8	<0,05
VAS dolor (0-100)	75,8 ± 13,6	58,3 ± 11,9	<0,01
Dactilitis (%)	66,7%	20,0%	<0,01
Entesitis por ecografía (%)	75,0%	10,0%	<0,01
BSA (media ± DE)	12,4 ± 5,3	6,1 ± 3,8	<0,01
PCR (mg/L)	8,6 ± 3,2	2,3 ± 1,5	<0,01
Ecografía articular positiva (%)	91,7%	30,0%	<0,01
Síntomas afectivos (%)	25,0%	70,0%	<0,01
NAD (media ± DE)	3,2 ± 1,5	1,4 ± 0,9	<0,01
NAI (media ± DE)	2,7 ± 1,3	1,1 ± 0,7	<0,01
Comorbilidades ≥1 (%)	75,0%	60,0%	0,32
Ecografía articular positiva (%)	91,7%	30,0%	<0,01

Tabla: Características D2T vs. NIPsA.

Conclusión: En esta cohorte, las diferencias clínicas entre los pacientes que posteriormente desarrollaron C2M-APs ya eran identificables en la primera consulta, particularmente en aquellos que evolucionaron hacia un fenotipo inflamatorio (D2T). Nuestros hallazgos coinciden con lo reportado por Zabotti et al., quienes describieron la existencia de perfiles inflamatorios (PIPsA) y no inflamatorios (NIPsA) dentro del espectro de pacientes con enfermedad difícil de tratar. Los valores de DAPSA registrados en la primera evaluación refuerzan esta distinción fenotípica: puntuaciones >28 se asociaron con el grupo D2T, mientras que valores entre 15 y 28 fueron más frecuentes en el grupo NIPsA.

0223

MICROARQUITECTURA ÓSEA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: INFORME PRELIMINAR

Mauricio MACHADO RIVIS¹, Yeimy VEGA¹, María LARROUDE², Nadia DOMÍNGUEZ¹, María Pía IZAGUIRRE GERMAIN¹, Vanesa COSENTINO¹, Eduardo KERZBERG¹

¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS RAMOS MEJÍA, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA; ²CENTRO ROSSI

Introducción: La densitometría ósea (DMO) puede subestimar la densidad mineral ósea y la presencia de osteoporosis. El *Trabecular Bone Score* (TBS) se presenta como una herramienta complementaria que permite evaluar la microarquitectura ósea ayudando a identificar pacientes con riesgo de fractura. Sin embargo, su uso en artritis psoriásica (APs) aún no está claramente establecido.

Objetivo: Evaluar el rol del TBS como herramienta complementaria para estimar el riesgo de fractura osteoporótica en pacientes con APs con y sin compromiso axial.

Métodos: Corte transversal en pacientes con APs sin diagnóstico previo de osteoporosis ni tratamiento con fármacos antirresortivos y sin patologías, que alteraran el recambio óseo. Se recolectaron datos sociodemográficos y clínicos. Se indicó DMO con TBS, salvo en quienes ya contaban con el estudio en los últimos dos años. Se estimó el riesgo individual de fractura mediante el *score* FRAX (con y sin ajuste por TBS), considerando DMO y antecedentes de fracturas por fragilidad, clasificando a los pacientes en riesgo bajo, moderado, alto o muy alto según las recomendaciones de la IOF y ESCO. Se compararon los parámetros óseos y el riesgo de fractura entre pacientes con y sin compromiso axial para explorar posibles implicancias óseas de una enfermedad potencialmente más severa y un daño óseo que podría subestimarse por DMO ante la presencia de sindesmofitos. Además, se evaluó si el agregado del TBS al FRAX modificaba la clasificación de riesgo.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes con APs, edad promedio 57,3 años; 17 (56,7%) mujeres. La mediana de duración de enfermedad fue de 9 años; 4 pacientes (13%) tenían compromiso axial. La mediana del DAPSA-PCR fue de 15. Ningún paciente fue clasificado como de bajo riesgo; 24 (34%) se ubicaron en riesgo moderado, 2 (2,8%) en alto y 4 (13,3%) en muy alto riesgo. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las características clínicas ni en los parámetros óseos entre quienes presentaban o no compromiso axial. El FRAX ajustado por TBS mostró un incremento progresivo en el riesgo estimado de fractura a medida que empeoraba la calidad ósea. La mediana del cambio en el riesgo de fractura de cadera fue significativamente mayor en el grupo con TBS degradado comparado con el grupo con TBS normal (0,25 [RIC 0,12–0,3]; p=0,016). Asimismo, la mediana del delta en el riesgo de fractura mayor fue significativamente mayor entre los pacientes con TBS parcialmente degradado respecto a aquellos con TBS normal (0,60 [RIC 0,37–1,92]; p = 0,02).

Conclusión: El TBS ayuda a mejorar la precisión del FRAX al incorporar una medida indirecta de la calidad de la microarquitectura ósea, lo que permite una mejor estratificación del riesgo de fractura y una decisión terapéutica más adecuada. El estudio continúa en curso para ampliar el tamaño muestral y validar estos hallazgos preliminares.

0288

EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PSORIÁSICA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

Jonatan Marcos MARECO¹, Camilo MARTÍNEZ¹, Ana SIRERA¹, María José OTERO¹, Daniel OLANO¹, Juliana CIUCI¹, Cecilia LEIVA¹, Trinidad PENNINI¹, Ana IVANOV¹, Mariana BERNARDO², Valeria GARCÍA FERRONI¹, Dolly LUCINI¹, Yolanda GIMÉNEZ³, Antonio ZÚRZOLO¹, Marisa GONZÁLEZ¹, María Eugenia BRÁVIS LÓPEZ¹, Eugenia AMOREO¹, Johana VILTE¹

¹HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO EN AGUDOS Y CRÓNICOS SAN JUAN DE DIOS; ²CLÍNICA DERMATOLÓGICA Y CAPILAR, LA PLATA; ³CENTRO DERMATOLÓGICO INTEGRAL

Introducción: Este estudio busca comparar los perfiles clínicos, vasculares y de biomarcadores entre pacientes con enfermedad psoriásica (EPs) con afectación exclusivamente cutánea versus aquellos con compromiso articular, e identificar diferencias respecto de la población general.

Objetivo: Comparar parámetros clínicos, vasculares y bioquímicos entre pacientes con EPs reciente, según compromiso exclusivamente cutáneo o articular, para identificar diferencias fenotípicas y marcadores tempranos de riesgo cardiovascular.

Métodos: Estudio observacional, transversal, que incluyó 63 pacientes consecutivos con diagnóstico reciente de enfermedad psoriásica, derivados para evaluación reumatológica y cardiovascular integral. Se clasificaron en dos grupos según la presencia o ausencia de artritis psoriásica (APs), confirmada clínicamente por reumatólogo. El grupo sin compromiso articular presentó psoriasis cutánea exclusiva. Se recolectaron variables clínicas (índice de masa corporal, presión arterial ambulatoria, frecuencia cardíaca), vasculares (VOP, presencia de placas carotídeas y femorales, respuesta de arteria humeral) y parámetros de laboratorio (biometría hemática, lípidos, glucemia, PCR).

Resultados: El 42,9% presentó APs. No hubo diferencias en la presión arterial, ni en la vasodilatación mediada por flujo, placas carotídeas y femorales, ni lípidos. La VOP fue mayor en APs ($9,1 \pm 1,7$ vs. $8,2 \pm 1,2$ m/s; $p=0,019$) y más frecuente >10 m/s (33,3% vs. 11,1%; $p=0,038$). En el análisis multivariado, solo la VOP elevada se asoció significativamente a APs (OR 4,08; IC95% 1,02–16,27; $p=0,047$). La VOP promedio de la cohorte ($8,6 \pm 1,5$ m/s) fue superior a la reportada en población general. En el laboratorio, solo el recuento de linfocitos fue significativamente mayor en el grupo con APs (2542 vs 1963, $p = 0.0074$). El índice neutrófilo/linfocito y otros parámetros (lípidos, glucemia, PCR, hemograma general) no mostraron diferencias relevantes.

Conclusión: Incluso en fases iniciales, los pacientes con EPs presentan rigidez arterial aumentada, particularmente en presencia de APs. La VOP elevada fue el único predictor independiente de compromiso articular. Se refuerza la necesidad de evaluar riesgo CV desde el diagnóstico.

0291

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA PERSONAL EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL: VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

Joan Manuel DAPEÑA¹, 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, Emilio BUSCHIAZZO¹¹, Paula Eva POLERI², Cristian Alejandro BENÍTEZ³, Paula GONZÁLEZ¹², Carla AIROLDI¹³, Fernando ARIZPE², Clarisa SANDBAL¹⁴

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; ¹¹HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO; ¹²CONSULTORIO PRIVADO; ¹³HOSPITAL PROVINCIAL; ¹⁴HOSPITAL PROTOMÉDICO DR. MANUEL RODRÍGUEZ DE RECREO

Introducción: La autoeficacia sintetiza la confianza de las personas con enfermedades crónicas para organizar y sostener conductas de autocuidado; identificar niveles bajos permite planificar intervenciones educativas, físicas o psicológicas que mejoren adherencia, función y bienestar.

Variable	Valor
Edad (años), media (DE)	46.2 ± 13
Sexo masculino, n (%)	61 (58.7)
Vive solo, n (%)	21 (20)
Nivel educativo (años), mediana [RIC]	12 [12–16.8]
Cobertura médica privada, n (%)	73 (70.2)
Certificado de discapacidad, n (%)	49 (47.1 %)
Tiempo de evolución EspAax (meses), mediana [RIC]	120 [60–204]
BASDAI total (0–10), mediana [RIC]	3.1 [1.5–5.9]
ASDAS-PCR, mediana [RIC]	1.9 [1.3–3.1]
ASDAS-VSG, mediana [RIC]	2.1 [1.4–3.3]
MASES (0–13), mediana [RIC]	0 [0–2]
ASQoL total (0–18), mediana [RIC]	6 [1.2–11]
BASFI total (0–10), mediana [RIC]	2 [0–5]
Escala de Autoeficacia General (GSE), media (DE)	33.5 ± 5.5
Comorbilidad (≥ 1), n (%)	59 (58.7)
Tabaquismo activo, n (%)	13 (12.5)
Ex-fumador, n (%)	20 (19.2)
Consumo de alcohol (enolismo), n (%)	3 (2.9)
AINes actuales, n (%)	43 (41.3)
DME sc (convencionales), n (%)	20 (19.2)
DME sd (dirigidos), n (%)	6 (5.8)
DME biológicos, n (%)	81 (77.9)
Ejercicio físico habitual, n (%)	64 (61.5)
Terapias físicas, n (%)	47 (45.2)

Objetivo: 1) Explorar las características psicométricas de la Escala de Autoeficacia General (EAG) en una cohorte de pacientes con espondiloartritis axial (EspAax); 2) evaluar la confiabilidad y validez de la EAG en una cohorte de pacientes con EspAax.

Métodos: Se incluyeron en forma consecutiva pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de EspAax según criterios ASAS. Se evaluaron datos sociodemográficos y clínicos. Para evaluar la autoeficacia se administró la EAG validado en español (10 ítems Likert 1-4, puntaje 10-40). Se completaron cuestionarios autoadministrados como ASAS HI, GAD7, ASQoL y PHQ9. Se realizó estadística descriptiva de las variables en estudio: frecuencia y porcentaje para variables categóricas y media o mediana y sus medidas de dispersión, desvío estándar (DE) y rangos intercuartiles (RIC) para las variables cuantitativas según corresponda. La confiabilidad se midió mediante el coeficiente alfa de Cronbach y la validez con el análisis de factores. La correlación de la EAG mediante Spearman.

Resultados: Se incluyeron 104 pacientes (Tabla). Un 58,7% eran hombres con una media de edad de 46 (DE ±13) y una mediana de tiempo de evolución de 120 meses (RIC 50-213). La mediana de ASDAS PCR fue 1,9 (RIC 1,2-3), ASQoL 6 (RIC 1,25-11), BASFI 2 (RIC 0-5), GAD7 6 (RIC 4-10) ASAS-HI 5 (RIC 2-10) y PHQ9 4 (RIC 2-10). La media de la EAG fue de 33 (DE±5) y las dimensiones con menos autoeficacia fueron: mantener la calma ante dificultades (29,8%), buscar la solución ante un problema (29,8%) y manejar cualquier situación que se presente (31,7%). La escala mostró un coeficiente alfa de Cronbach de 0,94 y en el análisis factorial confirmatorio se extrajo un único factor que explicó el 67% de la varianza total. Las correlaciones de la EAG con actividad inflamatoria, función y salud mental fueron débiles.

Conclusión: Cerca de un tercio de los pacientes exhibió autoeficacia baja en mantener la calma ante dificultades, buscar soluciones ante un problema y manejar situaciones que se presenten. Asimismo, la EAG mostró buena confiabilidad y validez en pacientes con EspAax, con lo cual podría ser una herramienta para identificar pacientes que requieran apoyo para desarrollar habilidades de autocuidado y mejorar su calidad de vida.

Tabla: Características descriptivas de la cohorte (n=104).

0281

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y EVALUACIÓN PRELIMINAR DEL DESEMPEÑO DIAGNÓSTICO DEL CUESTIONARIO PSORIASIS EPIDEMIOLOGY SCREENING TOOL EN ESPAÑOL

Karín Natali SARAVIA CHOCOBAR¹, Nadia RETA², Erica KORNOSKI³, Soledad PIATIS⁴, Phillip HELLIWELL⁵, Juan Pablo VINICKI¹

¹UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL ISIDORO IRIARTE DE QUILMES; ²UNIDAD DERMATOLOGÍA, HOSPITAL ISIDORO IRIARTE DE QUILMES; ³UNIDAD DERMATOLOGÍA, HOSPITAL ISIDORO IRIARTE DE QUILMES; ⁴DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES, UNIVERSIDAD NACIONAL DE QUILMES; ⁵LEEDS INSTITUTE OF RHEUMATIC AND MUSCULOSKELETAL MEDICINE

Introducción: La psoriasis (Ps) afecta al 1–3% de la población general, y entre un 7% y 26% de estos pacientes desarrollan artritis psoriásica (APs). En Argentina, la incidencia estimada de APs es de 6,26 casos por cada 100.000 personas-año, con una prevalencia de 74/100.000 habitantes. La detección temprana de APs en pacientes con Ps es clave para evitar daño articular irreversible, que suele producirse dentro de los primeros dos años. Diversos cuestionarios de tamizaje han sido desarrollados con este fin, como el PEST, ToPAS, PASE y EARP. Si bien existen versiones validadas en español de algunos de ellos (como PASE-S y GEPARDA). La validación del cuestionario PEST no contaba aún con una adaptación y evaluación diagnóstica en población hispanohablante.

Objetivo: Realizar la adaptación transcultural al español del cuestionario *Psoriasis Epidemiology Screening Tool* (PEST), denominado PEST-S, y llevar a cabo una evaluación exploratoria preliminar de su capacidad discriminativa para identificar artritis psoriásica (APs) en pacientes con psoriasis (Ps), artrosis (OA) o ambas condiciones.

Métodos: El cuestionario PEST fue traducido y adaptado culturalmente al español siguiendo guías internacionales. Se realizó un estudio transversal que incluyó pacientes adultos con APs, Ps, OA y Ps+OA. A todos los participantes se les administró el cuestionario PEST-S. El diagnóstico de APs se confirmó mediante los criterios CASPAR. El desempeño diagnóstico se evaluó utilizando sensibilidad, especificidad, razones de verosimilitud (LR), área bajo la curva ROC (AUC) y coeficiente kappa de Cohen. Se compararon los ítems individuales del PEST-S entre los distintos grupos diagnósticos.

Resultados: Se incluyó un total de 124 pacientes: 32 con APs, 31 con Ps, 33 con Ps+OA y 28 con OA. El cuestionario se completó en menos de un minuto. Una puntuación de PEST-S =3 arrojó una sensibilidad del 100%, especificidad del 94.2%, LR+ de 17.2 y LR- de 0. El AUC fue de 0.97 (IC 95%: 0.95–0.99). La concordancia entre el PEST-S y la clasificación CASPAR fue del 93.2% (kappa = 0.838). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas a los cinco ítems del PEST-S entre los pacientes.

Conclusión: La versión en español del cuestionario PEST (PEST-S) demostró un excelente desempeño diagnóstico para diferenciar la APs de la Ps y la OA en una población de habla hispana. Estos hallazgos respaldan su utilidad clínica y justifican su validación adicional en contextos de tamizaje en pacientes con psoriasis sin evaluación reumatológica previa.

0246

FRECUENCIA DE COMORBILIDADES SEGÚN EL SEXO EN PACIENTES CON PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA: DATOS DEL REGISTRO NACIONAL DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PSORIÁSICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA Y DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PSORIASIS (RENAEPSO)

Cecilia Alejandra COSTA¹, Priscila SERRAVALLE¹, Jennifer KREIMER¹, Osvaldo Luis CERDA¹, Cristina ECHEVERRÍA¹, Carolina DIEGUEZ¹, María Soledad GÁLVEZ ELKIN¹, Angie SEVERINA¹, Alejandro MARTÍNEZ MUÑOZ¹, Vanesa COSENTINO¹, Julieta GENTILETTI¹, Paula LUNA¹, Débora KAPLAN¹, María Florencia GORDILLO¹, Maximiliano MACHADO ESCOBAR¹, Leandro CARLEVARIS¹, Ida Elena EXENI¹, María Elena CALVO¹, Carla LALLOPIZZO¹, María del Huerto MONTEROS¹, María Agustina ALFARO¹, Antonela BEFANI BERNAL¹, Nadia BENZAQUÉN¹, María Laura CASTELLANOS POSSE¹, Lena EIMER¹, Leandro MADDALENA¹, María Victoria MARTIRE¹, Leandro PERROTAT¹, Gabriela SANCHEZ¹, Darío MATA¹, Carla Eugenia MATELLÁN¹, Diego VILA¹, Lucía CAPELLI¹, Joan Manuel DAPEÑA¹, Micaela COSATTI¹, Gisela KLUWAK¹, Karina MALVIDO¹, Barbara PEREZ CEPAS¹, Zaida TROYANO¹, Verónica SAURIT¹

¹INVESTIGADORES DEL REGISTRO NACIONAL DE ENFERMEDAD PSORIÁSICA (RENAEPSO); ²HOSPITAL CÓRDOBA, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Introducción: La psoriasis (PsO) y la artritis psoriásica (APs) son enfermedades inflamatorias crónicas asociadas a una elevada carga de comorbilidades, principalmente cardiovasculares y metabólicas, que impactan en la morbimortalidad de los pacientes. Existen evidencias crecientes que sugieren que la prevalencia y el tipo de estas comorbilidades podrían diferir entre hombres y mujeres. Sin embargo, los datos en la población argentina son limitados.

Objetivo: Evaluar y comparar la prevalencia y el tipo de comorbilidades en una cohorte de pacientes argentinos con PsO y APs estratificando por sexo.

Métodos: Evaluación retrospectiva de la visita basal de los pacientes incluidos en la base de (ReNaEPsO). Se realizó un análisis comparativo entre sexo, ajustado por la edad. Se realizó un análisis MV para evaluar el peso del sexo en la presencia de comorbilidades.

Resultados: Se incluyó un total de 460 pacientes en el análisis, de los cuales 220 eran varones y 240 mujeres. La presencia de al menos una comorbilidad se observó en el 64,2% de los varones y en el 72,2% de las mujeres, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas. La mediana de la duración de la enfermedad fue significativamente mayor en los varones en comparación con las mujeres (13,5 años [RIC 4–22] vs. 6 años [RIC 1–14,5]; p = 0,002). En cuanto a la manifestación articular de la enfermedad psoriásica, fue más frecuente en mujeres que en varones (102 [62,2%] vs. 79 [49,7%]; p = 0,007). Los varones presentaron mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular establecida en comparación con las mujeres (22 [14,5%] vs. 7 [5,2%]; p=0,014), mientras que las mujeres mostraron mayor frecuencia de hipotiroidismo (35 [24,3%] vs. 11 [7,6%]; p<0,001) y fibromialgia (13 [9,6%] vs. 1 [0,7%]; p=0,002). En el análisis multivariable, el sexo no se asoció de forma significativa con la presencia de comorbilidades. En cambio, la edad mostró una asociación estadísticamente significativa con un mayor número de comorbilidades (OR 1,06; IC 95%: 1,03–1,08; p<0,001).

Conclusión: Las mujeres presentaron una mayor prevalencia de hipotiroidismo y fibromialgia, mientras que los varones una mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular establecida. Identificar perfiles de riesgo diferenciados según el sexo resulta fundamental para orientar el manejo adecuado de las patologías de base y reducir el riesgo de daño orgánico.

0254

IMPACTO CLÍNICO, FUNCIONAL Y POR IMÁGENES DEL SWITCH A ADALIMUMAB BIOSIMILAR EN ENFERMEDAD PSORIÁSICA: EXPERIENCIA DE LA VIDA REAL DESDE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINARIA

Jonatan Marcos MARECO¹, Melisa SPINELLI¹, María Eugenia AMOREO¹, Mara IVANOV¹, María José OTERO¹, Ana SIRERA¹, Marcos VALLUZZI¹, Lucas VALLUZZI¹, Camilo MARTÍNEZ¹, Cecilia LEIVA², Juliana CIUCI¹, Trinidad PENNINI¹, Valeria GARCÍA FERRONI¹, Daniel OLANO², Antonio ZÚRZOLO¹, Dolly LUCINI¹, Mariana BERNARDO¹, Virginia DIMOTTA¹, Melisa BAIGORRIA¹, Bruce KNUDSEN¹, Yolanda GIMÉNEZ³

¹HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO EN AGUDOS Y CRÓNICOS SAN JUAN DE DIOS DE LA PLATA; ²HIGA SAN MARTÍN LA PLATA; ³CENTRO DERMATOLÓGICO INTEGRAL

Introducción: Con la creciente adopción de biosimilares como adalimumab biosimilar (bADA) es fundamental comprender su impacto en pacientes que realizan la transición desde terapias con el fármaco original. Este estudio evalúa los resultados clínicos, funcionales y por imágenes asociados al cambio a bADA en pacientes con enfermedad psoriásica.

Objetivo: Evaluar el impacto clínico, funcional y por imágenes del switch no médico del adalimumab original (oADA) a biosimilar Hyrimoz® (bADA) en pacientes con enfermedad psoriásica.

Variable	Valor
Sexo femenino (%)	38
Edad (años, media ± DE)	56 ± 12
Peso (kg, media ± DE)	87 ± 20.3
Años de escolaridad (media ± DE)	11 ± 4
Tabaquismo (%)	54
Alcohol (%)	18
TJC (mediana, RIC)	7 (4)
SJC (mediana, RIC)	5 (4)
PCR > 5 mg/L (%)	41
VSG (mm 1h, mediana, RIC)	21 (16)
EVA Médico (mediana, RIC)	39 (20.1)
EVA Paciente (mediana, RIC)	53 (19.1)
EVA Dolor (mediana, RIC)	6 (2.25)
DAS28_CRP (media ± DE)	4.28 ± 2.33
HAQ (mediana, RIC)	0.84 (0.41)
PsAQOL (mediana, RIC)	11 (5)
DAPSA (mediana, RIC)	26 (20)
BASDAI (mediana, RIC)	3 (1.54)
BSA (%) (mediana, RIC)	5 (3.1)
Erosiones RX (%)	28
Sacroileítis RX (%)	25
FR positivo (%)	17.8
Factores riesgo cardiovascular (%)	42
MDA (mediana, RIC)	2 (3)
DLQI (mediana, RIC)	7 (7.25)
Comorbilidades (cualquiera) (%)	72

Métodos: Estudio de cohorte prospectivo en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de enfermedad psoriásica y que cumplieran criterios CASPAR, bajo tratamiento convencional con oADA. Todos fueron evaluados por un equipo interdisciplinario compuesto por reumatólogos, médicos clínicos, enfermeras y dermatólogos. En la primera visita (basal) se realizaron análisis de laboratorio, radiografías y entrevista clínica con recolección de datos sociodemográficos, clínicos y clinimétricos. Cada evaluador desconocía los resultados de los otros estudios. Los pacientes que cambiaron a bADA (Biosidus) durante el seguimiento fueron reevaluados con el mismo protocolo, entre los 3 y 12 meses posteriores al cambio.

Resultados: De 251 pacientes de la cohorte con enfermedad psoriásica, 30 cumplieron los criterios de inclusión para el análisis del cambio a bADA. La Tabla 1 presenta las características clínicas, funcionales y por imágenes basales. El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva, prueba t de Student y test de Wilcoxon para muestras pareadas, según correspondiera. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en HAQ, DAS28_CRP, BASDAI, MDA, DAPSA, DLQI, BSA, PCR, VSG, recuento articular doloroso/inflamado, EVA del médico, del paciente y del dolor. En cuanto a las imágenes, no se detectaron cambios en la proporción de erosiones radiográficas ni cambios en Ecografía. Se considera significativo un valor de p<0.05. Cabe destacar que el DAS28_CRP obtuvo un valor de p=0.056, levemente por encima del umbral de significancia, por lo que se sugiere ampliar la muestra para validar este hallazgo.

Conclusión: En este análisis del cambio terapéutico de oADA a bADA no se observaron diferencias significativas en la actividad de la enfermedad, capacidad funcional, calidad de vida ni progresión radiográfica. Se recomienda ampliar la muestra para validar posibles cambios en DAS28_CRP.

Tabla 1: Características clínicas, de laboratorio y por imágenes (n=30).

Variable	Valor p
DAS28_CRP	0.056
BASDAI	0.2
MDA	0.73
EVA Médico	0.72
EVA Paciente	0.71
EVA Dolor	0.39
BSA	0.39
DAPSA	0.11
PCR	0.96
VSG	0.58
HAQ	0.75
DLQI	0.17

Tabla 2: Resultados del análisis estadístico (valor p).

PREDICTORES DE DERIVACIÓN REUMATOLÓGICA EN PACIENTES CON PSORIASIS EVALUADOS EN UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINARIA: DESEMPEÑO DEL PURE 4, FORMAS CLÍNICAS Y PARÁMETROS DE SEVERIDAD EN LA PRIMERA CONSULTA

Jonatan Marcos MARECO¹, Camilo MARTÍNEZ¹, Mariana BERNARDO², María Eugenia AMOREO¹, Mara IVANOV¹, Dolly LUCINI¹, Virginia DIMOTTA¹, Melisa BAIGORRIA¹, Javiela SPINELLI¹, Bruce KNUDSEN¹, Lucía CÓRDOBA¹, Rosario JALDIN¹, Yolanda GIMÉNEZ³, María José OTERO¹, Ana SIRERA¹, Isabel MATTOS¹, Edgardo FACCIPIERI¹, Johana Celeste VILTE¹, Juliana CIUCI¹

¹HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO EN AGUDOS Y CRÓNICOS SAN JUAN DE DIOS DE LA PLATA; ²CLÍNICA DERMATOLÓGICA Y CAPILAR, LA PLATA; ³CENTRO DERMATOLÓGICO INTEGRAL

Introducción: El índice PURE 4 se propone como herramienta rápida de cribado para artritis psoriásica (APs). Sin embargo, su rendimiento en unidades especializadas no ha sido plenamente validado. Este estudio evalúa su utilidad en la primera consulta de pacientes con psoriasis en la Unidad de evaluación integral y multidisciplinaria de la enfermedad psoriásica (UEP) del Hospital San Juan de Dios de La Plata.

Objetivo: Evaluar el rendimiento diagnóstico del índice PURE 4 y determinar los predictores clínicos cutáneos asociados al compromiso articular en pacientes con psoriasis atendidos en una unidad multidisciplinaria durante su primera consulta.

Métodos: Estudio transversal con 251 pacientes con psoriasis en su primera consulta. Se registraron datos clínicos, PURE 4, DLQI, BSA, PASI, NAPSI y PGA. Se definió psoriasis grave por DLQI >10, forma clínica severa, BSA >10% o PASI >10. El diagnóstico de APs se basó en criterio clínico reumatológico. También se evaluó cumplimiento de criterios CASPAR. Se realizó estadística descriptiva para variables categóricas y numéricas. Se compararon proporciones mediante χ^2 y medias mediante t de Student. Se construyeron modelos multivariados para identificar predictores de derivación reumatológica. Se evaluó el rendimiento del índice PURE 4 (sensibilidad, especificidad, VPP, VPN). El análisis se completó con subanálisis del punto de corte óptimo del PURE 4.

Resultados: De 251 pacientes con psoriasis evaluados, 45 (18%) fueron derivados a reumatología por sospecha de APs. El índice PURE 4 mostró baja sensibilidad (25%) y alta especificidad (95%) para detectar APs. Solo el 3% de los derivados por juicio dermatológico no fue confirmado con APs, aunque un 9% no cumplía criterios CASPAR. En el análisis univariado, PURE 4 fue la única variable significativa ($p = 0.023$), mientras DLQI, PGA y comorbilidades mostraron tendencias. En el análisis multivariado, se asociaron significativamente con la derivación: formas clínicas graves, DLQI >10 y BSA >20% (OR 2.62; $p=0.011$). El juicio clínico dermatológico resultó más sensible que el PURE 4, especialmente en formas atípicas.

Variable	No derivado	Derivado	p-valor
Edad (años)	51.96	54.78	0.22
PASI	9.18	7.36	0.347
BSA (%)	9.38	12.67	0.72
DLQI	11.32	7.71	0.078
NAPSI	12.07	13.16	0.229
PURE 4	0.67	1.5	0.023
PGA	1.91	2.32	0.072
Tiempo de evolución (años)	13.52	11.85	0.345
Tabaquismo (%)	39.38	47.83	0.307
N° de comorbilidades	1.01	1.35	0.083

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con psoriasis evaluados en su primera consulta, el juicio clínico dermatológico superó al índice PURE 4 en la detección precoz de artritis psoriásica, especialmente en formas atípicas o incipientes. La presencia de formas clínicas graves, un DLQI >10 y una BSA >20%, se asociaron significativamente con la derivación a reumatología, destacando el valor de una evaluación integral que contemple tanto parámetros clínicos como funcionales. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de estrategias colaborativas para optimizar el diagnóstico temprano de la artritis psoriásica.

Tabla: Características clínicas basales según derivación a Reumatología.

0266

FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE ENFERMEDAD CARDIO Y/O CEREBROVASCULAR EN INDIVIDUOS CON ENFERMEDAD PSORIÁSICA: RESULTADOS DEL REGISTRO NACIONAL DE ENFERMEDAD PSORIÁSICA DE LA ARGENTINA (RENAEPSO)

Juan Manuel MIRANDA BAZÁN¹, Jennifer KREIMER², Vanesa COSENTINO², Paula ALBA¹, Alejandro ALBIERO¹, Carla GOBBI¹, Carla ALONSO¹, Débora KAPLAN², Julieta GENTILETTI², Eimer LENA², Paula LUNA², Darío MATA², María Soledad GÁLVEZ ELKIN², Ida EXENI², Alejandro MARTÍNEZ MUÑOZ², Karina MALVIDO², Maximiliano MACHADO ESCOBAR², Angie SEVERINA², Lucía CAPELLI², María Victoria MARTIRE², Micaela COSATTI², Verónica SAURIT², Zaira TROYANO², Carla LALLOPIZZO², María Florencia GORDILLO², Cecilia Alejandra COSTA², Priscila SERRAVALLE², Gabriela SANCHEZ², Leandro PERROTAT², Nadia BENZAQUEN², María Agustina ALFARO², Gisela KLUWAK², Osvaldo CERDA², Cristina ECHEVERRÍA², Verónica SAVIO¹

¹HOSPITAL CÓRDOBA, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA; ²INVESTIGADORES DEL REGISTRO NACIONAL DE ENFERMEDAD PSORIÁSICA (RENAEPSO)

Introducción: La EPs, que incluye a individuos con psoriasis (PsO) y artritis psoriásica (APs), presentan una mayor prevalencia de comorbilidades cardiometabólicas en comparación con la población general. Este perfil de riesgo, sumado a la inflamación sistémica, contribuye a una alta mortalidad, siendo la enfermedad cardiovascular (ECV) la principal causa de muerte. La identificación de ECV en estos pacientes continúa siendo un desafío y la información epidemiológica sobre EPs en Argentina es escasa y fragmentada.

Objetivo: Estimar la frecuencia de ECV y/o enfermedad cerebrovascular (ECcV) en pacientes con EPs incluidos en ReNaEPso.

Métodos: Se evaluó de manera transversal la visita basal de aquellos pacientes con información clínica completa al momento del análisis. Se incluyeron pacientes con PsO y/o APs (≥ 18 años). Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y comorbilidades incluyendo presencia de ECV y/o ECcV definida por diagnóstico médico previo de infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular o enfermedad coronaria. Se utilizaron pruebas estadísticas apropiadas (χ^2 , t de Student o sus equivalentes no paramétricos). Se realizó un análisis de regresión logística para identificar variables asociadas de forma independiente a dichos eventos. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado significativo.

Resultados: Se analizaron 327 pacientes, de los cuales 32 (9,8%) presentaban ECV/ECcV. Comparados con aquellos sin estos eventos, los pacientes con ECV/ECcV fueron significativamente mayores (edad media: $65,4 \pm 12,0$ años vs. $50,1 \pm 13,4$ años; $p < 0,001$) y presentaron una mayor proporción de varones (71,9% vs. 48,1%; $p = 0,018$). En el análisis univariado, tanto la edad como el sexo masculino se asociaron de forma significativa con la presencia de ECV/ECcV. En el análisis multivariado, estas asociaciones se mantuvieron: edad OR 1,11 (IC95% 1,06–1,17; $p < 0,001$), sexo masculino OR 4,51 (IC95% 1,40–18,0; $p = 0,018$). No se observaron diferencias significativas en otras variables analizadas, como el hábito tabáquico ($p = 0,537$), sedentarismo ($p = 0,472$), etnia, cobertura médica o nivel socioeconómico. Tampoco se evidenciaron asociaciones entre la presencia de ECV/ECcV y las formas clínicas de PsO ni de APs. No se identificaron diferencias significativas en el tratamiento ni duración de la enfermedad.

Conclusión: La frecuencia de ECV y/o ECcV es alta en nuestra cohorte de ReNaEPso, siendo los principales factores asociados la edad avanzada y el sexo masculino. El análisis del perfil clínico y epidemiológico de EPs en Argentina es relevante ya que permite implementar estrategias de detección temprana y prevención del RCV, ya que las comorbilidades están presentes desde etapas iniciales de la enfermedad.

0319

RELACIÓN TEMPORAL ENTRE LA APARICIÓN DEL COMPROMISO ARTICULAR EN PACIENTES CON PSORIASIS CUTÁNEA Y SU ASOCIACIÓN CON LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD PSORIÁSICA

Denisse Estefanía GALLARDO PÉREZ, Florencia VALDEZ DONELLI, Emilce SCHNEEBERGER, Gustavo CITERA, Fernando DAL PARA

INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

Introducción: La relación temporal entre la psoriasis (Ps) y el inicio de la artritis psoriásica (APs) podría tener implicancias clínicas relevantes en el perfil de severidad de la enfermedad.

Objetivo: Evaluar si existe asociación entre el momento de aparición del compromiso articular (anterior, concomitante o posterior) en pacientes con Ps y las características sociodemográficas y clínicas de la enfermedad psoriásica.

Métodos: Estudio observacional. Pacientes consecutivos ≥ 18 años con diagnóstico de APs según criterios CASPAR. Se consignaron: datos sociodemográficos y características de la enfermedad (forma clínica de la Ps, forma clínica de la APs y su relación temporal con la aparición de la Ps -previa, concomitante o posterior-, medidas de actividad, discapacidad funcional y calidad de vida -DAPSA, HAQ-A y PsAQoL- y presencia de manifestaciones extra musculoesqueléticas - uveítis y enfermedad inflamatoria intestinal-. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Prueba χ^2 o test exacto de Fisher, prueba T de Student o Mann-Whitney, ANOVA o Kruskal Wallis y pruebas *post hoc*, según corresponda.

Resultados: Se incluyeron 128 pacientes. En cuanto al momento de aparición de la afectación articular, el 76,6% de los casos fue posterior al diagnóstico de Ps, el 18,8% fue de forma concomitante y el 4,7% fue posterior. El tiempo mediano entre la aparición de la Ps y de la APs fue de 11 años (RIC 4-20). Respecto de las características de la APs, si bien el patrón de inicio predominante fue el oligoarticular, se observó una frecuencia significativamente mayor de la forma de inicio poliarticular en el subgrupo de pacientes que presentaron compromiso concomitante cutáneo y musculoesquelético (45,8%) con respecto a los pacientes con relación temporal de la APs previa (16,7%) y posterior a la Ps (26,5%), p= 0.001. La mayoría de los pacientes evolucionó con compromiso poliarticular periférico puro. El 82,7% grupo de pacientes con inicio de la APs posterior a la Ps, tuvo un tiempo de evolución de APs >2 años. Dentro de este subgrupo se observó un tiempo de evolución de la Ps al comienzo de la APs superior en comparación a aquellos con una evolución ≤2 años ($\chi^2 5,2 \pm 12,4$ años vs $\chi^2 15,8 \pm 9,5$ años, p= 0,02). No se encontraron diferencias en el resto de variables analizadas entre los tres subgrupos según la relación temporal de la afectación cutánea y articular.

Conclusión: El patrón de inicio poliarticular de la APs fue significativamente mayor en casos de aparición concomitante del compromiso cutáneo y articular. Los pacientes con inicio tardío de la APs tuvieron mayor tiempo de evolución de la Ps. Sin embargo, la relación temporal entre la afectación cutánea y articular no mostró diferencias en las características de la APs.

0321

USO DE TERAPIA COMBINADA DE DROGAS MODIFICADORAS BIOLÓGICAS O SINTÉTICAS DIRIGIDAS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL DIFÍCIL DE MANEJAR: ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL MULTICÉNTRICO EN ARGENTINA

Paula Eva POLERI¹, Joan Manuel DAPEÑA², Mariana BENEGAS², Amelia GRANEL¹, Julieta GAMBA³, Juan Manuel BANDE⁴, Edson VELOZO⁵, Nathaly ERAS⁶, Adriana TESTI¹, Julieta MORBIDUCCI⁷, Lucía ZÁRATE⁸, Luciana CASALLA⁹, Etel SATURANSKY¹⁰, Emilio BUSCHIAZZO¹¹, Fernando SOMMERFLECK², Cristian Alejandro BENÍTEZ³, Paula GONZÁLEZ¹², Carla AIROLDI¹³, Eliana SERRANO², Fernando ARIZPE¹, Clarisa SANDOBAL¹⁴, María Victoria MARTIRE¹

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

Variable	Total (n=102)	D2M (n=16)	No-D2M (n=86)	p
Edad, mediana (q1-q3)	44 (36-57)	48.5 (42-52)	44 (35-57)	0.85
Sexo masculino, n (%)	62 (61%)	10 (62.5%)	52 (60.5%)	0.87
Escolaridad, años, mediana (q1-q3)	12 (12-17)	12 (12-14)	12 (12-17)	0.48
Tiempo de evolución, meses, mediana (q1-q3)	120 (48-204)	180 (144-231)	96 (46-180)	0.63
EspAax-r, n (%)	71 (71%)	11 (79%)	60 (70%)	0.90
Tabaquismo, n (%)	13 (13%)	2 (12.5%)	11 (13%)	0.97
Obesidad, n (%)	16 (16%)	6 (37.5%)	10 (12%)	0.76
Uveítis, n (%)	22 (22%)	5 (31%)	17 (20%)	0.31
Psoriasis, n (%)	27 (26%)	5 (31%)	22 (26%)	0.63
EII, n (%)	6 (6%)	3 (19%)	3 (3.5%)	0.030
Fibromialgia, n (%)	9 (9%)	3 (19%)	6 (7%)	0.14
Depresión, n (%)	41 (40%)	10 (62.5%)	31 (36%)	0.050
Ansiedad, n (%)	54 (53%)	13 (81%)	41 (48%)	0.021
HLA-B27 positivo, n/N (%)	51/72 (71%)	7/13 (54%)	44/59 (75%)	0.14
BASDAI, mediana (q1-q3)	3 (1.5-6)	6 (2-7)	3 (1-5)	0.015
ASDAS, mediana (q1-q3)	2 (1-3)	3 (2-4)	2 (1-3)	0.004
BASFI, mediana (q1-q3)	3 (1.2-6)	5.6 (3-8)	3 (1-5)	0.020
ASAS-HI, mediana (q1-q3)	5 (2-10)	10.5 (3-16)	5 (2-9)	0.008
ASQoL, mediana (q1-q3)	6 (1-11)	10 (2.5-15)	5 (1-10)	0.028
bDMARDs, n (%)	80 (80%)	12 (75%)	68 (79%)	0.71
sdDMARDs, n (%)	5 (5%)	4 (25%)	1 (1%)	0.004
cdMARDs, n (%)	20 (20%)	2 (12.5%)	18 (21%)	0.44

Introducción: Las estrategias terapéuticas en la espondiloartritis axial (EspAax) difícil de manejar (D2M) continúan siendo un desafío, y la frecuencia de la combinación de terapias biológicas o sintéticas dirigidas aún no está estudiada en nuestro medio.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de uso de terapias combinadas (drogas modificadoras biológicas -bDME- y sintéticas dirigidas -sdDME-) en pacientes EspAax D2M y no D2M.

Métodos: Estudio de corte transversal, observacional y multicéntrico realizado en Argentina. Se incluyeron pacientes consecutivos con EspAax (criterios ASAS), provenientes de 14 centros reumatológicos. Se realizaron análisis de regresión logística univariantes, utilizando la condición "D2M" como variable dependiente. Se calculó la frecuencia del subtipo D2M según ASAS. Se evaluó la frecuencia de uso de terapia combinada de bDME con otro bDME o sdDME.

Resultados: Se incluyeron 102 pacientes de los cuales 16 (16%) cumplieron criterios de D2M. En la Tabla pueden verse las características del total de pacientes y las diferencias entre pacientes D2M y no D2M. La frecuencia de uso de terapia combinada fue del 0.98% en la población total, 6.25% (n=1) en pacientes D2M y 0% en no D2M. La estrategia de combinación fue adalimumab+upadacitinib en un paciente masculino de 49 años, tabaquista con enfermedad inflamatoria intestinal asociada.

Conclusión: En esta cohorte multicéntrica de Argentina la frecuencia de la condición D2M fue de aproximadamente 16 por cada 100 pacientes evaluados. A pesar de la alta frecuencia y la marcada carga de enfermedad de los pacientes D2M, la estrategia de terapia combinada fue infrecuente.

Tabla: Características del total de pacientes con espondiloartritis y comparación entre grupos con DM2 y sin DM2.

0336

HALLAZGOS EN TOMOGRAFÍA DE TÓRAX EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Cristian David LARA BENALCÁZAR, Jorge Luis GONZÁLEZ, Laura GOÑI, Rocío Fernanda NAZHA SEGUI, Eduardo MUSSANO, Laura ONETTI, Ignacio CADILE, Matías PALOMBO, Marcelo AUDISIO, Guillermo PY

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

Introducción: La "enfermedad psoriásica" es una terminología nueva que abarca 7 dominios clínicos: artritis periférica, enfermedad axial, dactilitis, entesitis, enfermedades de la piel, las uñas además de manifestaciones extra musculoesqueléticas y extradermatológicas como uveítis, enfermedad inflamatoria intestinal, asociándose a comorbilidades como síndrome metabólico, hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares, sin embargo existen escasos reportes de manifestaciones pulmonares en este grupo de pacientes, por lo que se plantea la hipótesis que esta enfermedad inflamatoria podría manifestarse a nivel pulmonar.

Objetivo: Determinar la prevalencia del compromiso pulmonar mediante tomografía de alta resolución en pacientes con APs.

Métodos: El presente estudio tiene un diseño observacional y transversal, e incluyó pacientes del Hospital Nacional de Clínicas (HNC) con diagnóstico de artritis psoriásica. Se incluyeron todos los pacientes que consultaron en el HNC que consultan con diagnóstico de APS confirmada a los cuales se realizará TACAR y se clasificarán los hallazgos como típicos (fibrosis apical, bronquiectasias de tracción) y atípicos (atelectasias, fibrosis pulmonar exceptuando lóbulo superior, granulomas, etc.), se realizó un análisis descriptivo con los datos obtenidos

Resultados: Se recolectaron 19 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, de los cuales su edad promedio fue de 57 años con una

desviación standard de 14, el 53% correspondió al a sexo femenino, el 47% presentaba alguna comorbilidad, el tiempo de evolución de enfermedad promedio fue de 10,95 años, el 63% de pacientes se encontraba bajo tratamiento al momento de la realización del estudio. La prevalencia de alteraciones pulmonares detectadas mediante TACAR fue del 47,37%, correspondiendo a hallazgos atípicos el 31,58%, mientras que el 15,79% correspondió a fibrosis apical o bronquiectasias de tracción, que corresponderían a hallazgos típicos, según la descripción de estudios previos.

Conclusión: Se pudo determinar una frecuencia importante de alteraciones imagenológicas mediante TACAR, de las cuales los hallazgos atípicos fueron mucho más frecuentes (31,58% vs 15,79%). Debido al número de la muestra no se pueden extraer hallazgos concluyentes; se procederá a aumentar la muestra en futuras publicaciones.

	Promedio	Desviación Standard	N
Edad	57.05	14.34	19
Sexo (F)*	10	52.63%	19
Comorbilidades (Si) *	9	47.37%	19
Años de enfermedad	10.95	15.78	19
Tratamiento (Si) *	12	63,15%	19

* Variable cualitativa, valores expresados en frecuencia absoluta y porcentaje

Tabla

0325

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR PARA ESTIMAR LA SEVERIDAD Y EL PRONÓSTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO

Francisco PAULIN¹, Fernanda FERRERO¹, Cecilia FERNÁNDEZ², Julieta MORBIDUCCI³, Diego LITEWKA², Vanesa BEJARANO³, José Luis PRESAS¹, Leandro FASSOLA⁴, Gustavo PÉREZ BALLESTER¹, Anastasia SECCO³

¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JUAN A. FERNÁNDEZ, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA; ²HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JUAN A. FERNÁNDEZ, SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA; ³HOSPITAL B. RIVADAVIA; ⁴HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: La utilidad de la ecografía pulmonar ha sido estudiada para el tamizaje de la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) en pacientes con enfermedades del tejido conectivo (ETC). Su utilidad en el seguimiento de los mismos es desconocida.

Objetivo: Evaluar la utilidad de la ecografía pulmonar para estimar la severidad y el pronóstico de la EPI en pacientes con ETC.

Métodos: Estudio de cohorte prospectivo. Incluimos de forma consecutiva pacientes con EPI asociada a ETC. Al inicio, 6 y 12 meses se realizó ecografía pulmonar en 14 regiones, contabilizando líneas B. Se estudió la capacidad vital forzada (CVF) al inicio y cada 6 meses, y se realizó tomografía de alta resolución (TACAR) basal con medición del score de Goh. Se evaluó la correlación (Spearman) entre el score ecográfico y el de Goh y la CVF%. Para estudiar el valor pronóstico del score ecográfico se definió un desenlace compuesto que incluyó caída de CVF >5% en el tiempo o muerte. Se estudió su asociación con el score ecográfico inicial y su cambio en el tiempo (estimador de KM y regresión de Cox).

Resultados: Incluimos 53 pacientes, 43 mujeres, media (DE) de edad de 62.1 (13.3) años. El diagnóstico fue AR en 32 (60.3%) y esclerodermia en 12 (22.6%). La media (DE) de CVF% 89,4 (23.5). Quince pacientes (31.2%) presentaron un patrón de NIU en la TACAR. Obtuvimos una correlación moderada del score ecográfico con el Goh total y el Goh fibrosis [r 0.48 (p= 0.0004) y r 0.58(p<0.001) respectivamente] en la cohorte entera, una correlación moderada con CVF, Goh total y Goh fibrosis [r -0.59 (p=0.01), r 0.68 (p=0.004), r 0.6 (0.01) respectivamente] en los pacientes con NIU, y una correlación moderada con Goh total y Goh fibrosis [r 0.44 (p=0.007), r 0.4 (p=0.01) respectivamente] en pacientes con otros patrones. La media (DE) de tiempo de seguimiento fue de 24.1 (9.87) meses. Al analizar el rol pronóstico del score ecográfico basal, el estimador de KM (IC95%) a 24 meses fue de 0.71 (0.44-0.87) para el grupo con score ecográfico basal mayor a 30, mientras que fue de 0.84 (0.62-0.93) en el grupo con score <30 (p=0.54). Obtuvimos un HR crudo (IC95%) de 1.32 (0.52-3.33; p=0.55) y un HR (IC95%) de 1.87 (0.68-5.15; p=0.22) luego de ajustar por la CVF% basal. Con respecto al cambio en el score ecográfico en el tiempo, el estimador de KM (IC95%) a 24 meses fue de 0.69 (0.49-0.83) para el grupo que empeoró el score ecográfico, y de 0.87 (0.38-0.98) en el grupo que no empeoró (p=0.035). El HR crudo (IC95%) fue de 3.49 (1.01-12.07; p=0.048) y el HR (IC95%) ajustado por CVF% fue de 3.79 (1.07-13.01; p=0.038).

Conclusión: El score ecográfico mostró buena correlación con la severidad de la enfermedad y su cambio en el tiempo aporta información pronóstica en pacientes con EPI asociada a ETC.

0280

ENTRENANDO UN RESIDENTE DIGITAL EN VIDEOCAPILAROSCOPIA: VALIDACIÓN PROGRESIVA DEL MICROSOFT COPILOT COMO HERRAMIENTA DE APOYO DIAGNÓSTICO

Ana Carolina RALLE, Ivana Romina ROJAS TESSEL, Ana Laura TOLEDO, Emilio BUSCHIAZZO, Eugenia PICCO, Leila BELBRUNO, Mariana ACIAR, María Laura TOSO, Martín Miguel Ángel SALAS TOLABA, Vicente JUÁREZ

HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

Introducción: La videocapilaroscopia (VC) es clave en la evaluación del fenómeno de Raynaud y su interpretación exige experiencia. El desarrollo de la inteligencia artificial (IA) permite explorar su uso como apoyo clínico. Este estudio propone entrenar a Microsoft Copilot (MC) en VC, simulando la relación docente-residente para evaluar su aprendizaje.

Objetivo: Primario: Evaluar la capacidad progresiva de MC para describir e interpretar patrones videocapilaroscópicos, mediante entrenamiento dirigido por reumatólogos expertos. Secundarios: 1) medir la concordancia entre las descripciones de MC y los diagnósticos de observadores humanos expertos; 2) evaluar la utilidad educativa del enfoque como modelo de enseñanza virtual.

Métodos: Se incluyeron imágenes de VC previamente evaluadas por reumatólogos entrenados. Se realizaron tres rondas de entrenamiento: en la Ronda 1 se enviaron imágenes y mediante un *prompt* se solicitó a MC que realizara una lectura sin información previa; sus respuestas se compararon con los diagnósticos humanos, se le brindó retroalimentación y material educativo. En la Ronda 2 se repitió el proceso con nuevas imágenes, mediante un nuevo *prompt*, integrando el aprendizaje adquirido. En la Ronda 3 se enviaron imágenes correspondientes a pacientes (32 por paciente, de forma anonimizada). En cada ronda se evaluó la concordancia diagnóstica entre MC y los observadores humanos y la precisión descriptiva. La fiabilidad de acuerdo entre observadores a través de las 3 rondas se evaluó mediante Kappa de Cohen. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como significativo.

Resultados: La valoración de la fiabilidad de acuerdo entre observadores según las rondas fue: Ronda 1 (n=6): Obs1-Obs2 ($k=1$, $p<0.001$), Obs1 y Obs2 vs. Copilot ($k=-0.07$, $p=0.54$), Ronda 2 (n=9): Obs1-Obs2 ($k=1$, $p<0.001$), Obs1 y 2 vs. Copilot ($k=0.01$, $p=0.9$), Ronda 3 (n=24): Obs1-Obs2 ($k=0.76$, $p<0.001$), Obs1-Copilot ($k=0.07$, $p=0.51$), Obs2-Copilot ($k=0.24$, $p=0.03$). También se comparó la concordancia en dos grupos diagnósticos: Grupo 1 (Normal vs. Inespecífico): 54,5% (6 de 11 casos), IC 95% de 28% a 78,7%. Grupo 2 (Patrón SD vs. No SD): 66,7% (8 de 12 casos), IC 95% de 39,1% a 86,2% ($p = 0,867$).

Conclusión: A pesar de una tendencia progresiva de mejora en la concordancia diagnóstica de MC, esta no alcanzó significación estadística. Este hallazgo sugiere que, si bien el modelo demuestra una capacidad de aprendizaje, su rendimiento no es comparable de forma confiable con el de un experto. Los resultados refuerzan que la IA, en su estado actual, puede ser una herramienta complementaria, pero su uso debe estar supervisado por un especialista y no reemplaza la experiencia ni el juicio clínico del reumatólogo.

0237

CONCORDANCIA ENTRE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y LOS EVALUADORES HUMANOS EN LA INTERPRETACIÓN DE VIDEOCAPILAROSCOPIAS DIGITALES EN PACIENTES CON FENÓMENO DE RAYNAUD

Ivana Romina ROJAS TESSEL, Ana Carolina RALLE, Ana Laura TOLEDO, Eugenia PICCO, Emilio BUSCHIAZZO, Mariana ACIAR, Leila BELBRUNO, María Laura TOSO, Martín Miguel Ángel SALAS TOLABA, Vicente JUÁREZ

HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

Introducción: La videocapilaroscopia digital (VCD) es una herramienta diagnóstica clave para evaluación del fenómeno de Raynaud (FR) y diagnóstico precoz de esclerosis sistémica (ES). Interpretar estas imágenes requiere entrenamiento, experiencia y puede tener variabilidad interobservador. Hay sistemas de IA que realizan evaluaciones automatizadas de VCD. La validación de estas herramientas frente a observadores humanos es fundamental para su aplicación clínica confiable.

Objetivo: Evaluar la concordancia entre la interpretación de VCD por evaluadores humanos entrenados y la interpretación automatizada mediante inteligencia artificial (IA).

Métodos: Se incluyeron pacientes con FR de consulta ambulatoria, durante junio y julio de 2025. Se excluyeron pacientes con imágenes no analizables (mala calidad). Se realizaron por paciente 32 imágenes de VCD, 4 por dedo. Cada VCD fue analizada por dos evaluadores humanos entrenados, una herramienta de IA específica (Capillary.io) y una IA convencional (Microsoft Copilot), el cual fue entrenado para tal fin. Se consignaron datos sociodemográficos, diagnóstico de ETC, años de evolución, tiempo de evolución del FR; datos capilaroscópicos del observador humano 1 y 2, de "Capillary.io" (observador 3) y de "Copilot" (observador 4) que incluyó densidad y patrón. Se realizó estadística descriptiva expresando las variables categóricas en frecuencia y porcentaje y las continuas en mediana y rango intercuartilo. La fiabilidad del acuerdo entre los observadores se evaluó mediante Kappa de Cohen. Se consideró un valor de $p<0.05$ como significativo.

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes, 22 (91.6%) mujeres, con mediana de edad 53 años (RIC 41.5- 58.3), 8 (33.3%) fueron ES, 4 (16.6%) lupus, 5 (20.8%) Sjögren, 3 (12.5%) superposición, 1 (4.1%) miopatía inflamatoria, 3 (12.5%) no establecido, tiempo de diagnóstico de ETC 8.67 años (RIC 1-14.3), 13 (54.2%) tenían de 1 a 5 años de FR, 6 (25%) entre 5 y 10 años, 4 (16.7%) más de 10 años y 1 (4.2%) menos de 1 año. El nivel de acuerdo para densidad capilar fue moderado entre Obs1 y 2 ($k=0.57$), regular entre Obs1 y Copilot ($k=0.38$) y Obs1 y Capillary ($k=0.31$), y sustancial entre Obs2 y Capillary ($k=0.7$). Al evaluar patrón capilaroscópico el acuerdo fue sustancial entre Obs1 y 2 ($k=0.76$), regular entre Obs1 y Capillary ($k=0.33$), y no significativo entre Obs2 y Capillary ($k=0.18$) ni entre Obs1 u Obs2 y copilot ($k=0.03$, $k=0.2$, respectivamente).

Conclusión: La concordancia entre observadores humanos fue más fuerte comparada con la IA específica y la IA convencional. La valoración del patrón capilaroscópico fue más dificultosa para la IA, probablemente por su naturaleza cualitativa. Si bien la IA puede ser una herramienta útil para evaluar VCD, aún no reemplaza el análisis realizado por profesionales experimentados.

0221

EVALUACIÓN DEL TIEMPO DE ACELERACIÓN DISTAL DE LA MANO MEDIANTE ECOGRAFÍA DOPPLER COMO HERRAMIENTA NO INVASIVA EN PACIENTES CON VASCULITIS PRIMARIAS

Ana Laura TOLEDO, Eugenia PICCO, Alberto José PEDERNEIRA, Oscar CONDORCETT, Vicente JUÁREZ

HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

Introducción: Las vasculitis primarias requieren herramientas diagnósticas precisas para evaluar la actividad, extensión y daño visceral. La ecografía Doppler ha demostrado utilidad en vasculitis de grandes vasos, pero el papel específico del tiempo de aceleración distal de la mano (TAD) en el contexto de vasculitis no ha sido explorado. El tiempo de aceleración arterial es un indicador sensible de resistencia distal y flujo pulsátil, con utilidad demostrada en isquemia periférica de otras etiologías.

Objetivo: Describir el uso del tiempo de aceleración distal de la mano mediante ecografía Doppler como herramienta no invasiva en pacientes con vasculitis primarias.

Métodos: Estudio observacional transversal descriptivo realizado en el Servicio de Reumatología del Hospital del Milagro de Salta entre junio-julio de 2025. Se incluyeron pacientes >18 años con diagnóstico de vasculitis primarias según criterios ACR-EULAR. Se realizó ecografía vascular bilateral protocolizada con equipo Mindray DC 60. Se evaluó el TAD en arteria radial, cubital, arteria principal del pulgar, radial del índice, primera palmar digital común y tercera arteria palmar digital común. Se aplicó el *Birmingham Vasculitis Activity Score* (BVAS) para evaluación de actividad.

Resultados: Se incluyeron 8 pacientes con vasculitis primarias, 2 arteritis de Takayasu (TAK), 6 poliangeítis granulomatosas (PAG), predominio mujeres (87.5%, n=7). Se realizaron 80 mediciones TAD en 10 territorios arteriales bilaterales. TAD medio global 94.4 ms (DE:69.2), mediana 72.3 ms, rango 24-333 ms. 15 mediciones (18.8%) superaron umbral 100 ms, indicador riesgo isquémico, y 65 (81.2%) no lo superaron. Los pacientes con TAK presentaron TAD significativamente elevados (159.1 y 175.7 ms) vs PAG (49.6-62.0 ms). Las 15 mediciones >100 ms correspondieron exclusivamente a TAK, representando 93.8% y 87.5% de sus mediciones respectivas. Dos arterias fueron no evaluables en 1 paciente con TAK (considerados como 0). La puntuación media del BVAS fue de 8.6 (rango:2-15). El 62.5% de los pacientes (n=5) tuvo actividad de enfermedad moderada a alta (BVAS >5), mientras que el 37.5% (n=3), actividad baja (BVAS <5). Los pacientes con HTA (n=2,25%) presentaron TAD significativamente más elevados comparado con pacientes normotensos (159.1 ms vs. 71 ms, diferencia: +88.1 ms).

Conclusión: Este estudio exploratorio es el primero que utiliza el tiempo de aceleración distal de la mano (TAD) para evaluar vasculitis primarias. El reducido tamaño de la muestra (n=8) es una limitación crucial que impide generalizar los resultados. En resumen, el TAD de la mano tiene el potencial de ser una valiosa herramienta no invasiva para la evaluación de las vasculitis. Sin embargo, se necesitan más estudios con muestras más grandes y diseños longitudinales para confirmar estos hallazgos.

1038

EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DE GLÁNDULAS SALIVALES Y TIROIDES EN PACIENTES CON SÍNTOMAS SICCA: ASOCIACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE SJÖGREN

María Victoria CHIARVETTO PERALTA, Johana ZACARÍAZ, Nicolás MARIN ZUCARO, Marina SCOLNIK, Enrique R. SORIANO, Javier ROSA

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: La prevalencia de enfermedad tiroidea autoinmune en pacientes con síndrome de Sjögren (SSJ) se estima entre el 10% y el 30%, superando ampliamente la observada en la población general. El hipotiroidismo clínico es la manifestación más común (10–15%), aunque la forma subclínica podría ser aún más frecuente. La ecografía (US) de glándulas salivales mayores (GSM) es una herramienta clave en la evaluación del SSJ. Dado el parecido histológico entre la glándula tiroides y las GSM, se ha planteado que la US tiroidea podría aportar hallazgos relevantes en este contexto.

Objetivo: Describir y comparar los hallazgos ecográficos de GSM y glándula tiroides en pacientes con SSJ y en aquellos con síntomas de SICCA en una cohorte de un hospital universitario de Buenos Aires.

Métodos: Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos con síntomas SICCA entre 07/2022 y 03/2024. La evaluación US de GSM y tiroides fue realizada por un reumatólogo con más de 10 años de experiencia, utilizando un equipo MyLab 70. El compromiso de GSM se clasificó acorde al score de OMERACT (0-3). La ETA se evaluó acorde a la presencia de hallazgos ecográficos, y anticuerpos específicos. Se aplicaron estadísticas descriptivas y pruebas de asociación entre los hallazgos tiroideos y el diagnóstico de SSJ.

Resultados: Se incluyó un total de 110 pacientes, 99 de sexo femenino (90%), con una media de edad en años al momento de la US de 55,7 (DE 17,7). Del total de la muestra, 62 pacientes fueron diagnosticados con SSJ, y 48 con síntomas SICCA. Solo un paciente del grupo síntomas SICCA clasificó con US de GSM sugestiva de SSJ.

Conclusión: La presencia de hallazgos ecográficos tiroideos se asoció significativamente con el diagnóstico de SSJ, lo que sugiere que la US tiroidea podría aportar valor en la evaluación de pacientes con síntomas de sicca sin diagnóstico definido.

1019

SOLICITUD DE ANA EN HIGA ROSSI DE LA PLATA: UTILIDAD DIAGNÓSTICA E IMPLICANCIA CLÍNICA

Juliana PADRON, Amanda RODAS, Anabel GONZÁLEZ MARQUEZ, Abel Gastón REITICH, Giuliano IBAÑEZ, Julio César URRUTIA, María Laura QUISPE VILLANUEVA, Verónica Cecilia WERNICKE, María Nieves LOJO

HIGA PROF. DR. R. ROSSI, LA PLATA

Introducción: Los anticuerpos antinucleares (ANA) se dirigen contra antígenos del núcleo o citoplasma. Su positividad (+) y patrón pueden orientar al diagnóstico (dx) de patologías reumáticas (PR) y no reumáticas (PNR) o hallarse en personas sanas. Resultados (+) sin adecuada sospecha diagnóstica pueden generar interpretaciones incorrectas, ansiedad en los pacientes o tratamientos inadecuados. Su solicitud sin sustento clínico puede ocasionar altos costos en salud y aumento en la carga de trabajo de los profesionales de laboratorio

Objetivo: Primario: Estimar la frecuencia de ANA (+) en laboratorios realizados a pacientes atendidos en el HIGA Rossi de La Plata durante 13 meses. Secundarios: analizar los motivos de solicitud de las órdenes; identificar PR y PNR en los pacientes con ANA (+); estimar costo anual y tiempo de trabajo técnico

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo, unicéntrico, basado en resultados de ANA solicitados en el HIGA Rossi entre el 1/03/24 y el 31/03/25. Se incluyeron estudios de ANA realizados a pacientes atendidos en el hospital y se evaluó motivo de solicitud, servicio solicitante y resultados. En casos (+) se evaluó la historia clínica digital para establecer el diagnóstico final del paciente. Los test de ANA se realizaron en muestras de suero mediante inmunofluorescencia indirecta en células Hep-2. Se consideró (+) a títulos $\geq 1/80$. Se estimó un mínimo de 5-6 h por jornada de procesamiento. El informe de resultados (+) puede llevar más de una jornada. Costo por pocillo: \$7700. Criterios de inclusión: Pacientes con solicitud de ANA procesada en el laboratorio del HIGA Rossi en el período evaluado. Criterios de exclusión: Derivaciones, solicitudes duplicadas, muestras no remitidas o no procesadas

Resultados: Se realizaron 867 determinaciones de ANA a 632 mujeres y 235 hombres, con edad promedio de 49 años. Solo 163 resultaron (+) (Gráfico), representando una prevalencia de 18,8%. Los motivos más frecuentes de solicitud fueron: síndromes dolorosos (117), PR ya diagnosticadas (78), artritis (53), uveítis (24) y hepatitis (19). De los 576 restantes, en 74 no fue posible determinar el motivo de la solicitud, por ausencia de diagnóstico en la orden o texto ilegible, 17 fueron por control clínico, otros motivos menos frecuentes fueron anemia, fiebre prolongada y hallazgos de laboratorio alterados. El 74% de las órdenes fueron solicitadas por clínica médica, reumatología, nefrología, hepatología y hematología. En cuanto a los resultados (+) 50,3% (n: 82) presentaban PR, 39,2% (n: 64) PNR y 10,4% (n: 17) sin diagnóstico definitivo. Los diagnósticos finales se presentan en la Tabla. Se estimó un gasto anual de insumos cercano a \$20.000.000.

Conclusión: La gran cantidad de solicitudes, la mayoría con escasa sospecha diagnóstica, implica un costo económico e inversión de tiempo técnico relevante, lo que destaca la necesidad de establecer criterios de solicitud más precisos, y promover la capacitación y concientización para la correcta y eficiente empleo de la prueba de ANA en la práctica clínica.

Diagnóstico final (n total = 163)	
Lupus eritematoso sistémico	28
Sin diagnóstico	17
Artritis Reumatoide	15
Sdme. de superposición	10
Cuadros infecciosos	10
Colangitis biliar primaria	7
Sdme. de Sjögren	6
Neoplasias	6
Enf. de injerto contra huésped	6
Artritis indiferenciada	5
Esclerosis sistémica	5
Fenómeno de Raynaud	4
Hepatitis autoinmune	4
Otros (n ≤ 3)	40

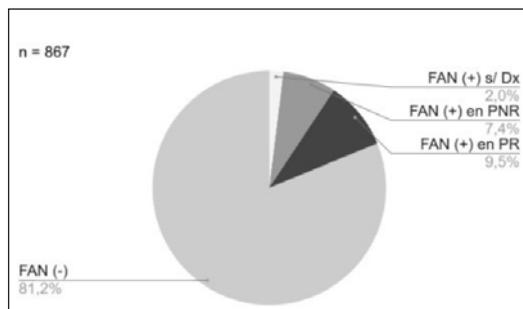


Tabla: ANA positivos.

Gráfico: Positividad de las muestras.

0153

CONCORDANCIA PRELIMINAR ENTRE HALLAZGOS ECOGRÁFICOS Y LA BIOPSIA DE GLÁNDULAS SALIVALES EN PACIENTES CON SÍNDROME SICCA

María Laura GOÑI, Marcelo AUDISIO, Isaac CADILE, Jorge Luis GONZÁLEZ, Cristian LARA BENALCÁZAR, Eduardo MUSSANO, Rocío Fernanda NAZHA SEGUÍ, Laura ONETTI

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

Introducción: La biopsia de glándulas salivales menores (BGS_m) es un pilar en la evaluación del síndrome Sicca, aunque es un procedimiento invasivo. La ultrasonografía de glándulas salivales mayores (USG GSM), evaluada con el sistema OMERACT, ha surgido como una alternativa no invasiva para detectar alteraciones parenquimatosas.

Objetivo: Describir la concordancia entre la USG GSM y la BGS_m en una cohorte de pacientes con síndrome Sicca.

Métodos: Se incluyeron 11 pacientes con síndrome Sicca de un hospital universitario. A todos se les realizó una USG GSM y una BGS_m. Se definió un hallazgo ecográfico como patológico con un score OMERACT = 2 y una biopsia como positiva con un focus score = 1 foco/4 mm². Este análisis forma parte de un estudio prospectivo más amplio que también incluye la evaluación de marcadores serológicos (anti-Ro/SSA) y pruebas funcionales como el test de Schirmer para una caracterización integral de la cohorte.

Resultados: La muestra consistió en 11 mujeres con una edad media de 54,7±12,6 años. El 90,9% de las pacientes refirió xerostomía y el 72,7% xeroftalmia. En la evaluación objetiva, se obtuvo una BGS_m positiva en el 54,5% de los casos (6/11) y una USG GSM patológica en el 36,4% (4/11). La distribución de los resultados cruzados entre ambas pruebas se detalla en la Tabla. La concordancia global fue del 63,6%, mientras que en el 36,4% restante se observaron resultados discordantes.

Conclusión: En esta cohorte preliminar, un hallazgo ecográfico patológico demostró una fuerte asociación con una biopsia positiva, sugiriendo su utilidad para identificar pacientes con alta probabilidad de alteraciones histológicas. Por el contrario, un resultado normal en la ecografía no permitió descartar de manera confiable la presencia de sialoadenitis focal. La USG GSM se perfila como una técnica complementaria valiosa en el algoritmo de estudio del síndrome Sicca, y estos hallazgos justifican ampliar la cohorte para definir mejor su rol.

	USG GSM Patológica	USG GSM No Patológica	Total BGS _m
BGS _m Positiva	3	3	6
BGS _m Negativa	1	4	5
Total USG GSM	4	7	11

Tabla

0125

NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEL TÚNEL DEL CARPO: ÁREA TRANSVERSAL DEL NERVI0 MEDIANO Y DOPPLER INTRANEURAL

María Victoria CHIARVETTO PERALTA, Elisabet Karen DELTIN, Nicolás MARIN ZUCARO, Johana ZACARÍAZ H., Marina SCOLNIK, Enrique R. SORIANO, Javier ROSA

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

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

Objetivo: Determinar la utilidad diagnóstica del área transversal del nervio mediano (ATNM) y el Doppler intraneural 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 hasta 1/2025. Se realizaron pruebas clínicas, EDX y US. Se clasificaron a los pacientes en grupo STC (EDX positivo) vs. sospecha STC (EDX normal o faltante). Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) del ATNM y Doppler intraneural.

Resultados: Se incluyeron 114 pacientes con sospecha de STC, de los cuales 72,8% (IC 95%: 63,6–80,7) fueron mujeres, con una media de edad al diagnóstico de 64,4 años (DE: 18,5). Un total de 96 pacientes (81,6%; IC 95%: 73,2–88,2) fue clasificado como STC. El Doppler intraneural fue positivo en solo 10 pacientes, 8 de los cuales pertenecían al grupo STC. La sensibilidad, especificidad, VPP y VPN del Doppler intraneural positivo, del ATNM >10 mm² y su la combinación se describen en la Tabla. La curva ROC para el ATNM mostró un área bajo la curva (AUC) de 0,59 (IC95%: 0,43–0,74). En esta cohorte, un valor de corte de 22 mm² fue el que mejor discriminó entre pacientes con y sin STC. Un ATNM ≥19 mm² presentó una especificidad del 94,4%.

Estudio	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	LR+	LR-
Doppler intraneural positivo	8,33%	88,9%	80%	15,4%	0,75	1,03
ATNM ≥ 10 mm ²	85,4%	22,2%	85,4%	22,2%	1,1	0,66
ATNM ≥ 10 mm ² o señal Doppler positivo	92,7%	22,2%	86,4%	36,4%	1,19	0,33

Conclusión: El rendimiento del ATNM como test diagnóstico fue moderado. A pesar del bajo número de pacientes con Doppler intraneural positivo, esta técnica mostró una especificidad del 88,9% para el diagnóstico de STC, lo que sugiere su potencial utilidad como herramienta complementaria.

Tabla: Métricas de rendimiento del diagnóstico.

0110

IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE CLÚSTERES DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO MEDIANTE LA INTEGRACIÓN Y ANÁLISIS DE TRES REGISTROS DE DATOS: RELESSAR T, RELESSAR P Y RELESSER

Malena VIOLA¹, María Celina DE LA VEGA², Darío MATA², Lucila GARCÍA¹, Iñigo RÚA FIGUEROA³, Carla Andrea GOBBI¹, Julia MARTÍNEZ BARRIO³, Joan Manuel DAPÉÑA¹, María GALINDO IZQUIERDO³, Juan Manuel RODRÍGUEZ GRAMAZZA¹, Jaime CALVO ALÉN³, Paula ALBA¹, Raúl MENOR ALMAGRO³, Verónica BELLOMIO¹, Antonio FERNÁNDEZ NEBRO³, Eva TOMERO MURIEL³, Alejandro BRIGANTE¹, Mercedes FREIRE GONZÁLEZ³, Cecilia PISONI¹, Ricardo BLANCO³, Silvia PAPANASIDERO¹, Eva SALGADO PÉREZ³, Agustina DÁMICO¹, Marina MICELLI¹, Romina ROJAS TESSEL¹, Silvia GÓMEZ SABATER³, Lucía Margarita MENDOZA MARTÍNEZ¹, Clara SANGÜESA³, Gelsomina ALLE¹, Javier NARVÁEZ GARCÍA³, María Florencia GORDILLO¹, Gregorio SANTOS SOLER³, Claudia PENA¹, Javier NÓVOA³, Alfonsina SARDE¹, Oihane IBARGUENGOITIA³, Gisela PENDÓN¹, Mireia MORENO MARTÍNEZ LOSA³, Carolina AESCHLIMANN¹, Vicenç TORRENTE SEGARRA³, Paula FERNÁNDEZ¹, Ana Paula CACHEDA³, Bettina Soledad SARDI¹, Sandra GARROTE³, Amira BUGANEM¹, Clara MORIANO MORALES³, Antonio JUAN MAS³, Loreto HORCADA³, José M. PEGO REIGOSA³, Mercedes GARCÍA¹

¹RELESSAR; ²HOSPITAL ARGERICH; ³RELESSER

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica, compleja y heterogénea, con compromiso variable de órganos y sistemas. Estudios previos han identificado diversos clústeres, los cuales representan subgrupos de pacientes.

Objetivo: Identificar y caracterizar clústeres de pacientes con LES a partir de la integración y análisis de tres registros de datos (RELESSAR T- RELESSAR P y RELESSER T).

Métodos: Los registros RELESSAR-T (Argentina) y RELESSER-T (España) son bases de datos multicéntricas, transversales y retrospectivas que incluyeron pacientes con diagnóstico de LES (criterios de clasificación ACR 1982/1997). Comparten variables demográficas, clínicas, de actividad, daño, comorbilidades y tratamientos. RELESSAR-P es una cohorte prospectiva nacional que incluye pacientes con menos de 5 años de evolución. Se realizó un análisis de *clustering* sobre la base de datos integrada de RELESSAR y RELESSER. Se excluyeron las variables con más del 5% de datos faltantes. Para la agrupación, se aplicó la métrica de Gower y el algoritmo *Partitioning Around Medoids* (PAM), identificando tres clústeres óptimos según el coeficiente de silhouette. La visualización se realizó mediante t-SNE. Los clústeres fueron caracterizados a través de estadísticas descriptivas y pruebas bivariadas.

Resultados: Se incluyeron 3168 pacientes. Se identificaron tres clústeres: **Clúster 1** (n=875): Inicio a edad más temprana (edad al diagnóstico: 28,7 años), mayor frecuencia de *rash* (80%) y úlceras orales (70,2%), proteinuria (62%), leucopenia (60%), mayor número de internaciones (65%), mayor actividad (Mediana y RIC SLEDAI-2K: 2.00 [0, 5.00]), daño (Mediana y RIC SLICC: 1.00 [0, 2.00]) y limitación funcional (Mediana y RIC Katz: 4.00 [2.00, 5.00]). Predominio de pacientes pertenecientes a RELESSAR (78,4%). **Clúster 2** (n = 1098): Edad más avanzada al diagnóstico (39,7 años), menor actividad (Mediana y RIC SLEDAI-2K: 0 [0, 2.00]), menor daño (Mediana y RIC SLICC: 0 [0, 1.00]) y limitación funcional (Mediana y RIC Katz: 2.00 [1.00, 2.00]). Mayoría de pacientes de RELESSER (84,7%). **Clúster 3** (n = 1195): Manifestaciones más comunes: leucopenia (72,1%), *rash* (86%), internaciones (67%), y niveles intermedios de actividad (Mediana y RIC SLEDAI-2K: 2.00 [0, 4.00]), daño (Mediana y RIC SLICC: 1.00 [0, 2.00]) y limitación funcional (Mediana y RIC Katz: 3.00 [2.00, 4.00]). Compuesto mayormente por pacientes de RELESSER (93,7%).

Conclusión: Los pacientes de la cohorte RELESSAR presentaron una forma más grave de la enfermedad desde edades más tempranas, con mayor uso de recursos de salud y mayor daño a diferencia de los pacientes españoles, en quienes se observaron formas menos agresivas y un diagnóstico más tardío.

0111

LOGRO DE MEDIDAS TREAT-TO-TARGET CON UPADACITINIB EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: RESULTADOS DEL ESTUDIO FASE 2 SLEEK

Eric MORAND¹, Joan MERRILL², Martin ARINGER³, Zahi TOUMA⁴, Richard FURIE⁵, Karim MASRI⁶, Christopher SAFFORE⁶, Ling CHENG⁵, Juan Manuel MORENO LUBERTINO⁷, Ronald VAN VOLLENHOVEN⁸

¹MONASH UNIVERSITY; ²OKLAHOMA MEDICAL RESEARCH FOUNDATION; ³UNIVERSITY MEDICAL CENTER; ⁴TORONTO WESTERN HOSPITAL; ⁵NORTHWELL HEALTH, GREAT NECK, NEW YORK, UNITED STATES; ⁶ABBVIE INC.; ⁷ABBVIE S.A.; ⁸AMSTERDAM UNIVERSITY MEDICAL CENTER

Introducción: El logro de LLDAS (estado de baja actividad de la enfermedad del LES) y DORIS (definición de remisión en el LES) se asocia con una mejora en los resultados clínicos y calidad de vida en pacientes (PT) con lupus eritematoso sistémico (LES).

Objetivo: Evaluar el logro de LLDAS y DORIS en adultos con LES moderado a grave con UPA versus placebo (PBO).

Métodos: Se compara el logro de LLDAS y DORIS con UPA 30 mg versus PBO. LLDAS, definido como el logro de un SLEDAI-2K ≤ 4 , ausencia de actividad de la enfermedad en principales sistemas orgánicos, ausencia de nueva actividad, Physician Global Assessment ≤ 1 , dosis de glucocorticoide ≤ 7.5 mg/día y dosis de mantenimiento estable de inmunomoduladores estándar. DORIS definido como puntuación clínica de 0 en SLEDAI-2K, puntuación de pHGA < 0.5 , dosis de glucocorticoides ≤ 5 mg/día y dosis de mantenimiento estable de los fármacos inmunomoduladores estándar. Los resultados incluyen la mediana del tiempo(t) hasta la primera respuesta; la proporción acumulada de t de respuesta hasta la semana 48(S48); la proporción de PT que lograron una respuesta acumulada de $\geq 20\%$, $\geq 50\%$ y $\geq 70\%$ del t hasta S48; y la proporción de PT que lograron una respuesta sostenida durante ≥ 3 , ≥ 5 y ≥ 6 visitas mensuales consecutivas.

Resultados: Se incluyeron 137 PT (UPA30mg, n=62; PBO, n=75). El 50% de los PT en la rama UPA y el 24.0% de los PT en la rama PBO alcanzaron LLDAS en S48. En S48, el 19.4% de los PT tratados con UPA y el 9.3% de los PT en la rama PBO alcanzaron DORIS. La mediana del t hasta el primer logro de LLDAS fue menor con UPA (20.4 semanas) que con PBO (39.9 semanas); $< 50\%$ de los PT lograron DORIS en algún momento. El porcentaje acumulado de t transcurrido de PT en LLDAS y DORIS fue mayor con UPA que con PBO. Una mayor proporción de PT estuvieron en LLDAS o DORIS durante varias proporciones acumuladas de t con UPA frente a PBO. La proporción de PT que mantuvo LLDAS o DORIS durante ≥ 3 , ≥ 5 y ≥ 6 visitas mensuales consecutivas fue mayor con UPA que con PBO.

Conclusión: Los PT con LES en la rama UPA 30 mg obtuvieron tasas más altas de LLDAS y DORIS, mostraron un menor t hasta LLDAS, pasaron más t acumulado y tuvieron más visitas consecutivas en LLDAS y DORIS en comparación con los PT en la rama PBO.

0131

LACTANCIA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: ANÁLISIS DE DOS ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES

Julieta CAR¹, María Pía IZAGUIRRE GERMAIN², Melissa Brenda SERNA GÓNGORA³, Susana VILLAMIZAR PÉREZ⁴, Nicole Josianne PARIS⁵, Magdalena ACEVEDO⁶, Julia PRETINI⁷, Ariel BRENER⁸, Jerson CLAROS⁹, Emel GONZÁLEZ¹⁰, Bárbara PÉREZ CEPAS¹¹, Marina MICELLI¹², Gabriel SEQUEIRA¹³, Eduardo KERZBERG¹⁴

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS, RAMOS MEJÍA

Introducción: El LES es una enfermedad multisistémica que afecta mayormente a mujeres en edad fértil. Mientras el embarazo en pacientes con LES ha sido ampliamente estudiado, la lactancia recibió poca atención.

Objetivo: Determinar la tasa de inicio y el mantenimiento de la lactancia en pacientes con LES.

Métodos: Se combinaron dos estudios observacionales transversales realizados en 2015-2016 y 2022-2024. Se incluyeron pacientes con LES y al menos un embarazo posterior al diagnóstico, entrevistadas retrospectivamente en el centro. El grupo control consistió en embarazadas sanas y mujeres con embarazos previos al diagnóstico de LES.

Resultados: Se incluyeron 55 embarazos en pacientes con LES y 74 controles. La mediana de la edad fue de 26 años (RIC 25-75%: 23-31) vs. 26 (RIC 25-75% 22.5-32) en los controles (p 0.9). La mediana del nivel educativo fue 2 (RIC 25-75% 2-3) en LES vs. 2 (1-2) en los controles (p 0.02). Las pacientes con LES presentaron más complicaciones durante el embarazo (32.7% vs. 8.1%, $p < 0.001$), menos partos a término (74.5% vs 89.2%, $p = 0.05$), más complicaciones neonatales (25.5% vs. 14.9%, $p = 0.2$) y en el puerperio (18.2% vs. 2.7%, $p = 0.007$). A pesar de ello la tasa de inicio de lactancia fue bastante elevada (80%) pero menor que los controles 94.6% (p 0.02). El promedio de meses de lactancia fue de 9.5 meses (DE 8.6) en las pacientes con LES vs 14.6 (DE 9.9) en los controles y el análisis de supervivencia mediante la prueba de Log-Rank mostró una diferencia significativa en la duración de la lactancia entre grupos (p = 0.01). Además, el modelo de riesgos proporcionales de Cox indicó que las pacientes con LES tienen un mayor riesgo de destete (ajustado por el nivel de educación) en cualquier momento comparado con controles (HR = 1.77; IC 95%: 1.14–2.77; p = 0.01). Solo 15.9% de las pacientes con LES consideraron haber amamantado lo suficiente vs. 60% de los controles (p < 0.001). Por último, la falta de leche fue señalada como causa del destete en 29.5% de las pacientes con LES vs 18.5% de los controles (p = 0.3).

Conclusión: Las pacientes con LES tienen menores tasas de inicio de lactancia, probablemente asociado a un mayor porcentaje de complicaciones durante el embarazo o el puerperio y sostienen la lactancia por menor tiempo que las controles.

0168

IMPACTO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN LA SITUACIÓN LABORAL DE LOS PACIENTES: ANÁLISIS DEL REGISTRO NACIONAL RELESSAR-PROSPECTIVO

Juan Manuel RODRÍGUEZ GRAMAZZA¹, Lucila GARCÍA¹, Rosana QUINTANA², Carla Andrea GOBBI³, Joan Manuel DAPEÑA⁴, Marina MICELLI⁵, Alejandro BRIGANTE⁶, Paula ALBA⁷, Agustina DAMICO⁸, Verónica BELLOMIO⁹, Romina ROJAS TESSEL¹⁰, Malena VIOLA¹¹, Lucía Margarita MENDOZA MARTÍNEZ¹², Gelsomina ALLE¹³, María Florencia GORDILLO¹⁴, Claudia PENA¹, Alfonsina Maitén SARDE¹, Gisela PENDON¹⁵, Carolina AESCHLIMANN¹⁶, Paula FERNÁNDEZ¹, Bettina Soledad SARDI¹, Amira BUGANEM¹, Micaela COSATTI¹⁷, Cecilia PISONI¹⁷, Mercedes GARCÍA¹

¹HIGA SAN MARTÍN LA PLATA; ²GO CREAR, CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS, ROSARIO; ³SANATORIO ALLENDE; ⁴SANATORIO MÉNDEZ; ⁵HOSPITAL RAMOS MEJÍA; ⁶SANATORIO GÜEMES; ⁷HOSPITAL CÓRDOBA; ⁸HOSPITAL PENNA; ⁹HOSPITAL PADILLA; ¹⁰HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO; ¹¹HOSPITAL ARGERICH; ¹²HOSPITAL TORNÚ; ¹³HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES; ¹⁴HOSPITAL EL CARMEN; ¹⁵HOSPITAL GUTIÉRREZ DE LA PLATA; ¹⁶HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO; ¹⁷HOSPITAL CEMIC

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) impacta negativamente en la calidad de vida, lo que potencialmente limita la inserción laboral y genera desafíos para mantener un puesto de trabajo.

Objetivo: 1) Analizar la frecuencia de desocupación en pacientes con LES. 2) Comparar características clínicas entre empleados y desocupados.

Métodos: Estudio de corte transversal de pacientes ≥ 18 años con LES (ACR 1984/1997 y/o Criterios SLICC 2012 y/o ACR/EULAR 2019) de menos de 5 años de evolución, incluidos en la base RELESSAR-PROSPECTIVA, con datos al ingreso de la cohorte (T0). Se dividió la población según situación laboral (empleados vs. desocupados) y se compararon variables sociodemográficas, clínicas, tratamientos y PRO. Se definió desocupado a: jubilados, pensionados por invalidez, desocupados a causa de enfermedad y desocupados, pero buscando trabajo.

Resultados: Se analizaron 182 pacientes, 146 (80.2%) empleados y 36 (19.7%) desocupados. Los desocupados eran 88.8% mujeres, con una mediana

de edad de 44 años [Q1, Q3 - 23.0, 58.0] y 47.2% tenían cobertura de salud. En la comparación entre desocupados y empleados, se evidenció en el primer grupo > edad (sin significancia estadística), < nivel educativo (10,8 años vs 14,1 años, p=<0.001) y <cobertura social (17 - 47,2% vs. 109 - 74,7%, p=0.002), sin diferencias en manifestaciones clínicas acumuladas, fatiga ni PRO. Se observó una diferencia estadísticamente significativa según presencia de linfadenopatías y úlceras orales en las últimas 4 semanas de la última evaluación. Además, los pacientes desocupados tuvieron > daño acumulado - por SLICC/SDI (1 vs 0, p=0.009) y hospitalización (20/33, 60,6% en desocupados vs 54/139, 38,8% en empleados, p=0.038). No hubo diferencias en tratamientos. En el análisis multivariado, permanecieron asociados el nivel educacional y las linfadenopatías.

Conclusión: Un 19,7% de los pacientes se encontraba sin empleo al ingreso a la base. Presentaron menores recursos educativos y cobertura social, mayor hospitalización y daño acumulado, razón que podría explicar la dificultad para conseguir/mantener el empleo. Esto afecta negativamente en la autonomía personal y económica, resaltando la necesidad de un abordaje integral para tratamiento oportuno y asistencia social para mejorar la inclusión laboral.

0169

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON COMPROMISO NEUROPSIQUIÁTRICO: FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

Juan Ignacio GODIN, Juan Manuel RODRÍGUEZ GRAMAZZA, Alfonsina Maitén SARDE, Julia SCAFATI, Máximo COSENTINO, Lucila GARCÍA, Anahí Julieta LARES, Mercedes GARCÍA

HIGA SAN MARTÍN LA PLATA

Introducción: El lupus neuropsiquiátrico (LESNP) se presenta como alteraciones cognitivas, convulsiones y psicosis, reflejando tanta inflamación directa del sistema nervioso central y periférico, mecanismos vasculares e inmunológicos.

Objetivo: Determinar la frecuencia de manifestaciones de LESNP y evaluar la asociación con variables sociodemográficas, clínicas, serológicas y terapéuticas.

Métodos: Estudio corte transversal de único centro. La información se obtuvo de historias clínicas de pacientes con LES (criterios EULAR/ACR 2019) asistidos de forma consecutiva entre julio y diciembre de 2024. Se excluyó compromiso neuropsiquiátrico no asociado a LES. Se dividió la muestra en dos grupos según presencia o ausencia de compromiso neuropsiquiátrico. Se compararon características clínicas, serológicas, tratamiento, SLEDAI al debut y SLICC en la última visita.

Resultados: Se revisaron consultas de 369 pacientes. De ellos, 65 tenían <5 años de evolución. Un 23% presentó LESNP y en 47% de los casos ocurrió al debut de la enfermedad. Las manifestaciones más frecuentes fueron cefalea (33%), delirium (33%), psicosis (20%) y convulsiones (13%)

Manifestaciones neuropsiquiátricas	n=15
Sistema nervioso central	
Meningitis aséptica n (%)	1 (7)
Accidente cerebrovascular n (%)	2 (13)
Cefalea n (%)	5 (33)
Mielopatía n (%)	2 (13)
Convulsiones/Trastornos convulsivos n (%)	2 (13)
Delirium n (%)	5 (33)
Disfunción cognitiva n (%)	2 (13)
Psicosis n (%)	3 (20)
Sistema nervioso periférico	
Polineuropatía n (%)	2 (13)

(Tabla). Se observó en pacientes con LESNP mayor actividad de enfermedad (SLEDAI 17 vs 8, p<0.001), mayor daño acumulado (SLICC 1 vs. 0, p=0.007), mayor compromiso mucocutáneo (87% vs 50%, p=0.01), mayor uso de pulsos de metilprednisolona (67% vs 38%, p=0.049), uso de prednisona ≥30 mg/día (80% vs 48%, p=0.03) y rituximab (40% vs 12%, p=0.01). Serológicamente, se hallaron diferencias significativas con anticuerpos anti P-ribosomal (50% vs. 17%, p=0.03). No se vio relación con la positividad de anticuerpos antifosfolipídicos. Además, se observó una tendencia no significativa hacia mayor positividad de anti-Sm (64% vs 36%, p=0.05), anti-Ro (78% vs 50%, p=0.07), C3 bajo (73% vs 46%, p=0.06), así como requerimiento de ciclofosfamida (53% vs 20%, p=0.06).

Conclusión: En el análisis de pacientes con LES de ≤5 años de evolución, el 23% presentó alguna manifestación de lupus neuropsiquiátrico. Este se asoció significativamente a menor tiempo de evolución del LES, mayor actividad y daño acumulado, así como a anticuerpos anti-P ribosomal positivos. Se identificó, además, un subgrupo de pacientes que requirió de tratamiento inmunosupresor más agresivo.

Tabla: Manifestaciones neuropsiquiátricas.

0174

EFFECTO DEL TABAQUISMO EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DATOS DE LAS COHORTES RELESSER-T Y RELESSAR-T

Leonel Ariel BERBOTTO¹, Rosana QUINTANA¹, Guillermo Ariel BERBOTTO¹, Boris KISLUK¹, Romina NIETO¹, Catalina PIZARRO¹, Lucila GARCÍA², Iñigo RÚA-FIGUEROA³, Carla Andrea GOBBI⁴, Julia MARTÍNEZ BARRIO⁵, Joan Manuel DAPEÑA⁶, María GALINDO IZQUIERDO⁷, Juan Manuel RODRÍGUEZ GRAMAZZA², Jaime CALVO ALÉN⁸, Paula ALBA⁹, Raúl MENOR ALMAGRO¹⁰, Verónica BELLOMIO¹¹, Antonio FERNÁNDEZ NEBRO¹², Malena VIOLA¹³, Eva TOMERO MURIEL¹⁴, Alejandro BRIGANTE¹⁵, Mercedes FREIRE GONZÁLEZ¹⁶, Cecilia PISONI¹⁷, Ricardo BLANCO¹⁸, Silvia PAPASIDERO¹⁹, Eva SALGADO PÉREZ²⁰, Agustina D'AMICO²¹, Romina ROJAS TESSEL²², Marina MICELLI²³, Silvia GÓMEZ SABATER²⁴, Lucía Margarita MENDOZA MARTINEZ²⁵, Clara SANGÜESA²⁶, Gelsomina ALLE²⁷, Javier NARVÁEZ GARCÍA²⁸, María Florencia GORDILLO²⁹, Gregorio SANTOS-SOLER³⁰, Claudia PENA³¹, Javier NÓVOA³², Alfonsina Maitén SARDE³³, Oihane IBARGUENGOITIA³⁴, Gisela PENDÓN³⁵, Mireia MORENO MARTÍNEZ LOSA³⁶, Carolina AESCHLIMANN³⁷, Vicenç TORRENTE SEGARRA³⁸, Paula FERNÁNDEZ³⁹, Ana Paula CACHEDA⁴⁰, Bettina Soledad SARDI⁴¹, Sandra GARROTE⁴², Amira BUGANEM⁴³, Clara MORIANO MORALES⁴⁴, Antonio Juan MAS⁴⁵, Loreto HORCADA⁴⁶, Mercedes GARCÍA⁴⁷, José María PEGO-REIGOSA⁴⁸

¹HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, GRANADERO BAIGORRIA; ²HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (HIGA) GENERAL SAN MARTÍN LA PLATA; ³SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR NEGRÍN; ⁴SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, SANATORIO ALLENDE; ⁵SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN; ⁶HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ; ⁷SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE; ⁸SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL ARABA; ⁹SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL CÓRDOBA; ¹⁰HOSPITAL UNIVERSITARIO JEREZ DE LA FRONTERA; ¹¹HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA; ¹²SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA; ¹³SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH; ¹⁴SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA; ¹⁵SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, SANATORIO GÜEMES; ¹⁶SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA CORUÑA; ¹⁷CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS "NORBERTO QUIRNO" (CEMIC); ¹⁸HOSPITAL MARQUÉS DE VALDECILLA; ¹⁹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ; ²⁰COMPLEJO HOSPITALARIO DE ORENSE; ²¹HOSPITAL ITALIANO REGIONAL DEL SUR DE BAHÍA BLANCA; ²²HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO; ²³HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA; ²⁴HOSPITAL DE ALICANTE; ²⁵HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ; ²⁶HOSPITAL UNIVERSITARIO GERMANS TRIAS I PUJOL; ²⁷HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES; ²⁸HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE; ²⁹OSEP, HOSPITAL EL CARMEN; ³⁰HOSPITAL VILLAJAYOSA; ³¹HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (HIGA), SAN MARTÍN; ³²HOSPITAL INSULAR DE GRAN CANARIA; ³³HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GENERAL JOSÉ DE SAN MARTÍN DE LA PLATA"; ³⁴HOSPITAL DE BASURTO; ³⁵GUTIÉRREZ HOSPITAL, LA PLATA; ³⁶CONSORCIO CORPORACIÓN SANITARIA PARC TAULÍ; ³⁷HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO; ³⁸HOSPITAL DE SANT JOAN DESPÍ MOISES BROGGI; ³⁹HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GENERAL SAN MARTÍN" DE LA PLATA; ⁴⁰HOSPITAL SON LLATZER; ⁴¹HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GENERAL SAN MARTÍN" DE LA PLATA; ⁴²HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL; ⁴³REUMATOLOGÍA; ⁴⁴HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LEÓN; ⁴⁵HOSPITAL SON LLATZER; ⁴⁶COMPLEJO UNIVERSITARIO DE NAVARRA; ⁴⁷HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GENERAL SAN MARTÍN" DE LA PLATA; ⁴⁸COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO

Introducción: El tabaquismo es un factor ambiental con efectos inmunomoduladores complejos cuya influencia en el lupus eritematoso sistémico (LES) se ha asociado a mayor actividad de la enfermedad, compromiso serológico y menor respuesta terapéutica.

Objetivo: Describir las características clínicas, analíticas y terapéuticas en pacientes con LES provenientes de las cohortes transversales RELESSER y RELESSAR según la exposición al tabaco.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal de pacientes incorporados en las cohortes RELESSER-T y RELESSAR-T, de construcción multicéntrica. Se compararon pacientes con y sin antecedente de tabaquismo emparejados por edad, sexo y duración del LES. Se realizó un análisis descriptivo. Las comparaciones se realizaron según Chi²/Fisher (categóricas) y t-Student/Wilcoxon (continuas) según correspondiera. Para la realización de los clústeres, se seleccionaron variables clínicas, demográficas y de laboratorio, excluyendo >5% de valores faltantes. La visualización se hizo con t-SNE sobre la matriz de distancias. Los clústeres se caracterizaron con ANOVA/Kruskal-Wallis (continuas) y Chi²/Fisher (categóricas), resumiendo en un mapa de calor. Los análisis se realizaron en R (versión 4.3) con un nivel de significancia del 5%.

Resultados: Se incluyeron 3208 pacientes con LES apareados por edad, sexo y duración de la enfermedad. Del total, 48.5% estuvieron expuestos al tabaco, lo cual se asoció con mayor retraso diagnóstico (p<0.001), lupus discoide (p=0.008) y SAF trombótico (p=0.040). Se observó mayor frecuencia de VDRL falso positivo (p=0.005), anticoagulante lúpico (p<0.001) e IgG anticardiolipinas (p=0.045) en fumadores, con menor presencia de anti-Sm (p=0.008) y anti-Ro (p=0.010). El uso de corticoides (p=0.025), ciclofosfamida (p=0.005) y antipalúdicos (p=0.006) fue menos frecuente en fumadores. No se detectaron diferencias en la actividad (SLEDAI) ni en el daño acumulado por SDI. Entre las comorbilidades, los fumadores mostraron mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares tradicionales (CV) y enfermedad CV establecida. El análisis de clúster identificó tres subgrupos: 1) fenotipo predominantemente cutáneo, con baja actividad y daño (48% nunca fumó) y mayoritariamente pertenecientes a RELESSER (69%); 2) fenotipo sistémico severo, jóvenes, alta prevalencia de hospitalizaciones, sin clara asociación con tabaquismo (64% nunca fumó), pacientes de RELESSAR (86%) y 3) perfil añoso, con mayor frecuencia de SAF, comorbilidades (EPOC, cardiovasculares, depresión) y mayor tabaquismo (53%), pacientes de RELESSER (84%).

Conclusión: En pacientes con LES, el tabaquismo se asoció a mayor enfermedad CV establecida, resaltando su rol como factor de riesgo CV tradicional. Las manifestaciones de la enfermedad fueron menos severas con mayor compromiso trombótico, sin impacto en la actividad global.

0152

CAMBIOS EN EL ESTADO DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD A LO LARGO DEL TIEMPO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: RESULTADOS PRELIMINARES DEL REGISTRO RELESSAR-PROSPECTIVO

Paula FERNÁNDEZ¹, Lucila GARCÍA¹, Rosana QUINTANA², Karen ROBERTS³, Carla Andrea GOBBI⁴, Joan Manuel DAPEÑA⁵, Marina MICELLI⁶, Paula ALBA⁷, Alejandro BRIGANTE⁸, Agustina DÁMICO⁹, Romina ROJAS TESSEL¹⁰, Malena VIOLA¹¹, Gelsomina ALLE¹², Lucía Margarita MENDOZA MARTÍNEZ¹³, María Florencia GORDILLO¹⁴, Claudia PENA¹, Verónica BELLOMIO¹⁵, Paula María CORBALÁN¹⁵, Alfonsina Maitén SARDE¹, Gisela PENDÓN¹⁶, Carolina AESCHLIMANN¹⁷, Manuel RODRÍGUEZ G.¹, Bettina Soledad SARDI¹, Micaela COSATTI¹⁸, Cecilia PISONI¹⁸, Mercedes GARCÍA¹

¹HIGA SAN MARTÍN LA PLATA; ²CENTRO CREAM; ³GRUPO DE ESTUDIO DE LES DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA; ⁴SANATORIO ALLENDE; ⁵SANATORIO MÉNDEZ; ⁶HOSPITAL RAMOS MEJÍA; ⁷HOSPITAL CÓRDOBA; ⁸SANATORIO GÜEMES; ⁹HOSPITAL PENNA; ¹⁰HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO; ¹¹HOSPITAL ARGERICH; ¹²HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES; ¹³HOSPITAL TORNÚ; ¹⁴HOSPITAL EL CARMEN; ¹⁵HOSPITAL PADILLA; ¹⁶HOSPITAL GUTIÉRREZ DE LA PLATA; ¹⁷HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO; ¹⁸HOSPITAL CEMIC

Introducción: La remisión y baja actividad de la enfermedad (*low disease activity*, LDA) se han asociado a menor daño acumulado y mayor supervivencia.

Objetivo: Evaluar la distribución de remisión, LDA y actividad al ingreso a la cohorte (T0) y luego de un año de seguimiento (T1), y explorar la potencial influencia de características basales en el estado de actividad de la enfermedad al año.

Métodos: Multicéntrico, cohorte prospectiva. Inclusión: pacientes de base RELESSAR-prospectiva ≤5 años de enfermedad. Remisión: SLEDAI-2K=0, prednisona (PDN) ≤5 mg/día e inmunosupresión (IS) dosis mantenimiento (DM). LDA: SLEDAI2K ≤4, PDN ≤5 mg/día e IS DM. Actividad: SLEDAI-2K>4 o PDN>5 mg/día o terapia inducción. Antipalúdicos permitidos. Se evaluó T0 y T1. Se analizó: distribución de remisión, LDA y actividad, e influencia de características basales sobre estado de actividad al año. Análisis descriptivo, univariado y multivariado.

Resultados: Se obtuvieron datos basales de 246 pacientes y 109 fueron incluidos en el análisis. Cambios en estado de enfermedad al año del ingreso a la cohorte: 26% logró/mantuvo remisión, 24% logró/mantuvo LDA, y 50% permaneció/viró a activo. De 69 pacientes activos al inicio, 37% alcanzó remisión/LDA, 55% permaneció activo al año. Al comparar estos grupos, se encontraron diferencias significativas basales en SLEDAI-2K (6,0 [4,2-8,0] vs. 9,00 [6,0-12,0], p=0,038) y evaluación global del paciente (4,0 [3,2-5,7] vs. 7,0 [5,0-7,0], p=0,014). En el análisis multivariado, las variables basales asociadas de manera independiente a actividad al año fueron evaluación global del paciente (OR 1,36; IC95% 1,13–1,67; p=0,002) y niveles bajos de C3 (OR 2,94; IC95% 1,14–8,04; p=0,029).

Conclusión: La mitad de los pacientes con un tiempo de evolución ≤ 5 años presentaron actividad luego de un año de seguimiento, lo cual se asoció a medidas subjetivas (evaluación global del paciente) y objetivas (niveles bajos de C3) registradas al inicio. Estos hallazgos nos permiten reafirmar la importancia de una terapia agresiva desde el comienzo para garantizar el cumplimiento de los objetivos en el tratamiento.

0219

PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN DE MANIFESTACIONES CLÍNICAS EXTRARRENALES EN PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA

Emily Belén DÍAZ MIRANDA¹, Gina Alejandra CAMPOVERDE LALANGUI¹, Lucía María CASTORINO¹, Julieta MORBIDUCCI¹, Alejandra SCHMIDT², Ana MALVAR³, Valeria ALBERTON³, Anastasia SECCO⁴

¹SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA HOSPITAL RIVADAVIA; ²HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA; ³HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JUAN A. FERNÁNDEZ; ⁴SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, crónica, heterogénea, que puede comprometer múltiples órganos o sistemas, siendo la nefritis lúpica (NL) una manifestación severa, causada por depósitos de inmunocomplejos. 35-50% de los pacientes presentan esta manifestación siendo más frecuente en mujeres. La biopsia renal es el *gold* estándar.

Objetivo: Describir las características clínicas, demográficas, serológicas e histológicas al momento del diagnóstico de NL; determinar la prevalencia de NL; describir las manifestaciones extrarrenales que se presentaron al momento del diagnóstico de NL según el tipo y grado de actividad histológica.

Métodos: Estudio observacional, analítico, de corte transversal, con recolección retrospectiva de datos, que incluyó pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de LES, atendidos en el sector público de salud. Se excluyeron a los pacientes con diagnóstico de otra enfermedad reumática autoinmune. Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartil (RIC), las categóricas en porcentaje (%). Para la comparación entre grupos se utilizó T Test o Mann Whitney para las variables continuas, Chi² o Test Exacto de Fisher para las categóricas.

Resultados: Se incluyeron 349 pacientes con LES. 83 (24%) presentaron NL. 92% (76) mujeres. La media de edad al diagnóstico fue 40 años (± 13), el tipo histológico más frecuente fue la clase IV. La media del índice de actividad fue 7 (± 4). 94% (78) de los pacientes con NL presentaron manifestaciones extrarrenales, de los cuales 89% (74) presentaron manifestaciones serológicas, 64% (53) musculoesqueléticas, 61% (51) mucocutáneas, 23% (19) constitucional, 20% (17) hematológicas, 18% (15) serosas, 12% (10) vasculares y 10% (8) neurológicas. Los tratamientos más frecuentes fueron pulsos de metilprednisolona seguidos por ciclofosfamida y micofenolato. Los pacientes que presentaron manifestaciones extrarrenales más frecuentemente (sin significancia estadística) tenían clase IV: 38% de ellos con manifestaciones neurológicas, 80% vasculitis cutánea, 53% musculoesquelético, 47% mucocutáneo, 47% constitucional, 47% serológico, 41% hematológico, mientras que 33% de los pacientes con serositis tenían clases III y 33% IV. Se observó un índice de actividad significativamente mayor en los pacientes con vasculitis cutánea (12 (9-13) vs 7 (4-9); $p < 0.01$), musculoesquelético (9 (6-10) vs 6 (3-8); $p < 0.01$) y serológico (8 (5-10) vs 5 (3-8); $p < 0.01$).

Conclusión: La prevalencia de NL fue de 24%. La manifestación extrarrenal más frecuente fue la serológica, las manifestaciones extrarrenales fueron más frecuentes en la clase IV. El índice de actividad se asoció a vasculitis cutánea, compromiso musculoesquelético y serológico. Consideramos que los resultados aportan información de relevancia para el enfoque terapéutico de los pacientes.

0226

RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL LUPUS EN ARGENTINA: ABORDAJE CUALITATIVO DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE Y EL REUMATÓLOGO

Rosana QUINTANA¹, Cecilia CAMACHO¹, Carolina ISNARDI², Alejandro BRIGANTE³, Vicente JUÁREZ⁴, Romina NIETO⁵, Emilio BUSCHIAZZO⁴, Guillermo PONS-ESTEL⁵, Bernardo PONS-ESTEL⁵

¹CENTRO DE ESTUDIOS APLICADOS A PROBLEMÁTICAS SOCIOCULTURALES (CEAPROS), UNR; ²UNISAR; ³SANATORIO GÜEMES; ⁴HOSPITAL DEL MILAGROS; ⁵GO CREAR, CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS, ROSARIO

Introducción: El retraso en el diagnóstico suele definirse como el tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico formal, pero no hay consenso sobre una definición que contemple todo el recorrido del paciente. Este retraso puede generar mayor carga de comorbilidades, daño acumulado y aumento de los costos sanitarios. En América Latina (LATAM), existen pocas evidencias concretas sobre las consecuencias de estos retrasos. Desde 2024, el Grupo Latinoamericano de Estudio del Lupus (GLADEL), junto a PANLAR, impulsa un proyecto para identificar los retrasos diagnósticos y terapéuticos del lupus en 16 países de LATAM.

Objetivo: Describir la percepción del retraso, identificando barreras y facilitadores, a partir de un estudio cualitativo con reumatólogos y pacientes de cuatro regiones de Argentina.

Métodos: Estudio cualitativo con entrevistas en profundidad y grupos focales guiados por una pauta desarrollada por el equipo investigador. El enfoque metodológico del estudio se basó en dos marcos conceptuales complementarios: el derecho a la salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), que reconoce la salud como un derecho humano fundamental y orienta la evaluación de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios; y el modelo de acceso centrado en el paciente propuesto por Levesque, que permite analizar las interacciones entre las características del sistema de salud y las capacidades individuales para acceder y utilizar los servicios de manera oportuna y adecuada. Se realizaron entrevistas individuales a pacientes y un grupo focal con reumatólogos. El análisis fue temático y se utilizó el software ATLAS.ti v23.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes (11 mujeres) de Rosario, CABA, Salta y Bariloche, con edad media de 47,3 años y duración media de enfermedad de 12,7 años. Los dominios más afectados fueron el cutáneo-articular y renal. Los reumatólogos tenían entre 30 y 60 años, y trabajaban en los sectores público y privado. Las principales barreras fueron: acceso limitado al sistema de salud y a especialistas, burocracia institucional y falta de capacitación en lupus de los profesionales de primer contacto. Se destacaron como determinantes sociales la pobreza, desigualdad y nivel educativo. Entre los facilitadores, se mencionaron las redes informales, el compromiso de los profesionales y el tipo de cobertura de salud. El compromiso severo de la enfermedad, si bien facilitó el ingreso al sistema, no siempre permitió un diagnóstico oportuno.

Conclusión: El estudio destaca la importancia de abordar las barreras estructurales y sociales para mejorar el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento del lupus en contextos de vulnerabilidad.

HÁBITOS, ESTILOS DE VIDA Y OUTCOMES REPORTADOS POR PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: INFORME PRELIMINAR

María Belén NAVARRO, Isabel VERON, Karina VACAFLOR, Marina MICELLI, María Pía IZAGUIRRE GERMAIN, Eduardo KERZBERG

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS, RAMOS MEJÍA

Introducción: Existe un interés creciente en conocer el impacto de las intervenciones no farmacológicas en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Objetivo: Explorar los hábitos y estilos de vida más frecuentes en esta población, junto con la experiencia subjetiva de salud evaluada mediante resultados reportados por pacientes (PROs), y analizar si existen diferencias según la actividad de la enfermedad y el daño acumulado.

Métodos: Estudio transversal realizado en adultos con LES del Hospital Ramos Mejía. Se recolectaron datos clínicos y sociodemográficos, y los pacientes completaron un cuestionario sobre hábitos (tabaco, consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas), estilos de vida (actividad física, dieta) y PROs (estado de salud percibido, calidad del sueño, síntomas depresivos y ansiosos). Se compararon variables según actividad (SLEDAI >4) y daño acumulado (SLICC >1).

Resultados: Se incluyeron 70 pacientes, de los cuales 56 (80%) eran mujeres, con una mediana de edad de 35 años. Del total, 26 (37%) presentaban enfermedad activa y 21 (30%) manifestaban daño orgánico acumulado. Solo un paciente reportó consumo de tabaco, mientras que 24 (34%) refirieron consumo de alcohol, incluyendo 2 casos con consumo de alto riesgo. Diecinueve pacientes (27%) informaron el uso de sustancias psicoactivas. Aunque 48 (68,5%) realizaban ejercicio al menos una vez por semana, solo 15 (21%) cumplían con las recomendaciones de la OMS. La adherencia a la dieta mediterránea fue del 21% (n=15). La calidad del sueño fue calificada como mala o muy mala por 17 pacientes (24%), con mayor frecuencia en quienes tenían LES activo (n=10, 38% vs. n=7, 16%); p = 0,03). La percepción de salud fue significativamente menor en pacientes con enfermedad activa (mediana 57.5 [50, 58] vs. 80 [60, 92.5]; p = 0,021) y con mayor daño acumulado (mediana 55 [50,80] vs. 80 [60,90]; p = 0,016). Además, los síntomas depresivo-ansiosos fueron más frecuentes en pacientes con mayor daño (falta n=16, 76% vs. n=22, 45%; p = 0,016).

Conclusión: Los hábitos poco saludables y los síntomas depresivo-ansiosos fueron frecuentes en pacientes con LES, y se asociaron significativamente con mayor actividad y daño acumulado, lo que subraya la necesidad de un abordaje integral de pacientes con LES.

DESEMPEÑO DE LOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN ACR/EULAR 2023 PARA SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO EN UNA COHORTE ARGENTINA

Julia SCAFATI, Bettina Soledad SARDI, Julián MINETTO, Lucila GARCÍA, Valeria ARTURI, Juan Ignacio GODIN, Juan Manuel RODRÍGUEZ GRAMAZZA, Amira BUGANEM, Máximo COSENTINO, Rodrigo ÁGUILA MALDONADO, Mercedes GARCÍA

HIGA SAN MARTÍN LA PLATA

Introducción: En 2023 se propusieron nuevos criterios de clasificación ACR/EULAR que mostraron alta especificidad, aunque con menor sensibilidad en comparación con los criterios de Sídney 2006. Su validez externa aún no ha sido evaluada en poblaciones sudamericanas.

Objetivo: Evaluar el desempeño diagnóstico de los criterios ACR/EULAR 2023 para SAF en una cohorte retrospectiva argentina. Identificar las características clínicas y serológicas de los pacientes no clasificados por los nuevos criterios.

Métodos: Estudio observacional y descriptivo de pacientes atendidos en el Servicio de Reumatología de un hospital de derivación de la Provincia de Buenos Aires. Se incluyeron adultos portadores de anticuerpos antifosfolipídicos o con al menos un criterio clínico de los 6 dominios incluidos en ACR/EULAR 2023. El diagnóstico clínico fue realizado por un panel de dos reumatólogos (JS y BS). Se evaluó el cumplimiento de los criterios ACR/EULAR 2023 y Sídney 2006 para cada paciente. Se dividió la muestra en 4 subgrupos según: no cumplan criterios de clasificación (grupo 1), cumplan uno de los dos (grupo 2 y 3) o cumplan ambos (grupo 4). Se realizó un análisis descriptivo para las variables clínicas y serológicas. Se calcularon la sensibilidad y especificidad de los criterios de clasificación de forma tradicional, utilizando el diagnóstico clínico como estándar de referencia. Se describe el área bajo la curva con la curva ROC.

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes con sospecha clínica de SAF de los cuales el 83% eran mujeres con una mediana de edad de 36 años en la última evaluación (Tabla). Treinta y siete pacientes (69%) cumplieron al menos un criterio de clasificación: 36 (67%) los criterios de Sídney 2006 y 25 (46%) los criterios ACR/EULAR 2023. Al dividir la muestra en subgrupos, 17 (31%) no cumplieron ningún criterio de clasificación, 24 (44%) cumplieron ambos, 1 (2%) paciente cumplió únicamente criterios ACR/EULAR 2023 y 12 (22%) solo cumplieron Sídney 2006. Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre los 4 grupos en cuanto a la presencia de trombosis venosa (p=0,002), trombosis arterial (p=0,001), trombosis de pequeño vaso (p=0,043) y complicaciones obstétricas (p<0,001). No se hallaron diferencias significativas en la frecuencia de SAF primario o asociado, ni del perfil serológico entre los distintos grupos. Los criterios de Sídney tuvieron 0,94 de AUC, 87% de sensibilidad y los criterios de ACR/EULAR 2023 0,79 de AUC y 58% de sensibilidad. Ambos tuvieron 100% de especificidad.

Conclusión: Los nuevos criterios ACR/EULAR 2023 evidenciaron una sensibilidad inferior a la de los criterios de Sídney 2006, lo que sugiere que podrían no identificar adecuadamente ciertos fenotipos clínicos, en particular aquellos con manifestaciones de trombosis de pequeño vaso o complicaciones obstétricas, que sí fueron detectados por los criterios de 2006.

	Total (n=54)
Sexo, femenino n (%)	45 (83)
Edad años, mediana (RIC)	36 (27)
Seguimiento meses, mediana (RIC)	24 (87)
ANA, n (%)	44 (81)
IL, n (%)	36 (67)
ACL, n (%)	41 (76)
aB2GPI, n (%)	32 (59)
Ac simple positivo, n (%)	21 (39)
Ac doble positivo, n (%)	12 (22)
Ac triple positivo, n (%)	21 (39)
SAF primario, n (%)	14 (26)
Enfermedad autoinmune asociada, n (%)	38 (70)
Trombosis venosa, n (%)	11 (2)
Trombosis arterial, n (%)	13 (24)
Trombosis de pequeño vaso, n (%)	6 (11)
Complicación obstétrica, n (%)	17 (31)
Hemorragia pulmonar, n (%)	0 (0)
Nefropatía aFL, n (%)	0 (0)
Enfermedad Miocárdica, n (%)	1 (2)
Hemorragia Suprarrenal, n (%)	0 (0)
Vasculopatía Livedoide, n (%)	0 (0)
Livedo Racemosa n (%)	1 (2)
Compromiso de válvulas cardíacas, n (%)	4 (7)
Trombocitopenia, n (%)	19 (35)
SAFC, n (%)	1 (2)

Tabla: Descripción clínica y serológica de los pacientes.

ANTICUERPO ANTIC1Q EN NEFRITIS LÚPICA ACTIVA

Amira BUGANEM, Lucila GARCÍA, Bettina Soledad SARDI, Alfonsina Maitén SARDE, Juan Manuel RODRÍGUEZ GRAMAZZA, Juan Ignacio GODIN, Julia SCAFATI, Máximo COSENTINO, Paula FERNÁNDEZ, Camila HERNÁNDEZ, Damián Ezequiel MOAVRO, Karen ROBERTS, Rosana QUINTANA, Mercedes GARCÍA

HIGA SAN MARTÍN LA PLATA

Introducción: Los autoanticuerpos antiC1q están presentes en un 30-40% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y su interés clínico se origina a partir de su asociación con enfermedad renal activa.

Objetivo: Describir las características sociodemográficas, clínicas, serológicas e histológicas en pacientes con nefritis lúpica (NL) activa con anticuerpo antiC1q (AcC1q) positivo y negativo.

Métodos: Se recolectaron datos de historias clínicas de pacientes asistidos entre 01/02/2023 y 30/06/2025 que presentaron diagnóstico de NL confirmado por biopsia y que se encontraban con compromiso renal activo, durante el debut de la enfermedad o recaída, al momento del dosaje del AcC1q (VN <20 U/ml). Se excluyeron pacientes con diagnóstico de vasculitis urticariana hipocomplementémica e infección por virus de hepatitis C. Se evaluaron características socio-demográficas, clínicas, comorbilidades y tratamientos. Se realizó un análisis descriptivo para las variables clínicas y serológicas.

Resultados: De 410 pacientes con LES en seguimiento durante el período descrito (Figura), 112 presentaron NL con biopsia renal. De estos últimos, 36 presentaron dosaje de AcC1q, de los cuales 21 cursaban un NL activa. 90.4% (19/21) de los pacientes presentaron AcC1q positivo, 79% eran de

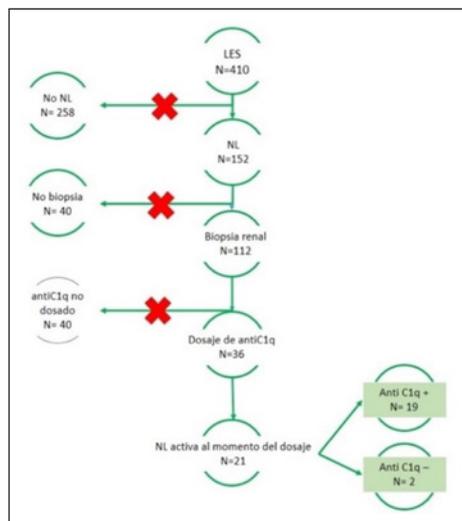


Figura: Obtención de la muestra.

sexo femenino con una mediana de edad al diagnóstico de LES de 25 años [Q1, Q3 20–28,5], todos de etnia mestiza. 78,9% no tenía cobertura médica. El retraso diagnóstico de LES fue de 2,5 meses [Q1, Q3 1-3,5]. El 64,8% presentaron recaída renal. El SLEDAI-2K de 12 puntos [Q1, Q3 6,16]. En laboratorio, 94,7% presentaron hipocomplementemia, 66,7% sedimento urinario activo, con una mediana de proteinuria de 1320 mg/24 h [Q1, Q3 867–3500], clearance de creatinina de 59 ml/min [Q1, Q3 41,5–85] y creatinina de 0,93 mg/dl [0,80–1,55]. El antiDNA fue positivo en el 66,6% de los casos y la mediana de AcC1q fue de 79,7 U/ml [Q1, Q3 39,127]. El hallazgo histológico renal más frecuente fue la clase IV (42,1%) con una mediana de actividad de 7 [Q1, Q3 3–10,3] y de cronicidad de 3 [Q1, Q3 2,3,25]. Todos los pacientes recibieron hidroxiquina. Para la inducción, se emplearon mayormente pulsos de metilprednisolona (84,2%) y ciclofosfamida endovenosa (57,9%). No se registraron requerimientos de terapia de reemplazo renal ni muertes. Dos pacientes presentaron negatividad para antiC1q durante el episodio de actividad renal, y tenían valores más elevados de creatinina, índices de actividad (SLEDAI 2K) y daño (SLICC), reactantes de fase aguda y proteinuria, con respecto a los casos con AcC1q positivos.

Conclusión: El 90% de los pacientes con NL activa presentó AcC1q positivos y en títulos altos. Su presencia fue más frecuente que la del anticuerpo anti DNA nativo. Si bien la muestra del estudio es pequeña y solo se incluyeron pacientes con nefritis lúpica activa, como se ha demostrado en estudios previos, podríamos considerar la relevancia de este anticuerpo como marcador sensible de actividad de la enfermedad.

BELIMUMAB EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DATOS DE LA VIDA REAL, SOBREVIDA DE DROGA Y CAUSAS DE DISCONTINUACIÓN EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Juan Manuel RODRÍGUEZ GRAMAZZA, Rodrigo Alejandro ÁGUILA MALDONADO, Juan Ignacio GODIN, Alfonsina Maitén SARDE, Bettina Soledad SARDI, Julia SCAFATI, Máximo COSENTINO, Lucila GARCÍA, Mercedes GARCÍA

HIGA SAN MARTÍN LA PLATA

Introducción: Belimumab es un anticuerpo monoclonal humanizado para lupus eritematoso sistémico (LES), indicado en guías internacionales para tratamiento.

Objetivo: Describir sobrevida de belimumab y causas de discontinuación en pacientes con LES.

Métodos: Estudio transversal retrospectivo que incluyó pacientes ≥18 años con diagnóstico de LES (ACR 1984/1997 y/o SLICC 2012 y/o ACR/EULAR 2019) que utilizaron belimumab SC o EV desde 2012 hasta agosto 2025, en un servicio de Reumatología y Hospital de Día. Se incluyeron variables sociodemográficas, clínicas, comorbilidades y tratamientos concomitantes. Se utilizó STATA 15.1 para análisis.

Resultados: Se incluyeron 37 pacientes, 35 mujeres (94.6%) con mediana en años de edad al inicio de belimumab de 40 [32 - 47] y duración de la enfermedad de 17 [13-28]. Además, 35 tenían cobertura social (94.6%). La mediana de SLEDAI al inicio de la droga fue de 8 [6-11] y de SLICC 0 [0-1]. Todos recibieron hidroxiquina y 24 (64,9%) estaban con IS previo: 12 con metotrexato (50%), 7 con micofenolato (29,1%) y 5 con azatioprina (20,8%). Las indicaciones fueron: compromiso articular en 18 casos (48,6%), cutáneo en 12 (32,4%), 2 casos (5,4%) por causa constitucional, hematológico y lupus neuropsiquiátrico respectivamente y 1 (2,7%) por causa renal. Continuaron el seguimiento médico 36 pacientes - con mediana de sobrevida de la droga de 34 meses [9.5 - 87]. Según curva de Kaplan-Meier, la > discontinuación fue en los primeros 50 meses. En total, 19 pacientes discontinuaron la droga, 7 (37%) por falta de provisión, 4 (21%) por decisión personal, 4 (21%) por respuesta inadecuada, 2 (11%) por infección, 1 (5%) por reacción infusional y por remisión, respectivamente. Un paciente perdió seguimiento, sin saber su estado actual con la droga. Dos (5,4%) fallecieron por causa infecciosa no relacionado al tratamiento con belimumab.

Conclusión: En este grupo de pacientes con LES tratados con belimumab, se observó una alta tasa de discontinuación - siendo la falta de provisión el más frecuente. La sobrevida de la droga podría mejorarse con estrategias que aseguren el acceso sostenido y el seguimiento clínico estrecho de estos pacientes.

NIVELES DE VITAMINA D EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

Juan Pablo ÁVILA¹, Juan Manuel MIRANDA BAZÁN¹, Candelaria AUDISIO¹, Juan Alejandro ALBIERO¹, Carla ALONSO¹, Carla Andrea GOBBI¹, Agustina RACCA², Marcela DEMARCHI², Verónica SAVIO¹, Mercedes VIGLIANO³, Paula ALBA¹

¹HOSPITAL CÓRDOBA, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA; ²HOSPITAL CÓRDOBA; ³UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmune caracterizada por trombosis, complicaciones obstétricas, y otras manifestaciones clínicas asociadas a la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (AAF). Puede clasificarse como primario (SAFP) si ocurre en ausencia de otra enfermedad autoinmune, o secundario cuando se asocia con alguna de ellas. Se han descrito niveles bajos de vitamina D (VitD) en enfermedades autoinmunes. Esta vitamina cumple un rol en el metabolismo fosfocálcico y actúa como inmunomodulador natural regulando tanto la inmunidad innata como la adaptativa. Se ha observado que sus niveles bajos se asocian con un mayor riesgo de autoinmunidad y trombosis. Algunos estudios han demostrado que la deficiencia de VitD podría estar asociada con trombosis y morbilidad obstétrica en pacientes con SAF.

Objetivo: Evaluar los niveles de vitamina D y su asociación con las manifestaciones clínicas, el perfil de AAF y el riesgo de trombosis en pacientes con SAFP.

Métodos: Se estudiaron pacientes con SAFP según los criterios de Sídney en la Unidad de Reumatología del Hospital de Córdoba entre junio y diciembre de 2024. Se evaluaron características demográficas, comorbilidades asociadas, manifestaciones clínicas (trombosis arterial y venosa, morbilidad obstétrica y manifestaciones no criterio), y se analizaron muestras séricas. El riesgo trombotico se evaluó mediante el *Global Antiphospholipid Syndrome Score* ajustado (aGAPSS). Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes con diagnóstico de SAFP, el 95% (n=38) eran mujeres, con una media de edad de 40 años. El 89,7% (n=34) presentaron manifestaciones obstétricas, siendo la muerte fetal y los abortos recurrentes las más frecuentes. El 27,5% (n=11) tuvieron eventos tromboticos, en su mayoría arteriales. El 75% (n=30) de los pacientes mostró niveles bajos de VitD. Los pacientes con eventos tromboticos tuvieron niveles más bajos que el grupo exclusivamente obstétrico. Se encontró que en 12 pacientes con hipovitaminosis D tenían perfiles de AAF de alto riesgo, incluidos casos con triple positividad. Además, los niveles bajos de VitD se asociaron con obesidad (60%) e hipertensión (12.5%). El análisis estadístico se encontró una correlación moderada pero débil entre los niveles de VitD y el riesgo trombotico medido por aGAPSS ($r=0,3$) en el total de pacientes. En el subgrupo con SAF trombotico, esta correlación fue algo mayor ($r=0,4$), pero con baja significancia estadística.

Conclusión: Los niveles de VitD se encontraron disminuidos en pacientes con SAFP y estos se asociaron con manifestaciones obstétricas, especialmente abortos recurrentes y muerte fetal, así como con un perfil de AAF de alto riesgo. Los niveles de la misma y el riesgo trombotico medido por aGAPSS demostró una débil asociación, lo que sugiere que la vitamina D por sí sola no explica completamente la variabilidad del riesgo trombotico en pacientes con SAF. Se requiere más investigaciones para confirmar el rol de la VitD en el SAF.

FRECUENCIA Y PERFIL DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS EN SÍNDROME DE PREECLAMPSIA

Candelaria AUDISIO¹, Guillermo Einer ALLENDE², Sofía ALLENDE³, Marcela DERMACHI⁴, Verónica SAVIO¹, Juan Manuel MIRANDA BAZÁN¹, Juan Pablo ÁVILA¹, Juan Alejandro ALBIERO¹, Carla Andrea GOBBI⁵, María Marta SANTILLÁN⁶, Agustina RACCA⁷, Viviana NEME⁸, Martín CASTILLO¹, Paula ALBA¹

¹HOSPITAL CÓRDOBA, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA; ²HOSPITAL MATERNO NEONATAL; ³CÁTEDRA DE SEMIOLOGÍA, UHMI N, FCM, UNC; ⁴SERVICIO LABORATORIO HOSPITAL CÓRDOBA; ⁵CÁTEDRA DE MEDICINA I, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC; ⁶CIES CONICET UNC; ⁷SERVICIO LABORATORIO HOSPITAL CÓRDOBA; ⁸SERVICIO LABORATORIO HOSPITAL CÓRDOBA

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) es un trastorno autoinmune relacionado con eventos tromboticos y/o compromiso obstétrico asociado a anticuerpos antifosfolípidos (AAF). El SPE es un trastorno multiorgánico específico del embarazo, que complica el 3-5 % de todas las gestaciones. Existen similitudes patogénicas entre el SAF y el desarrollo de SPE. Sin embargo, los datos de prevalencia de AAF en pacientes con SPE son controvertidos.

Objetivo: Evaluar la frecuencia y asociación de AAF en pacientes con SPE, sus diferentes formas clínicas y relación con el perfil de autoanticuerpos.

Métodos: Se realizó un estudio caso-control, de corte transversal donde se estudiaron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de SPE de acuerdo a criterios del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia y un grupo control de embarazadas apareadas por edad y gestas, asistidas en un hospital público materno de la ciudad de Córdoba en un periodo de 3 años. Las pacientes fueron clasificadas según severidad en SPE leve/severa, y de acuerdo con el momento de presentación, en temprana/tardía. Se evaluaron datos demográficos y clínicos. Las muestras de AAF fueron recolectadas a las 12 semanas post parto y se evaluaron los AAF criterio. La medición del anticoagulante lúpico (AL) se realizó de acuerdo con normas de Sociedad de Trombosis y Hemostasia y los anticuerpos IgG e IgM anticardiolipina (ACL) y beta2-microglobulina (AB2MG) por ELISA y fueron considerados positivos al menos en una oportunidad. Se utilizó el método de Fisher y χ^2 para el análisis. $P < 0,05$ se consideró estadísticamente significativa.

Resultados: Se incluyeron 99 pacientes con diagnóstico de SPE y 87 controles. La edad promedio en SPE fue de 30.69 y 28.55 años en grupo control ($p = 0,49$). En el grupo de SPE 28.7% eran primigestas y el 71.3% multigestas mientras que en el grupo control, el 33.3% eran primigestas y el 67.7% multigestas ($p=0,49$ y $p=0,59$ respectivamente). El 34.3% presentó SPE tardía, 83.8% SPE severa vs. el 16.2% leve. HTA crónica se identificó en 19.2% de las pacientes, ERC en el 2%, DBT 4%, IMC >35 21.2%, HIE en embarazo previo 31.3 y HELLP 18.2%. Con respecto a la positividad de AAF y tiempo de presentación de SPE, el 36.9% fue temprano vs. el 14.7% tardío ($p < 0,021$). El AL fue positivo en 15.4% en PE temprana vs. 0% en tardía ($p < 0,016$). La presencia de ACL IgG se presentó en el 24.6% en temprana vs el 5.9% tardía ($p < 0,022$) y ACL IgM 16.9% en temprana vs. 0% en tardía ($p < 0,011$). Con respecto a la severidad y los AAF, el 50% presento PE leve vs. el 25.3% severa ($p < 0,07$) Con respecto al AL, fue positivo en el 31.3% de SPE leves y el 6% en las severas ($p < 0,002$).

Conclusión: La frecuencia de AAF en pacientes con SPE es alta en este estudio y se asocia a un perfil de alto riesgo, y a formas tempranas y severas. La evaluación realizada posterior al puerperio podría ser el momento adecuado para la determinación de AAF.

0265

ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: EXPLORANDO EL ENIGMA

Pablo Nicolás VECE¹, Ana Lucía BARBAGLIA NAVARRO¹, José Manuel DÍAZ OCHOA¹, Alfonso MÉNDEZ AVELLANEDA², Marco MÉNDEZ AVELLANEDA², Héctor Hugo ALTIERI³, María Constanza BERTOLACCINI¹, Luciana GONZÁLEZ LUCERO¹, Raúl SUELDO¹, Verónica BELLOMIO¹

¹HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA; ²CENTRO RADIOLÓGICO DR. LUIS MÉNDEZ COLLADO; ³CENTRO INTEGRAL DE MEDICINA RESPIRATORIA

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) en el lupus eritematoso sistémico (LES) suele ser subdiagnosticada debido a su presentación clínica inespecífica y a la falta de una evaluación sistemática. A diferencia de otras enfermedades del tejido conectivo, la EPI en LES no ha sido extensamente estudiada, por lo que su verdadera prevalencia y características tomográficas permanecen poco definidas.

Objetivo: Determinar la prevalencia de EPI en pacientes con LES; describir las formas de presentación clínica, hallazgos tomográficos y variables asociadas.

Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES según los criterios SLICC 2012 y/o ACR/EULAR 2019, asistidos consecutivamente en el Servicio de Reumatología entre marzo y junio de 2025. A todos los pacientes se les realizó tomografía computarizada de alta resolución (TACAR) de tórax, y se determinaron los siguientes patrones: neumonía intersticial usual (NIU), neumonía intersticial inespecífica (NINE), neumonía intersticial linfocítica (NIL), neumonía organizativa (NO), bronquiolitis linfoidea (BL), hiperplasia nodular linfoidea (HNL) y patrón no clasificable (PNC). La interpretación fue realizada por dos evaluadores expertos, de forma independiente y ciega. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de EPI previo a 2020 y con otras enfermedades del tejido conectivo. Se recolectaron variables demográficas (edad, sexo, etnia, tabaquismo y exposición a tóxicos), variables relacionadas al LES (tiempo de evolución, SLEDAI, SLICC/SDI, tratamiento inmunosupresor y perfil de autoanticuerpos) y variables específicas de EPI (patrón tomográfico, espirometría, DLCO, manifestaciones clínicas y tratamiento recibido).

Resultados: Se incluyeron 58 pacientes con LES, 87.9% mujeres, edad media de 38.2±12.8 años, tiempo medio de evolución de 11.4±8.8 años. SLEDAI medio 2.5±2.8 y SLICC/SDI 0.8±1.3. Se identificaron 5 casos de EPI (prevalencia 8.6%; IC 95%:1.4-15.8). La edad media fue de 47.6±10.2 años, tiempo medio de evolución de LES 16.2±9.3 años y 3 pacientes eran tabaquistas. Todos los pacientes recibieron hidroxicloroquina, uno belimumab y otro rituximab. Cuatro pacientes presentaron patrón intersticial no clasificable y uno con patrón de NIU. La media de DLCO fue 76.7±17.7% y de capacidad vital forzada (CVF) 83.2±23.2%. El paciente con patrón NIU tuvo la DLCO más baja (53%). La presencia de EPI se asoció a disnea (p 0.023) y tabaquismo (p 0.016). No se encontró asociación con actividad de enfermedad, daño acumulado ni tiempo de evolución del LES.

Conclusión: Este es el primer estudio de *screening* de EPI en pacientes con LES. La prevalencia de EPI fue 8.6% y se asoció a tabaquismo y disnea. El patrón tomográfico más frecuente fue el intersticial no clasificable.

0248

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

Sandra VILCHES

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA

Introducción: En la adherencia al tratamiento en personas con diagnóstico lupus es fundamental identificar los factores que influyen en ella. Pueden incluir barreras psicológicas y emocionales, el conocimiento del paciente sobre la enfermedad, la complejidad del régimen terapéutico multidisciplinario, comorbilidades, efectos secundarios de los medicamentos, falta de acceso a los servicios de salud, apoyo familiar y social.

Objetivo: Identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en personas con diagnóstico de lupus en Córdoba, Argentina.

Métodos: La población estuvo constituida por 300 pacientes de la provincia de Córdoba, pertenecientes a la Fundación Lupus Argentina: Lupus, SAF y Enfermedades Reumáticas, cuya muestra fue de 57 pacientes, se utilizó un cuestionario autoadministrado. Se llevó a cabo bajo un estudio cuantitativo, transversal descriptivo prospectivo durante noviembre del 2024.

Resultados: Se observó que la edad media fue de 55 años, el 98,2% son mujeres. El 93% expresó que el tratamiento es costoso afirmando que un factor influyente en la adherencia al tratamiento es el económico, el 100% manifestó que cambió su estilo de vida luego del diagnóstico, un 35,7% afirmó que no tiene otra enfermedad reumática y el 28,6% que no tiene otra enfermedad crónica y el 71,5% que si tiene otra enfermedad crónica. El 43,9% presenta el diagnóstico hace más de 10 años, el 54,4% recibe acompañamiento o apoyo emocional y siente como factor protector a la familia. El 81,8% cumple con el tratamiento por la relación de confianza con su médico reumatólogo.

Conclusión: Puede afirmarse que es fundamental trabajar en la educación del paciente y la familia para favorecer la adherencia al tratamiento. Un 35,7% de los entrevistados refirió que no tiene otra enfermedad reumática y no reconoció tener comorbilidades por el lupus y otras enfermedades crónicas asociadas, siendo que la prevalencia fue con más de 10 años de diagnóstico. El 59.6% mencionó que el factor principal de la falta de adherencia fue el económico, la falta de información de la enfermedad, con una participación nula de enfermería.

0332

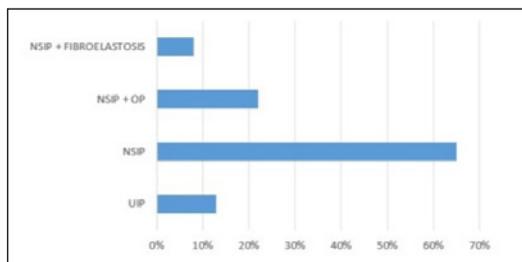
EVALUACIÓN DEL DAÑO ACUMULADO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: COMPARACIÓN DE DATOS DEL REGISTRO NACIONAL TRANSVERSAL Y PROSPECTIVO DE LUPUS

Lucía GARCÍA, Joan Manuel DAPEÑA, Carla Andrea GOBBI, Rosana QUINTANA, Marina MICELLI, Alejandro BRIGANTE, Paula ALBA, Alejandro BRIGANTE, Agustina D'AMICO, Verónica BELLOMIO, Romina ROJAS TESSEL, Malena VIOLA, Gelsomina ALLE, María Florencia GORDILLO, Lucía Margarita MENDOZA MARTÍNEZ, Claudia PENA, Alfonsina Maitén SARDE, Gisela PENDÓN, Carolina AESCHLIMANN, Paula FERNÁNDEZ, Manuel RODRÍGUEZ GRAMAZZA, Bettina Soledad SARDI, Micaela COSATTI, Cecilia PISONI, Amira BUGANEM, Mercedes GARCÍA

GESAR LUPUS

Introducción: El daño acumulado en LES se asocia a mayor edad, sexo masculino, etnia mestiza, uso de corticoides y tiene una relación directa con la mortalidad.

Objetivo: Comparar el daño acumulado entre las dos bases y evaluar factores asociados.



Conclusión: Nuestra cohorte se caracterizó por pacientes jóvenes con predominio claramente femenino. Los anticuerpos predominantes fueron JO-1 antipl7 y anti ku. Se constató compromiso funcional respiratorio basal restrictivo moderado. Se observó predominio tomográfico de NSIP (coincidente con la literatura). El 39,1% de los pacientes mostró progresión por lo que requirió escalonamiento terapéutico.

Figura 1: Patrones tomográficos.

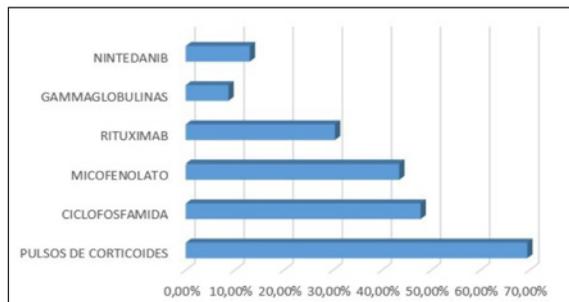


Figura 2: Tratamientos.

0276

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD AUTOINMUNE RO52 POSITIVOS

Carolina E. CARRIZO, Micaela COSATTI, Mayra GROSSO DI GIORGIO, Laura Margarita SALINAS MEJÍA

CEMIC

Introducción: El Ro60 y Ro52 podrían tener distintas asociaciones clínicas, con diferente pronóstico. Los anticuerpos anti Ro52 pueden detectarse en ausencia de anticuerpos anti Ro60 en diversas enfermedades autoinmunes.

Objetivo: Describir las características clínicas de los pacientes con anti-Ro52 positivo y compararlos con pacientes con anti-Ro52 negativos.

Métodos: Entre 2014 y 2024 se realizaron 780 ANA-LIA EUROLINE (Euroimmun 16 Ag IgG), 162 fueron positivos para Ro-52 (21%), de los cuales se accedió a 70 historias clínicas (43%). Se recolectó información sobre características demográficas, clínicas, de laboratorio y tratamiento. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: De las 70 historias clínicas con Ro52 positivo, 53 (76%) presentaban enfermedad autoinmune (EAI), la más prevalente fueron las miopatías inflamatorias (MI) 25 (36%), predominó el compromiso pulmonar intersticial (EPI) 29 (41%), el fenómeno de Raynaud 26 (37%), la debilidad muscular 19 (27%) y la artritis 19 (27%). Los anticuerpos asociados fueron: ANA nuclear 42 (60%) y citoplasmático 18 (26), 18 (20%) tenían ANA nuclear y citoplasmático negativos y 26 (37%) tenían Ro60. De los pacientes sin diagnóstico de enfermedad reumatológica se encontraron: 4 (6%) con neumonía intersticial con características autoinmunes (IPAF) y 9 (13%) neoplasias (mama, ovario, linfoma, mieloma). Comparamos los 25 pacientes con MI Ro52 positivo con 26 negativos, no hubo diferencia entre dermatomiositis, polimiositis y síndrome antisintetasa entre los dos grupos. El grupo Ro52 negativo tuvo más compromiso muscular y más prevalencia de anti-MDA5, FVC <70% y uso de mayor dosis de corticoides >20 mg, mientras que en el grupo de Ro52 positivo hubo mayor cantidad de pacientes con anti-Ro60 asociado. Además, se observó una tendencia a mayor compromiso intersticial, y menor tiempo evolutivo de enfermedad en el grupo Ro52 positivo.

Conclusión: La enfermedad más prevalente en los pacientes Ro52 positivo fueron las MI. 9 pacientes no tenían enfermedad EAI. Los pacientes con MI Ro52 negativo tuvieron más compromiso muscular, fueron más MDA5 positivos, tuvieron peor FVC y uso de mayor dosis de esteroides.

0209

SÍNDROME ANTISINTETASA EN ARGENTINA: REPORTE DEL GESAR MIOPATÍAS

Ignacio LÓPEZ¹, Marina GARCÍA CARRASCO², Carolina SÁNCHEZ ANDÍA³, Graciela Noemí GÓMEZ⁴, Micaela COSATTI⁵, Boris KISLUK⁶, Ana Carolina COSTI⁷, Sabrina M. ARGÜELLO⁸, Melissa Brenda SERNA GÓNGORA⁹, Anabella María RODRÍGUEZ¹⁰, Amelia GRANELL¹¹, Mariana ACIAR¹², Cristian Alejandro BENÍTEZ¹³, Ramiro GÓMEZ¹⁴, en representación del GESAR de Miositis¹⁵

¹SANATORIO GÜEMES; ²HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTIN; ³HOSPITAL PENNA; ⁴INSTITUTO LANARI; ⁵CEMIC; ⁶HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, GRANADERO BAIGORRIA; ⁷HIGA SAN MARTÍN LA PLATA; ⁸HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED EL CRUCE, DR. NÉSTOR CARLOS KIRCHNER, FLORENCIO VARELA; ⁹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS RAMOS MEJÍA, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA; ¹⁰HOSPITAL BRITÁNICO; ¹¹HIGA SAN ROQUE GONNET; ¹²HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO; ¹³HOSPITAL POSADAS; ¹⁴HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL; ¹⁵GRUPO DE ESTUDIOS DE MIOPATÍAS INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

Introducción: El síndrome antisintetasa (SAS) ha ganado reconocimiento como una forma específica de miopatía inflamatoria inmunomediada (MI), caracterizada por la presencia de autoanticuerpos contra aminoacil-ARNt sintetasas y un espectro clínico que incluye miositis, artralgiar/artritis, enfermedad pulmonar intersticial (EPI), fenómeno de Raynaud, fiebre y manos de mecánico, con variación fenotípica entre diferentes anticuerpos antisintetasa (AcSAS). Pese a su reconocimiento creciente, los datos disponibles sobre sus características clínicas, evolución y terapéutica en Argentina son limitados.

Objetivo: Caracterizar el perfil clínico, serológico y terapéutico de pacientes con SAS en Argentina a partir de un registro multicéntrico.

Métodos: Estudio multicéntrico, descriptivo y transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SAS de centros participantes del GESAR de MII. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, analíticos y terapéuticos. De acuerdo al perfil serológico, los pacientes se clasificaron en Jo-1, No Jo-1 (PL7, PL12, EJ, OJ) y Seronegativos. Se realizó estadística descriptiva e inferencial, comparando los 3 grupos. Las variables continuas se analizaron con Kruskal-Wallis y las nominales con Chi². Aquellas que mostraron significancia fueron evaluadas con comparaciones entre pares con corrección de Bonferroni.

Resultados: Se incluyeron 152 pacientes, el 49% (n=74) eran Jo-1, el 37% (n=56) eran No Jo-1 y el 14% (n=22) eran AcSAS negativos. El 70% (106) eran mujeres con una mediana (m) de edad al diagnóstico de 50 años (RIC 39-61) y una m de retraso diagnóstico de 5 meses (1-21). El 65% eran mestizos, sin diferencia entre los grupos, y 22% caucásicos, con diferencia significativa en pacientes No Jo-1 vs Jo-1. Los antecedentes más frecuentes fueron HTA y exposición al tabaco, con menor frecuencia de antecedentes oncológicos en Jo1 comparados con los otros grupos. Las manifestaciones iniciales más frecuentes fueron miositis (70%), EPI (63%) y artralgias/artritis (53%), observándose la triada característica en el 23% (35) 35 (23%). Se observó mayor frecuencia de miositis en pacientes Jo-1 como única diferencia. Agregaron manifestaciones durante su evolución 33 (22%) pacientes, con mayor frecuencia de miositis y artritis en pacientes Jo-1 comparados con los otros grupos. Sin diferencias significativas en estudios complementarios, ni tratamientos entre los grupos.

Conclusión: Se reporta una cohorte de SAS con similares características clínicas, serológicas y analíticas a lo reportado en otras series internacionales. La mayoría de nuestros pacientes fueron mestizos latinoamericanos y encontramos mayor frecuencia de caucásicos en pacientes No Jo-1. La mayoría recibió tratamiento con esteroides y ahorradores de esteroides de acuerdo a los lineamientos actuales. Consideramos relevante contar con datos locales respecto de esta patología.

0222

DESEMPEÑO DEL ULTRASONIDO, LA CAPILAROSCOPIA Y EL EXAMEN CLÍNICO EN PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS CON Y SIN COMPROMISO PULMONAR

Mariana ACIAR¹, Eugenia PICCO¹, María Eva NADIR¹, Ivana Romina ROJAS TESSEL¹, Verónica LESSER¹, Emilio BUSCHIAZZO¹, Leila BELBRUNO¹, María Laura TOSO¹, Martín SALAS¹, Ana Carolina RALLE¹, María Daniela ALONSO LÓPEZ², Leticia IBÁÑEZ ZURLO³, Adolfo SÁNCHEZ⁴, Mario RUIZ⁴, Daniel BOTTONE⁵, Vicente JUÁREZ¹

¹HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO; ²CIAC SALTA; ³CENTRO MÉDICO ALAS; ⁴ARTROS REUMATOLOGÍA; ⁵HOSPITAL MATERNO INFANTIL

Introducción: El ultrasonido pulmonar (USP) es una herramienta para evaluar la enfermedad pulmonar intersticial asociada a enfermedades del tejido conectivo. Permite la detección de artefactos verticales (líneas B) y alteraciones en la línea pleural, y muestra una buena correlación con la presencia, extensión y severidad de la EPI en la tomografía de tórax de alta resolución (TAC), estándar de referencia actual. La sensibilidad y el valor predictivo negativo de la USP en EPI-ETC lo posiciona como una herramienta útil en el cribado minimizando la exposición a radiación y costos. En las miopatías inflamatorias (MII) la USP identifica precozmente la afectación pulmonar y monitoriza su evolución. Las posibles limitaciones de la USP son: que es operador dependiente y no discrimina fases inflamatorias de fibróticas en la EPI.

Objetivo: Describir los hallazgos clínicos, capilaroscópicos, tomográficos y de USP en una cohorte de pacientes con MII. Evaluar la utilidad de USP para detección de EPI-ETC en pacientes con MII.

Métodos: Se incluyeron pacientes de 18 años, con diagnóstico de MII durante el período 2024 a 2025.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes, 15 (75%) de sexo femenino, mediana de edad de 52 (RIC 18). Dieciséis (80%) con dermatomiositis, 3 (15%) polimiositis y 1 (5%) miositis por cuerpos de inclusión. Siete (35%) presentaron artritis, 11 (57.9%) Raynaud, 7 (35%) disnea, 5 (25%) velcros auscultatorios, 8 (40%) disfagia. La mediana de MMT8 fue 127 (RIC 69.5). El anti-Ro52 fue positivo en 6 pacientes (42.9%), anti -Jo1 en 4 pacientes (28.6%), Mi2 en 2 (14.3%), TIF1 gamma en 2 (14.3%), NXP2 en 1 (7.1%). Catorce (70%) tuvieron alteración en USP, con una mediana de TLBS fue 19.5 (RIC 22.3). En la TAC, 11 (55%) presentaron alguna alteración tomográfica, 8 (40%) NINE, 1 (5%) atrapamiento aéreo, 1 (5%) tractos fibrosos. La ausencia de rales velcro se asoció con TAC normal en todos los pacientes, mientras que en 2/8 (25%) con NINE estuvieron presentes. Utilizando la TAC positiva para NINE como referencia de oro, la USP fue positiva en 7/8 (87.5%) y en aquellas con TAC negativa para NINE la USP fue negativa en 4/8 (50%). En los 18/20 (90%) pacientes con capilaroscopia alterada, 7/20 (35%) presentaban tac normal y 7/20 (35%) NINE.

Conclusión: La ausencia de rales velcro en el examen físico se asoció con TAC normal, y la positividad de USP se asoció con TAC positiva para NINE. Estas asociaciones no tuvieron significancia estadística probablemente debido al bajo número de pacientes incluidos.

0231

DERMATOMIOSITIS ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTI MDA5: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE DOS CENTROS EN BUENOS AIRES

Miurika CORONELL¹, Delys TORRES¹, Verónica VARGAS¹, Carolina CARRIZO², Micaela COSATTI², Mercedes CROCE¹, Carolina SÁNCHEZ ANDÍA¹, Analía Patricia ALVAREZ¹

¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JOSÉ MARÍA PENNA; ²CEMIC

Introducción: La dermatomiositis (DM) asociada a anticuerpos anti MDA5 constituye una entidad clínica heterogénea con riesgo elevado de enfermedad pulmonar intersticial (EPID), particularmente en su forma rápidamente progresiva (EPID-RP), asociada con alta mortalidad. Estudios internacionales han reportado prevalencias variables de EPID RP superiores al 40% en cohortes asiáticas y europeas. En América Latina, los datos son limitados y no se han caracterizado de forma sistemática los perfiles clínicos en pacientes con Anti MDA5.

Objetivo: Describir las características de los pacientes con DM asociada a anticuerpos anti MDA5 atendidos en dos centros de referencia de Buenos Aires, estimar la prevalencia de EPID, EPID-RP y comparar los hallazgos con cohortes internacionales.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, realizado en el Hospital J.M Penna y el Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC). Se incluyeron 22 pacientes adultos con diagnóstico confirmado de DM por criterios de Bohan y Peter o Sontheimer y positividad para anticuerpos anti MDA5.

Resultados: En esta cohorte, el 90.9% de los pacientes (n=20) presentó al menos una manifestación cutánea clásica, siendo las pápulas de Gottron el hallazgo más frecuente. El 63.6% (n=14) presentó úlceras cutáneas, el 54.5% (n=12) artritis y compromiso muscular en un 68.2% (n=15), con predominio de manifestaciones musculares y cutáneas y escasa inflamación sistémica grave. El 68, 2% (n=15) presentó compromiso pulmonar, pero solo el 18.2 % (n=4) desarrolló EPID RP, cifra considerablemente menor a la reportada en Asia y Europa. El 27 3% (n=6) de los pacientes fue positivo para anti-Ro 52, también por debajo de lo informado en otras series donde se reporta hasta en un 50-70%. Solo la mitad de los pacientes con EPID RP tuvo PCR elevada. La mortalidad observada fue del 12.5% (n=2) debidas a insuficiencia respiratoria aguda relacionada con el compromiso de la enfermedad y otro paciente por causas infecciosas, aunque hubo un 27.3% (n=6) de datos faltantes por falta de seguimiento.

Conclusión: En esta cohorte se observó una menor prevalencia de EPID RP, anti-Ro 52 positivo y mortalidad en comparación con cohortes internacionales, lo cual podría reflejar un fenotipo menos agresivo en nuestra población. Asimismo, se identificó una baja proporción de pacientes con parámetros inflamatorios marcadamente elevados lo cual apoya esta hipótesis. Estos hallazgos refuerzan la heterogeneidad fenotípica en nuestra población y subrayan la necesidad de realizar estudios multicéntricos regionales que permitan identificar perfiles clínicos específicos en Latinoamérica y contribuyan a una mejor estratificación del riesgo en pacientes con anti-MDA 5. La limitada cantidad de pacientes analizados no permite establecer clústeres de asociación, pero podría incentivar a la realización de futuros estudios de este tipo que permitan un abordaje terapéutico personalizado.

0245

ENTRECruzAMIENTOS CLÍNICO-SEROLÓGICOS EN MIOPATÍAS INFLAMATORIAS SUPERPUESTAS: ANÁLISIS DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA

Ana Carolina COSTI, Mercedes GARCÍA

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA

Introducción: Las miopatías inflamatorias superpuestas (OM) son un subtipo de miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) con asociación a enfermedades del tejido conectivo (ETC). Inicialmente definidas por Bohan y Peter (1975) mediante el diagnóstico simultáneo de MII y ETC, su conceptualización fue ampliada por Troyanov et al. (2005), quienes propusieron una definición clínico-serológica basada en miositis confirmada junto con manifestaciones clínicas de ETC y/o autoanticuerpos característicos.

Objetivo: Describir y comparar las características clínicas, serológicas y eventos de gravedad en pacientes con OM según su perfil inmunológico.

Métodos: Estudio retrospectivo de 49 pacientes con miopatía inflamatoria superpuesta (OM), seleccionados de una cohorte de 157 MII. Se clasificaron en tres grupos serológicos mutuamente excluyentes según el perfil de autoanticuerpos: MAA+ (anticuerpos de superposición exclusivamente), ETC (anticuerpos específicos de ETC sin MAA) y mixto (positividad para ambos). Para evaluar la severidad clínica se diseñó un índice de gravedad basado en eventos severos.

Resultados: Se incluyeron 49 pacientes con miopatía inflamatoria superpuesta: 36 en el grupo MAA+, 11 en el grupo mixto y 3 en el grupo con anticuerpos de ETC sin MAA. La debilidad muscular proximal fue frecuente en todos los grupos (83% en MAA+, 100% en mixto y 74% en ETC sin MAA). El compromiso pulmonar intersticial predominó en MAA+ (43%), y el fenómeno de Raynaud fue más común en mixto (70%) y ETC sin MAA (67%). El compromiso cutáneo fue prevalente en MAA+ (71%) y mixto (73%). El ANA fue positivo en el 94,3% del grupo MAA+ y en el 100% de los otros dos. El título más frecuente fue 1/1280, con patrón AC-4. El anticuerpo anti-Ro se detectó en MAA+ (62,9%) y mixto (80%). El anti-RNP predominó en mixto (81,8%). Los anticuerpos PM/Scl y anti-Ku se hallaron exclusivamente en MAA+ (20% y 8,6% respectivamente); uno de estos pacientes presentó miocarditis aguda y falleció. Se registraron 10 fallecimientos (20,4%): 2 en mixto (18,2%), 6 en MAA+ (16,7%) y 2 en ETC sin MAA (66,7%). El tiempo promedio hasta el óbito fue de 0,2 meses en MAA+ y 8,5 meses en mixto. Las complicaciones graves fueron más frecuentes en ETC sin MAA. El índice de gravedad diseñado para este estudio reflejó menor impacto clínico en MAA+ y mayor en ETC sin MAA.

Conclusión: La clasificación clínico-serológica aplicada permitió identificar perfiles diferenciados en la miopatía inflamatoria superpuesta. MAA+ presentó más compromiso pulmonar, exclusividad para PM/Scl y anti-Ku, y menor carga de eventos graves. El grupo mixto mostró alta prevalencia de anti-Ro y anti-RNP. ETC sin MAA concentró mayor mortalidad y eventos severos. Los hallazgos deben interpretarse con cautela por el tamaño reducido de la cohorte y el diseño retrospectivo.

0156

PREDICTORES DE RECAÍDA DE MIOPATÍAS INFLAMATORIAS EN PACIENTES ADULTOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO. ESTUDIO DE COHORTE

Elisabet Karen DELTIN, Franco FAELO, Iara TAITO VICENTI, Nicolás ALVARADO, Luciano LO GIUDICE, Marina SCOLNIK, Enrique R. SORIANO, Javier ROSA

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) pueden presentarse con un curso policíclico, asociándose a mayor morbimortalidad.

Objetivo: Estimar la incidencia de recaídas en pacientes con MII, y determinar factores asociados con las mismas.

Métodos: Estudio observacional, de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes adultos con MII (ACR/EULAR 2017) diagnosticados desde 1/1/2000 y seguidos hasta su fallecimiento, última visita al hospital o fecha de finalización del estudio (31/12/2024). Se registraron las características demográficas, clínicas y estudios complementarios de los pacientes al momento del diagnóstico de la MII. Se definió recaída como reaparición/ empeoramiento de la sintomatología después de haber mejorado con el tratamiento de primera línea y/o aumento de la dosis de corticoides/ adición de inmunosupresores. Se calculó la densidad de incidencia de recaída y se realizaron modelos de regresión de Cox uni y multivariado para determinar los predictores de recaída.

Resultados: Se incluyeron 198 pacientes con MII, el 73.2% fueron mujeres, la edad media al diagnóstico de MII fue de 53 años (15.4 DE) y la mediana de seguimiento fue de 3 años (RIC 1-7). La densidad de incidencia de recaídas fue de 12,5 por 100 pacientes-año (IC 95% 10,4-15,0). En el análisis multivariado, el sexo masculino, la presencia de artritis, compromiso cardíaco y anticuerpos antinucleares positivos se asociaron a mayor riesgo de recaídas durante el seguimiento.

Conclusión: La incidencia de recaídas fue de 12,5 por 100 pacientes-año. Se identificaron predictores asociados a un mayor riesgo de recaída, como el sexo masculino, la presencia de artritis, el compromiso cardíaco y anticuerpos antinucleares positivos.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS DE PACIENTES SEROPOSITIVOS PARA ANTI-PM/SCL-100 EN UNA COHORTE ARGENTINA

María Agustina ALFARO, Lorena Alejandra AVILES CRESPO, Cristian Alejandro BENÍTEZ, Miriam Patricia GIANI, Daiana GIARDINA, Luis Fernando HOYOS CALDERÓN, Arisai Graciela HUICI, Claudia PEÓN, Yhanderin YAMPA VEDIA, Julieta GAMBA

HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS

Introducción: Los anticuerpos anti-PM/Scl-100 se asocian clásicamente con síndromes de superposición entre SSc y MII. Sin embargo, su caracterización clínica aislada ha sido poco estudiada. Este trabajo busca describir las manifestaciones específicas en pacientes con estos autoanticuerpos.

Objetivo: Describir las características clínicas y serológicas de pacientes seropositivos para anti-PM/Scl-100, identificar enfermedades autoinmunes subyacentes y evaluar factores asociados.

Métodos: Estudio observacional en pacientes ≥ 16 años con serología positiva para anti-PM/Scl-100 atendidos en el HNAP (agosto de 2023- diciembre de 2024). Se recolectaron datos clínicos, serológicos, imagenológicos y terapéuticos. Se aplicó estadística descriptiva y comparativa (Chi², Fisher, T de Student o Mann-Whitney).

Resultados: De 1508 determinaciones serológicas realizadas entre 2023–2024 en el HNAP, se identificaron 31 pacientes anti-Ro52+ (2.1%). Predominaron mujeres (87.1%) con mediana de edad de 38 años (RIC 28.5–58.5). Todos presentaron FAN positivo, con títulos 1/80 y 1/1280 como los más frecuentes; el patrón nuclear moteado fue el más común (54.8%). El 64.5% fue anti-Ro+, con distribución similar entre Ro60 (55%) y Ro52 (45%). No se detectaron anticuerpos de miositis; un paciente fue anti-Ku+. El 74.2% recibió diagnóstico definitivo de enfermedad autoinmune: LES (43.3%), MII (33.3%), AR (13.3%), SSj (6.7%) y SSc (3.3%). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron artralgiás (59.4%), artritis (46.9%), síndrome SICCA/alopécia (40.6%) y debilidad muscular (37.5%). El 23.8% presentó compromiso pulmonar con patrón NINE. En 5 pacientes se midió PSAP > 30 mmHg que se asoció con síndrome sicca ($p=0.0157$), anti-Ro52 ($p=0.004$) y anti-Sm ($p=0.04$). El 80.6% recibió glucocorticoides (dosis media 6.5 mg/día); los fármacos más utilizados fueron hidroxiquina (58.1%) y metotrexato (25.8%). El 25.8% recibió tratamiento combinado. La mortalidad fue del 6.5% ($n=2$).

Conclusión: Los pacientes PM-SCL (+) mostraron alta prevalencia de enfermedades autoinmunes, con compromiso musculoesquelético, sicca y pulmonar. Se observó también una asociación con síndrome sicca y HTP.

DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON ANTI-RO52 EN UNA COHORTE ARGENTINA DEL HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS

Lorena Alejandra AVILES CRESPO, Cristian Alejandro BENÍTEZ, Luis Fernando HOYOS CALDERÓN, Arisai Graciela HUICI ROJAS, Yhanderin YAMPA VEDIA, Claudia PEÓN, María Agustina ALFARO, Daiana GIARDINA, Miriam Patricia GIANI, Julieta GAMBA

HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS

Introducción: Los anticuerpos anti-Ro52 se detectan en diversas enfermedades autoinmunes sistémicas. Su presencia se ha asociado con mayor gravedad clínica, como EPID y mortalidad.

Objetivo: Describir las características clínicas, serológicas y terapéuticas de pacientes con anti-Ro52 positivo atendidos en el HNAP. Estimar la frecuencia de enfermedades del tejido conectivo (ETC) y EPID.

Métodos: Estudio observacional en pacientes ≥ 16 años con serología positiva para anti-Ro52 atendidos en el HNAP (agosto de 2023-diciembre de 2024). Se recolectaron datos clínicos, serológicos, imagenológicos y terapéuticos. Se aplicó estadística descriptiva y comparativa (Chi², Fisher, T de Student o Mann-Whitney).

Resultados: De 1105 determinaciones, 231 (20.9%) fueron anti-Ro52+. Predominaron mujeres (87.9%) con mediana de edad de 47 años. El 18.6% requirió internación y la mortalidad fue del 3%, asociada a mayor edad ($p=0.002$). El 96% tuvo FAN+, con título 1/1280 y patrón moteado. Anti-Ro60 fue el anticuerpo más frecuente (58.4%) y se asoció con anti-La, ADN, Sm y U1RNP. El 79.7% cumplió criterios de ETC, principalmente SSj (29.4%), LES (28.2%), AR (13.1%) y MII (8.8%). El 17.2% presentó superposición diagnóstica. Los síntomas más comunes fueron sicca (49.8%), artralgiás (48.1%) y artritis (27.7%). El 33.7% tuvo TC; 20.5% mostró NINE y 8.9% NIU. La UIP se asoció a mayor edad ($p=0.016$). El 28.8% presentó PSAP ≥ 30 mmHg, asociada a FR y Raynaud ($p=0.047$ y $p=0.015$). El 37.7% recibió corticoides m (RIC) de 10 mg (5-20), El 8.2% ($n=19$) de los pacientes requirió tratamiento con GCIV, 74.9% ahorradores de esteroides (HCQ 45.3%, MTX 20.7%, MMF 9.4%) y 28.1% tratamiento combinado.

Conclusión: Los pacientes anti-Ro52+ presentaron alta frecuencia de enfermedades del tejido conectivo, con manifestaciones clínicas y serológicas heterogéneas. Se identificaron asociaciones relevantes con compromiso pulmonar, hipertensión pulmonar y autoanticuerpos específicos, destacando el valor de anti-Ro52 como marcador clínico-inmunológico relevante.

FENOTIPIFICACIÓN DE PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTI-RO52 POSITIVOS MEDIANTE ANÁLISIS DE CLUSTERIZACIÓN NO SUPERVISADA

Lorena Alejandra AVILES CRESPO, María Agustina ALFARO, Claudia PEÓN, Luis Fernando HOYOS CALDERÓN, Yhanderin YAMPA VEDIA, Cristian Alejandro BENÍTEZ, Arisai Graciela HUICI ROJAS, Daiana GIARDINA, Miriam Patricia GIANI, María Julieta GAMBA.

HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS

Introducción: La positividad para el anticuerpo anti-Ro52 se asocia con una notable heterogeneidad clínica en un amplio espectro de enfermedades autoinmunes sistémicas, lo que dificulta la estratificación de riesgo y el manejo terapéutico. El uso de *machine learning* no supervisado ofrece una metodología objetiva para identificar fenotipos clínicos dentro de esta población diversa.

Objetivo: Utilizar un análisis de clusterización para identificar y caracterizar fenotipos clínico-serológicos distintos en una cohorte de pacientes anti-Ro52 positivos.

Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal en 231 pacientes anti-Ro52 positivos. Se aplicó el algoritmo de clusterización K-Means sobre un conjunto de 20 variables clínicas y serológicas relevantes. Se determinó el número óptimo de clústeres mediante el método del codo. Se analizaron las diferencias en las características demográficas, clínicas, serológicas, tomográficas y terapéuticas entre los clústeres, utilizando pruebas de Chi² para evaluar la significancia estadística.

Resultados: El análisis identificó cuatro fenotipos distintos: clúster 0 (Sjögren, n=82), caracterizado por síntomas SICCA (96.3%); clúster 1 (lupus/EMTC, n=25), definido por alta prevalencia de anti-Sm (68.0%) y anti-U1-RNP (88.0%); clúster 2 (miopatía inflamatoria, n=14), con 100% de prevalencia de debilidad muscular; y clúster 3 (indiferenciado, n=110), con menor carga de manifestaciones. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los patrones de tratamiento, incluyendo el uso de glucocorticoides (p=0.0246), hidroxicloroquina (p<0.001) y metotrexato (p<0.001), validando la relevancia clínica de los clústeres.

Conclusión: La clusterización no supervisada es una herramienta eficaz para estratificar a la población heterogénea de pacientes anti-Ro52, identificando cuatro fenotipos con perfiles clínicos y terapéuticos distintos y significativos. Este enfoque basado en datos tiene el potencial de mejorar la estratificación del riesgo y personalizar el manejo clínico.

0147

PREVALENCIA DEL COMPROMISO CARDÍACO EN PACIENTES CON MIOPATÍA INFLAMATORIA DE LA COHORTE DE PACIENTES DEL HOSPITAL POSADAS

Yhanderin YAMPA VEDIA, Cristian Alejandro BENÍTEZ, Lorena Alejandra AVILES CRESPO, Arisai Graciela HUICI ROJAS, Luis Fernando HOYOS CALDERON, Claudia PEÓN, María Agustina ALFARO, Jorge Leonardo FERREYRA ROMEA, Felipe Daniel OLIVIERI, Rubén Darío VIEIRA MIÑO, Federico Martín SINIUK, Julieta GAMBÁ

HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MI) son enfermedades autoinmunes sistémicas que afectan principalmente al músculo esquelético, pero también pueden comprometer órganos vitales, como el corazón. Si bien la afectación cardíaca se ha reportado con una prevalencia variable (6–75%), su detección sistemática en la práctica clínica aún es limitada, a pesar de su impacto en la morbimortalidad.

Objetivo: Determinar la prevalencia y características del compromiso cardíaco en una cohorte argentina de pacientes con MI, y explorar su asociación con fenotipos clínicos, biomarcadores y perfiles serológicos.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal, que incluyó pacientes ≥16 años con MI según criterios ACR/EULAR 2017, seguidos en el HNAP (2019–2025). Se evaluó compromiso cardíaco mediante ECG, ecocardiograma Doppler y biomarcadores (troponina I y proBNP). Se analizaron variables clínicas, comorbilidades, actividad (MITAX), daño (MDI), fuerza muscular (MMT8), tratamiento y perfiles de autoanticuerpos. Se empleó estadística descriptiva y pruebas de asociación bivariadas.

Resultados: Se incluyeron 89 pacientes, 82% mujeres, con edad m de 51 años y evolución media de enfermedad de 2 años. La dermatomiositis fue el subtipo más frecuente (46.1%). El 51.7% presentó al menos una alteración cardíaca. El ecocardiograma fue patológico en 42.8% (n=32), destacándose alteraciones valvulares (15.1%) y de motilidad (15.1%). El ECG fue anormal en 27.5% (n=14), observándose trastornos de conducción (11.8%) y ritmo (7.8%). La troponina I estuvo elevada en 17.8% y el proBNP en 22.5%. No se halló correlación significativa entre biomarcadores y MITAX. Se observaron asociaciones significativas entre el uso previo de estatinas y alteraciones cardíacas (ecocardiograma, troponina, proBNP), y entre comorbilidades tradicionales (diabetes, dislipidemia) y daño cardíaco.

Conclusión: Más de la mitad de los pacientes con MI presentó algún grado de compromiso cardíaco detectable mediante métodos no invasivos. Las alteraciones fueron diversas, afectando tanto parámetros estructurales como eléctricos y bioquímicos. La presencia de factores de riesgo cardiovascular tradicionales se asoció significativamente con estos hallazgos.

0148

SESGO DE GÉNERO EN GUÍAS Y RECOMENDACIONES SOBRE REUMATOLOGÍA EN ARGENTINA: UN ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO

María Belén NAVARRO, Gabriel SEQUEIRA, Eduardo KERZBERG

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA

Introducción: Hasta el momento no se ha evaluado el sesgo de género en el contexto de las guías y recomendaciones sobre la reumatología (GRR) argentina.

Objetivo: Analizar la representación de las mujeres en las GRR publicadas entre 2010 y 2024, y que incluyeran al menos un/a reumatólogo/a argentino/a.

Métodos: Se seleccionaron artículos correspondientes a GRR publicados entre el 1/1/2010 y el 31/12/2024, que tuvieran, al menos, un reumatólogo afiliado a un centro argentino, registrándose el género (hombre/mujer) y si incluían, al menos, un autor extranjero (INT) o no (NAC). Se identificó el género del primer autor y del autor de correspondencia. Se analizaron los conflictos de interés con la industria farmacéutica (COI) a partir de las declaraciones de los autores y su género.

Resultados: Se analizaron 92 GRR (80% INT). La mediana de año de publicación fue 2021. En total, se encontraron 535 autores; 276 (52%) fueron mujeres. En las 74 GRR/INT se encontraron 201 autores; 85 (42%) fueron mujeres. En las 18 GRR/NAC se encontraron 334 autores; 191 (57%) fueron mujeres (p: 0.001). La mediana de autores de género masculino por trabajo fue de 1 (Rango Inter cuartil 25-75% o RIC 1-3) vs 0 (RIC de 0-2) en mujeres (p < 0.001). En los 18 GRR/NAC la mediana de autores hombres fue de 8 (RIC 4-13) vs 8.5 (RIC 6-17) en mujeres (p 0.4), mientras que en los GRR/INT la mediana de autores fue de 1 (RIC 1-1) en hombres vs. 0 (RIC 0-1) en mujeres (p<0.001). En 25 casos el primer autor era argentino; en 11 (44%) fueron mujeres. En 12 trabajos el autor de correspondencia era argentino; en 5 (42%) fueron mujeres. En 27 trabajos se declararon COI: en 18 (67%) solo fueron declarados por hombres y en el resto por hombres y mujeres. Se declararon 63 COI de los cuales 39 (62%) correspondieron a hombres y el resto a mujeres. La mediana de COI por trabajo fue de 1 (RIC 1-2) en hombres vs 0 (RIC 0-2) en mujeres (p<0.001).

Conclusión: Las mujeres son mayoría en las GRR argentinas, pero a expensas de una mayor representación en las GRR/NAC. Las mujeres son minoría como primeros autores y como autores de correspondencia. Los COI muestran un sesgo de género a favor de los hombres.

0136

MASTITIS GRANULOMATOSA: EXPERIENCIA, DIAGNÓSTICO Y MANEJO INTERDISCIPLINARIO

Darío MATA, María Gimena GÓMEZ, Malena VIOLA, María Celina DE LA VEGA, Natalia PUGLIESE, María Emilia MANCUSO, Mariela FERNÁNDEZ, Ingrid SEHRINGER, Gustavo FERNÁNDEZ

HOSPITAL GRAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH

Introducción: La mastitis granulomatosa idiopática (IGM) es una enfermedad inflamatoria benigna crónica de la mama. Aunque su etiología no está completamente definida, se postula una respuesta autoinmune local, posiblemente inducida por infección con *Corynebacterium kroppenstedtii*. Afecta principalmente a mujeres jóvenes, como masas mamarias dolorosas, eritema, fístulas o abscesos, simulando mastitis aguda o cáncer. El diagnóstico es histopatológico: granulomas no caseificantes con células gigantes en lóbulos mamarios. No existen guías terapéuticas unificadas, por lo que se requiere abordaje multidisciplinario.

Objetivo: Describir las características clínicas, bacteriológicas, patológicas y el tratamiento de pacientes con IGM en un hospital público de Buenos Aires.

Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo y observacional (2017-2024). Se recolectaron datos clínicos y demográficos, antecedentes mamarios y presentaciones según la clasificación de Yaghan (patrones A-D y "E" para enfermedad extramamaria). Se analizaron imágenes mamarias, cultivos, PPD y radiografía de tórax. Las biopsias fueron evaluadas con hematoxilina-eosina y coloraciones especiales. Se documentaron tratamientos, evolución, recurrencias y complicaciones. Se definió curación como ausencia de signos clínicos y por imágenes al finalizar el tratamiento, y recurrencia si reaparecían tras 3 meses.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes. Las formas más comunes fueron patrón C (43%) y B (33%). Se realizaron ecografías (100%), mamografías (74%) y resonancias (11%). La ecografía reveló masas hipoeoicas irregulares con Doppler+, colecciones y trayectos. La biopsia confirmó mastitis granulomatosa en el 58% y su variante neutrofílica quística en el 42%. *Corynebacterium* fue identificado en el 59% mediante cultivo y/o histología. El tratamiento combinó antibióticos (84%), corticosteroides (73%) y metotrexato (51%). Se realizaron drenajes o cirugía en el 25%. Hubo recurrencias en el 14%.

Conclusión: La alta prevalencia de *Corynebacterium* sugiere su participación etiológica. La eficacia del tratamiento combinado con inmunosupresores respalda la hipótesis de autoinmunidad reactiva. Se destaca la necesidad de estrategias multidisciplinarias y protocolos estandarizados para optimizar su manejo.

0163

CALIDAD DE LA INFORMACIÓN SOBRE EL COLÁGENO Y LA CÚRCUMA EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN YOUTUBE

María Marlene VÁSQUEZ VELÁSQUEZ, Ana Karina VACAFLOR DURAN, Julieta CAR, Gabriel SEQUEIRA, Eduardo KERZBERG

HOSPITAL DE AGUDOS RAMOS MEJÍA, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Introducción: En Argentina, los suplementos dietéticos (SD) se venden sin receta y se promocionan libremente con el objetivo de equilibrar dietas insuficientes. Según un estudio previo, el 58% tenía colágeno o cúrcuma como uno de los componentes.

Objetivo: Analizar los videos de *YouTube* sobre el uso de colágeno o cúrcuma en reumatología.

Métodos: Se seleccionaron los primeros 100 videos obtenidos en *YouTube* al buscar "uso de colágeno/ cúrcuma en enfermedades reumáticas", simulando la búsqueda de un paciente. Se incluyeron videos en español, sin restricción de duración o país, que mencionaran el uso de colágeno o cúrcuma en relación a la salud osteoarticular. Se excluyeron duplicados y fragmentos. La información se evaluó con la herramienta DISCERN (Weil et al.). Un puntaje menor de 39 señala un video deficiente o muy deficiente. Se registraron datos sobre el país de origen del video, presencia de profesionales de la salud, fuente pública o privada, promoción de un producto, mención de alguna enfermedad reumática y dosis/duración sugerida.

Resultados: Se analizaron 178 videos (93 de colágeno/ 85 de cúrcuma), de los cuales 170 (95.5%) correspondían a iniciativas privadas. Los videos provenían de Argentina (7%) y el resto de España, Estados Unidos y 14 países de Latinoamérica. La mediana del año de publicación de los videos fue 2023. Fueron puntuados como deficientes o muy deficientes 101 (57%) del total de los videos. En 68 videos (38%) del total participaba un profesional de la salud. Se mencionaba alguna enfermedad reumática en 86 (48%) del total de los videos: artrosis/osteoartritis fue el término más mencionado en 89% de 37 videos de colágeno y artritis reumatoidea en 57% de 49 videos de cúrcuma. Solo 54 (30%) del total de los videos sugerían consultar a un médico.

Conclusión: La propaganda en *YouTube* sobre el uso de colágeno y cúrcuma en reumatología es relativamente reciente y no es un fenómeno local. Los videos sobre cúrcuma son de peor calidad, de mayor duración, pero menos frecuentemente asociados a una marca comercial. La asociación de los SD con una condición reumática específica podría confundir a aquellas personas que buscan alivio para sus síntomas reumáticos o retrasar la consulta con un médico.

0238

FRECUENCIA DE PATOLOGÍA INFLAMATORIA INMUNOMEDIADA EN PACIENTES CON NEUMONÍA POR *PNEUMOCYSTIS JIROVECI* CONFIRMADA POR LAVADO BRONCOALVEOLAR: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Ramiro GÓMEZ, Santiago CATALAN PELLET, Federico MALDONADO, Silvina RODRÍGUEZ, Paula KOHAN, Claudia CALLE MONTUORO, Pablo MAID

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Introducción: La neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (PJP) puede producir gran mortalidad en pacientes inmunocomprometidos, especialmente no VIH. Los pacientes con enfermedad inflamatoria inmunomediada sistémica (EIS) tienen riesgos específicos por su diagnóstico de base y exposición a ciertos fármacos. Si bien se propone profilaxis para PJP según la relación riesgo-beneficio en EIS, la real incidencia de PJP parece ser baja.

Objetivo: Reportar la frecuencia de EIS en pacientes con PJP confirmada por lavado bronquioalveolar (LBA).

Métodos: Se revisaron historias clínicas de pacientes sometidos a LBA por sospecha de PJP en nuestro centro (01/2020-05/2025). Se evaluó diagnóstico de base y se definió PJP como Groccot o PCR para *P. jirovecii* (+). Los pacientes se clasificaron en patología oncohematológica, oncológica, trasplante órgano sólido, inmunodeficiencias primarias, HIV, EIS y otros. En aquellos con EIS, se evaluó uso de profilaxis con TMS, uso de esteroides (dosis actual y máxima y tiempo de uso), factores de riesgo clínicos para PJP (<65 años, Linfocitos <500/mm³, Enfermedad Pulmonar Intersticial), uso de terapias de riesgo (micofenolato, inhibidores calcineurina, ciclofosfamida, rituximab) actual y en los 12 meses previos al evento y desenlace clínico.

Resultados: Se identificaron 272 LBA por sospecha de PJP en 236 pacientes: Oncohematología 53.8% (n=127), otros 15.7% (n=37), EIS 11% (n=26), Oncología 11% (n=26), trasplante de órgano sólido 6.8% (n=16), VIH 5.1% (n=12) e inmunodeficiencia primaria 2.9% (n=7). Algunos pertenecieron a >1 categoría. Se registraron 18 PJP en 18 pacientes (12 Groccot, 6 PCR) y solo una (5.5%) presentó EIS: una paciente con artritis reumatoidea en tratamiento con metotrexato+infiximab, sin esteroides en los 4 años previos, con <65 años y EPI, que no recibía profilaxis. Resolvió satisfactoriamente. Entre los 254 LBA negativos para PJP, 25 pacientes presentaron EIS, de quienes 16% recibían profilaxis con TMS y 68% esteroides (mediana de prednisona 10 [RIC 5-20] mg/día y tiempo de uso 84 [48-1278] meses). Once recibían terapias de riesgo. Falleció el 48% (n=12).

Conclusión: Los pacientes con EIS representaron una minoría, aunque la tinción Groccot puede no ser tan sensible en ellos y no se contó con PCR en todos los casos, con lo que podríamos subestimar casos. Además, no se incluyeron pacientes que no podían someterse a LBA. Durante el período de estudio, seguimos 2009 pacientes con EIS por lo cual, tomando la totalidad, detectamos 1 PJP en 2914 pacientes/año. Si bien el riesgo es disímil, resulta ilustrativo de una cohorte del mundo real. No podemos descartar que la baja representación de EIS sea por el uso de profilaxis, aunque el uso registrado de profilaxis fue bajo. Más estudios son necesarios para definir el riesgo real en nuestra población.

0228

USO DE LEFLUNOMIDA PARA EL TRATAMIENTO DEL PENFIGOIDE DE MEMBRANAS MUCOSAS OCULAR

Ariana RINGER¹, Andrea SMICHOWSKI², Ignacio GANDINO³, María Lorena BRANCE⁴, Ana Rosa PEREZ⁵, Ramiro GÓMEZ⁶

¹CLÍNICA DE MEDICINA Y LABORATORIO INMUNOLÓGICO ESPECIALIZADO; ²CONSULTORIO PRIVADO; ³HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES; ⁴REUMATOLOGÍA ROSARIO; ⁵INSTITUTO DE INMUNOLOGÍA CLÍNICA Y EXPERIMENTAL DE ROSARIO (DISER, CONICET); ⁶HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL, CONSULTORIO DE REUMATOLOGÍA BUENOS AIRES (CREUBA)

Introducción: El penfigoide de membranas mucosas ocular (PMMO) es una enfermedad autoinmune y crónica. Sin tratamiento, conduce a deterioro visual en el 75% de los casos. Distintas drogas han demostrado efectividad en PMMO, pero la evidencia para leflunomida (LFN) es mínima.

Objetivo: Reportar la experiencia clínica con LFN en PMMO.

Métodos: Se registraron características demográficas y clínicas. Se definió "progresión" de enfermedad al aumento del estadio de Foster, "efectividad de LFN" como supresión de inflamación y ahorro de esteroides, y "falta de tratamiento" como falta de control inflamatorio, suspensión de LFN por evento adverso o necesidad de adición de otro inmunomodulador. Se realizó estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: Se evaluaron 358 registros, incluyendo 34 pacientes que recibieron LFN. 23 mujeres, edad media al diagnóstico 64.5±8.63 años, evolución mediana al inicio de LFN 10 (RIC 5-19) meses. Mediana de seguimiento 27 (17-35) meses. Casi el 80% presentó estadio Foster ≤2. Todos los pacientes, excepto uno, comenzaron LFN como segunda línea tras fallo a metotrexato (MTX); 24 como terapia aditiva y 10 en monoterapia. Más del 80% recibía esteroides sistémicos al inicio de LFN (prednisona 10 [RIC 10-20] mg/día). Duración del tratamiento con LFN 6.5 (3-14) meses y fue efectivo en 55.8% (19/34). Quienes continuaron con LFN al final del seguimiento (n=17) se encontraban sin esteroides, 9 recibían LFN+MTX y 8 LFN monoterapia, con mediana de tratamiento 12 (6-17) meses. Un paciente discontinuó por remisión. Entre los 44.2% que fallaron, 3 discontinuaron por evento adverso y el resto por falta de efectividad, con mediana de tratamiento de 4 (3-6) meses. Estos fueron seguidos 16 (3-20) meses tras discontinuar LFN y recibieron 2 (1-3) líneas de tratamiento ulteriores. En su última consulta, 66% recibía esteroides y se encontraba en tercera a sexta línea terapéutica. A 6 meses, la persistencia de LFN fue 52.9% (18/34), con 13 suspensiones y 3 pacientes con solo 3 meses de terapia efectiva. Cuatro pacientes (8.5%) progresaron en su enfermedad: todos comenzaron LFN como terapia aditiva y discontinuaron tras 3-4 meses de tratamiento. Fueron seguidos 17 (9-22) meses tras discontinuar y requirieron 4 líneas adicionales de tratamiento. Comparando pacientes con éxito y falla terapéutica, la única diferencia fue la dosis de esteroides al inicio de LFN (9.71±11.5 mg/día vs 19.6±10.6 mg/día, p<0.01). El inicio de LFN monoterapia se asoció a éxito (OR 12.6, IC95% 1.36-115.97, p=0.02).

Conclusión: En este estudio retrospectivo, LFN parece una opción terapéutica para algunos pacientes con PMMO. Se necesitan estudios prospectivos adicionales para confirmar estos hallazgos.

0300

HIPERFERRITINEMIA EN EL PACIENTE REUMATOLÓGICO HOSPITALIZADO, ¿MARCADOR DE SEVERIDAD Y PRONÓSTICO EN EL PACIENTE AGUDO?

Juan Pablo ARAQUE MEDINA, Sofía Del Rosario MALDONADO, Ignacio LÓPEZ, Alejandro BRIGANTE

SANATORIO GÜEMES

Introducción: La ferritina es considerada la principal proteína de almacenamiento del hierro, siendo un reactante positivo de fase aguda frecuente en enfermedades reumatológicas. La hiperferritinemia (>500 ng/mL) es marcador de severidad en el paciente internado. El siguiente trabajo busca evaluar la evolución clínica de los pacientes hospitalizados por enfermedades reumáticas que cursaron con hiperferritinemia en el Sanatorio Güemes, en el período comprendido entre 01/2023 y 03/2024.

Objetivo: Determinar las características clínicas de los pacientes reumatológicos internados en el sanatorio Güemes en el período comprendido entre enero de 2023 y marzo de 2024 que debutan con hiperferritinemia durante su internación.

Métodos: Estudio retrospectivo, analítico, de cohorte transversal de pacientes internados en el lapso de 01/2023 a 03/2024 en el sanatorio Güemes, que cursaron con un resultado de ferritina >500 ng/ml, durante su internación, analizando la internación prolongada, manifestaciones sistémicas, ingreso a unidad de cuidado intensivo y mortalidad.

Resultados: De 528 pacientes internados, se obtuvieron 12 pacientes, sin diferencia entre sexos, con una mediana (m) de edad de 45 años (RIC 18 - 75 años); el motivo de ingreso más frecuente fue la disnea 58% siendo vasculitis ANCA la enfermedad de ingreso más frecuente (25%), en relación a los antecedentes, la hipertensión arterial fue el más frecuente (50%). El compromiso pulmonar estuvo presente en el 66.7%, siendo la hemorragia alveolar

difusa (HAD) la más prevalente. La m de ferritina fue de 1974 (RIC: 1549-11327), de Proteína C reactiva de 160 (RIC 34.8- 128) y de eritrosedimentación fue de 133 (RIC 12.8-83.8). El 83% de los pacientes tuvo una internación prolongada y el 66% requirió internación en unidad de cuidado intensivo, con una mortalidad del 41.7% siendo las infecciones y las complicaciones pulmonares las más frecuentemente asociadas (16% cada una).

Conclusión: En nuestra cohorte de 12 pacientes se evidenció que la vasculitis, la enfermedad de Still y la esclerosis sistémica son las patologías mayormente asociadas con hiperferritinemia, hallazgos compatibles con los descritos por Yildiz et al. Se encontró mayor mortalidad en los pacientes con Enfermedad de Still asociada a hiperferritinemia >10.000 ng/mL y dentro de las manifestaciones clínicas prevalecen las pulmonares, sobresa-liendo la hemorragia alveolar como la manifestación pulmonar más frecuente. Este hallazgo es de considerar, dado que la hiperferritinemia tiene una asociación con manifestaciones respiratorias como la EPID y en los casos de hiperferritinemia, está asociada a daño pulmonar grave. Dado el tamaño muestral, se necesitan estudios con muestras más grandes para confirmar estas asociaciones y guiar estrategias terapéuticas en la práctica clínica.

0285

EFECTO DE LA DIETA HIPOINFLAMATORIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS: ESTUDIO ANTES-DESPUÉS

Linda Grey VERGEL ORDUZ, Analía PEREZ, Micaela COSATTI

CEMIC

Introducción: La dieta hipoinflamatoria basada en alimentos libres de gluten, lácteos de origen animal y de azúcar blanca refinada, ha mostrado algunos efectos beneficiosos sobre la actividad de las enfermedades reumatológicas. No hay datos sobre pacientes en nuestro país.

Objetivo: Primario: Evaluar el efecto de dieta hipoinflamatoria en la mejoría del score de la enfermedad a los 3 meses en pacientes reumatológicos. Secundarios: evaluar el cambio de FACIT, HAQ, VAS dolor, VAS paciente, VAS médico, PCR, VSG, glucemia, LDL, TGs, HDL, e índices (INL neutrófilo/linfocito, IPL plaqueta/linfocito, IML monocito/linfocito) a los 3 meses.

Métodos: Estudio cuasi-experimental con diseño antes-después. Se incluyeron pacientes consecutivos que aceptaron hacer la dieta hipoinflamatoria evaluados por un reumatólogo en el mes -3 (antes), mes 0 y mes +3 (después). Se registraron variables sociodemográficas y de la enfermedad, y en cada visita el score de actividad, HAQ, FACIT, EVA dolor, VASp, VASm y laboratorio. En la visita 0 fueron asesorados por la nutricionista y luego seguidos mensualmente por 3 meses para llevar a cabo la dieta con o sin suplementos. Se utilizó estadística descriptiva, medias (DS), medianas (RIC 25-75) y test según la distribución de datos. Para el objetivo primario se utilizó un modelo logístico de efectos aleatorios con variable dependiente dicotómica (mejora clínica). Se incluyeron como predictores el tiempo, uso de suplementos, edad, años de enfermedad, nivel educativo y anticuerpos. Para los objetivos secundarios se empleó un modelo de regresión para análisis de datos longitudinales

Resultados: De 56 pacientes, 28 terminaron la intervención, estos tenían más años de enfermedad, mediana de 5 (3-10) vs. 7 (4-14) p 0.021. En el resto de las características no encontramos diferencias significativas. De estos 28, 26 (93%) eran mujeres, con una media de 55 (13.5) años, hipotiroidismo 10 (36%) fue la comorbilidad más prevalente, y la artritis reumatoidea (AR) 11 (39%) la enfermedad reumatológica más frecuente seguida de la artritis psoriásica 8 (14) y el lupus (LES) 8 (14). La adherencia a la dieta fue >80%. A los 3 meses, la probabilidad de mejora con la dieta fue significativamente mayor (OR= 1052, IC95%: 6.20–179541; p = 0.008), controlando por los suplementos. El uso de suplementos no mostró efecto significativo (OR=0.16, IC95%: 0.01–2.77; p = 0.209). Los objetivos secundarios significativos fueron: VASm, VASp, EVA dolor, FACIT, el peso y el IPL.

Conclusión: La dieta hipoinflamatoria mejoró el score de actividad de la enfermedad, el peso, IPL y las escalas subjetivas de fatiga, dolor y actividad. Sumarle suplementos no aportó un beneficio adicional. Se necesita una muestra mayor para mejorar la precisión de los resultados.

0331

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES

Emilio BUSCHIAZZO, Eugenia PICCO, Ana Carolina RALLE, Martín Miguel SALAS, Laura TOSO, Romina ROJAS TESSEL, Leila BELBRUNO, Vicente JUÁREZ
HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

Introducción: Las enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA) son un grupo de patologías con compromiso sistémico que requieren tratamiento específico sin el cual pueden sufrir exacerbaciones con el consiguiente daño y aumento de la morbilidad. Diferentes factores relacionados al paciente, al médico, al sistema de salud y a la naturaleza del fármaco pueden influenciar en el cumplimiento del mismo.

Objetivo: Determinar el grado de cumplimiento de tratamiento en pacientes con ERAI y variables asociadas al mismo

Métodos: Se incluyeron pacientes ≥18 años con diagnóstico de ERAI (AR, LES, SSp, ES, VS, entre otros) de un hospital público con sector de reumatología de la consulta ambulatoria consecutivos. Se utilizaron el CQR-5 y la proporción de días de suministro (MPR), considerando un 80% como adherente. Se compararon los pacientes incluidos en 2025 con aquellos pacientes incluidos en 2024, pero excluyendo aquellos de la actividad privada y de otras provincias para evitar sesgos por diferencias geográficas o demográficas. Se utilizó estadística descriptiva, comparando a los pacientes mediante Test de T de student, Mann-whitney o Chi² o Test exacto de Fisher, según la naturaleza y distribución de las variables considerando un valor de p < 0.05 como significativo.

Resultados: Se incluyeron 88 pacientes de marzo a junio de 2025, 80 (90.9%) de sexo femenino, con edad media de 52.7 años (DS 10.1), con diagnósticos de AR en 71 pacientes (80.7%) y LES 9 (10.2%). Catorce (15.9%) tenían obra social, 44 (50%) Incluir Salud y 30 (34.1%) ninguna cobertura, 80 (91%) de clase baja o media baja según GRAFFAR. Según CQR-5, 75 (85.2%) tenían buena adherencia, aunque al calcular el MPR para las diferentes csDMAR la adherencia fue baja (MTX 35 (54.7%), LFN 13 (56.5%), HCQ 10 (62.5%) y aún menor para btsDMAR (7 (31.8%). Hubo una mayor frecuencia de adherencia en aquellos pacientes que tenían algún tipo de cobertura, pero sin alcanzar significancia estadística (Tabla). Al comparar los pacientes de 2025 vs. los de 2024 (n=133), se encontró una disminución de la adherencia de 2024 a 2025 para MTX (57.1% vs. 54.7%), HCQ (71.9% vs. 62.5%) y btsDMAR (48% vs. 31.8%) y un aumento para LFN (53.8% vs. 56.3%), pero sin alcanzar significancia estadística.

Conclusión: La prevalencia de adherencia medida por MPR para todas las csDMAR tuvo un rango de 54.7 a 62.5%, siendo aún más baja para btsDMAR (31.8%), si bien poseer algún tipo de cobertura social aumentó el porcentaje de adherencia, no hubo asociaciones significativas. Para la mayoría de los tratamientos, la adherencia bajó al comparar pacientes registrados en 2024 vs. en 2025, siendo notorio el descenso en btsDMAR (de 48% a 31.8%). Teniendo en cuenta que 91% de los pacientes eran de clase baja o media baja, no se pudo comparar la influencia de los diferentes estratos sociales en la adherencia

MPR > 80% -	Alguna Cobertura	Ninguna Cobertura	Obra social	No Obra social
MTX	21 (56.8)	14 (51.9)	7 (77.8)	28 (50.9)
LFN	12 (66.7)	1 (20)	4 (100)	9 (47.4)
HCO	8 (61.5)	2 (66.7)	0 (0)	10 (66.7)
btsDMAR	6 (33.3)	1 (25)	3 (60)	4 (23.5)

Tabla

0311

EXPERIENCIA DEL USO DE ROMOSUZUMAB EN OSTEOPOROSIS DE MUY ALTO RIESGO

Daniela Alejandra PONCE¹, María Florencia GORDILLO¹, Melisa Romina LUNA¹, Julieta QUIROGA SAMPIRISI¹, Matías BENAVENTE¹, Pablo FERRADA², Silvina NASI¹, Carlos WIEDERHOLD¹, Agustín GARCIA CICCARELLI¹

¹HOSPITAL EL CARMEN; ²HOSPITAL CENTRAL

Introducción: La osteoporosis (OP) se caracteriza por la disminución de la densidad mineral ósea (DMO) y el aumento del riesgo de fracturas. Es un problema de salud pública creciente, debido al envejecimiento de la población. El riesgo de fracturas osteoporóticas (FO) se puede predecir, pesquisar y disminuir. El romosozumab es un anticuerpo monoclonal humanizado, anti-sclerostina con efecto dual, que ha demostrado una reducción eficaz y temprana del riesgo de FO y una mejora sostenida en la DMO

Objetivo: Determinar la media (M) de variación en la DMO y marcadores óseos tras un año de romosozumab. Observar la ocurrencia de MACE durante el tratamiento.

Métodos: Estudio analítico, observacional, retrospectivo. De octubre de 2022 a julio de 2025 se reclutaron pacientes, mayores de 18 años, con OP de muy alto riesgo, que hubiesen cumplido romosozumab, 210 mg SC/mes por 12 meses. Se registraron los valores de DMO y la concentración sérica de marcadores óseos, previo y postratamiento y el cambio porcentual. Se excluyeron del análisis las vértebras con >1 DE. Se consignó la presencia de antecedentes cardiovasculares (CV) previo inicio del tratamiento y MACE pre y durante la intervención. Las variables continuas fueron expresadas como M y desvío estándar (DS) y/o Me y RIC según correspondiera y fueron comparadas usando T-Test Student. Las variables categóricas fueron expresadas como frecuencias absolutas y relativas (n, %) y comparadas con chi² o Test exacto de Fisher. Una p<0,05 fue considerada estadísticamente significativo. El análisis estadístico fue realizado con Epi Info 7.

Resultados: Se reclutaron 14 pacientes, se incluyeron 9 que cumplían los criterios de inclusión, todas de sexo femenino. La M de edad fue de 66 años (DS:58-76). Presentaron incremento en la DMO tras 12 meses de tratamiento. La M del porcentaje de cambio fue: 16,6% CL, 3,9% CT, 3,8% CF y 1,2% radio 33%. Sin significación estadística. El β -crosslaps disminuyó de 248 ng/ml a 189 ng/ml (p=0,7). La osteocalcina se incrementó de 5,5 a 13,47. Tres presentaban factores de riesgo CV previo inicio de tratamiento. Ninguna presentó MACE previo ni durante intervención.

Conclusión: Se vio mejoría en la DMO tras 12 meses de tratamiento de 16,6% en CL, en comparación con lo publicado en el estudio ARCH (13.7%), aunque sin significación estadística. La osteocalcina aumentó y el β -cross disminuyó en coincidencia con el perfil dual observado en ARCH y FRAME. No se reportaron MACE ni nuevas fracturas durante el tratamiento. El tamaño de la muestra y la falta de grupo control se consideran limitaciones, pero se vio correlación entre lo publicado y nuestra experiencia, reforzando la eficacia del romosozumab y la importancia de su indicación temprana, incluso como primer fármaco en pacientes con OP con muy alto riesgo.

0270

TERAPIA MULTICOMPONENTE PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA

María Laura DE LA TORRE, Silvia CITRO, Silvana BORDAZAHAR, Micaela COSATTI

CEMIC

Introducción: La fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica manifestada por dolor crónico generalizado musculoesquelético asociado a ansiedad, fatiga, depresión, disfunción cognitiva y alteraciones del sueño. Dentro de las terapéuticas para esta enfermedad, existe evidencia de que la terapia multicomponente (TM) es una de las intervenciones más beneficiosas. Este tratamiento está definido como una intervención que incluye ejercicio asociado a una terapia psicológica y/o educación. Múltiples estudios extranjeros han demostrado una fuerte evidencia en reducción del dolor, la fatiga y la depresión junto con mejoría en la calidad de vida y el estado físico.

Objetivo: Evaluar la efectividad de la TM en pacientes con FM. Como objetivo primario se evaluó la mejoría de la capacidad funcional mediante FIQR a las 12 semanas comparado con el basal de cada paciente. Como objetivos secundarios se evaluaron: VAS de dolor del paciente, VAS global del paciente, índice de fatiga FACIT, sueño mediante *Pittsburgh Sleep Quality Index*, calidad de vida mediante el EQ5D y HADS.

Métodos: Estudio cuasiexperimental longitudinal con mediciones pre y posintervención que incluyó a pacientes consecutivos mayores de 18 años con criterios ACR 2010 para FM. La intervención fue desarrollada por el servicio de Terapia Ocupacional y constaba de un encuentro modalidad taller (programa de autogestión en dolor persistente) de 2,30 h y 10 sesiones de tratamiento presencial de 1 hora de duración. Se desarrollaron 4 temáticas: educación en dolor, escaneo corporal, ritmo (del cuerpo y en las actividades cotidianas) y movimiento global funcional sin miedo. Los pacientes fueron evaluados de forma basal y luego al fin de la intervención, a las 12 semanas y a las 24 semanas por un médico reumatólogo. Se realizó estadística descriptiva y un modelo de regresión para análisis de datos longitudinales.

Resultados: Se incluyeron 6 mujeres que finalizaron el seguimiento completo con una edad media de 63 años (DS 6). Se observó una tendencia del FIQR a descender desde la visita basal hasta la visita de la semana 12. Tanto el VAS de dolor del paciente como el VAS global del médico, FACIT y *Pittsburgh Sleep Quality Index* presentaron una tendencia a disminuir a través de todo el seguimiento de los pacientes. En contraposición se observó un aumento significativo del HADS al final del seguimiento a la semana 24. Dos pacientes (33%) disminuyeron el tratamiento farmacológico durante el seguimiento. Los efectos beneficiosos parecerían disminuir al llegar a la semana 24.

Conclusión: Estos son resultados preliminares que reflejan una tendencia a la mejoría de la capacidad funcional medida mediante FIQR a las 12 semanas en pacientes con FM luego de la TM. La tendencia a la mejoría inicial parece ir disminuyendo con el paso del tiempo.

FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR EN PACIENTES AMBULATORIOS ATENDIDOS POR REUMATÓLOGOS EN ARGENTINA: ESTUDIO PREDORAR

Nicolás Martín LLOVES SCHENONE¹, Eduardo STONSKI², Daniel WEISSBROD³, Lía INGOLOTTI⁴, Marcia ESPÓSITO⁵

¹COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA VISCA; ²HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES; ³FUNDACIÓN GADA (GRUPO DE ALIVIO AL DOLOR EN ARGENTINA); ⁴SANATORIO MÉNDEZ; ⁵FUNDACIÓN GADA

Introducción: El dolor es uno de los principales motivos de consulta en reumatología, y constituye una experiencia compleja que afecta la funcionalidad, el estado emocional y la calidad de vida. A pesar de su relevancia clínica, no existen datos locales actualizados sobre la frecuencia y las características del dolor en pacientes que consultan en forma ambulatoria en Argentina.

Objetivo: Describir la frecuencia y las características del dolor en pacientes adultos que consultan en forma ambulatoria al reumatólogo en Argentina. Describir las comorbilidades asociadas, tratamientos realizados y calidad de vida.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico y transversal realizado entre junio de 2024 y julio de 2025 en consultorios de reumatología de Argentina. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, en consultas de primera vez o seguimiento. Se recolectaron datos sociodemográficos, diagnósticos, características del dolor, patologías de base, comorbilidades, tratamientos, síntomas de ansiedad, depresión y calidad de vida.

Resultados: Se incluyeron 107 pacientes, con edad media de 55,3 años (DE 16,3), siendo 74,8% mujeres. El 81,3% consultó por dolor y el 78,2% lo presentaba al momento de la evaluación. El 93,1% refirió dolor crónico (mayor a 3 meses). Las patologías de bases más frecuentes fueron osteoartritis (40,2%) y artritis reumatoidea (31,8%). Un 56% de los pacientes refirió comorbilidades, siendo el hipotiroidismo y la diabetes mellitus las más reportadas. Las localizaciones más frecuentes del dolor fueron miembros superiores (52,9%), inferiores (48,3%) y columna lumbosacra (43,7%). La naturaleza del dolor dominante fue articular (52,9%), periarticular (41,4%) y muscular (36,8%). El tipo más común fue somático inflamatorio (52,9%), seguido de mixto (21,8%) y neuropático (17,2%). El dolor fue intermitente en 62,1%, continuo en 31,0%, diurno en 36,8% y nocturno en 33,3% de los pacientes. La intensidad media mínima según escala visual numérica (EVN) fue 4,29 (DE 1,98) y máxima 6,99 (DE 1,63). El 50,5% recibió tratamiento analgésico; los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) fueron los más indicados (56,1% orales, 54,2% tópicos), seguidos por paracetamol/dipirona (49,5%). El 31,8% recibió tratamiento no farmacológico. El 69% reportó limitaciones para caminar, el 63,2% dificultades en actividades cotidianas y el 66,3% ansiedad y/o depresión. Solo el 36,1% refirió mejoría significativa con el tratamiento recibido al momento de la consulta.

Conclusión: El dolor impactó negativamente en la funcionalidad, el estado emocional y la calidad de vida de los pacientes estudiados, evidenciando la necesidad de un abordaje integral y multidisciplinario en esta población. Estos resultados ponen en evidencia la necesidad de estrategias terapéuticas multidimensionales centradas en el paciente, que integren abordajes farmacológicos y no farmacológicos, para optimizar el manejo del dolor crónico con una mirada integral.

IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA Y RETRASO DIAGNÓSTICO

Marcos Aurelio VÁZQUEZ BÁEZ, Raquel Adela ARANDA, Santiago FERREIRA, Sebastián ALDERETE, Karin BAUMANN ESCOBAR

DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS, FCM-UNA

Introducción: La fibromialgia es una condición crónica caracterizada por dolor generalizado, fatiga y otros síntomas que impactan notablemente en la calidad de vida. El Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ) es una herramienta validada para medir la severidad multidimensional de la fibromialgia.

Objetivo: Describir las características demográficas, el retraso diagnóstico y el impacto de la fibromialgia a través del Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ), utilizando datos recolectados mediante una encuesta electrónica en una cohorte de pacientes paraguayos.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de fibromialgia que son miembros de la Asociación de pacientes con Fibromialgia del Paraguay. La selección se realizó de forma voluntaria y anónima a través de una encuesta electrónica autoadministrada a través del Formulario de Google Form®. La información recopilada incluyó datos como edad, sexo, procedencia, tiempo de retraso en el diagnóstico (en años, desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico formal) y las evaluaciones del FIQ (Total, Función, Impacto General y Síntomas) a través del software IBM SPSS versión 30.0.0.

Resultados: El análisis incluyó a 63 pacientes, predominantemente de sexo femenino (98,4%). Con una edad promedio al momento del diagnóstico de 50,24±11,40 años. Con una distribución predominante en el departamento Central (66.66%), Capital 17,46%. El tiempo promedio de retraso en el diagnóstico fue de 1,48±0,759 años. La media del FIQ total fue de 54,87±8,316. Por su parte la media para los dominios del FIQ fueron: Función: 11,16±6,705. Impacto General :14,71±4,225 y Síntomas: 29±5,79.

Conclusión: Estos hallazgos sugieren un impacto significativo de la fibromialgia en la calidad de vida de los pacientes, evidenciado también por un retraso considerable en el diagnóstico. Esto resalta la necesidad de implementar estrategias que se centren en lograr un diagnóstico temprano y con ello reducir el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de los pacientes.

IMPACTO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS CHICKUNGUNYA EN LA ACTIVIDAD DEL SÍNDROME DE SJÖGREN

Laura Jazmín MARTÍNEZ GAONA, Yanira YINDE, Marcos Aurelio VÁZQUEZ BÁEZ

DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS, FCM-UNA

Introducción: El virus Chikungunya es un alfavirus transmitido por mosquitos infectados del género *Aedes*, causante de un cuadro febril, articular inflamatorio y sistémico.

Objetivo: Investigar el impacto de la infección por el virus Chikungunya en la actividad del síndrome de Sjögren evaluada mediante el ESSDAI (Índice de Actividad de la Enfermedad del Síndrome de Sjögren de la EULAR). Identificar el dominio del ESSDAI más afectado por la infección viral. Determinar la correlación entre la edad de los pacientes y la actividad de la enfermedad.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo de corte transversal que incluyó pacientes con síndrome de Sjögren primario (según criterios ACR/

EULAR 2016) mayores de 18 años, que contrajeron la infección por el virus Chikungunya durante el período de enero de 2023 a enero de 2025. Se registraron las puntuaciones del ESSDAI antes y después de la infección. Se compararon las puntuaciones totales del ESSDAI y las de los diferentes dominios (glandular, articular, hematológico, etc.). La infección por Chikungunya se confirmó mediante RT-PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa en Tiempo Real). La información fue obtenida de historias clínicas electrónicas. Se emplearon pruebas de correlación de Pearson, según la distribución de los datos, para analizar la relación entre el evento y las variables clínicas. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. El análisis se realizó utilizando el software IBM SPSS versión 30.0.0.

Resultados: En nuestro estudio, de 34 pacientes con síndrome de Sjögren primario, 11 (32.4%), todos de sexo femenino, se infectaron con el virus Chikungunya. La edad promedio de los pacientes infectados fue de 48.78 ± 14.76 años. El análisis de correlación de Pearson reveló que la actividad global de la enfermedad mostró una correlación positiva y significativa entre las mediciones pre y posinfección ($r=0.740$, $p<0.001$). Varios dominios específicos, incluidos el constitucional ($r=0.619$), glandular ($r=0.740$), articular ($r=0.430$), pulmonar ($r=0.770$) y muscular ($r=0.770$), también presentaron correlaciones positivas significativas. Las puntuaciones de los dominios linfadenopatía, renal, sistema nervioso periférico (SNP), sistema nervioso central (SNC), hematológico y biológico se mantuvieron sin cambios. Además, se identificó una correlación positiva y significativa entre la edad de los pacientes y el puntaje total del ESSDAI ($r=0.365$, $p=0.030$). La cual fue evidente en los dominios Constitucional y Articular.

Conclusión: La infección por el virus Chikungunya aumenta significativamente la actividad global del síndrome de Sjögren. El impacto se correlacionó positivamente con la actividad previa en los dominios constitucional, glandular, articular, pulmonar y muscular. La edad de los pacientes se asoció con una mayor actividad de la enfermedad, especialmente en los dominios constitucional y articular.

0129

APLICACIÓN DE LA BIOPSIA DE GLÁNDULAS SALIVALES MENORES PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA

Lucía DEGLOANNI, Lizarraga CAMILA, Diego BAENAS, Elisa NOVATTI, Verónica SAURIT, Ana Cecilia ÁLVAREZ

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

Introducción: Entre el 15-20% de los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial (EPI) tienen una enfermedad autoinmune no diagnosticada, siendo el síndrome de Sjögren (SS) una etiología frecuente. El pronóstico de aquellos pacientes con EPI asociada a colagenopatías es mejor en relación a las formas idiopáticas. La biopsia de glándulas salivales menores (BGSm) es un procedimiento poco invasivo que nos permite arribar a un diagnóstico específico de SS.

Objetivo: Describir, en una cohorte de pacientes con EPI de etiología desconocida, los hallazgos de las BGSm y las características clínicas y serológicas de aquellos pacientes con SS de inicio pulmonar.

Métodos: Estudio analítico retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de EPI de etiología desconocida por tomografía computada de alta resolución (TACAR), a quienes se les haya realizado una BGSm desde enero de 2021 a octubre de 2024 en el servicio de Reumatología. Se excluyeron pacientes con enfermedades pulmonares previas o diagnóstico de otra enfermedad autoinmune asociada. Se definieron como positivas las biopsias con score de Chisholm y Mason modificado grado III o IV, y/o Focus score >1 . Se utilizaron los criterios de clasificación para SS ACR/EULAR 2016.

Resultados: Se realizaron BGSm a 33 pacientes con EPI de etiología desconocida, siendo positivas para SS en 19 casos (58%). Estos pacientes con SS de inicio no-sicca representaron un 7% del total de diagnósticos de SS por BGSm en el mismo período. 15 pacientes (78%) sexo femenino, la edad media al diagnóstico de EPI fue de 62 años ($DE \pm 12$). La mediana de tiempo entre el diagnóstico de EPI y el de SS fue de 10 meses (RIC 2-23). El 52% ($n=10$) tenían síntomas sicca y el 85% ($n=16$) eran seropositivos (12 ANA, 6 Anti-Ro, 6 FR). 8 pacientes cumplieron criterios de clasificación ACR/EULAR 2016 para SS. El patrón NSIP fue el patrón más prevalente en el grupo con BGSm positivas ($p=0,01$), y el UIP en el grupo de BGSm negativas ($p:0,002$).

Conclusión: Nuestro estudio mostró que la BGSm es un procedimiento sencillo y conveniente para el diagnóstico de SS en pacientes con EPI de etiología desconocida, especialmente en aquellos sin síntomas sicca o seronegativos.

0197

EL ROL DE LA MEDICIÓN DEL FLUJO SALIVAL NO ESTIMULADO EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS CLASIFICATORIOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE SJÖGREN

Lucía María CASTORINO, Micaela RODRÍGUEZ, Eliana AVILÁN RODRÍGUEZ, María Belén PALLO LARA, Gina Alejandra CAMPÓVERDE LALANGUI, Simón SIGNORIO, Anastasia SECCO

SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA HOSPITAL RIVADAVIA.

Introducción: La enfermedad de Sjögren (ES) es una enfermedad autoinmune multisistémica que se caracteriza por la hipofunción de las glándulas salivales y lagrimales, así como por posibles manifestaciones sistémicas multiorgánicas. En 2016, se desarrollaron los nuevos criterios clasificatorios ACR/EULAR para la ES. La xerostomía es uno de los síntomas más frecuentes. La prueba de flujo salival no estimulado (FSNE) es uno de los criterios objetivos de la clasificación y un resultado $\leq 0,1$ ml/min se considera positivo. Dado que se trata de un procedimiento no invasivo, rápido y fácil de realizar, nos propusimos evaluar su rol en el cumplimiento de los criterios clasificatorios en pacientes con ES.

Objetivo: Evaluar el rol del FSNE en el cumplimiento de los criterios clasificatorios en pacientes con ES. Describir la frecuencia de FSNE positivo en pacientes que cumplen criterios clasificatorios.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, con recolección retrospectiva de los datos. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que cumplieran criterios clasificatorios ACR/EULAR 2016 para ES. Se excluyeron aquellos con otro diagnóstico que pueda explicar los síntomas o con otra enfermedad reumática autoinmune. Se realizó estadística descriptiva, las variables continuas se describieron como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartílico, según distribución y tamaño muestral. Las variables categóricas se reportaron en porcentajes.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes, 96 (96%) de sexo femenino, media de edad al momento de la evaluación en años de 57 ($DE \pm 13,8$), media de tiempo de evolución de la enfermedad en años de 6 (RIC: 3-12). 61 de 89 pacientes (68.5%) presentaron un focus score ≥ 1 en la biopsia de glándula

Variable	n: 100
Género femenino, n (%)	96 (96)
Edad en años (media)	57 (DE: 13.8)
Biopsia Focus Score ≥ 1 , n (%)	61/89 (68.5)
Ro positivo, n (%)	81 (81)
Test oculares positivos, n (%)	71/97 (74.2)
FSNE positivo, n (%)	64 (64)
FSNE en ml (mediana)	1 (RIC: 0.4-2)
Tiempo de evolución de la enfermedad (mediana)	6 (RIC: 3-12)

Tabla: Características basales y demográficas.

salival menor (BGSM), 81 (81%) RO positivo, 71 de 97 (74.2 %) test oculares positivos y 64 (64%) FSNE positivo. En un 20% de los pacientes la medición del FSNE cumplió un rol fundamental en el cumplimiento de los criterios clasificatorios ACR/EULAR 2016. 14% de los pacientes alcanzaron el cumplimiento de dichos criterios gracias a la realización del FSNE. En 6% de los pacientes la decisión de realizar la BGSM hubiera estado respaldada únicamente por la presencia de test oculares positivos, por lo que la medición del FSNE fortaleció el fundamento de avanzar en la decisión.

Conclusión: La medición del FSNE se puede considerar un procedimiento de gran utilidad para alcanzar el cumplimiento de los criterios clasificatorios para ES, con ventajas claras en comparación con otras técnicas diagnósticas por ser no invasiva, de fácil reproducibilidad y simple de realizar en la práctica habitual de consultorio.

0218

FLUJO SALIVAL COMO MARCADOR DE RESERVA GLANDULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE SJÖGREN

Santiago DALTO, Simón SIGNORIO, María Belén PALLO LARA, Micaela RODRÍGUEZ, Lucia CASTORINO, Julieta MORBIDUCCI, Vanesa BEJARANO, Anastasia SECCO

HOSPITAL RIVADAVIA

Introducción: Los hallazgos de la ecografía (US) de glándulas salivales mayores y su asociación con medidas objetivas de función glandular (flujo salival no estimulado y estimulado) pueden mejorar el abordaje terapéutico de la enfermedad.

Objetivo: Primario: Establecer la relación entre los hallazgos ecográficos y las pruebas funcionales de las glándulas exocrinas: flujo salival no estimulado (FSNE) y estimulado (FSE). Secundario: establecer la relación entre los hallazgos anatomopatológicos de la biopsia de glándula salival menor con hallazgos ecográficos y las pruebas funcionales de las glándulas exocrinas.

Métodos: Estudio de corte transversal. Se realizó ecografía de ambas glándulas parótidas (GP) y submandibulares (GSS), FSNE y FSE, clinimetría (SSDI, ClinESSDAI, ESSPRI, EVA de sequedad) a pacientes consecutivos con enfermedad de Sjögren según criterios clasificatorios americano-europeos 2002 y/o ACR-EULAR 2016. El FSNE se evaluó como variable continua. El FSE se categorizó como alteración leve (>0.7 ml/min), moderada (0.1-0.7 ml/min) y severa (<0.1 ml/min). En la ecografía de GP y GSS se informó el score OMERACT, la presencia de bandas hiperecogénicas y áreas hipocogénicas. Se recolectaron autoanticuerpos y resultados de biopsias de glándula salival menor (GSM). Se utilizó estadística descriptiva: medias (DS) o mediana (25-75%) y correlación de Spearman.

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes con diagnóstico de ES. La media de edad fue 56 años (± 14), la mediana de enfermedad fue 42 meses (RIC: 8-110), 41 (93%) eran ANA positivos, 35 (80%) Ro positivos y -41% La positivos. La media del ESSPRI fue 5 (± 2), la mediana del SSDI de 2 (RIC: 1-3), la media del clinessdai 1.53 (± 3.58). 28 (62%) tenían FSNE patológicas, la mediana del volumen (ml/min) fue 1 (RIC:0.22-2). En la sialometría estimulada, 30 (67%) tuvo alteración leve, 12 (27%) moderada y 3 (7%) severa. Encontramos correlación leve entre el score OMERACT total con FSNE (Rho -0.32) y moderada con el FSE (Rho 0.42). Hubo correlación leve entre el score OMERACT de PG y el FSNE (Rho -0.35) y moderada con FSE (Rho 0.48); el OMERACT de GSS se correlacionó levemente con el FSE (Rho 0.33). Las áreas hipocogénicas en PG y GSS se correlacionaron con el FSE en forma moderada y leve, respectivamente (Rho 0.52 y 0.34). Se halló correlación moderada entre el focus score (FS) y el volumen de FSNE (Rho -0.43).

Conclusión: El presente estudio encontró correlación moderada entre la presencia de áreas hipocogénicas y el flujo salival estimulado lo cual sugiere un vínculo entre la inflamación y la función salival y el menor correlación con el daño. Estos hallazgos tendrían implicancias terapéuticas.

0284

EVALUACIÓN DEL DAÑO TEMPRANO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE SJÖGREN

Deyner AGUILAR MEDINA¹, Vanesa BEJARANO¹, Aixa Lucía MERCÉ¹, María Belén PALLO LARA¹, Gina CAMPOALEGRE¹, Santiago DALTON¹, Emily DÍAZ¹, Cecilia ASNAL², Paula PUCCI², Cristina AMITRANO², Laura RAITI³, Jimena YAHUITA³, Anastasia SECCO¹

¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA; ²HOSPITAL ALEMÁN, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA; ³CONSULTORIO PRIVADO

Introducción: La enfermedad de Sjögren (ES) es una patología autoinmune sistémica caracterizada por disfunción de glándulas exocrinas, pero con alta prevalencia de manifestaciones extraglandulares. El daño acumulado es un factor pronóstico relevante, aunque su aparición temprana (<5 años desde el diagnóstico) ha sido poco explorada. El *Sjögren Syndrome Disease Damage Index* (SSDDI) permite cuantificar el daño irreversible y fue validado en español en el año 2022 para Argentina. Comprender la utilización e interpretación de esta herramienta en etapas tempranas de ES nos puede guiar a intervenciones más eficaces.

Objetivo: 1) Evaluar la presencia de daño acumulado temprano en pacientes con diagnóstico de ES <5 años, mediante el SSDDI, e identificar sus asociaciones clínicas y serológicas; 2) determinar la frecuencia y distribución del daño en los diferentes dominios evaluados por el SSDDI en pacientes con diagnóstico ES <5 años; 3) analizar la relación entre el daño temprano y variables clínicas: sexo, edad, manifestaciones iniciales, serologías, tratamientos previos.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, transversal, utilizando la base de datos GESSAR (SAR). Se incluyeron pacientes > 18 años con diagnóstico de ES <5 años, según criterios ACR/EULAR 2016. Se excluyeron casos secundarios y con registros incompletos. Se utilizó estadística descriptiva y análisis bivariado. Se consideró daño precoz la puntuación SSDDI >1 .

Resultados: Se analizaron 39 pacientes, de los cuales 37 (95%) presentaban daño temprano (SSDDI >1). La mediana del SSDDI fue de 2 (RIC: 2-3). El 97.3% fueron mujeres, con edad media al diagnóstico de 49.1 años. Los dominios más frecuentemente afectados fueron el oral (73%) y ocular (73%), pérdida de dientes (subdominio oral) (21.6%). No se halló asociación estadísticamente significativa entre el SSDDI > 1 y sexo, presencia de comorbi-

lidades, uso de antimaláricos, corticoides, hipocomplementemia ni positividad serológica (anti-Ro, anti-La, ANA). Tampoco se asoció con actividad acumulada (ESSDAI) o percepción de síntomas por parte del paciente (ESSPRI).

Conclusión: La mayoría de los pacientes con ES presentó daño en los primeros 5 años de diagnóstico, teniendo mayor compromiso en los dominios glandulares. En este análisis, aunque no se identificaron factores clínicos o serológicos asociados a daño, los hallazgos enfatizan la necesidad de una evaluación temprana y sistemática con herramientas validadas apropiadas como el SSDDI. Este enfoque puede permitir el uso de estrategias más proactivas en forma precoz, utilizando terapias destinadas a prevenir daños irreversibles.

0263

APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DEL SÍNDROME DE SJÖGREN "SSSQ SCORE" EN ARGENTINA

José Manuel DÍAZ OCHOA¹, Raúl SUELDO¹, Luciana GONZÁLEZ LUCERO¹, Pablo Nicolás VECE¹, María Constanza BERTOLACCINI¹, Ana Lucía BARBAGLIA NAVARRO¹, Blanca Carolina LÓPEZ¹, Fernanda LA MARCA¹, Liliana María GALINDO², Natalia SÁNCHEZ², Verónica BELLOMIO¹

¹HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA; ²FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN

Introducción: La xeroftalmía es un motivo de consulta frecuente en oftalmología y uno de los principales síntomas del síndrome de Sjögren (SS). En 2022 se desarrolló el cuestionario SSSQ (*Screening Questionnaire for Sjögren's Syndrome*) que consta de 5 preguntas y una puntuación mayor o igual a 7 puntos (sobre un máximo de 11) identifica a los pacientes con SS.

Objetivo: Determinar la confiabilidad del cuestionario SSSQ en pacientes con xeroftalmía. Evaluar las variables asociadas

Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal durante mayo a junio de 2025. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, alfabetos que consultaban de manera consecutiva por xeroftalmía al Servicio de Oftalmología. Los criterios de exclusión fueron: uso de antidepresivos, antipsicóticos, benzodiacepinas, colirios de timolol, diuréticos y enfermedades de exclusión dentro de los criterios ACR/EULAR 2016. El cuestionario original fue traducido por 2 reumatólogos argentinos a la versión en español obteniéndose una versión final consensuada y retro-traducida. El oftalmólogo aplicó el cuestionario SSSQ y realizó Test de Schirmer y Rosa de Bengala a todos los pacientes. Para evaluar la concordancia interobservador el reumatólogo aplicó nuevamente el cuestionario y realizó la prueba de flujo salival no estimulado (FSNE). Se evaluaron variables demográficas, tiempo de evolución de la xeroftalmía, comorbilidades (Hipertensión arterial, Diabetes mellitus tipo 2, Hipotiroidismo y otros), ESSPRI (EULAR *Sjögren's Syndrome Patient Reported Index*), variables de laboratorio (anti Ro, anti La y factor reumatoideo) y biopsia de glándulas salivales menores. Se consideró Gold Standard a los criterios clasificatorios ACR/EULAR 2016.

Resultados: Se incluyeron 56 pacientes, 86% mujeres, edad media de 50.2±11.4 años, 62.5% amerindios. El 38% presentaba un tiempo de evolución de xeroftalmía menor a 6 meses y 63% tenía comorbilidades. La media del score SSSQ fue 5.9±2.7 y la media del score ESSPRI fue de 5.5±2.5. El 29% tuvo test de Schirmer disminuido, 55% de Rosa de Bengala positivo y 43% con FSNE patológico, 7% eran anti-Ro positivos. Veintitrés pacientes (41%; IC95%= 28.2; 54) presentaron un puntaje SSSQ mayor o igual a 7, y 4 pacientes (7.1%) clasificaron para SS según criterios ACR/EULAR 2016 por laboratorio. Se evaluó la confiabilidad del SSSQ, se calculó coeficiente de concordancia Kappa de Cohen con resultado K=0,92 con (IC95%= 0.82; 1). Los pacientes con anti Ro y prueba de Rosa de Bengala positivos presentaron SSSQ mayor o igual a 7 (p=0.029 y 0.024 respectivamente).

Conclusión: El cuestionario SSSQ demostró ser un instrumento confiable y observador independiente.

0269

IMPLICANCIAS CLÍNICAS DEL COMPROMISO EXTRACRANEAL EN ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

Jeremy SANTIAGO, María Victoria CHIARVETTO PERALTA, Romina TANTEN, Alfredo Leiber VARGAS CASELLES, Diana Carolina FERNÁNDEZ ÁVILA, Marina SCOLNIK, Javier ROSA

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: Dentro del espectro de pacientes con arteritis de células gigantes (ACG) el tipo de compromiso vascular pareciera influir en el comportamiento a largo plazo.

Objetivo: Evaluar las características clínicas y desenlaces de pacientes con ACG según su fenotipo (craneal, extracraneal, o mixto).

Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de ACG en seguimiento en un Hospital Universitario entre 2002 y 2024. Se clasificaron en 3 fenotipos: craneal (C-ACG), extracraneal (GV-ACG), y mixto (M-ACG) según su localización, determinada por manifestaciones clínicas e imágenes. Se recolectaron variables demográficas, hallazgos de laboratorio e imágenes, tratamientos recibidos y complicaciones. Se efectuó análisis descriptivo y comparativo de desenlaces entre fenotipos.

Resultados: Se incluyó un total de 120 pacientes, con una edad media al diagnóstico de 76.5 años (DE 6.8), 80.8 % mujeres, que fueron seguidos una mediana de 4.6 años (RIC 1.9 - 8.6 años). La mediana de dosis inicial de prednisona fue de 50 mg (RIC 25-75) con una mediana de duración del tratamiento con corticoides de 33.0 meses (RIC 18.7-55.4). 64 pacientes (53.3%) presentaron un fenotipo craneal, 12 (10.0%) extracraneal y 44 (36.7%) un fenotipo mixto. Del total de la muestra, 47 pacientes (39.2%) presentaron PMR asociada. Se realizó biopsia de temporal en 65 pacientes (54.2%), eco Doppler de arterias temporales en 85 (70.8%) y en 96 (80.0%) se realizó una imagen de grandes vasos (angioTAC, angioRMN o PET). Al inicio de la enfermedad los pacientes con ACG extracraneal presentaron significativamente más fiebre, pérdida de peso, artritis periférica y PMR asociada. Del total de pacientes, 9 (7.5%) quedaron con ceguera permanente, 15 (12.5%) desarrollaron un aneurisma de aorta torácica en el seguimiento, 36 (30.0%) presentaron fracturas osteoporóticas, 51 (42.5%) una infección seria y 11 (9.2%) insuficiencia suprarrenal. Los pacientes con compromiso extracraneal requirieron en el tiempo más uso de DMARD (MTX y/o tocilizumab) (33.9% vs. 14.1%, p=0.01) y desarrollaron aneurismas de aorta con mayor frecuencia (19.6% vs. 6.3%, p=0.03) que aquellos con fenotipo craneal. No hubo diferencias en cuanto a la duración del tratamiento con corticoides ni en la frecuencia de recaídas.

Conclusión: Los pacientes con ACG con compromiso extracraneal mostraron una mayor necesidad de uso de DMARDs en el seguimiento y una mayor frecuencia de desarrollo de aneurismas de aorta torácica que aquellos con compromiso exclusivamente craneal.

0341

EVALUACIÓN DE LA SUPERVIVENCIA SEGÚN EL GRUPO ETARIO EN PACIENTES CON POLIANGEÍTIS MICROSCÓPICA, GRANULOMATOSIS CON POLIANGEÍTIS Y GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA

Agostina BONICATTO, Ignacio LÓPEZ, Alejandro BRIGANTE

SANATORIO GÜEMES

Introducción: Las vasculitis asociadas a anticuerpo antineutrófilo (VAA-ANCA), granulomatosis con poliangéitis (GPA) poliangéitis microscópica (PAM) y granulomatosis eosinofílica con poliangéitis (EGPA) son enfermedades caracterizadas por inflamación de pequeño vaso. Estas entidades presentan alta morbilidad y mortalidad con desenlaces clínicos heterogéneos según el momento del diagnóstico, la presencia de complicaciones y la respuesta al tratamiento inmunosupresor. Estudios previos han reportado que el envejecimiento se asocia con un peor pronóstico y mayor cantidad de recaídas, en parte debido a la mayor carga de comorbilidades y la menor tolerancia a la inmunosupresión.

Objetivo: Evaluar factores que intervengan en el tiempo de evolución al primer brote desde el diagnóstico y la respuesta al tratamiento en función de grupos etarios.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, se analizaron las características clínicas, tratamiento, perfiles serológicos y evolución de pacientes que cumplan criterios ACR/EULAR 2023 para GPA, EGPA y PAM.

Resultados: Se evaluaron 47 pacientes, el 55% (n=26) fueron hombres, con una mediana (m) de edad de 54 años (RIC 41-64), la mayoría fueron GPA 51% (n=24). Con respecto a las comorbilidades, las más frecuentes fueron HTA, DBT y DLP con 62%, 28% y 23% respectivamente, se observaron similares porcentajes de MPO y PR3 en nuestra base y al igual que las m observadas tanto para FFS, BVAS y VDI Se evaluó el tiempo al primer *flare* dividiendo los pacientes en grupos etarios (<60 y >60) donde se observó una m de tiempo en meses de 25 en los <60 y de 41 meses en >60, observando una asociación estadísticamente significativa con enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular.

Conclusión: En este análisis retrospectivo de 47 pacientes con vasculitis se observó, en concordancia con la literatura revisada, que los mayores de 60 años que tenían antecedentes de enfermedad coronaria y ACV previos, presentaron una tendencia estadísticamente significativa a realizar un brote, mientras que en los menores de 60 años hubo una tendencia menor de tiempo de evolución entre el diagnóstico y el primer brote. Estos datos refuerzan la importancia de realizar un enfoque personalizado y estratificado de pacientes donde la edad y las comorbilidades pueden influir en la toma de decisiones terapéuticas y tiempo de seguimiento de nuestra población.

0214

POLIMIALGIA REUMÁTICA Y RIESGO DE CÁNCER EN UN ESTUDIO DE COHORTE

María Sol IRAGOLA IELMINI, Iván NAGY, Nicolás ALVARADO, Marina SCOLNIK, Enrique R. SORIANO, Javier ROSA, Álvaro LEIVA, Marioly FUERTES

HIBA

Introducción: Los estudios sobre la relación entre polimialgia reumática (PMR) y cáncer han arrojado resultados contradictorios y se han visto limitados por múltiples factores.

Objetivo: Estimar la incidencia de cáncer en pacientes con PMR y compararla con controles emparejados. Identificar factores de riesgo asociados al desarrollo de neoplasias.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de PMR (criterios ACR/EULAR 2012) afiliados a un Plan de Salud de un Hospital Universitario de Buenos Aires entre el 1/01/2002 hasta el 31/12/2023 con al menos 1 año de seguimiento, y se emparejaron 1:2 con controles según edad y sexo. Se definió como fecha índice el momento del diagnóstico de la PMR y se excluyeron a los individuos con diagnóstico de cáncer previo a la misma. Los participantes fueron seguidos desde la fecha índice hasta la última consulta en el hospital, su desafiliación al Plan de Salud, su fallecimiento o la fecha de finalización del estudio (31/12/2024). Se calculó la densidad de incidencia de cáncer y la razón de tasas de incidencia (IRR) entre grupos. Se realizó análisis uni y multivariado de regresión de Cox para identificar factores asociados con desarrollo de cáncer.

Resultados: Se incluyeron 168 pacientes con PMR y 336 controles, un 75,6% mujeres, con una edad media al diagnóstico de 76 años (DE 7,8) con una mediana de seguimiento de 7,8 años (DE 4,7). 60 (11,9%) de 504 pacientes desarrollaron cáncer, con una media de edad al diagnóstico oncológico de 82 años (DE 7), siendo el 90% tumores sólidos. La densidad de incidencia (por 100 pacientes-año) fue de 50,9 en los pacientes con PMR y 31,2 en los controles, con un IRR de 1,63 (IC95%: 0,90–2,88). En cuanto a la sobrevida libre de cáncer no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos (p=0,38). En el modelo multivariado de Cox, ajustado por edad, sexo masculino y tabaquismo, la PMR no se asoció de manera significativa con el desarrollo de cáncer (HR 1,37; IC95%: 0,73–2,58; p=0,326). Las recaídas de PMR y el diagnóstico de vasculitis de grandes vasos no se asociaron con un mayor riesgo de cáncer. La mortalidad global y por cáncer fue similar en ambos grupos.

Conclusión: El diagnóstico de PMR no se asoció con una mayor incidencia de cáncer en comparación con controles. No se identificaron factores predictores de cáncer en pacientes con PMR.

0205

DE LAS ARTRALGIAS A LA POLIMIALGIA REUMÁTICA DE PRESENTACIÓN PERIFÉRICA: ANÁLISIS COMPARATIVO CON LA ARTRITIS REUMATOIDEA Y CON LA POLIMIALGIA REUMÁTICA CLÁSICA

Jessica SOLIS, Nataly MEJÍA, Gisel REYES, Carolina BARDINI, Juan ARGUELLO, Álvaro RUTA, Rodrigo MAGRI, Sebastián GARCÍA SALINAS

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, LA PLATA

Introducción: La polimialgia reumática (PMR) es una enfermedad inflamatoria del adulto mayor caracterizada por dolor y rigidez en la cintura escapular y pelviana, junto con elevación de reactantes de fase aguda. En contextos de evaluación de síntomas articulares periféricos, puede observarse una forma atípica, denominada aquí PMR de presentación periférica (PMRp), cuyo diagnóstico diferencial es con la artritis reumatoidea (AR).

Objetivo: Estimar la frecuencia y las características clínicas de pacientes con PMRp identificados en un programa estructurado de evaluación de artrosis. Compararlos con pacientes diagnosticados con AR durante el mismo período. Comparar pacientes con PMRp con un grupo control con PMR clásica diagnosticados en la práctica habitual.

Métodos: Estudio transversal que incluyó pacientes con artrosis sin diagnóstico previo evaluados en un modelo estructurado con laboratorio (VSG,

Variable	PMR (20)	AR (249)	p-valor	OR (IC 95%)
CCP +	0%	50%	-	ND
FR+	12%	66%	0.001	0.07 (0.02-0.33)
FR (UI/ml) (DS)	8.72 (5.72)	86.32 (149.12)	0.001	
Edad (DS)	63.15 (8.41)	54.92 (13.62)	0.0004	
NAI (DS)	0.71 (1.16)	1.76 (2.51)	0.0029	
ECOGRAFIA: SINOVITIS	0%	27%	0.0048	ND
TIEMPO INICIO SINTOMAS Y Diagnostico (Meses)	20.84 (41.42)	38.27 (54.51)	0.0988	
PCR positivo	68.4%	48.1%	0.0998	2.33 (0.86-6.36)
CDAI	13.50 (7.31)	18.01 (8.06)	0.1309	
Años estudio	12.29 (3.17)	13.68 (3.71)	0.1346	
DAS28 ERS	3.38 (1.31)	3.80 (1.48)	0.1916	
Severidad de síntomas en la mañana	53	69	0.2018	0.51 (0.20-1.30)
HTA	15	27	0.2996	0.48 (0.14-1.69)
NAD	3.88 (3.12)	4.72 (3.53)	0.3043	
ECO TENOSINOVITIS	11	16	0.3158	
Síntomas articulaciones MCP	50	62	0.3233	0.61 (0.23-1.58)
Familiar de 1° grado con AR	5	17	0.3269	0.27 (0.04-2.09)
PCR (mg/l)	10.32 (11.69)	14.05 (41.93)	0.3386	
VAS	58.00 (15.68)	54.48 (21.27)	0.4231	
Dificultad para cerrar el puño	21	29	0.6005	0.65 (0.21-2.01)
TBQ	0.30 (0.47)	0.39 (0.49)	0.6327	0.68 (0.25-1.84)
PCR positivo	68	48	0.6375	
DBT	17	13	0.7123	1.37 (0.37-5.06)
ECO TENOSINOVITIS	10	15	0.747	0.64 (0.14-2.88)
Síntomas articulares < 1 año	0.37	37	0.9957	
COMORBILIDADES	60	58	1.0	1.07 (0.42-2.72)

Tabla: Diferencias entre PMR de inicio articular y AR.

PCR, FR, ACPA), ecografía musculoesquelética, radiografías y clinimetría, se establecieron luego los diagnósticos de PMRp o AR. Se realizaron análisis bivariados y regresión logística para diferenciar PMRp de AR. Además, se compararon casos con un grupo pareado por edad y sexo con PMR clásica diagnosticada en consultorios externos.

Resultados: De 1900 pacientes evaluados por artralgias, se identificaron 20 casos de PMRp (1,05%) y 249 de AR (13,1%). Las características diferenciales entre PMRp y AR se resumen en la Tabla. En el análisis multivariado, el FR fue la única variable asociada independientemente con el diagnóstico de PMRp (OR=0,74; IC 95%: 0,58-0,96; p=0,022). En la comparación entre pacientes con PMRp (n=20) y aquellos con PMR clásica (n=55), se observó que el sexo masculino fue significativamente más frecuente en el grupo PMRp (OR=0,12; IC95 %: 0,04–0,38; p=0,0004). Además, los pacientes con PMRp fueron significativamente más jóvenes, media de edad: 63,1 (8,4) vs. 73,8 (8,4) años; p<0,001, y presentaron menor velocidad de eritrosedimentación (ERS) al momento del diagnóstico: 22,1 (16,6) vs. 44(33); mm/h; p = 0,0002.

Conclusión: La PMRp se diferencia de la AR en diversos aspectos clínicos y el factor reumatoideo se asoció inversamente con su diagnóstico en el análisis multivariado. Además, los pacientes con PMR clásica fueron distinto a la PMRp respecto a la edad sexo y reactivos de fase aguda.

USO DE RITUXIMAB Y FRECUENCIA DE HIPOGAMMAGLOBULINEMIA E INFECCIONES EN PACIENTES CON VASCULITIS ASOCIADA A ANTICUERPO ANTICITOPLASMA DE NEÚTRÓFILOS: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CENTRO ÚNICO

Alfonsina Maitén SARDE, Lucila GARCÍA, Máximo COSENTINO, Juan Manuel RODRIGUEZ GRAMAZZA, Amira BUGANEM, Mercedes GARCÍA HIGA SAN MARTÍN, LA PLATA

Introducción: Rituximab (RTX) es un anticuerpo monoclonal quimérico anti-CD20 que genera depleción de las células B pre plasmáticas, lo que puede causar reducción de las inmunoglobulinas (Ig) y mayor susceptibilidad a infecciones.

Objetivo: Describir la presencia de hipogammaglobulinemia (HG) e infecciones en pacientes con vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (VAA) tratados con RTX.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de centro único en el que se incluyeron pacientes con granulomatosis con poliangeítis (GPA), poliangeítis microscópica (PAM) o granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA) según criterios ACR-EULAR 2022 que hayan recibido su primer ciclo de RTX entre enero/2017 y diciembre/2024 en Hospital de Día. Se excluyeron pacientes con menos de 6 meses de seguimiento post RTX que recibieron ciclofosfamida (CFM) dentro de los 3 meses previos, plasmaféresis o IGEV dentro del mes previo y/o que no presenten dosaje de Ig basales. Se evaluó la presencia de HG e infecciones serias y no serias a los 6 meses (+/- 3 meses). Se definió como HG IgG leve 700-450 mg/dl, moderada 450-200 mg/dl y severa <200 mg/dl e HG IgM <40 mg/dl. Se entendió como HG el descenso de IgG, IgM o ambas.

Variable	Categoría	Resultados N=12
Sexo N, (%)	Femenino	9 (75%)
Etnia N, (%)	Mestizo	10 (83.3%)
Edad al diagnóstico (años) Mediana [Q1, Q3]		39.5 [32.5, 45]
Tiempo de evolución de la enfermedad (meses) Mediana [Q1, Q3]		122.5 [87.5, 166]
Tiempo de retardo en el diagnóstico (meses) Mediana [Q1, Q3]		2.5 [0, 8.5]
Edad al momento de RTX (años) Mediana [Q1, Q3]		49 [43, 58]
GPA N, (%)		9 (75%)
MPA N, (%)		3 (25%)
Valores de IgG previo a RTX (mg/dl) Mediana [Q1, Q3]		928 [800, 1078]
Valores de IgM previo a RTX (mg/dl) Mediana [Q1, Q3]		53 [39, 74]
BVAS v3 Mediana [Q1, Q3]		8 [6, 14]
VDI Mediana [Q1, Q3]		1 [0, 3]
Indicación de RTX N, (%)	Enfermedad refractaria	5 (41.66 %)
	Enfermedad severa	5 (41.66 %)
	Recaída	2 (16.66 %)
IgG a los 6 meses de RTX (mg/dl) Mediana [Q1, Q3]		907 [885, 937]
IgM a los 6 meses de RTX (mg/dl) Mediana [Q1, Q3]		35 [32, 36]

Tabla: Características de los pacientes con VAA tratados con rituximab.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes quedando para el análisis 12 por cumplir con los criterios de inclusión. Las características de la población se encuentran en la Tabla. De los pacientes analizados, 3 presentaron HG previa a la infusión de RTX: 1 IgG moderado e IgM y 2 IgM. Posterior a los 6 meses (+/- 3), 4 pacientes presentaron HG IgM. Llamativamente, el paciente con HG IgG e IgM no la presentaba a los 6 meses. Un paciente presentó infección leve que ocurrió a los 7 meses post-RTX, sin necesidad de internación ni rescate microbiológico; el paciente tenía Ig normales previas y desarrolló HG IgM posteriormente.

Conclusión: En este registro de pacientes con VAA que reciben el primer ciclo con RTX se observó descenso de las inmunoglobulinas en 25% de los casos. Ningún caso fue severo ni requirió reposición de inmunoglobulinas o suspensión de la medicación. Tampoco se detectaron infecciones graves asociadas.

VASCULITIS Y SU ASOCIACIÓN CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL. DIAGNÓSTICO CLÍNICO, LABORATORIO Y ECOGRÁFICO

Enrique PÉREZ ARAÑA¹, Oneida PAEZ MENA¹, Valeria GINOVOLLI²

¹CLÍNICA UNIVERSITARIA ACONCAGUA; ²HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD PTE. JUAN DOMINGO PERÓN

Introducción: Las vasculitis asociadas a los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) están asociadas a las granulomatosis con poliangeítis (GPA), la poliangeítis granulomatosis eosinofílica (GPEA) y la poliangeítis microscópica. generando múltiples complicaciones como la enfermedad pulmonar intersticial (EPI), llegando a tener gran morbimortalidad.

Objetivo: 1) Determinar la frecuencia y las principales características de las vasculitis con ANCA positivo asociado a la enfermedad pulmonar intersticial; 2) comparar las características clínicas, laboratorio y ecográficas del pulmón, en pacientes con ANCA + en pacientes que no han desarrollado EPI.

Métodos: Se realizó un estudio observacional en pacientes diagnosticados con una vasculitis ANCA, identificando a los pacientes que hayan desarrollado enfermedad pulmonar intersticial secundaria a dicha patología. El diagnóstico de vasculitis fue de acuerdo a los criterios ACR/EULAR 2022, la enfermedad pulmonar intersticial fue descrita por neumonólogo experto en función de las pruebas de imagen y las funciones respiratorias, así como la ecografía de pulmón, siendo esta última explorada por reumatólogo. Se utilizó la prueba exacta de Fisher para comparar las variables cualitativas y la correlación de Pearson para las variables cuantitativas, utilizamos un ecógrafo GE con los diferentes transductores acordes a la zona a explorar, con un transductor y la impresión de las imágenes guardadas para posterior estudio.

Resultados: De una cohorte de 28 pacientes con vasculitis ANCA, un total de 8 (4%) han desarrollado una EPI, la PAM fue la vasculitis más frecuente (n=5), seguidos de la GPA (n=3). La mediana del tiempo a desarrollar dicha complicación fue de 18 meses, los pacientes al momento del diagnóstico de EPI

Conclusión: Hemos encontrado EPI relacionada con vasculitis ANCA+ en un 4% de los pacientes estudiados especialmente con poliangeítis microscópica. Al realizar laboratorio ANCA+ manifestaciones pulmonares y hallazgos ecográficos en regiones anatómicas debidamente exploradas, buscaremos bajar el riesgo de complicaciones al tener dicha asociación.

IMPACTO DE LA REDUCCIÓN GRADUAL DE LOS GLUCOCORTICOIDES EN LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

Frank BUTTGEREIT¹, Kevin WINTHROP², Leonard CALABRESE³, Iván LAGUNES GALINDO⁴, Aditi KADAKIA⁴, Ana ROMERO⁴, Shaofei ZHAO⁴, Weihao ZHAO⁴, Arathi SETTY⁴, Juan Manuel MORENO LUBERTINO⁵, Jeffrey CURTIS⁶

¹CHARITÉ-UNIVERSITÄTSMEDIZIN; ²OREGON HEALTH AND SCIENCE UNIVERSITY; ³CLEVELAND CLINIC LERNER COLLEGE OF MEDICINE; ⁴ABBVIE INC.;

⁵ABBVIE S.A.; ⁶UNIVERSITY OF ALABAMA AT BIRMINGHAM

Introducción: El manejo de la arteritis de células gigantes (ACG) en general implica el uso de glucocorticoides (GC) en dosis altas. Sin embargo, su uso prolongado puede provocar eventos adversos (EA), incluido un mayor riesgo de infecciones. Upadacitinib (UPA), 15 mgQD, combinado con una reducción gradual (RG) de GC de 26 semanas (S), demostró un perfil beneficio-riesgo favorable en el ensayo fase 3 SELECT-GCA frente a placebo (PBO) con una RG de GC de 52S

Objetivo: Evaluar la aparición de EA durante el tratamiento (tto) concomitante con GC y luego de su RG en pacientes (PT) con ACG que reciben UPA o PBO en SELECT-GCA

Métodos: Se incluyeron PT con ACG con exposición previa a ≥40mg prednisona (o equivalente). Los PT recibieron 7,5 mg o 15 mg UPA QD con una RG de GC de 26 S o PBO QD con una RG de GC de 52S. Los EA hasta la S 52 se analizaron mediante el método de Kaplan-Meier

Resultados: 428 PT fueron asignados al azar: UPA7, 5 mg, N=107; UPA15 mg, N=209; PBO, N=112. Las dosis basales de GC se distribuyeron de forma homogénea entre los grupos (Tabla). Las tasas de infección grave fueron menores con ambas dosis de UPA que con PBO hasta la S 52. Las tasas de herpes zóster (HZ) fueron más altas con 15mg UPA frente a PBO. En los PT en tto con UPA, las tasas de infección grave fueron comparables en todos los grupos durante el período de RG y fueron más bajas en el período posterior a la RG con 7,5 mg o 15 mg UPA frente a PBO. Las tasas de HZ fueron similares en los PT en tto con UPA durante y después de la RG de GC. Pocos PT tuvieron recurrencia del mismo evento y, en general, los resultados de los análisis de Kaplan-Meier fueron consistentes. En los PT en tto con UPA se observaron menos casos de infección grave luego de la RG que durante el período de RG, mientras que las infecciones graves fueron en aumento en el grupo PBO. La incidencia de HZ fue mayor con UPA que con PBO (Tabla).

Conclusión: La tasa de infección grave durante 52S fue menor en los PT en tto con UPA en RG de GC de 26S versus PBO con una RG de GC de 52S, con tasas más bajas con UPA frente a PBO luego de la suspensión de GC, sugiriendo que los GC aumentarían el riesgo de infección grave. La RG de GC no pareció afectar la aparición de HZ en los grupos UPA. 15 mg UPA podría ser un enfoque adecuado para la RG de GC en PT con alto riesgo de infección.

Tabla: Infecciones graves emergentes del tratamiento hasta la semana 52 por período de tiempo y dosis inicial de reducción de glucocorticoides.

n (%) [Subgrupo N]	PBO + 52 semanas GC-R N = 112	UPA 7,5 mg + 26 semanas GC-R N = 107	UPA 15 mg + 26 semanas GC-R N = 209
Total	12 (10.7) [112]	6 (5.6) [107]	12 (5.7) [209]
20 mg	1 (0.9) [30]	2 (1.9) [33]	1 (0.5) [62]
30 mg	3 (2.7) [29]	2 (1.9) [22]	5 (2.4) [48]
40 mg	4 (3.6) [31]	1 (0.9) [31]	2 (1.0) [60]
50 mg	2 (1.8) [16]	1 (0.9) [13]	2 (1.0) [19]
60 mg	2 (1.8) [6]	0 [8]	2 (1.0) [20]
≤ Semana 26	4 (3.6) [112]	4 (3.7) [107]	6 (2.9) [209]
20 mg	0 [30]	2 (1.9) [33]	0 [62]
30 mg	1 (0.9) [29]	1 (0.9) [22]	3 (1.4) [48]
40 mg	2 (1.8) [31]	1 (0.9) [31]	0 [60]
50 mg	0 [16]	0 [13]	1 (0.5) [19]
60 mg	1 (0.9) [6]	0 [8]	2 (1.0) [20]
> Semana 26	8 (7.1) [112]	2 (1.9) [107]	7 (3.3) [209]
20 mg	1 (0.9) [30]	0 [33]	1 (0.5) [62]
30 mg	2 (1.8) [29]	1 (0.9) [22]	3 (1.4) [48]
40 mg	2 (1.8) [31]	0 [31]	2 (1.0) [60]
50 mg	2 (1.8) [16]	1 (0.9) [13]	1 (0.5) [19]
60 mg	1 (0.9) [6]	0 [8]	0 [20]