

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

Año 35 • Volumen 35 • Suplemento N° 2 • 57° Congreso Argentino de Reumatología

Octubre de 2024 ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)

DEL 9 AL 12 DE OCTUBRE
ROSARIO - SANTA FE

SAR2024



57 ° CONGRESO ARGENTINO DE REUMATOLOGÍA



Comité Científico del 57° Congreso Argentino de Reumatología

Dra. Verónica Bellomio
Dra. Victoria Martiré
Dr. Javier Rosa
Dr. Edson Velozo
Dra. Paula Alba
Dr. Emilio Buschiazzo
Dra. Cecilia Asnal
Dra. María J. Haye Salinas
Dr. Hernán Maldonado Ficco
Dr. Guillermo Pons-Estel
Dra. Marina Scolnik
Dr. Darío Scublinsky
Dr. José Luis Velazco Zamora
Dra. Mariana Benegas
Dra. Rossana Quintana
Dr. Diego Baenas
Dr. Rodolfo Pérez Alamino
Dra. Vanesa Cosentino
Dra. Anastasia Secco
Dr. Javier Farfán
Dra. Marcela Álvarez

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

Año 35 • Volumen 35 • Suplemento N° 2 • 57° Congreso Argentino de Reumatología

Octubre de 2024 ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)



Sociedad Argentina
de **Reumatología**

Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Reumatología

Presidente:

Dr. Guillermo Berbotto

Vicepresidente:

Dr. Gustavo Casado

Presidente Anterior:

Dra. María Celina De La Vega

Secretario:

Dr. Gustavo Rodríguez Gil

Prosecretaria:

Dra. Verónica Saurit

Tesorero:

Dr. Javier Rosa

Protesorero:

Dra. Cecilia Asnal

Vocales Titulares:

Dr. Maximiliano

Machado Escobar

Dra. Vanesa Cosentino

Dra. Anastasia Secco

Dr. EdsonVELOZO

Vocales suplentes:

Dr. Emilio Buschiazzo

Dra. Fabiana Montoya

Comisión Revisora de Cuentas Titulares:

Dr. Juan Quintero

Dra. María Soledad

Gálvez Elquin

Suplentes:

Dr. David Navarta

Representantes de Filiales:

*Asociación de Reumatología
de la Ciudad de Buenos Aires:*

Dra. Fabiana Montoya

*Sociedad de Reumatología de
Catamarca, Santiago del Estero
y La Rioja:*

Dra. María Soledad

Gálvez Elquin

*Sociedad de Reumatología
de Cuyo:*

Dr. David Navarta

*Sociedad de Reumatología
de Tucumán:*

Dr. Maximiliano

Machado Escobar

*Sociedad de Reumatología
del Sur:*

Dr. Juan Quintero

*Asociación de Reumatología
de Santa Fe:*

Dr. Juan Carlos Raggio

*Asociación de Reumatología
de Córdoba:*

Dra. Paula Alba

*Asociación de Reumatología
del Noreste:*

Dr. EdsonVELOZO

*Sociedad Salto Jujena
de Reumatología:*

Dr. Emilio Buschiazzo

*Asociación de Reumatología de la
Provincia de Buenos Aires:*

Dr. José Luis Velazco Zamora

Directores de Unidades

*Director de Unidad
de Investigación:*

Dr. Guillermo Pons-Estel

*Directora de la Unidad de
Educación:*

Dra. Carla Gobbi

Director de Unidad Editorial:

Dr. Darío Scublinsky

Sociedad Argentina de Reumatología

Av. Callao 384, piso 2, dpto. 6 (C1022AAQ), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Tel.: 4371-1759/1643; e-mail: sociedad@reumatologia.org.ar; sitio web: www.reumatologia.org.ar

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

Año 35 • Volumen 35 • Suplemento N° 2 • 57° Congreso Argentino de Reumatología

Octubre de 2024 ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)



Sociedad Argentina
de **Reumatología**

Comité Editorial de la Revista Argentina de Reumatología

Equipo editorial SAR

Editor Jefe:

Darío Scublinsky:
MD, PhD, MSc, Prof.,
Universidad de Buenos
Aires, Hospital Fernández,
Ciudad Autónoma de
Buenos Aires, Argentina

Editores de Sección:

María Laura de la Torre:
Centro de Educación
Médica e Investigaciones
Clínicas "Norberto Quirno"
(CEMIC), Hospital y
Universidad, Ciudad
Autónoma de Buenos Aires,
Argentina

Ignacio Gandino: MD,
Hospital General de Agudos
Juan A. Fernández y
Hospital Italiano de Buenos
Aires, Ciudad Autónoma de
Buenos Aires, Argentina

Asistentes de Indexación:

Gabriela Tielas:
Bibliotecaria, Universidad
de Buenos Aires, Argentina

Micaela Vicente, Médica

Editores jefe anteriores:

Enrique Soriano Guppy:
expresidente de la Sociedad
Argentina de Reumatología
y de la Liga Panamericana
de Asociaciones de
Reumatología (PANLAR),
Hospital Italiano de Buenos
Aires, Ciudad Autónoma de
Buenos Aires, Argentina

Julio Hofman: expresidente
de la Sociedad Argentina
de Reumatología, Hospital
Interzonal General de
Agudos Eva Perón, Ciudad
Autónoma de Buenos Aires,
Argentina

José Maldonado Cocco:
MD, PhD, Profesor
de Reumatología,
Universidad de Buenos
Aires, Miembro destacado
del Colegio Americano
de Reumatología. Exjefe
de Servicio del IREP de
Buenos Aires, Argentina

Comité Editorial

Alarcón, Graciela (Perú,
EE.UU.)

Alba, Paula (Argentina)

Aletaha, Daniel (Alemania)

Amigo, Mary Carmen
(México)

Arturi, Alfredo (Argentina)

Babini, Alejandra (Argentina)

Balsa Criado, Alejandro
(España)

Baraliakos, Xenofon
(Alemania)

Canoso, Juan (México)

Casado, Gustavo (Argentina)

Catoggio, Luis J. (Argentina)

Cervera, Ricardo (España)

Citera, Gustavo (Argentina)

De la Vega, María Celina
(Argentina)

Espada, Graciela (Argentina)

García, Mercedes (Argentina)

Hofman, Julio (Argentina)

Martín, Mola Emilio (España)

Mysler, Eduardo (Argentina)

Paira, Sergio (Argentina)

Perandones, Carlos
(Argentina)

Pons-Estel, Bernardo
(Argentina)

Rosa, Javier (Argentina)

Rosemffet, Marcos (Argentina)

Rillo, Oscar (Argentina)

Schneeberger, Emilce
(Argentina)

Secco, Anastasia (Argentina)

Shoenfeld, Yehuda (Israel)

Soriano Guppy, Enrique
(Argentina)

Suárez Almazor, María E.
(EE.UU)

Unizony, Sebastián (EE.UU)

Venarotti, Horacio (Argentina)

Revisores de los últimos números (orden alfabético):

María Laura Acosta Felquer

Alberto Allievi

Rodolfo Nicolás Alvarado

Marcela Álvarez

Cecilia Asnal

Nora Aste

Diego Baenas

Rocío Barrios

Cecilia Battaglia

Alejandro Benitez

Ana María Beron

Andrea Braillard-Poccard

Eleonora Bresan

Alejandro Brigante

Emilio Buschiazzo

Sergio Carbia

Horacio Matías Castro

Javier Cavallasca

Santiago Catalán Pellet

Tomás Cazenave

Vanesa Cervetto

María de los Ángeles Correa

Vanesa Cosentino

Juan Enghelmayer

Graciela Espada

Mariana Fabi

Maximiliano Fenucci

Lucila García

María Marcela García

Marina García Carrasco

Carla Gobbi

Graciela Gómez

Gimena Gómez

Ramiro Gómez

Julio Got

Oscar Gut

Pía Izaguirre

Hugo Laborde

María José López Meiller

Sebastián Magri

Verónica Malah

María del Rosario Maliandi

Nicolás Marín

José Martínez

Victoria Martiré

Silvia Meiorín

Sebastián Moyano

Sebastián Muñoz

Silvia Papisidero

Carla Pappalardo

Francisco Paulin

Nicolás Pérez

Rodolfo Pérez Alamino

Natalia Perrotta

María Milena Pertuz

Rebollo

Luisa Plantalech

Sabrina Porta

Alejandra Pringe

Ariana Ringer

Carla Saucedo

Valeria Scaglioni

Moisés Schapira

Marina Scolnik

Evelyn Soto

Edson Vellozo

Belén Virasoro

Marcela Young

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

Año 35 • Volumen 35 • Suplemento N° 2 • 57° Congreso Argentino de Reumatología

Octubre de 2024 ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)



Sociedad Argentina
de Reumatología

Registros Legales e Indexación

Propietaria:

Sociedad Argentina de Reumatología.

Domicilio legal de la Revista:

Av. Callao 384, piso 2, depto. 6 (C1022AAQ), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Dirección Nacional del Derecho de Autor, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la República Argentina: Registro de Publicaciones Periódicas en Legajo N°: RL-2023-67258517.

La Revista Argentina de Reumatología es la publicación oficial de la Sociedad Argentina de Reumatología, que se edita ininterrumpidamente desde 1989. Se encuentra indizada en el Núcleo Básico de Revistas Científicas (NBR); en el Scientific Electronic Library Online (SciELO); en la Base de Datos LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud); en el Catálogo y Directorio de Latindex Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal; en DOAJ (Directory of Open Access Journals); en la Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (REDALYC); en Google Académico; en la Matriz de Información para el Análisis de Revistas (MIAR) de la Universidad de Barcelona; en DIALNET (Universidad de La Rioja, España); y en la base de datos Scopus (Elsevier). La Revista Argentina de Reumatología y todas sus ediciones están registradas en Crossref y poseen DOIs asignados.

Está en proceso de indexación en Medline.

Cuenta con un Comité Científico Nacional e Internacional.



Periodicidad:

Se editan cuatro números al año, más una publicación especial dedicada al Congreso anual de la Sociedad Argentina de Reumatología y suplementos adicionales.

Periodicidad: trimestral. ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea).

Esta obra está licenciada bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0) Para ver una copia de esta licencia, visite: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

Edita:

Sello Editorial Lugones® de Editorial Biotecnológica S.R.L.

Socio Gerente: Facundo Lugones.

Jefa de Redacción: Lic. María Fernanda Cristoforetti.

Diseño gráfico: Marisa Kantor.

Curpaligüe 202, 9° piso, ofic. B (1406), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Tel.: (011) 4632-0701/4634-1481. E-mail: administracion@lugones.com.ar

www.lugoneseditorial.com.ar



Año 35 • Volumen 35 • Suplemento N° 2 • 57° Congreso Argentino de Reumatología • Octubre de 2024
ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)

Imprenta: Sello Editorial Lugones® de Editorial Biotecnológica S.R.L.: Curpaligüe 202 9° B, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
La presente Edición está impresa en papel libre de cloro

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

Año 35 • Volumen 35 • Suplemento N° 2 • 57° Congreso Argentino de Reumatología
Octubre de 2024 ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)



Sociedad Argentina
de **Reumatología**

Sumario

• Editorial.....	2
• Orales	3
• Posters destacados	12
• Posters.....	21
• Casos clínicos	67
• Pediatría	83

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

Año 35 • Volumen 35 • Suplemento N° 2 • 57° Congreso Argentino de Reumatología

Octubre de 2024 ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)



Sociedad Argentina
de **Reumatología**

Editorial

Bienvenidos al 57° Congreso Argentino de Reumatología 2024

Es un honor darles la bienvenida al 57° Congreso Argentino de Reumatología, en esta ocasión, en la Ciudad de Rosario. Cada uno de nuestros eventos representa una oportunidad única para el intercambio de conocimientos, de colaboración, encuentro social y crecimiento profesional en el campo de la Reumatología.

Desde que concluimos el Congreso anterior, hemos trabajado meticulosamente para organizar este evento. Prestamos atención a cada detalle, especialmente a la seguridad para generar un entorno protegido. Deseamos que se sientan tranquilos y concentrados en el intercambio académico y científico que nos espera.

Nuestro equipo organizador ha trabajado diligentemente en colaboración con las autoridades locales y expertos para implementar un plan integral basado en las sugerencias de nuestras entidades estatales, organizadoras, asociados y la industria que nos da apoyo.

El Salón Metropolitano ubicado en el centro de la ciudad, dentro del Alto Rosario Shopping, es la sede del Congreso. Su accesibilidad, cercanía de hoteles, estacionamiento y transporte accesibles hacen de este lugar un espacio ideal para disfrutar todo lo programado.

Además de las actividades científicas, hemos preparado oportunidades de encuentro social, cultural y deportivo para todos los asistentes.

Estamos seguros que este Congreso será una experiencia gratificante y enriquecedora para todos. Esperamos con ansias momentos de aprendizaje, colaboración y camaradería.

Una vez más, les damos la más cordial bienvenida al 57° Congreso Argentino de Reumatología y les agradecemos por su participación y confianza. En nuestro hermoso país enfrentamos desafíos únicos, pero la Sociedad Argentina de Reumatología y su gente, con esfuerzo y tesón, encuentran soluciones.

Como dice Fito Páez en su canción... "¿Quién dijo que todo está perdido? Yo vengo a ofrecer mi corazón".

Dr. Guillermo A. Berbotto

Presidente de la Sociedad Argentina de Reumatología

Orales

0151

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

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

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

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

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

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

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

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

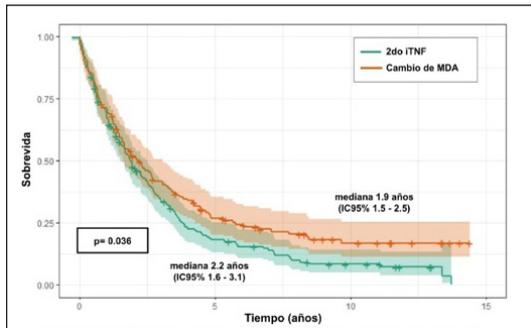


Figura: Sobrevida del segundo fármaco biológico, iTNF (verde) u otro mecanismo de acción (naranja) luego de una falla a un primer iTNF.

0161

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

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

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

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

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

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

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

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

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

María Victoria CHIARVETTO PERALTA, Johana Belén ZACARIAZ HERETER, Marina SCOLNIK, Nicolás ALVARADO, Enrique SORIANO, Javier ROSA
HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

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

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

Métodos: Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos con manifestaciones clínicas de síntomas sicca, que se hayan realizado una US de GSM desde 31/07/2022 al 31/03/2024. Se recolectaron datos demográficos y clínicos. La lectura US la realizó una reumatóloga con más de 10

años de experiencia, que era ciega a los datos clínicos. Se utilizó un equipo MyLab 70 con una sonda lineal de alta frecuencia. La ecografía de las GSM (incluye parótidas y submaxilares) se puntuó de 0 a 3 según el sistema de puntuación OMERACT. Se clasificó a los pacientes en SSJ (criterios ACR/EULAR 2016), enfermedad relacionada a IGG4 (ER-IGG4) (criterios ACR/EULAR 2019) o sanos. Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de la puntuación de OMERACT para SSJ.

Resultados: Se incluyeron 118 pacientes con síntomas sicca, 104 del sexo femenino (88,1%), con una media de edad en años al momento de la US de 55,6 (DE 17,7). Las características basales y clasificación de OMERACT por glándula se encuentran en la Tabla. Del total de la muestra, 62 pacientes fueron diagnosticados con SSJ, 9 con ER-IGG4 y 51 fueron pacientes sanos. Solo 40 pacientes con SSJ presentaron un puntaje de ≥ 2 de OMERACT por escala de grises en cualquier glándula. Para este punto de corte se reportó una sensibilidad del 64,5%, una especificidad del 92,8%, un VPP de 90% y un VPN de 70,2%.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

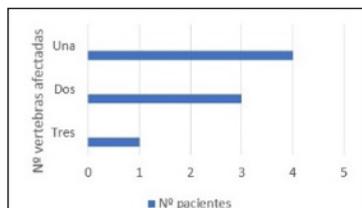


Gráfico 1: Distribución de las fracturas vertebrales.

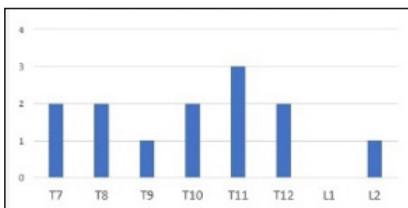


Gráfico 2: Frecuencia de las fracturas vertebrales.

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

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

EPIMAR

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

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

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

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

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

ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla: Correlaciones del DificuLtAR y ModAL.

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

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

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

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

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

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

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

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

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

Jeremy SANTIAGO, Johana ZACARÍAZ, Marina SCOLNIK, Javier ROSA

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

	Sin ARD2T (n=210)	Con ARD2T (n=10)	p
Sexo femenino, % (IC95%)	80 (73,8-85,1)	80 (44,2-96,5)	1,000
Edad al diagnóstico de la AR, media (DE)	59 (13)	56 (17)	0,516
Fibromialgia, % (IC95%)	21,4 (16,2-27,7)	40,0 (13,7-72,6)	0,321
Índice de comorbilidad RDCI, mediana (RIC)	0 (0-1)	0 (0-1)	0,402
Demora diagnóstica (meses), mediana (RIC)	6 (3-15)	4 (1-8)	0,173
Tiempo de seguimiento (años), mediana (RIC)	9 (5-12)	10 (9-12)	0,553
Forma de presentación, % (IC95%)			0,805
Monocartilicular	2,4 (0,9-5,8)	0	
Oligocartilicular	62,6 (45,4-69,3)	40,0 (13,7-72,6)	
Poliarticulillar	45,0 (37,9-51,8)	60,0 (27,4-86,3)	
Manifestaciones extraarticulares, % (IC95%)	13,4 (9,2-18,9)	10,0 (0,5-45,9)	0,757
Factor reumatoideo positivo, % (IC95%)	66,6 (62,7-75,6)	80,0 (44,2-96,4)	0,482
Anti CCP positivo, % (IC95%)	77,6 (70,9-83,2)	80,0 (27,4-86,3)	0,199
Éntrosedimentación, mediana (RIC)	34,5 (21-52)	51,0 (28-68)	0,232
DAS 28, mediana (RIC)	4,8 (4,4-5,5)	5,2 (4,4-5,8)	0,524
HAQ, mediana (RIC)	0,5 (0,2-1,4)	1,6 (1,2-1,6)	0,421
Erosiones dentro de los 2 años del diagnóstico, % (IC95%)	19,0 (14,1-25,1)	30,0 (8,1-64,6)	0,415
Uso de corticoides al momento del diagnóstico, % (IC95%)	79,0 (72,8-84,2)	90,0 (64,1-99,5)	0,691
DMARDs convencionales, % (IC95%)			0,191
Metotrexato	81,3 (75,2-88,2)	90,0 (64,1-99,5)	
Hidroxicloroquina	14,8 (10,4-20,5)	0	
Otros (Leflunomida, sulfasalazina)	3,8 (1,9-7,7)	10,0 (0,5-45,9)	
Número oDMARDs, mediana (RIC)	2 (1-2)	2 (2-2)	0,120
Tiempo al primer biológico (meses), mediana (RIC)	45,7 (20,5-203,2)	20,6 (8,3-43,3)	0,037
Duración del primer biológico (meses), mediana (RIC)	34,8 (17,1-64,8)	11,3 (8,3-21,5)	0,017
Datos de ecografía de manos	n = 86	n = 6	
N° articulaciones con sinovitis por escala de grises (grado ≥2), mediana (RIC)	2 (1-4)	4 (0-6)	0,086
N° articulaciones con sinovitis por Doppler de poder (grado ≥2), mediana (RIC)	2 (0-4)	4 (0-4)	0,830
Presencia de tenosinovitis, % (IC95%)	47,1 (36,3-58,1)	80 (29,9-98,9)	0,198
Flexora	27,1 (18,2-37,9)	60 (17,0-92,7)	0,143
Extensora	30,8 (21,3-41,7)	20 (1,1-70,1)	0,945

Tabla: Características basales de los pacientes.

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

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

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

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

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

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

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

REGISTRO PANRED-PANLAR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla: Diferentes características del compromiso oftalmológico.

0312

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

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

HOSPITAL TORNÚ

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

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

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

Tabla: Características de los pacientes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	ECR Frecuencia agrupada (%) o media agrupada (intervalo de confianza)	PsABio Frecuencia (%) o media (DE)	P
Número total de pacientes que comenzaron el tratamiento	5654	930	-
Edad (años)	48.6 (41.3 - 56.0)	49.7 (12.5)	<0.001
Sexo femenino	50.7% (48.1 - 53.2)	52.2%	0.012
Índice HAQ	30.3 (20.6 - 37.6)	29.1 (9.8)	<0.001
Tiempo desde el diagnóstico de APs (años)	6.3 (1.6 - 10.9)	6.8 (7.4)	0.029
Uso de MTX al inicio del tratamiento biológico	49.6% (37.1 - 62.1)	35.7%	<0.001
bDMARDS previos			
Ninguno	72.0% (61.3 - 81.8)	50.4%	<0.001
1	19.4% (6.6 - 31.7)	33.3%	<0.001
≥2	8.0% (2.3 - 14.3)	16.6%	<0.001
Número de articulaciones tumefactas (NAT)	11.8 (8.5 - 17.1)	5.7 (7.6)	<0.001
Número de articulaciones dolorosas (NAD)	21.3 (12.5 - 30.6)	11.9 (11.6)	<0.001
Entesitis	64.7% (61.1 - 68.5)	48.2%	<0.001
Índice de Entesitis de Leeds	2.9 (1.6 - 4.2)	1.2 (1.6)	<0.001
Dactilitis	37.7% (30.6 - 44.7)	19.8%	<0.001
Recuento de dactilitis	5.0 (2.9 - 10.9)	3.1 (5.1)	<0.001
Psoriasis BSA ≥3%	62.2% (54.0 - 70.3)	54.0%	<0.001
Compromiso ungueal	67.6% (59.8 - 75.3)	40.1%	<0.001
Actividad global de la enfermedad evaluada por el médico (EVA 0-100 mm)	59.7 (48.1 - 71.2)	54.1 (20.1)	<0.001
Actividad global de la enfermedad evaluada por el paciente (EVA 0-100 mm)	61.4 (47.8 - 74.9)	60.7 (23.7)	0.451
Dolor reportado por el paciente (EVA 0-100 mm)	60.1 (46.3 - 74.0)	60.7 (23.9)	0.711
Puntuación de HAQ	1.2 (1.1 - 1.3)	1.1 (0.7)	<0.001
PCR (mg/dL) - (rango normal: 0-0.5)	1.1 (0.1 - 2.3)	1.4 (2.8)	0.002

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

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

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

¿CÓMO UTILIZAMOS LOS INHIBIDORES DEL JAK LOS REUMATÓLOGOS ARGENTINOS?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

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

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

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

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

Posters destacados

0114

ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL AUTOINMUNE ASINTOMÁTICA: NI SUBCLÍNICA NI CLÍNICAMENTE INSIGNIFICANTE

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

¹HOSPITAL COMUNITARIO JOSÉ PEPE OLAECHEA, PINAMAR, ²EPIMAR

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

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

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

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

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

0116

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

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

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

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

implicancias pronósticas y terapéuticas.

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

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL GRAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH

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

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

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

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

Tabla: Características de los pacientes.

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

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

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

Maitté Alejandra VÁSCONEZ SWETT¹, Javier Federico FLORES TREJO¹, María Alejandra MEDINA¹, Juan Manuel BANDE¹, José Ángel CARACCILO, Diana KLAJUN¹, Joan Manuel DAPEÑA², Sandra PETRUZZELLI², Alejandra CELENZA², Eliana Rebeca SERRANO³, Julia SOSA⁴, Paula COHAN⁴, Graciela GÓMEZ⁵, Nicolás PÉREZ⁵, Cecilia ASNAL⁶, Malena VIOLA⁷, Alejandro MARTÍNEZ⁸, Silvia PAPANSIDERO¹

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

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

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

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

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

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

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

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

0155

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	Tofacitinib (n= 54)	Inhibidores de TNF (n=93)	p
Nro de EA	59	21	
Nro de pacientes con al menos un EA, n (%)	30 (55,6)	19 (20,2)	<0,001
Incidencia de EA, eventos cada 100 pte/año (IC 95%)	36,8 (28,5, 47,5)	6,7 (4,3, 10,2)	<0,001
Nro de EAS	8	5	
Incidencia de EAS, eventos cada 100 pte/año (IC 95%)	5,0 (2,0, 10,0)	1,6 (0,7, 3,8)	
EA que motivaron la suspensión definitiva	8	8	0,004
Tipo de EA			
Infecciones	38 (65,5)	10 (47,6)	0,043
Manif. de piel y partes blandas	3 (5,2)	6 (26,6)	
Manif. gastrointestinales	6 (10,3)	2 (9,5)	
Dilipemia	7 (12,1)	-	
Manif. hematológicas	2 (3,4)	1 (4,8)	
Neoplasias	2 (3,4)*	-	
Eventos cardiovasculares mayores	-	1 (4,8)**	
Otros	1 (1,7)	1 (4,8)	

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

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

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

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

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

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

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

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

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

HEPATOPATÍAS AUTOINMUNES ASOCIADAS A ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS SISTÉMICAS: FRECUENCIA Y EVOLUCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MEPOLIZUMAB EN GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGITIS: POSIBLES INDICACIONES

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

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

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

Objetivo: Evaluar el posible uso de mepolizumab en EGPA.

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL EL CARMEN

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

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

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

Resultados: Un total de 15 pacientes, 66,7% mujeres, con una mediana de edad de 42 años (RIC 9.5). 26,7% fumador, 53,3% con IMC >30, 1/15 tenía dislipidemia previa y ninguno tenía hipertensión o diabetes. El 20% B27 positivo y 20% EspAax radiográfica. La mediana de años de diagnóstico fue de 4 años (RIC 3.5). El 86,7% recibía terapia biológica. Según la prueba de VDMF, 3/15 (20%) tuvieron vasodilatación <5%. Cuando se comparó el promedio de VDMF en los pacientes vs. el grupo control (11,41% y 18,11% respectivamente), no existieron diferencias estadísticamente significativas (p=0,098), aunque observamos una mayor tendencia a la vasodilatación en el grupo control.

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

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

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

INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

0279

CAUSAS SECUNDARIAS DE OSTEOPOROSIS. RESULTADOS PRELIMINARES DEL REGISTRO BAFER

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

¹REUMATOLOGÍA Y ENFERMEDADES ÓSEAS, ROSARIO, ²UI PANLAR

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

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

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

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

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

0282

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

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

HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA

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

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

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

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

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

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

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

REGISTRO PANRED - PANLAR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

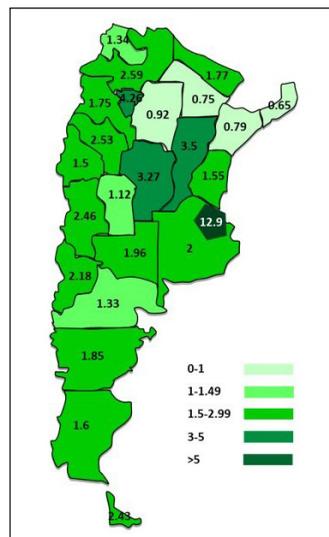
Conclusión: En esta cohorte la forma de presentación más frecuente fue la panuveítis, así como el compromiso bilateral y crónico. Las manifestaciones extraoculares más frecuentes fueron las úlceras orales, genitales y la afección cutánea. Aproximadamente la mitad de los pacientes logró la remisión. Sin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

MAPEO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS ESPECIALISTAS EN REUMATOLOGÍA EN ARGENTINA

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

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

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



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

Métodos: Estudio de corte transversal. Se incluyeron todos reumatólogos que atienden pacientes adultos y que hayan obtenido su título de especialista hasta 31-12-2023. Según el criterio de cada filial de la SAR, se incluyeron también médicos clínicos que por su experiencia asisten a pacientes reumatológicos. Los criterios de exclusión fueron: fallecidos, retirados, emigrantes, en formación y pediatras. Se consignaron: edad, sexo, filial y provincia, años de especialidad, lugar de trabajo (público, privado o ambos). Análisis estadístico: estadística descriptiva. Densidad de reumatólogos por provincia (N° reumatólogos por unidad geográfica/superficie territorial correspondiente). Se calculó la relación del N° de reumatólogos por 100000 habitantes.

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

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

Figura: Relación de reumatólogos cada 100.000 habitantes.

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

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

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

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

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

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

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

Posters

0108

GHRELINA Y LEPTINA EN ARTRITIS PSORIÁSICA: RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR

Verónica SAVIO¹, Ana Carolina MARTINI², Alejandro ALBIERO¹, Carla ALONSO¹, Carla MALDINI¹, María Elena CASTRILLÓN³, Marcela DEMARCHI⁴, María Agustina RACCA⁴, Marcelo YORIO¹, Carla Andrea GOBBI¹, Paula ALBA¹

¹CÁTEDRA DE MEDICINA I, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC, ²CÁTEDRA DE FISIOLÓGIA HUMANA, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, ³PRIMERA CÁTEDRA DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES, FCM, UNC, ⁴HOSPITAL CÓRDOBA

Introducción: La búsqueda de biomarcadores y la evaluación del riesgo cardiovascular (RCV) en artritis psoriásica (APs) APs representan un desafío. **Objetivo:** Evaluar las concentraciones sanguíneas de ghrelina (Ghrl) y leptina (Lep) en pacientes con APs, su relación con la actividad de la enfermedad, el estado metabólico y el RCV.

Métodos: Estudio transversal, realizado en un hospital universitario. Inclusión: APs, apareados con psoriasis (PsO) y controles (CT). Se evaluaron variables sociodemográficas, clínicas, laboratorio y tratamiento. Para las muestras de Ghrl y Lep se siguió un procedimiento estandarizado (DuoSet ELISA, R&D Systems). Para evaluar aterosclerosis subclínica se realizó ultrasonido carotídeo (USc). $p < 0,05$ fue significativa.

Resultados: Ingresaron 163 pacientes: 69 APs, 43 PsO y 51 CT. Ghrl tendió a ser menor en los pacientes con enfermedad psoriásica (EPs) (APs: 199, 56±37,40 pg/ml y PsO: 318,47±117,33 pg/ml) en comparación a CT (492,50±151, 47 pg/ml; $p > 0,05$). Lep fue significativamente mayor en EPs (31210,51±3730,38 ng/ml vs. CT: 31210,51±3730,38 ng/ml; $p = 0,03$). Ghrl se correlacionó negativamente con edad y TA sistólica. Ghrl tendió a ser menor en los pacientes con RCV. Lep fue mayor en individuos con factores de RCV (sí=35823,17±3168,68 ng/ml vs. no=14707,62±6102,73 ng/ml; $p = 0,002$) y se correlacionó positivamente con el perímetro de la cintura ($r = 0,34$; $p < 0,0001$), IMC ($r = 0,52$; $p < 0,0001$), TA sistólica ($r = 0,19$; $p = 0,02$), HAQ ($r = 0,28$; $p = 0,02$), VSG y PCR ($r = 0,36$; $p < 0,0001$ y $r = 0,36$; $p < 0,0001$) e insulinemia ($r = 0,36$; $p < 0,0001$). El OR para EPs vs. CT: ATEsc 2,73 (IC 95% 1,27-5,88), HTA 2,47 (IC 95% 1,23-4,95), obesidad 2,39 (IC 95% 1,20-4,78), dislipemia 2,22 (IC 95% 1,13-4,37), 3,7 síndrome metabólico (IC 95% 1,56-8,79). Las concentraciones de Ghrl y Lep no fueron diferentes según la actividad, tampoco según la presencia de ATEsc.

Conclusión: El análisis de biomarcadores de regulación cardiometabólica y un método (USc) para evaluar el RCV es esencial. Los valores de Ghrl fueron menores en APs y los de Lep mayores en EPs, sin cambios según la actividad de la enfermedad. APs y PsO presentaron más comorbilidades y mayor RCV, sugiriendo la importancia de estos métodos en la evaluación, la prevención y el manejo de la EPs.

0109

LOGRO Y MANTENIMIENTO DE LA REMISIÓN CON UPADACITINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE MODERADA A SEVERA EN LA VIDA REAL. RESULTADOS A UN AÑO DEL ESTUDIO UPHOLD

Suzan ATTAR¹, Andrew ÖSTÖR², Eugen FEIST³, Prodromos SIDIROPOULOS⁴, Jérôme AVOUAC⁵, Martín REBELLA⁶, Rajaie NAMAS⁷, Erin MCDEARMON BLONDELL⁸, Tianming GAO⁹, Nasser KHAN⁸, Sander STRENGTHOLT⁹, Mariana GORDIOLA¹⁰

¹KING ABDULAZIZ UNIVERSITY, ²MONASH UNIVERSITY & EMERITUS RESEARCH, ³HELIOS DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY, ⁴FACULTY OF MEDICINE, UNIVERSITY OF CRETE, ⁵SERVICE DE RHUMATOLOGIE, HÔPITAL COCHIN, AP-HP. CENTRE, UNIVERSITÉ PARIS CITÉ, ⁶DEPARTAMENTO DE MEDICINA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA, ⁷MEDICAL SUBSPECIALTIES INSTITUTE, DIVISION OF RHEUMATOLOGY, CLEVELAND CLINIC ABU DHABI, ⁸ABBVIE INC, ⁹ABBVIE B.V, ¹⁰ABBVIE

Introducción: El upadacitinib demostró su eficacia con un perfil de seguridad favorable en pacientes (PT) con artritis reumatoide (AR) de moderada a severa (ARm/s) en ensayos clínicos. Sin embargo, los datos de eficacia y seguridad en la vida real (VR) son limitados.

Objetivo: Evaluar el logro de remisión (REM) a los 6 meses (m) y su mantenimiento a los 12 m de tratamiento con upadacitinib en PT con ARm/s en VR.

Métodos: UPHOLD es un estudio observacional en adultos con ARm/s que iniciaron tratamiento con upadacitinib (15 mg). Los criterios de valoración primarios fueron: a) %PT que recibieron upadacitinib y alcanzaron la REM DAS28 (CRP) ($< 2,6$) a los 6m y, de estos; b) %PT que mantuvieron la REM a los 12 m (analizado por imputación modificada de no responder (mNRI)); los PT discontinuados previo a los 6 y 12 m se trataron como no respondedores y según lo observado (AO) en el conjunto de datos total modificado mFAS1 y mFAS2, respectivamente. También se valoró la eficacia evaluando el %PT que alcanzaron la DAS28 (CRP) con una baja actividad de la enfermedad (LDA $\leq 3,2$) a los 6 m y la mantuvieron a los 12 m. Se registraron los EA emergentes de todos los tratamientos (EAET).

Resultados: De 1701 PT, el 48,4% inició tratamiento con upadacitinib como monoterapia y el 51,6% en combinación con DMARD sintéticos convencionales. El 23,3% interrumpió el estudio antes de los 12 m, principalmente por falta de eficacia (9,9%) y EAET (6,6%). De los 1074 PT en mFAS1, el 46,5% (mNRI) y el 55,3% (AO) estaban en REM DAS28 (CRP) a los 6 m. De los 340 PT en mFAS2, el 79,1% (mNRI) y el 84,9% (AO) mantuvieron la REM a los 12 m. El porcentaje de PT que alcanzó la LDA de DAS28(CRP) a los 6 m y la mantuvieron a los 12 m siguió una tendencia similar. El porcentaje de los PT que logró DAS28(CRP), CDAI ($\leq 2,8$) y SDAI ($\leq 3,3$) REM a los 12 m fue del 59,8%, el 28,0% y el 28,3%, respectivamente (FAS; AO). Hubo 2436 EAET.

Conclusión: Upadacitinib 15 mg es eficaz para el tratamiento de la ARm/s, ya que más del 79% de los PT que alcanzó la REM DAS28 (CRP) a los 6 m la mantuvo a los 12 m. El perfil riesgo-beneficio de upadacitinib es favorable en la práctica de VR.

0111

MIGRANTES EXTRANJEROS CON ENFERMEDAD REUMÁTICA: UN ESTUDIO EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Mariana Natividad MARTÍNEZ LOZANO, Diego RINESI, Viviana OSPINA GÓMEZ, María Pía IZAGUIRRE GERMAIN, Gabriel SEQUEIRA, Eduardo KERZBERG
SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA

Introducción: El estudio del uso de los sistemas públicos de salud por migrantes extranjeros (ME) suele enfocarse en el nivel del gasto. Sin embargo, la experiencia de los ME con enfermedades reumáticas es un tema multidimensional poco explorado.

Objetivo: Este trabajo analiza la percepción de los ME sobre la atención recibida y su impacto en la condición reumática.

Métodos: Se realizó un estudio transversal a través de una encuesta anónima a pacientes ME mayores de 18 años con enfermedades reumáticas. Los participantes debían tener un diagnóstico confirmado en su país de origen y en Argentina, y recibir seguimiento periódico. Se registraron datos de edad, sexo, nivel de educación y tipo de enfermedad. Los pacientes evaluaron el acceso a los procedimientos diagnósticos y el tratamiento en una escala VAS (0: muy difícil, 10: muy fácil), y completaron un VAS global sobre su condición, antes y después de migrar a Argentina. El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética y todos los pacientes firmaron un consentimiento informado.

Resultados: Participaron 31 pacientes (28 mujeres, 3 hombres) con una edad promedio de 52,6 años (SD 14). De ellos, 14 (45%) tenían educación terciaria, 9 (29%) secundaria y el resto primaria o ninguna. Las enfermedades diagnosticadas fueron: artritis reumatoide en 22 (71%), lupus eritematoso sistémico en 4 (13%), esclerosis sistémica en 3 (10%), síndrome de Sjögren en 1 (3%) y espondilitis anquilosante en 1 (3%). Para 19 (61%) pacientes,

la enfermedad reumática fue una razón para migrar. Los pacientes reportaron mejoras significativas en todos los ítems evaluados tras la migración (Tabla). La mediana de tiempo hasta la primera consulta con un médico fue de 60 días y 90 días para la primera consulta con un reumatólogo y para la realización de estudios complementarios. Once pacientes (35,5%) tuvieron que interrumpir el tratamiento al llegar, por una mediana de 2 meses, y 9 (29%) experimentaron recaídas debido a la falta de medicación.

Conclusión: Aunque los migrantes extranjeros reportaron mejoras, hubo un retraso de 3 meses en la consulta con el reumatólogo. Además, casi un tercio experimentó recaídas por falta de acceso a la medicación.

	Antes	Ahora	p
Acceso a una guardia o servicio de emergencia	3.5	8.0	<0.001
Acceso a médico de atención primaria	3.4	8.6	<0.001
Acceso a Reumatólogo	3.0	9.4	<0.001
Acceso a estudios complementarios	3.4	9.7	<0.001
Acceso a medicamentos	1.7	7.0	<0.001
VAS Global Paciente	3.0	7.5	<0.001

Tabla: Evaluación de los pacientes sobre el acceso a los servicios de salud antes y después de migrar.

0113

INTENCIÓN DE LACTANCIA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Susana VILLAMIZAR PÉREZ, Nicole Josianne PARIS, Melisa Brenda SERNA GÓNGORA, Ariel BRENER, Carlos JERSON, María Pía IZAGUIRRE GERMAIN, Bárbara PÉREZ CEPAS, Marina MICELLI, Gabriela SEQUEIRA, Eduardo KERZBERG

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

Introducción: Los limitados datos disponibles sugieren que las mujeres con lupus eritematoso sistémico (LES) amamantan en menor proporción y menos tiempo que la población general.

Objetivo: Estimar la tasa de intención de lactancia (IL) y considerar el impacto que la actividad del LES o el tratamiento pueden tener sobre la IL.

Métodos: Se realizó una encuesta anónima y de opciones múltiples a pacientes ambulatorias, de 18 años de edad o más y en edad fértil, con diagnóstico de LES (ACR 2019) atendidas en un hospital público. Se preguntó sobre: a) IL ante un futuro embarazo; b) IL en caso de LES activo. Se pidió a las pacientes que leyeran un prospecto de hidroxycloquina y prednisona, y se les preguntó, si a su juicio, es posible amamantar tomando esas medicaciones. Todas las pacientes dieron su consentimiento por escrito y el estudio fue aprobado por el Comité de Bioética.

Resultados: Contestaron la encuesta 87 pacientes con una edad promedio de 36 años (SD 10). Habían tenido al menos 1 embarazo 53 (61%) pacientes, 47 (54% del total) habían amamantado al menos a 1 hijo y 29 (33,3% del total) habían tenido un hijo luego del diagnóstico de LES (Grupo LES&hijo). Ante la posibilidad de un nuevo embarazo, la IL fue de 87%, pero ante la posibilidad de tener el LES activo y tener que tomar medicación, 54 (62%) pacientes preferirían tomar la mejor medicación disponible y no amamantar ($p<0,001$). El Grupo LES&Hijo respondió, en mayor proporción, que se puede amamantar con LES (79,3% vs. 55,2% en el resto; $p0,049$) y que las medicaciones del LES permiten amamantar (65,5% vs. 20,7% en el resto; $p<0,001$). Luego de leer los prospectos, en mayor proporción, también consideraron que se puede amamantar tomando hidroxycloquina (44,8% vs. 15,5% en el resto; $p0,007$) y prednisona (75,9% vs. 56,9% en el resto; $p0,1$).

Conclusión: Si bien la mayoría de las pacientes manifestó una IL elevada, este porcentaje se reduciría ante la posibilidad de tener LES activo. Se debe reforzar la información sobre el amamantamiento en las pacientes con LES.

0115

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA EN REUMATOLOGÍA: ROL DEL ENTRENAMIENTO, EL MANEJO DEL IDIOMA INGLÉS Y LA DISPONIBILIDAD DE FONDOS PARA PUBLICAR

Marcelo TUDOR¹, Ignacio RAGOZZINI¹, Ariel BRENER¹, Nauan FARA², María Pía IZAGUIRRE GERMAIN¹, Gabriel SEQUEIRA¹, Eduardo KERZBERG¹

¹SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA, ²CLÍNICA LA PEQUEÑA FAMILIA

Introducción: Dado que pocos trabajos presentados en los Congresos Argentinos de Reumatología se publican, es necesario identificar las barreras que limitan la publicación.

Objetivo: Analizar la relación entre el entrenamiento en escritura médica (EM), el manejo del idioma inglés y los fondos para publicar con la tasa de publicación.

Métodos: Estudio transversal y observacional con encuesta anónima enviada por e-mail o WhatsApp a reumatólogos o reumatólogos en formación. Se recopilaron datos sociodemográficos, de entrenamiento en EM, redacción en inglés, fondos para publicar y tasa de publicación. El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética y todos los participantes dieron su consentimiento informado online.

Resultados: De los 121 médicos encuestados (80 mujeres, 41 hombres, edad promedio 44 años, SD 10), 105 (87%) eran especialistas y el resto estaba en formación. Ochenta y nueve (74%) encuestados habían publicado al menos un artículo en revistas en español y 71 (59%) en inglés. La supervisión por profesionales más experimentados fue el método de entrenamiento en EM más común (65%, n=79), aunque su tasa de publicación fue similar a la del resto (73% vs. 74%, $p=0,9$). Solo 14 (12%) encuestados recibieron un entrenamiento formal en EM. No obstante, 65 (53%) del total creen que se necesitan cursos formales para mejorar la EM y se inscribirían en ellos, sin diferencias significativas por edad. El 68% de los que se consideran capaces de redactar en inglés, con o sin supervisión, había publicado al menos un artículo en una revista internacional en inglés en los últimos 5 años comparado con el 39% en el resto ($p=0,004$). Veintisiete encuestados (22%) indicaron tener acceso a fondos para publicar. De estos, el 70% había publicado al menos un artículo en inglés en una revista internacional en los últimos 5 años, comparado con el 40% de aquellos sin acceso a fondos ($p=0,01$).

Conclusión: La supervisión por profesionales con más experiencia es el método de entrenamiento en EM más común, aunque hay un interés significativo en realizar cursos formales de EM. El nivel de inglés y la falta de fondos para publicar parecen ser factores adicionales que limitan la tasa de publicación en revistas internacionales.

INVESTIGACIÓN EN REUMATOLOGÍA: RETOS EN EL PROCESO

Rosana QUINTANA, Carolina ISNARDI, Natalia ZAMORA, Alejandro BRIGANTE, Karen ROBERTS, Guillermo PONS-ESTEL

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

Introducción: Si bien son cada vez más frecuentes los espacios formativos en metodología de la investigación, hay un grupo minoritario que desea profundizar sus conocimientos y aplicarlos en la realización de trabajos de investigación y posterior publicación. Muchos motivos pueden enumerarse, entre ellos, la falta de tiempo, la falta de recursos humanos y logísticos, la carga asistencial y, sobre todo, los aspectos económicos.

Objetivo: Describir la realidad de los socios de la SAR en relación al estado actual de la producción científica y sus limitaciones con el propósito de mejorar los aspectos que estén a nuestro alcance.

Métodos: Estudio observacional, de corte transversal, a través de la implementación de una encuesta *online*, autoadministrada, con preguntas estructuradas en relación al objetivo del estudio. Se realizó un análisis descriptivo de las variables.

Resultados: 105 socios respondieron la encuesta; 61% del sexo femenino y con una edad media de 46,4 años (DE 9.8). La media de años de especialización fue de 14 años (DE 10.4). El 81,4% tenía como máximo grado académico una maestría y el 6,8% un doctorado. El 74% había tenido entrenamiento formal en metodología. El 60% de los encuestados investiga como parte de un grupo GESAR, el 25% de manera independiente, un menor porcentaje como parte de grupos internacionales de colaboración. El 65% no recibe remuneración. El 65% recibe soporte metodológico y el 70% requiere de corrección de estilo cuando la publicación es en inglés. El 80% acuerda que sus producciones culminan en publicaciones en el 10-30% de los casos, siendo la mayoría en idioma inglés. El 85% afirma que ha publicado menos de 3 artículos en los últimos 3 años como primer autor. El 68% refiere no utilizar inteligencia artificial para las producciones científicas. Las principales limitaciones fueron la falta de recursos económicos, y la falta de mentores o tutores que guían el proceso. El 68% de los socios ha utilizado los recursos de la UNISAR y un 30% no tenía conocimiento de su existencia.

Conclusión: A pesar de las limitaciones conocidas en el proceso de producción científica, existe un gran número de reumatólogos que tiene interés en llevarlo a cabo. Es necesario continuar fomentando espacios de aprendizaje y motivar a los jóvenes con el apoyo de mentores o tutores.

ESTIMACIÓN DEL RETRASO EN LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN LATINOAMÉRICA. ESTUDIO CON METODOLOGÍA MIXTA

María Fernanda RAMÍREZ FLORES¹, Rosana QUINTANA², Yurilis FUENTES-SILVA³, Romina NIETO², Tirsa COLMENARES-ROA⁴, Amaranta MANRIQUE DE LARA⁵, Alfonso GASTELUM-STROZZI⁶, José MORENO MONTOYA⁶, Bernardo PONS-ESTEL², Guillermo PONS-ESTEL², Ingris PELAEZ-BALLESTAS⁴

¹PROGRAMA DE ESTUDIOS COMBINADOS EN MEDICINA (PECEM), FACULTAD DE MEDICINA, UNAM, ²CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (CREAR), ³UNIVERSIDAD DE ORIENTE, DEPARTAMENTO DE MEDICINA, CIUDAD BOLÍVAR, VENEZUELA, ⁴HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA, MÉXICO, ⁵ICAT-UNAM, MÉXICO, ⁶UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, COLOMBIA

Introducción: Cerca del 30% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) experimenta un retraso en el diagnóstico, lo cual impacta en el daño acumulado. Los datos publicados describen un promedio del retraso en el diagnóstico de entre 3 a 5 años. Debido a las particularidades de Latinoamérica (LA), resulta necesario establecer los tiempos y evaluar los factores asociados.

Objetivo: Describir el retraso en el diagnóstico y tratamiento, así como los factores asociados en pacientes con LES atendidos en diferentes servicios de LA.

Métodos: Estudio con metodología mixta (cualitativo y cuantitativo) de tipo secuencial dividido en cuatro fases. Fase 1: construcción de la evidencia (a través de una revisión sistemática de la literatura y construcción de una guía de entrevista); Fase 2: cualitativa (describir y analizar el proceso de búsqueda de atención de pacientes con LES desde la perspectiva de reumatólogos y pacientes); Fase 3: construcción y validación del cuestionario. Fase 4: cuantitativa (aplicación del cuestionario validado). El proyecto está planeado para desarrollarse durante el período de 2023-2027 y está financiado por una beca de PANLAR y por el Grupo Latinoamericano de Estudio del Lupus (GLADEL).

Resultados: En la actualidad están participando 17 países de LA: Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Participarán en la Fase 2: 23 grupos focales de reumatólogos y 153 pacientes a través de entrevistas individuales en profundidad; en las Fase 3 y 4: 150 pacientes en la prueba piloto, 450 pacientes en la validación del cuestionario y 13.369 en la medición del retraso. Actualmente se concluyeron las revisiones sistemáticas, y se construyeron las guías de entrevistas que se están aplicando en los grupos focales y entrevistas a los pacientes.

Conclusión: Los pacientes y reumatólogos coinciden que el retraso en LA tiene características específicas que incluyen la variabilidad de la enfermedad, la diversidad de los sistemas de salud, los aspectos educativos, y las condiciones socioculturales y económicas. Es fundamental medir el retraso como evidencia para la toma de decisiones en materia de políticas de salud.

MOVILIZACIÓN Y BÚSQUEDA DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS REUMÁTICAS PERTENECIENTES A LA COMUNIDAD QOM. ENTRE ROSARIO Y PRESIDENCIA ROQUE SAENZ PEÑA: ESTUDIO MIXTO

Cecilia CAMACHO¹, Rosana QUINTANA², Milagros CAAMAÑO¹, Marcela Beatriz ÁLVAREZ³, Graciela GÓMEZ¹, Evelyn ZELAYA¹, Andrés HONER¹, Antonela VANNUCCI², María Elena CALVO², Ingris PELAEZ-BALLESTAS⁴, Marcela VALDATA¹, Bernardo PONS-ESTEL²

¹CEAPROS (CENTRO DE ESTUDIOS APLICADOS A PROBLEMÁTICAS SOCIOCULTURALES), UNR, ²CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (CREAR), ³HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ, ⁴HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA, MÉXICO

Introducción: El Grupo Latinoamericano de Estudios de Enfermedades Reumáticas en Pueblos Originarios (GLADERPO) ha trabajado desde su conformación con la comunidad Qom. La utilización de la metodología *Community Oriented Program for Control of Rheumatic Diseases* (COPCORD) permitió detectar una alta prevalencia de artritis reumatoide (AR). Uno de los motivos más frecuentes de la falta de continuidad de los tratamientos ha sido la constante movilización entre la provincia de Santa Fe y el Chaco.

Objetivo: Describir y comparar la situación de la salud en relación con el acceso al sistema de salud y sus limitaciones entre la comunidad Qom de la ciudad de Presidencia Roque Sáenz Peña y la residente en Rosario.

Métodos: Estudio mixto (cuanti-cualitativo) secuencial en dos fases. Fase cuantitativa: estudio epidemiológico, transversal, con implementación de la metodología COPCORD. Análisis descriptivo. Fase cualitativa: estudio etnográfico con entrevistas semiestructuradas. Análisis temático.

Resultados: Se censaron 940 individuos residentes en la ciudad de Presidencia Roque Sáenz Peña. De ellos, 485 fueron encuestados (51,5%). El tiempo medio de permanencia en el barrio fue de 15,2 años (DE 13.3) y el nivel medio de educación en años fue de 6,26 (DE 4,56). Las comorbilidades más frecuentemente fueron: hipertensión (14.8%), Chagas (11,5%), tuberculosis (4,95%) y diabetes (4,12%). El 26,5% describió dolor en los últimos 7 días. Los diagnósticos más frecuentes fueron: lumbalgia mecánica (17,1%), osteoartritis (10,1%), y dentro de las patologías inflamatorias, AR (2,4%). Los temas identificados en las narrativas de los participantes fueron: normalización de los síntomas, limitación al acceso al sistema de salud y principalmente a la atención especializada, sumado a la falta de provisión de la medicación. Una de las barreras más importantes fue la movilización entre las dos ciudades lo que limita la continuidad de la atención (ver en poster la comparación entre ambas comunidades).

Conclusión: Las limitaciones en el acceso y la continuidad de los tratamientos sigue siendo el principal problema debido a la movilización y la desconexión del sistema de salud entre ambas provincias. Es fundamental trabajar de manera conjunta en estrategias interprovinciales.

0120

EVALUACIÓN DE LA PRESENCIA DE PARÁMETROS DE RIGIDEZ ARTERIAL UTILIZANDO MEDICIONES HEMODINÁMICAS NO INVASIVAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES. SEGUNDO ANÁLISIS

Leonel Ariel BERBOTTO, Albertina María GHELFI, Rosana QUINTANA, Romina NIETO, Lautaro VÉLEZ, Boris KISLUK, Guillermo KILSTEIN, Jorge GALÍNDEZ, Guillermo BERBOTTO

HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, GRANADERO BAIGORRIA

Introducción: Las enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA) aumentan la posibilidad de desarrollar lesiones vasculares subclínicas, como rigidez arterial, lo que se asocia a eventos cardiovasculares (ECV) a largo plazo. La rigidez arterial se puede determinar mediante la medición de velocidad de la onda del pulso (VOP), la presión aórtica central (PAC) y el índice de aumentación (IAu).

Objetivo: Evaluar la rigidez arterial a través de la medición no invasiva de la VOP, PAC e IAu en pacientes con ERAI, comparando los parámetros con un grupo control de sujetos sanos.

Métodos: Estudio de cohorte. Grupo 1: pacientes con ERAI en remisión clínica o baja actividad de la enfermedad según médico tratante y estratificados como bajo RCV (<5%) por la Calculadora de las Américas de la OMS para Argentina. Se excluyeron pacientes con antecedentes de un ECV, enfermedad renal crónica, diabetes, hipertensión arterial, lesión de órgano diana y pacientes en tratamiento con estatinas, aspirina o fármacos antihipertensivos. Grupo 2: sujetos sanos que acudieron a control rutinario de salud. Se utilizó muestreo consecutivo. Se realizó medición de PAS y PAD con Omron M3, y de VOP carotídeo-femoral, PAC e IAu con AorticTM.

Resultados: Se incluyeron 95 sujetos: grupo 1 (n=46), grupo 2 (n=49). Los diagnósticos más frecuentes fueron: lupus eritematoso sistémico (LES) n=15, artritis reumatoide (AR) n=18. Los sujetos con ERAI mostraron mayor VOP: 6,55 (5,93, 7,38) m/s vs. 6,00 (5,70, 6,40) m/s (p<0,0001) y mayor IAu 20,8% (12,3) vs. 16,2% (11,6) (p=0,0796) comparados con los controles. No se encontraron diferencias de PAC. Entre sujetos con ERAI no se observaron diferencias en el valor de VOP en relación a los tratamientos. En la comparación de pacientes con diagnóstico de LES vs. AR macheados por controles sanos, los primeros tuvieron mayor VOP: 6,60 (6,25, 7,85) m/s vs. 6,20 (5,80, 6,80) m/s vs. 6,00 (5,70, 6,40) (p=0,0087).

Conclusión: Los sujetos con ERAI incluidos (en remisión clínica o baja actividad de la enfermedad, sin afectación orgánica, normotensos, con RCV<5%) mostraron mayor VOP que los pacientes sanos pareados por sexo y edad. Es necesario ampliar la muestra con la inclusión de nuevos pacientes para mejorar el poder estadístico de los resultados.

0121

PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE DOS REGISTROS NACIONALES, ESPAÑOL Y ARGENTINO, ENFOCADO EN LAS DIFERENCIAS DE LOS RESULTADOS

Iñigo RÚA-FIGUEROA¹, Rosana QUINTANA², Julia MARTÍNEZ-BARRIO³, Mercedes GARCÍA⁴, María GALINDO-IZQUIERDO⁵, Lucila GARCÍA⁴, Jaime CALVO-ALÉN⁶, Carla Andrea GOBBI⁷, Esther URIARTE-ISACELAYA⁸, Paula ALBA⁷, Eva TOMERO MURIEL⁹, Verónica BELLOMIO⁷, Mercedes FREIRE GONZÁLEZ¹⁰, Susana ROVERANO⁷, Víctor MARTÍNEZ TABOADA¹¹, Analía Patricia ÁLVAREZ⁷, Eva SALGADO PÉREZ¹², César GRAF, Paloma VELA¹³, Cecilia PISONI⁷, Antonio FERNÁNDEZ NEBRO¹⁴, Alberto SPINDLER⁷, Clara SANGÜESA¹⁵, Catalina GÓMEZ⁷, Javier NARVÁEZ GARCÍA¹⁶, Heber Matías FIGUEREDO⁷, Gregorio SANTOS SOLER¹⁷, Silvia PAPASIDERO⁷, José HERNÁNDEZ BARIÁN¹⁸, Raúl PANIEGO⁷, Ángela PECONDÓN¹⁹, María Celina DE LA VEGA⁷, Oihane IBARGENGOITIA²⁰, Emma CIVIT⁷, Gema BONILLA²¹, Luciana GONZÁLEZ LUCERO⁷, Vicente TORRENTE SEGARRA²¹, María Victoria MARTIRE⁷, Ana Paula CACHEDA²², Rodrigo ÁGUILA MALDONADO⁷, María GARCÍA VILLANUEVA²³, Sergio GORDON⁷, Clara MORIANO MORALES²⁴, Marina MICELLI⁷, Loreto HORCADA²⁵, Romina NIETO⁷, Gretel RAUSCH⁷, Nuria LOZANO RIVAS²⁶, Bernardo PONS-ESTEL², Guillermo PONS-ESTEL², José PEGO REIGOSA²⁷

¹DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR NEGRÍN, LAS PALMAS DE GRAN CANARIA, SPAIN, ²CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (CREAR), ³DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, HOSPITAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN, MADRID, SPAIN, ⁴HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (HIGA) GENERAL SAN MARTIN LA PLATA, ⁵DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE, MADRID, SPAIN, ⁶DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, HOSPITAL ARABA, VITORIA, SPAIN, ⁷RELESSAR, ⁸DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, UNIVERSITY HOSPITAL OF DONOSTI, DONOSTI, SPAIN, ⁹DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA, MADRID, SPAIN, ¹⁰DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, UNIVERSITY HOSPITAL OF A CORUÑA, A CORUÑA, SPAIN, ¹¹DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA, SANTANDER, SPAIN, ¹²DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, COMPLEJO HOSPITALARIO DE ORENSE, OURENSE, SPAIN, ¹³DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE, SPAIN, ¹⁴DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA, MÁLAGA, SPAIN, ¹⁵DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL, BADALONA, SPAIN, ¹⁶DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE, L'HOSPITALET DE LLOBREGAT, SPAIN, ¹⁷DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, HOSPITAL VILLAJOYOSA, ALICANTE, SPAIN, ¹⁸DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, HOSPITAL INSULAR DE GRAN CANARIA, GRAN CANARIA, SPAIN, ¹⁹DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, ZARAGOZA, SPAIN, ²⁰DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, HOSPITAL DE BASURTO, BILBAO, SPAIN, ²¹DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LA PAZ, MADRID, SPAIN, ²²DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, HOSPITAL DE SANT JOAN DESPÍ MOISES BROGGI, SANT JOAN DESPÍ, SPAIN, ²³DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, HOSPITAL SON LLATZER, PALMA DE MALLORCA, SPAIN, ²⁴DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL, MADRID, SPAIN, ²⁵DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, HOSPITAL DE LEÓN, LEÓN, SPAIN, ²⁶DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, COMPLEJO UNIVERSITARIO DE NAVARRA, PAMPLONA, SPAIN, ²⁷DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, MURCIA, SPAIN, ²⁸DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, UNIVERSITY HOSPITAL OF VIGO, VIGO, SPAIN

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) se asocia a una elevada morbimortalidad. Una característica que la distingue es la agresividad de la enfermedad, asociada a peores pronósticos, especialmente en ciertos grupos étnicos. El Registro de Lupus de la Sociedad Española de Reumatología (RELESSER) describió que los pacientes latinos residentes en España presentan peores resultados que los caucásicos.

Objetivo: Comparar las características clínicas, serológicas, tratamientos y comorbilidades de los pacientes con LES de la fase transversal de RELESSER, los pacientes latinoamericanos residentes en España pertenecientes al registro RELESSER y los pacientes del registro argentino (RELESSAR).

Métodos: RELESSER y RELESSAR son registros multicéntricos y comparten la misma base de datos. Las variables recogidas fueron: demográficas, clínicas, serológicas, comorbilidades y tratamientos; índice de actividad de la enfermedad (SLEDAI), índice de daño (SLICC/ACR *Damage Index* (SDI) e índice de comorbilidad de Charlson. En RELESSER, los pacientes latinoamericanos se definieron como aquellos nacidos en países latinoamericanos y que emigraron a España. Las variables categóricas se compararon mediante la prueba de chi-cuadrado o la prueba de Fisher, y para las variables continuas se realizó ANOVA o la prueba de Kruskal-Wallis. En los casos en que se encontraron diferencias significativas entre los grupos, se realizaron comparaciones múltiples. Se consideró el nivel de significación <0,05. Para el análisis de los datos se utilizó el software R.

Resultados: Los pacientes latinoamericanos tuvieron una edad menor, menor duración de la enfermedad con un tiempo más corto hasta el diagnóstico, mayor frecuencia de nefritis, mayor SLEDAI y mayor uso de corticosteroides. Sin embargo, los pacientes RELESSER mostraron una mayor frecuencia de comorbilidades y hospitalizaciones (ver en poster las comparaciones múltiples entre los grupos).

Conclusión: Los pacientes latinoamericanos presentaron una enfermedad grave, con mayor frecuencia de afectación renal y uso de corticoides. Los pacientes caucásicos españoles presentaron más hospitalizaciones, probablemente relacionadas con un menor uso de antimaláricos y mayores comorbilidades.

0122

SEGUIMIENTO Y ADHERENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES BAJO TRATAMIENTO CON DROGAS DE ALTO COSTO. NUESTRA REALIDAD EN EL ÚLTIMO AÑO

Leonel Ariel BERBOTTO, Rosana QUINTANA, Romina NIETO, Boris KISLUK, Guillermo BERBOTTO

HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, GRANADERO BAIGORRIA

Introducción: Las opciones terapéuticas en las enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA) se han ampliado y cada vez más pacientes pueden acceder a drogas de alto costo para alcanzar los objetivos terapéuticos. A pesar de esto, existen diversas barreras.

Objetivo: Describir las características clínicas, la adherencia y la continuidad de los tratamientos de alto costo indicados en el último año en pacientes con ERAI.

Métodos: Corte transversal. Se incluyeron mayores de 18 años en tratamiento con drogas de alto costo. Variables incluidas: edad, sexo, nivel socioeconómico (escala de Graffar), años de educación formal, cobertura de salud, situación laboral, certificado de discapacidad, *score* de Charlson, indicación de la droga de alto costo, tiempo desde la prescripción a la adquisición, forma de adquisición, tratamientos concomitantes, adherencia en los últimos 6 meses (Cuestionario de Cumplimiento en Reumatología), motivo de la pérdida de adherencia y percepción del paciente al cambio en su vida cotidiana luego del tratamiento de alto costo a través de una escala visual análoga.

Resultados: 19 pacientes, 68,4% eran mujeres y de etnia caucásica. Edad media de 48,1 años (DE 9.8). El 73,7% nivel socioeconómico medio/baja, promedio de 9,8 (DE 3.1) años de educación formal. El 63,2% cobertura pública de salud, 10,5% PAMI y 26,3% obra social. El 52,6% contaba con certificado único de discapacidad. El 80,1% no tenía trabajo formal. La mediana del Charlson fue de 1.00 (1.00, 3.00). Las ERAI más frecuentes fueron artritis reumatoide (73,7%) y artritis psoriásica (10,5%). El tiempo medio en adquirir la droga fue de 3 (DE 2) meses, 60% la adquisición fue por sistema público. Las drogas más indicadas fueron abatacept 26,3%, adalimumab 26,3% y etanercept 21,2%. El 80% tenía asociado un DARMES. El 60% de los pacientes no tenía adherencia al tratamiento y el motivo más frecuente fue la falta de provisión de la medicación por parte del prestador. La mediana en el cambio según la percepción del paciente fue 7.00 (5.00, 8.00).

Conclusión: La falta de adherencia se debió a la falta de provisión de la medicación. El cambio en la vida cotidiana de los pacientes es significativo. La continuidad de los tratamientos es clave para trabajar según las recomendaciones nacionales e internacionales.

0124

DESCRIPCIÓN CLINIMÉTRICA EN PACIENTES CON MIOPATÍA INFLAMATORIA IDIOPÁTICA UTILIZANDO MMT8, MYTAX Y MDI

Cristian Alejandro BENÍTEZ, Yhanderin Yampa VEDIA, María Agustina ALFARO, Claudia PEÓN, Arisai Graciela HUICI ROJAS, Ramiro GÓMEZ, Julieta GAMBA

HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo de enfermedades neuromusculares crónicas caracterizadas por la inflamación del tejido muscular. Estas enfermedades presentan una diversidad clínica y manifestaciones sistémicas variables, lo que requiere una evaluación precisa para su manejo efectivo. Las MII incluyen dermatomiositis (DM), polimiositis (PM), síndrome antisintetasa (SAS), miopatía necrotizante inmunomediada (IMNM), miositis por cuerpos de inclusión (IBM) y miositis en el contexto de síndromes de superposición reumatológica. La prevalencia varía entre 2 y 10 casos por cada millón de habitantes, afectando principalmente a mujeres y adultos de mediana edad.

Objetivo: Describir la fuerza muscular, la actividad y el daño en pacientes con MII mediante el uso de las herramientas MMT8, MYTAX y MDI.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio de corte transversal en pacientes con MII que cumplieran los criterios de clasificación ACR/EULAR 2017. Se evaluaron pacientes mayores de 18 años que acudieron al Servicio de Reumatología del Hospital Nacional Alejandro Posadas. Se recopilaron datos demográficos y de la enfermedad, incluyendo clasificación fenotípica de miopatía, fecha de diagnóstico e inicio de síntomas. La fuerza muscular se evaluó con el MMT8, la actividad de la enfermedad con el MITAX y el daño con el MDI. Los datos se analizaron descriptivamente, utilizando frecuencias y porcentajes para variables categóricas, y mediana y rango intercuartílico (RIC) o media y desvío estándar (DE) para variables continuas.

Resultados: Se incluyeron 92 pacientes con MII, de los cuales el 82,6% fue mujer. La mediana de edad fue de 49,5 años y el tiempo de evolución de la enfermedad fue de 3 años. La distribución fenotípica MII fue: DM 56,2%, PM 24,6%, SAS 18,3% e IMNM 1,1%. Las comorbilidades incluyeron: tabaquismo (34,1%), hipertensión (25%), dislipemia (20,9%), hipotiroidismo (18,5%) y diabetes (13%). La mediana del MMT8 fue 146, del MITAX 7 y del MDI 1. Un 32,6% de los pacientes requirió internación y la mortalidad fue del 11,4%.

Conclusión: Estos hallazgos ayudan a estandarizar el uso de MMT8, MITAX y MDI para evaluar la fuerza, la actividad y el daño acumulado como medida de resultado de la miositis en nuestros pacientes.

NIVEL DE IL-6 EN ESCLEROSIS SISTÉMICA: CORRELACIÓN CON EL COMPROMISO ORGÁNICO

Verónica Soledad MARTÍNEZ, Graciela BETANCUR, María Julia PAPAGNO, Matías GARCÍA, Patricia Tatiana VELASCO HERNÁNDEZ, Sabrina ARGUELLO, Maira ETCHEVERRY, Marina LAGUARDE, Lucía PEIRANO, Alejandra ABALO, Adrián Jorge ESTÉVEZ, Agustina LLARENS

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED EL CRUCE, DR. NÉSTOR CARLOS KIRCHNER, FLORENCIO VARELA

Introducción: La interleucina 6 (IL-6) está elevada en el suero de pacientes con esclerosis sistémica (ES). Un estudio reportó que pacientes con compromiso pulmonar asociado a ES tenían niveles de IL-6 más elevados. No hay reportes de niveles de dicha interleucina en otros compromisos orgánicos. Nuestro estudio podría favorecer la evidencia de la IL-6 como un biomarcador en ES y ampliaría trabajos anteriores sobre la asociación de citocinas séricas con manifestaciones clínicas.

Objetivo: Correlacionar los niveles e IL-6 con variables clínicas de la enfermedad en ES (compromiso pulmonar, esofágico, cutánea) en pacientes con tratamiento con DMARD convencionales.

Métodos: Estudio transversal unicéntrico. N:12. Incluimos adultos que cumplían ACR/EULAR 2013, en seguimiento en el Hospital El Cruce de octubre 2023 a mayo de 2024. Se midió la concentración IL-6 por electroquimioluminiscencia (VN: <7 pg/ml) y se consignaron tiempo de evolución de la enfermedad, subtipo SSc, compromisos orgánicos, hábitos, comorbilidades y tratamiento. Criterios de exclusión: diagnóstico reciente no estudiado para compromiso orgánico, infección aguda o de otra índole inflamatoria y tumorales. Se correlacionó el valor de IL-6 con la presencia de compromiso orgánico y la extensión cutánea por RODNAN (Spearman).

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes con ES y se realizó el dosaje de IL-6 en 12 pacientes. La mediana de edad fue de 59 años (RIC 48-70) y la mediana de tiempo de evolución fue 7,7 años (RIC 3-14). 9 pacientes presentaron ES limitada, 1 CREST, 2 ES difusa, 2 tenían diagnóstico de EPID, todos presentaban compromiso esofágico y 1 solo paciente HTP. La mediana del score de Rodnan fue de 5 (RIC 2-20). Anticuerpos: 92,8% centromérico, 16% scl 70. Comorbilidades: 40% HTA, 20% hipotiroidismo, 20% TBQ y 20% cirrosis biliar primaria. La mediana de IL-6 fue de 5,75 (RIC 2.2-24.4) y solo 2 pacientes presentaron IL-6 por encima del VN. Hallamos una correlación de 0,51 entre score Rodnan/ IL-6 y de 0,37 para tiempo de evolución/IL-6.

Conclusión: No hallamos correlación entre el valor de IL-6 y las variables analizadas en pacientes con ES, esto podría corresponder al bajo número de pacientes con IL-6 elevada, la estabilidad clínica de los mismos y el uso de DMARDs.

PROGRESIÓN A CIRROSIS EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA CON Y SIN ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA ASOCIADA

Analia SÁNCHEZ LEGUIZAMO¹, Mariano ALVES¹, Luciana VASCONCELLOS², Daniela DE LA VIÑA¹, Nicolás ALVARADO, Enrique SORIANO¹, Javier ROSA¹, Marina SCOLNIK¹

¹HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ²HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

Objetivo: Determinar si la asociación de colangitis biliar primaria (CBP) y enfermedades reumatológicas se asocia a peor evolución de la enfermedad hepática.

Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de CBP entre 2000 y 2020 pertenecientes a un plan de salud de un Hospital Universitario. Se recolectaron de la historia clínica electrónica datos clínicos, anatomo-patológicos, imágenes y de laboratorio. Se analizaron factores de riesgo de progresión a cirrosis: FAL mayor a 300 al diagnóstico, score de GLOBE, hallazgos en biopsia hepática (ductopenia, hepatitis de interfase, estadios de Scheuer), valores de kpa en el fibroscan, etc. Los mismos fueron evaluados en forma conjunta entre Reumatología y Hepatología. Se realizó estadística descriptiva y análisis de regresión logística univariado para identificar factores asociados a la progresión a cirrosis.

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes con diagnóstico de CBP, con una edad media de 65,2 años (DS 12.7), 92,5% mujeres, con una mediana de seguimiento de 11 años (RIC 6,7-15,4). 76 pacientes (96,2%) tuvieron FAN positivo y 61 (76,3%) antimitocondriales positivo. La mayoría (70, 87,5%) recibió tratamiento con ácido ursodesoxicólico. 15 pacientes (18,8%) presentaron enfermedad reumatológica asociada (8 con síndrome de Sjögren, 4 con CREST, 3 con artritis reumatoide). 13 pacientes (16,3%) evolucionaron a cirrosis, 2 desarrollaron hepatocarcinoma (2,5%) y 1 requirió trasplante hepático (1,3%). No se encontraron diferencias en los parámetros de laboratorio, de las biopsias, del fibroscan, tratamientos recibidos ni en la evolución de la enfermedad entre aquellos con y sin enfermedad reumatológica. En el análisis de regresión logística tener enfermedad reumatológica no se asoció a mayor riesgo de progresión a cirrosis (OR 0.32, IC 95% 0,4-2,6) y sí se asociaron los hallazgos histológicos con estadios de Scheuer III-IV (OR 12, IC 95% 1,7-83,8) y el score de GLOBE al año de tratamiento (OR 2.44, IC 95% 1,1-5,5), mientras que ser respondedor (bilirrubina normal y FAL <150) al año de tratamiento fue un factor protector de cirrosis (0,23, IC 95% 0,1-0,9).

Conclusión: El 18,8% de los pacientes con CBP presentó enfermedad reumatológica que no se asoció a progresión de la enfermedad hepática.

FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR Y FACTORES ASOCIADOS EN ENFERMEADES REUMÁTICAS

Emilio BUSCHIAZZO¹, Malila CORREA², Carla LALLOPIZZO², María Laura TOSO¹, Ana Carolina RALLE¹, Eugenia PICCO¹, Mariana ACIAR¹, Martín Miguel SALAS TOLABA¹, Daniela ALONSO LÓPEZ³, Vicente JUÁREZ¹

¹HOSPITAL SR. DEL MILAGRO, ²INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, ³CIAC

Introducción: Las enfermedades reumáticas (ER) sistémicas comprenden un grupo heterogéneo de entidades, con compromiso articular y/o de órganos, que requieren de tratamiento inmunosupresor (IS). La suspensión o el cumplimiento insuficiente de dicho tratamiento se asocia a mayor actividad de la enfermedad, reactivaciones (brotes) y peor daño acumulado.

Objetivo: Determinar la prevalencia de no adherencia al tratamiento inmunosupresor (IS) en ER sistémicas y factores asociados al mismo.

Métodos: Se incluyeron pacientes de la consulta ambulatoria de dos regiones del país, ≥18 años de edad y con diagnóstico de ER que requirieran tratamiento IS. Se consignaron las características sociodemográficas, del paciente, diagnóstico y tipo de tratamiento IS indicado. Para medir la adherencia se utilizaron el cuestionario CQR-5 y se calculó el *Medication Possession Ratio* (MPR) en los últimos 3 meses a la consulta para cada IS, consi-

derándose insuficiente un valor <80%. Se realizó análisis estadístico descriptivo, las variables asociadas a MPR insuficiente en el análisis univariado fueron sometidas a análisis multivariado tomando como variable dependiente MPR insuficiente para cada IS. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 166 pacientes, 153 (92,2%) del sexo femenino, edad 48 años (RIC 39-55), mediana de 12 años de educación (RIC 9.2-14-9). Diagnósticos más frecuentes: AR 119 (71,7%), LES 17 (10,2%), SSp 12 (7,2%). La prevalencia de no adherentes (<80% MPR) para los IS evaluados fue: metotrexato (MTX) 43 (38,1), leflunomida (LFN) 12 (44,4), hidroxiquina (HCQ) 9 (22,5) y bDMAR 12 (33,3). La falta de cobertura social se asoció con menor adherencia a MTX (47,2 vs. 22,2; $p < 0,001$) y a HCQ (34,6 vs. 0; $p = 0,03$). Pertenecer a clase baja/media baja se asoció con menor adherencia a MTX (45,7 vs. 19; $p = 0,02$), y los brotes en los últimos 3 meses de la enfermedad a menor adherencia a bDMAR (47,6 vs. 13,3; $p = 0,04$). En el análisis multivariado, la falta de cobertura se asoció independientemente del GRAFFAR, número de brotes y región de residencia con falta de adherencia a MTX ($p = 0,046$).

Conclusión: La falta de adherencia a tratamientos IS fue elevada (22,5-44,4%, según la medicación) y la falta de cobertura se asoció independientemente con la no adherencia a MTX.

0133

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LA REUMATOLOGÍA ARGENTINA

María Belén NAVARRO, Julieta CAR, Gabriel SEQUEIRA, Eduardo KERZBERG

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS RAMOS MEJÍA

Introducción: Si bien hay una mayor participación femenina en la fuerza laboral, aún persisten “techos de cristal” que reflejan desigualdades sostenidas.

Objetivo: Evaluar desde una perspectiva de género los trabajos sobre reumatología publicados recientemente por autores nacionales.

Métodos: Se analizaron todas las publicaciones sobre reumatología entre 2018 y 2022 en la Revista Argentina de Reumatología (RAR) o en PubMed que incluyeran, al menos, un autor argentino. En un análisis limitado a los autores argentinos se clasificaron por género (hombre/mujer) a todos los autores, al primer autor y al autor de correspondencia. Además, se evaluaron los conflictos de interés con la industria farmacéutica (CDI) según las declaraciones proporcionadas en las publicaciones.

Resultados: Se encontraron 129 trabajos en la RAR sobre 1149 autores argentinos, 714 (62,1%) fueron mujeres. En 87 (67,4%) trabajos, la primera autora fue una mujer. En 110 artículos se identificó a un autor de correspondencia, de los cuales 66 (60,0%) fueron mujeres. Hubo 363 trabajos publicados en PubMed: sobre 1276 autores argentinos, 650 (50,94%) eran mujeres. En los 72 trabajos realizados por centros nacionales, 335 (56,6%) de los 592 autores fueron mujeres. En los 291 trabajos internacionales, 315 (46,1%) de los 684 autores argentinos eran mujeres. De los 109 artículos donde el primer autor era argentino, en 65 (59,6%) era una mujer. De los 101 artículos en los que el autor de correspondencia era argentino, en 42 (41,6%) era una mujer. Hubo 72 trabajos de fase 1 a 4 patrocinados por la industria farmacéutica donde participó al menos 1 autor argentino: sobre 118 autores argentinos, solo 29 (24,6%) fueron mujeres. En 96 publicaciones, algún autor argentino declaró tener, al menos, un CDI: en 70 publicaciones (72,9%) fueron hombres exclusivamente, en 16 (16,7%) solo mujeres, y en los restantes, tanto hombres como mujeres. Sobre 134 reportes de CDI, solo 32 (23,9%) correspondieron a mujeres.

Conclusión: En la producción científica reumatológica argentina las mujeres son mayoría, aunque persisten asimetrías en algunos roles de mayor responsabilidad o relevancia. Requiere un mayor seguimiento la desigualdad de género observada en los estudios patrocinados por la industria farmacéutica y en las declaraciones de CDI.

0134

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y LABORATORIALES DE PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO SERONEGATIVO

María Florencia GORDILLO, Fernanda GUZZANTI, Gerardo CASTORINO, Melisa LUNA, Daniela PONCE, Silvina NASI, Agustín GARCÍA CICCARELLI

HOSPITAL DEL CARMEN, GODOY CRUZ

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSp) tiene un amplio espectro de manifestaciones clínicas que van desde el síndrome sicca (>95%) hasta la afectación sistémica, con casos de enfermedad intersticial pulmonar (EPI) como forma de presentación. Los procedimientos invasivos como la biopsia de glándula salival menor son útiles para el diagnóstico en tales circunstancias.

Objetivo: Describir las características de los pacientes con SSp con SS-A negativos comparados con aquellos con SS-A positivos.

Métodos: Se revisaron retrospectivamente 177 biopsias de glándula salival menor realizadas por el Servicio de Reumatología de 2021 a 2024. 54 presentaban un score de foco \geq 1. Se excluyeron 20 por clasificar para SS secundario. De los 34 restantes, 25 presentaban SS-A+ y 9 SS-B negativo. Los criterios de inclusión fueron pacientes >18 años que cumplieran los criterios ACR/EULAR 2016. El criterio histopatológico fue la sialoadenitis linfocítica focal en una biopsia de glándula salival menor con 1 o más focos de linfocitos/4mm² (FS>1). Los criterios de exclusión fueron pacientes <18 años con diagnóstico de SS secundario o síndrome de superposición. Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar. Los análisis estadísticos se realizaron con EpiInfo 7.

Resultados: Los pacientes con SSp seronegativo eran mayores al diagnóstico comparados con los pacientes seropositivos (56 vs. 52). La mayoría de los pacientes fue del sexo femenino en ambos grupos. La presencia de xerostomía fue mayor en los pacientes con SSp seropositivo (60% vs. 22%, $p = 0,02$), al igual que la hipergammaglobulinemia policlonal difusa. La presencia de xeroftalmia, anemia, leucopenia, plaquetopenia, Raynaud, EPI, VSG/PCR elevadas, hipocomplementemia c3, c4 e hipovitaminosis D fue similar en ambos grupos. La presencia de hipotiroidismo fue mayor en el grupo de SSp seronegativo. El motivo de búsqueda de SSp en pacientes con SS-A negativo fue la presencia de EPI en 3 casos, ojo seco severo en 5 y poliartralgias y fatiga marcada en 1.

Conclusión: Es de relevancia pronóstica la búsqueda activa del SSp en ausencia de autoanticuerpos y en su forma de presentación extraglandular, ya que este lleva al deterioro de la calidad de vida y al aumento de la morbimortalidad marcados principalmente por el desarrollo de enfermedad intersticial pulmonar.

EVALUACIÓN DEL COMPROMISO GASTROINTESTINAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA EN EL HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

Camila LIZARRAGA, Lucía DEGIOANNI, Elisa NOVATTI, Diego BAENAS, Verónica SAURIT, Cecilia ÁLVAREZ
HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

Introducción: El compromiso gastrointestinal afecta a casi el 90% de los pacientes con esclerosis sistémica (ES). Cualquier parte del tracto gastrointestinal (TGI) puede estar comprometido, incluso en ausencia de enfermedad cutánea.

Objetivo: Describir las características clínicas y las anomalías gastrointestinales entre los distintos fenotipos de ES; comparar la severidad de los síntomas gastrointestinales (GI) previos y posteriores al seguimiento en la unidad; determinar si las anomalías GI están asociadas con características clínicas, serológicas específicas de la ES.

Métodos: El reclutamiento se realizó en la unidad de ES del Hospital Privado Universitario de Córdoba del 13 de marzo de 2023 al 3 de junio de 2024. Se utilizó el score UCLA GIT 2.0 para evaluar la severidad de los síntomas GI. El análisis estadístico se realizó con el software R-medice.

Resultados: Durante 15 meses se evaluaron 67 pacientes. Las características clínicas y demográficas se expresan en Tabla. El 91% de los pacientes sin ES presentó compromiso GI. Se realizaron 18 manometrías esofágicas: el 61,1% (11) presentó motilidad ineficaz, 16,6% (3) ausencia de contractilidad y

5,5% (1) hipotensión del esfínter esofágico inferior. La media del puntaje de severidad UCLA GIT 2.0 fue 0,57 (0,59) a los 6 meses y 0,48 (0,62) a los 9 meses del seguimiento; la media al inicio de 0,84 (0,92). No se encontró asociación entre las anomalías manométricas al correlacionarlas con EPID, anti SCL70 y antocentrómero ($p>1$). No se encontró asociación entre el score de Rodnan modificado y las alteraciones manométricas.

Conclusión: Se detectó compromiso GI en un alto porcentaje de pacientes; un número importante de ellos tenía ausencia de compromiso cutáneo. Al inicio la media de severidad del compromiso GI, según UCLA GIT 2.0, fue de compromiso moderado, disminuyendo a compromiso leve a los 9 meses del seguimiento. No se pudo demostrar relación estadística entre las anomalías manométricas y las características clínicas y serológicas, posiblemente por presentar una muestra aún pequeña. En conclusión, destacamos la importancia del seguimiento multidisciplinario y la evaluación gastroenterológica como parte del manejo en estos pacientes.

Edad (mediana)	51 (29.0-74.7)
Mujeres	63 (94%)
Enfermedad difusa	5 (7%)
Enfermedad cutánea limitada	31 (46%)
Enfermedad sin esclerodermia	24 (36%)
Síndrome de superposición	7 (10%)
Afectación gastrointestinal	62 (93%)
EPID	19 (28%)
Anti SCL70	7 (12%)
Anti centrómero	26 (39%)

Tabla: Características clínicas y demográficas.

FATIGA EN ARTITIS REUMATOIDE: EL IMPACTO EN LA CARGA DE LA ENFERMEDAD

Lucila Belén ANTONIEWICZ¹, Javier Federico FLORES TREJO¹, María Alejandra MEDINA¹, Juan Manuel¹, Diana KLAJN¹, José Ángel CARACCILO¹, Julia SOSA², Paula COHAN³, Joan Manuel DAPEÑA⁴, Eliana SERRANO¹, Silvia PAPASIDERO¹

¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, ²SANATORIO LA TRINIDAD MITRE, ³HOSPITAL DR. RAÚL F. LARCADE, ⁴SANATORIO MÉNDEZ

Introducción: La fatiga es una manifestación frecuente y subestimada de la artritis reumatoide (AR) de difícil manejo y creciente interés.

Objetivo: Describir la frecuencia de la fatiga en los pacientes con AR. Evaluar la relación entre la fatiga y la carga de la enfermedad, y su asociación con las características de los pacientes.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, de corte transversal y analítico. Se incluyeron pacientes consecutivos ≥ 18 años con diagnóstico de AR. Se consignaron datos sociodemográficos, hábitos, comorbilidades, características de la AR, clinimetría y tratamiento. La fatiga se evaluó mediante una escala visual numérica (EVN) de 0-100 mm referida por el paciente en los últimos 7 días. Se valoró ansiedad mediante GAD-7 y depresión con PHQ-9, productividad laboral utilizando WPAI y calidad de vida con EQ5D. Estadística descriptiva de la población. Se determinaron asociaciones del puntaje de fatiga mediante prueba de Wilcoxon, Kruskal-Wallis o coeficiente de Spearman según correspondiera. Nivel de significación de 0,05 y corrección de p-valor por método de Bonferroni. Software Stata 14.0.

Resultados: Se incluyeron 95 pacientes de 4 centros participantes. El 79% fue del sexo femenino con una edad media de 54,8 años (DE 12,4). La frecuencia de fatiga fue del 71,6% con una mediana de EVN reportada de 50 mm (RIC 0-60). La mediana del puntaje de ansiedad por GAD-7 fue de 7 (RIC 3-12) y de depresión por PHQ-9 de 6 (RIC 3-12). La productividad en las actividades de la vida diaria presentó una mediana de 50 puntos (RIC 30-70) y la de calidad de vida de 0,593 (RIC 0,492-0,785). La mediana del puntaje de fatiga fue mayor en los pacientes tabaquistas actuales (60 vs. 40, $p=0,01$ 0,03) y se asoció significativamente con la pérdida de productividad en las actividades de la vida diaria ($p=0,01$; $r=0,37$). El puntaje de fatiga mostró una asociación con mayores puntajes de ansiedad ($p=0,04$; $r=0,29$) y depresión ($p=0,01$; $r=0,36$). No se detectaron otras asociaciones.

Conclusión: La fatiga estuvo presente en el 71,6% de los pacientes con AR con una mediana de 50 mm en la EVN. Se encontró una asociación significativa entre fatiga y tabaquismo actual, ansiedad y depresión. La fatiga también se correlacionó con una mayor pérdida de la productividad en las actividades de la vida diaria.

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

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

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS GENERAL SAN MARTÍN LA PLATA

Introducción: Las fracturas vertebrales (FV) son las fracturas por fragilidad más frecuentes y ocurren tempranamente luego de los 50 años. Alrededor del 30% de las FV es asintomática. Es aquí donde las técnicas de imágenes permiten detectar de forma incidental estas fracturas en pacientes que se hayan realizado imágenes por diversos motivos clínicos.

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

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

Resultados: Se revisaron las TC de 100 pacientes internados. La mediana de edad fue de 60 (51-68) años, con predominio del sexo masculino (63%). La región estudiada fue torácica en 23 casos, abdomino-pelviana en 49 y ambas en 28. Se detectó FV en 8 pacientes (8%), siendo torácico en 7 y 1 lumbar. La frecuencia de FV en relación al total de TC torácicas (51) fue 13,7%. La distribución de las FV se presenta en los Gráficos 1 y 2. Ninguno de los casos estaba descrito por el especialista en el informe del estudio (ver en poster el análisis bivariado en relación a la presencia o ausencia de FV).

Conclusión: La frecuencia de FV fue del 8%. La región torácica fue la más afectada, desde la vértebra T7 hasta T12. La mitad de los pacientes con FV

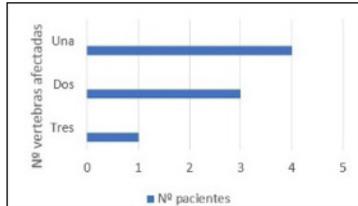


Gráfico 1: Distribución de las fracturas vertebrales.

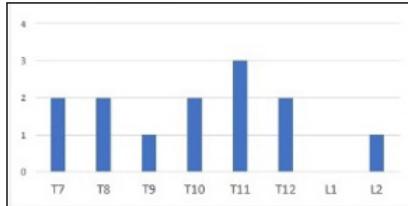


Gráfico 2: Frecuencia de las fracturas vertebrales.

presentaba más de una vértebra afectada, sin poder determinar por el tipo de estudio si esas fracturas múltiples ocurrieron en el mismo momento o evolutivamente. Destacamos que en ningún caso la FV estaba informada en el resultado del estudio lo que implica una oportunidad perdida para realizar prevención secundaria posterior.

0146

HÁBITOS NUTRICIONALES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Lucía María CASTORINO¹, Lorena GALLEGOS¹, María Luz MARTÍN¹, Lía INGOLOTTI¹, María Lourdes MAMANI ORTEGA¹, Francisco SEGOVIA¹, Zey RAMOS¹, Sabrina SILVA¹, Carla MATELLAN², Axia MERCE¹, Julieta MORBIDUCCI¹, Anastasia SECCO¹

¹HOSPITAL B. RIVADAVIA, ²CENTRO DE IMÁGENES MÉDICAS DR. DI RIENZO

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune caracterizada por inflamación sistémica y daño articular. En los últimos años se ha comenzado a dar importancia al estado nutricional y su impacto en los procesos patogénicos de enfermedades crónicas.

Variable	Dieta Mediterránea (n=311)	Dieta occidental (n=124)	Valor de p
Género femenino, n (%)	30 (96,8)	109 (87,9)	0,15
Edad al momento de la evaluación en años (mediana)	56 (RIC: 43-66)	54 (RIC: 44,5-62)	0,53
Tiempo de evolución en años (mediana)	13 (RIC: 7-18)	9,5 (RIC: 4-17,5)	0,26
En pareja, n (%)	25 (83,3)	79 (67)	0,08
Secundario completo o más (%)	21 (70%)	66 (56,4%)	0,18
Ocupación, n (%)	23 (76,7)	109 (89,1)	0,08
Obra social (%)	18 (60)	64 (52)	0,43
IMC (mediana)	24,21 (RIC: 21,5-25,9)	27,5 (RIC: 24,12-31,42)	0,0004
DAS 28 (media)	2,63 (DE 1,04)	3,05 (DE 1,26)	0,10
Remisión/baja actividad (%)	25 (81)	75 (60)	0,036
HAQ-DI (mediana)	0,5 (RIC: 0,25-1,14)	0,87 (RIC: 0,56-1,5)	0,18
DMARD biológico/JAKI (%)	10 (32,3)	30 (24,2)	0,36
DMARD convencional (%)	29 (93,6)	118 (95,2)	0,72
DMARD combinado (%)	6 (19,4)	23 (18,6)	0,92
Corticoides (%)	11 (35,5)	47 (37,9)	0,80
Dosis de corticoides en mg (mediana)	0 (RIC: 0-6)	0 (RIC: 0-6)	0,86
Remisión/baja actividad por DAS 28 (%)	25 (80,7)	75 (60,5)	0,036
Remisión/baja actividad por CDAI (%)	21 (70)	83 (67,5)	0,79

Tabla: Resultados análisis bivariado.

Objetivo: Describir y analizar los hábitos nutricionales en pacientes con AR.

Métodos: Estudio observacional, analítico, de corte transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con criterios ACR/EULAR 2010. Se utilizó un cuestionario de frecuencia de consumo de grupos de alimentos (CFCGA) y se clasificó en dos grupos: dieta mediterránea y occidental. Se realizó un análisis multivariado de regresión logística, tomando dieta occidental vs. mediterránea como variable dependiente.

Resultados: Se incluyeron 155 pacientes, 139 (90%) de sexo femenino, media de edad en años de 53 (±13), IMC de 27,5 kg/m² (±5,06), DAS28 de 2,97 (±1,27), 100 (64,5%) en remisión/baja actividad y 54 (34,9%) en moderada/alta actividad. 25,8% recibía drogas modificadoras de la enfermedad (DMARD) biológicos/inhibidores de Janus quinasa (JAKi), 94,8% algún DMARD convencional, la mayoría metotrexato y 37,4% recibía corticoides. 31 (20%) seguían dieta mediterránea y 124 (80%) occidental. En el análisis bivariado se observaron diferencias estadísticamente significativas en el IMC entre dieta occidental vs. mediterránea (mediana: 27,5 [RIC: 24,12-31,42] vs. 24,21 [RIC: 21,51-25,86], p=0,0004). 25 (81%) que siguieron dieta mediterránea alcanzaron remisión/baja actividad por DAS28 vs. 75 (60%) que siguieron la occidental (p=0,036). En el modelo final del análisis multivariado, el IMC se asoció significativa e independientemente con la dieta occidental (OR: 1,16. IC 95%: 1,05-1,28). Si bien la relación entre los que siguieron una dieta mediterránea y que alcanzaron la remisión/baja actividad perdió asociación en este último análisis, se observó cierta tendencia (OR: 2,66. IC 95%: 0,99-7,19).

Conclusión: La dieta mediterránea podría tener implicancias no solo en el IMC, sino también en el control de la actividad de la enfermedad, por lo que sería relevante considerar estos aspectos dentro del abordaje integral de los pacientes con AR.

0147

SOBREVIDA DE FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD BIOLÓGICOS Y SINTÉTICOS DIRIGIDOS EN PACIENTES CON ARTRITIS INFLAMATORIA: DATOS DE CINCO PAÍSES DE LATINOAMÉRICA

Deshire ALPIZAR-RODRIGUEZ¹, Carolina ISNARDI², Vijaya RIVERA TERÁN¹, Iéda Maria MAGALHÃES LAURINDO³, María Celina DE LA VEGA⁴, Guillermo PONS-ESTEL², María HAYE SALINAS⁵, Mercedes DE LA SOTA⁵, Ida EXENI⁵, Nicolás ALVARADO⁵, Marcelo PINHEIRO⁶, Roberto RANZA⁶, Glauco CASTRO⁶, Vander FERNANDES⁶, Marco LOURES⁶, Claiton BRENOL⁶, David VEGA MORALES⁷, Iris Jazmín COLUNGA-PEDRAZA², Sandra SICSIK AYALA⁷, Miguel Ángel SAAVEDRA SALINAS⁷, Julio César CASASOLA VARGAS⁷, Gabriela ÁVILA⁸, Sonia CABRERA⁸, Patricia MELGAREJO⁸, Paola PUSINERI⁸, Raquel ARANDA⁸, Paola JARA⁸, Macarena SOTO⁸, Cristina BRUEGO⁸, Darwin CORDOVILLA⁸, Belén ACEVEDO⁸, Sandra CONSAN⁸, Sofía ROSTAN⁸, Paloma DE ABREU TRIGUEROS⁸

¹UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DEL COLEGIO MEXICANO DE REUMATOLOGÍA, ²UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, ³UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD BRASILEIRA DE REUMATOLOGÍA, ⁴SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, ⁵INVESTIGADOR DE BIOBADASAR, ⁶INVESTIGADOR DE BIOBADABRASIL, ⁷INVESTIGADOR DE BIOBADAMEX, ⁸INVESTIGADOR DE BIOBADAGUAY

Introducción: La supervivencia de los fármacos biológicos y sintéticos dirigidos modificadores de la enfermedad (FAME-b/sd) se ha descrito como un indicador de la efectividad y seguridad del tratamiento.

Objetivo: Describir la supervivencia de los FAME-b/sd en pacientes con artritis inflamatoria inmunomediada de cinco países de Latinoamérica.

Métodos: Se recopilaron datos de los registros BIOBADA de Argentina, Brasil, México, Paraguay y Uruguay. Se incluyeron todos los pacientes con artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis axial (EspAax) que hubieran iniciado al menos un FAME-b/sd hasta octubre de 2023. La supervivencia de los fármacos se definió como el tiempo desde el inicio hasta la interrupción del tratamiento, muerte o pérdida de seguimiento, y se analizó mediante gráficos de Kaplan-Meier. Se registraron las razones de la discontinuación.

Resultados: Se incluyeron 7098 pacientes y 12337 tratamientos: 5448 (70,5%) de Argentina, 4826 (38,4%) de Brasil, 1085 (14,0%) de México, 706 (9,1%) de Paraguay y 488 (6,3%) de Uruguay. La AR fue la enfermedad más frecuente (76,9%), seguida por APs (9,8%) y EspAax (13,3%). Se reportaron 7821 (62,3%) discontinuaciones. Las causas más frecuentes de discontinuación fueron la falta de efectividad (39,1%) y el desarrollo de EA (18,4%). Considerando los FAME-b, los más frecuentemente discontinuados fueron abatacept (ABA) (735/1065, 69,6%), rituximab original (RTXo) (489/722, 67,7%) e inhibidores de TNF originales (iTnFo) (5279/8088, 65,3%). Los inhibidores de JAK originales fueron discontinuados en 420 de 908 (46,3%) casos y el genérico en 39 de 102 (38,2%). Tomando como referencia a los iTnFo, los riesgos de suspensión de ABA, RTXo y genérico fueron significativamente mayores. Los inhibidores de IL-6, IL-12/23, 23 y 17 y de JAKo mostraron el efecto contrario. Asimismo, los tratamientos en pacientes con EspAax fueron discontinuados menos frecuentemente (ver en poster el riesgo de suspensión del tratamiento en relación con la droga usada y el diagnóstico).

Conclusión: Este análisis muestra diferencias en la supervivencia de los FAME-b/sd en pacientes latinoamericanos con AI según el tratamiento y el diagnóstico. Se realizarán análisis longitudinales adicionales para identificar variables predictoras.

0148

SEGURIDAD DE LOS FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS EN ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS: DATOS COMBINADOS DE CINCO PAÍSES DE LATINOAMÉRICA

Paloma DE ABREU TRIGUEROS¹, Deshira ALPIZAR-RODRÍGUEZ², Vijaya RIVERA TERÁN², Iêda Maria MAGALHÃES LAURINDO³, María Celina DE LA VEGA⁴, Guillermo PONS-ESTEL⁵, María HAYE SALINAS³, Graciela GÓMEZ⁶, Alejandro BRIGANTE⁶, Verónica SAURIT⁶, Bárbara STADLER KAHLOW⁷, José Roberto MIRANDA⁷, Manoel BERTOLO⁷, Ana Cristina MEDEIROS-RIBEIRO⁷, Hellen Mary DA SILVEIRA DE CARVAHO⁷, Marco LOURES⁷, Ángel CASTILLO ORTIZ⁸, Fedra IRAZOQUE⁸, Omar Eloy MUÑOZ MONROY⁸, Sandra CARRILLO VÁZQUEZ⁸, Angélica PEÑA AYALA⁸, Sonia CABRERA⁹, Gabriela AVILA⁹, Lourdes ROMÁN⁹, Alexis PINEDA⁹, Clyde PARODI⁹, Laura MARTÍN⁹, Darwin CORDOVILLA⁹, Macarena SOTO⁹, Cristina BRUNENGO⁹, Belén ACEVEDO⁹, Gonzalo BARTESHAGI⁹, Carolina DÍAZ⁹, Carolina ISNARDI⁹

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

Introducción: Los fármacos biológicos y sintéticos dirigidos modificadores de la enfermedad (FAME-b/sd) desempeñan un papel crucial en el tratamiento de enfermedades reumáticas inflamatorias inmunomediadas (ERII). Recientemente se han introducido biosimilares y genéricos.

Objetivo: Determinar la frecuencia y gravedad de los eventos adversos (EA) relacionados a FAME en Latinoamérica.

Métodos: Se recopilaron datos de los registros BIOBADA, incluyendo Argentina, Brasil, México, Paraguay y Uruguay. Se incluyeron pacientes con ERII que habían iniciado al menos un FAME-b/sd hasta 10/2023.

Resultados: Se tomaron datos de 12477 pacientes. El diagnóstico más común fue la artritis reumatoide (70,7%), seguido de la espondiloartritis axial (8,4%). Se registraron 19516 tratamientos, 14527 (74,4%) con FAME-b/sd y 4989 (25,6%) controles. Dentro del primer grupo, las drogas más frecuentes fueron los inhibidores originales del TNF (iTnFo) (62,5%), los de IL-6 (iIL6) (8,3%), el rituximab original (RTXo) (8,0%) y los inhibidores originales de JAK (6,5%), mientras que en el segundo grupo fue el metotrexato (66,8%). Se reportó un total de 17248 EA en 7004 (35,9%) tratamientos, 5674/14527 (39,1%) de los tratamientos con FAME-b/sd y 1330/4989 (26,7%) de los controles (p<0,001). Los EA más frecuentes fueron las infecciones (19,1%), las manifestaciones respiratorias y/o torácicas (10,6%), y las de piel y partes blandas (10,4%), mientras que los primeros fueron más frecuentes en los controles, las otras dos lo fueron en los que recibían FAME-b/sd (p<0,05 en todos los casos). El 13,1% de los eventos en los controles y el 14,4% de los EA de los tratamientos con FAME-b/sd fueron considerados graves, y 1,3% y 0,8%, respectivamente, mortales (p=0,02). En el análisis multivariado, usando como referencia los tratamientos controles, aquellos con iIL6, belimumab, iTnFo, RTXo y abatacept estuvieron significativamente asociados con un mayor riesgo de desarrollar EA. Asimismo, un mayor tiempo de evolución de la enfermedad al inicio del tratamiento (OR= 1.1, IC 95%, 1,01-1,02, p<0,001), la hipertensión arterial (OR= 1.1, IC 95%, 1,1-1,2, p<0,001) y el hábito tabáquico (OR= 1.2, IC 95% 1,1-1,3, p<0,001) mostraron el mismo efecto (ver en poster la probabilidad de desarrollar un EA en los diferentes tratamientos usando como referencia al grupo control).

Conclusión: La seguridad de las terapias dirigidas en cinco países de Latinoamérica fue comparable a la encontrada en otras cohortes.

0149

PATRONES DE USO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS Y PEQUEÑAS MOLÉCULAS EN PACIENTES CON ARTRITIS INFLAMATORIA: DATOS COMBINADOS DE CINCO PAÍSES DE LATINOAMÉRICA

Carolina ISNARDI¹, Paloma DE ABREU TRIGUEROS², Iêda Maria MAGALHÃES LAURINDO³, Vijaya RIVERA TERÁN⁴, María Celina DE LA VEGA⁵, Guillermo PONS-ESTEL¹, María Agustina ALFARO³, Julieta GAMBA⁶, Edson VELOZO⁶, Guillermo BERBOTTO⁶, Ángela DUARTE⁷, Mónica Valeria SIQUEIRA DE VECHI⁷, Valéria VALIM⁷, María de Fátima SAUMA⁷, Reginaldo BOTELHO⁷, Marco LOURES⁷, David VEGA MORALES⁸, Iris Jazmín COLUNGA-PEDRAZA⁸, Sandra SICSIK AYALA⁸, Ángel CASTILLO ORTIZ⁸, Fedra IRAZOQUE⁸, Sonia CABRERA⁹, Gabriela ÁVILA⁹, Vannia VALINOTTI⁹, Mariela ZARZA⁹, Angélica AMARILLA⁹, Evelyn LEIVA⁹, Cristina BRUNENGO⁹, Darwin CORDOVILLA⁹, Macarena SOTO⁹, Belén ACEVEDO⁹, Pamela VELÁZQUEZ⁹, Mariela HARGUINDEGUY⁹, Deshira ALPIZAR-RODRÍGUEZ⁹

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

Introducción: La disponibilidad de fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs) biológicos (-b) y sintéticos dirigidos (-sd) varía entre los países de Latinoamérica, lo cual afecta la prescripción médica.

Objetivo: Describir los patrones de inicio de FAMEs-b/sd en pacientes con artritis inflamatoria en cinco países de Latinoamérica y comparar la situación entre ellos.

Métodos: Se recopilaron datos de cinco registros BIOBADA de Argentina, Brasil, México, Paraguay y Uruguay. Para este análisis, se incluyeron pacientes con artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis axial (EspAax) que habían iniciado al menos un FAME-b/sd hasta 10/2023. Cuestionario para evaluar la comercialización de biosimilares y genéricos en cada país.

Resultados: Se incluyeron 7098 pacientes y 12337 tratamientos: 5448 (70,5%) de Argentina, 4826 (38,4%) de Brasil, 1085 (14,0%) de México, 706 (9,1%) de Paraguay y 488 (6,3%) de Uruguay. La AR fue la enfermedad más frecuente (76,9%), seguida por APs (9,8%) y EspAax (13,3%). Los biosimilares fueron introducidos en México en 2012, en Brasil en 2015 y en Argentina en 2019, incluyendo biosimilares de inhibidores del TNF (iTNF) y RTX. En Paraguay y Uruguay solo se han comercializado biosimilares de iTNF desde 2016 y 2019, respectivamente. Los genéricos de inhibidores de JAK están disponibles solo en Argentina desde 2020. Argentina y México tuvieron una mayor variedad de fármacos. Los iTNF fueron los más utilizados en todos los países. Abatacept se utilizó en un 8,6%, inhibidores de JAK (iJAK) original en un 7,4% e IL-6i en un 8,3%, y su frecuencia aumentó como segunda y tercera línea de tratamiento. La frecuencia de uso de los iTNF original disminuyó gradualmente con la introducción de nuevos fármacos. El uso de iJAK aumentó con el tiempo desde su lanzamiento. En Argentina se observó un claro aumento en el uso de tofacitinib genérico desde 2020, mientras que la frecuencia de nuevos regímenes con iJAK originales disminuyó (ver en poster el inicio de nuevos tratamientos con fármacos modificadores de la enfermedad biológicos y sintéticos dirigidos en pacientes con AR).

Conclusión: La disponibilidad de FAMEs-b/sd difiere entre los países de Latinoamérica. Los iTNF son los más utilizados. La inclusión de nuevos fármacos, biosimilares y genéricos ha modificado el patrón de tratamiento.

0150

CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN POR DENGUE EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS: DATOS COMBINADOS DE CINCO PAÍSES DE LATINOAMÉRICA

Carolina ISNARDI¹, Paloma DE ABREU TRIGUEROS², Vijaya RIVERA TERÁN³, José Jiram TORRES RUIZ³, María Celina DE LA VEGA⁴, Guillermo PONS-ESTEL¹, María Agustina ALFARO¹, Erika CATAY⁵, Gustavo MEDINA⁵, Gustavo CITERA⁵, Paulo LOUZADA JÚNIOR⁶, Geraldo CASTELAR⁶, Ivanio PEREIRA⁶, Adriana KAKEHASI⁶, Laurindo FERREIRA DA ROCHA JR⁶, Marco LOURES⁶, Iris Jazmín COLUNGA PEDRAZA⁷, David VEGA MORALES⁷, Dafne Miranda HERNÁNDEZ⁷, Guillermo GUARACHA BASAÑEZ⁷, Ángel CASTILLO ORTIZ⁷, Sonia CABRERA⁸, Gabriela ÁVILA⁸, Lourdes ROMÁN⁸, Ángela AMARILLA⁸, Vannia VALINOTTI⁸, Evelyn LEIVA⁸, Cristina BRUNEGO⁸, Darwin CORDOVILLA⁸, Macarena SOTO⁸, Belén ACEVEDO⁸, Sandra CONSANI⁸, Sofía ROSTAN⁸, Iêda Maria MAGALHÃES LAURINDO⁹

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

Introducción: La infección por dengue en pacientes con enfermedades reumáticas (ER) en Latinoamérica representa un desafío significativo debido a la interacción entre la inflamación crónica y la respuesta inmune alterada. Actualmente existe escasa evidencia acerca de las características y la evolución de esta infección en esta población.

Objetivo: Establecer las características de la infección por dengue en pacientes con ER.

Métodos: Se recopilaron datos de los registros BIOBADA, incluyendo Argentina, Brasil, México, Paraguay y Uruguay. Se incluyeron pacientes con ER que reportaron al menos un evento de dengue. Se consideró grave aquel evento que produjera la muerte, ponga en peligro la vida, requiera hospitalización o la prolongue, produzca discapacidad persistente o importante o malformaciones congénitas. Se realizó estadística descriptiva.

Resultados: Se recabaron 75 casos de dengue en 69 pacientes con ER de los registros BIOBADA y todos ocurrieron antes de que la vacuna estuviera disponible. Los pacientes eran mayormente mujeres (73,9%) con una edad mediana al momento de la infección de 47,0 años (Q1, Q3 41.0, 58.0). El 76,8% tenía AR, 15,9% EspAax y 7,3% APs, con un tiempo de evolución de la enfermedad mediana de 10,0 años (Q1, Q3 6.00, 19.0). Al diagnóstico de dengue, 2 pacientes recibían únicamente drogas convencionales, mientras que 77,3% inhibidores de TNF, 12,0% tocilizumab, 4% abatacept, 2,7% rituximab y 1,3% tofacitinib. El 66,2% usaba metotrexato y cerca de la mitad (53,7%) corticoides, con una dosis mediana de 10,0 mg/d de prednisona (Q1, Q3 5.0, 10.0). De los 75 eventos, 7 (9,3%) fueron considerados graves. Ninguno fue mortal. Dos (2,7%) pacientes se recuperaron con secuelas. Los síntomas más frecuentemente reportados fueron fiebre, artralgias y manifestaciones gastrointestinales. De los 6 pacientes que reportaron dos eventos, solo uno presentó un segundo evento considerado grave.

Conclusión: En este registro internacional los casos reportados de dengue fueron en su mayoría leves y ninguno provocó la muerte del paciente. En el contexto de alta circulación de este virus a nivel regional, se requiere mayor estudio en pacientes con ER y establecer el manejo apropiado en estos casos.

0152

IMPACTO DE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y DEMOGRÁFICOS SOBRE LA MORTALIDAD POR COVID-19 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INMUNOMEDIADAS EN TRES PAÍSES DE LATINOAMÉRICA

Marco Ulises MARTÍNEZ MARTÍNEZ¹, Carolina ISNARDI², Deshire ALPIZAR RODRÍGUEZ¹, Guillermo PONS-ESTEL², Belén María VIRASORO², María Agustina ALFARO², Ingrid PETKOVIĆ³, Rosana QUINTANA³, Guillermo BERBOTTO³, María HAYE SALINAS³, Sofía ORNELLA³, Mariana PERA³, Iris Jazmín COLUNGA PEDRAZA⁴, Fedra IRAZOQUE⁴, Greta REYES-CORDERO⁴, Tatiana Sofía RODRÍGUEZ REYNA⁴, Cassandra Michel SKINNER TAYLOR⁴, Ingrid Mabel JUÁREZ MORA⁴, José Antonio VELOZ ARANDA⁴, Luis SILVEIRA⁴, Claudia MARQUES⁵, Ricardo XAVIER⁵, Adriana KAKEHASI⁵, Ana Paula MONTEIRO GOMIDES⁵, Edgard TORRES REIS⁵, Gecilmara Cristina SALVIATO PILEGGI⁵, Gilda Aparecida FERREIRA⁵, Licia MOTA⁵, Marcelo MEDEIROS PINHEIRO⁵, Débora CERQUEIRA CALDERARO⁶

¹UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DEL COLEGIO MEXICANO DE REUMATOLOGÍA, ²UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, ³INVESTIGADOR DE SAR-COVID, ⁴INVESTIGADOR DE CMR-COVID, ⁵INVESTIGADOR DE REUMACOV-BRASIL, ⁶UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD BRASILEIRA DE REUMATOLOGÍA

Introducción: Los estudios que abordan el impacto de los factores ambientales en pacientes latinoamericanos con enfermedades reumáticas inflamatorias inmunomediadas reumáticas (ERII) son escasos.

Objetivos: Evaluar el efecto de los factores socioeconómicos sobre la mortalidad por la infección por SARS-CoV-2 en pacientes con ERII.

Métodos: Se combinaron datos de tres registros nacionales. Se reclutaron pacientes adultos con ERII con infección por SARS-CoV-2. Se obtuvieron datos de cada provincia/estado, incluida densidad poblacional, número de médicos por 1000/hab, ingresos, desempleo, GINI, índice de desarrollo humano (IDH), disponibilidad de vacunación, rigidez de las medidas de aislamiento y las cepas virales más frecuentes por período.

Resultados: Se incluyeron 4744 pacientes, 53,4% de SAR-COVID, 24,6% de CMR-COVID y 22,0% de ReumaCoV-Brasil. El 22,7% de los pacientes requirió hospitalización y el 5,3% falleció a causa de la COVID-19. En el análisis multivariado, un mayor número de médicos por cada 1000/hab y el desarrollo de la infección durante el período de disponibilidad de vacunas se asociaron con una menor mortalidad, mientras que un mayor ingreso promedio permaneció asociado con una mayor mortalidad. El índice de rigurosidad de las medidas de aislamiento y el índice de GINI no se asociaron significativamente con la mortalidad. Basado en los datos socioeconómicos de cada región, se realizó un análisis de clústeres. El grupo 1 comprendía todos los estados de Brasil y México, y el grupo 2 todas las provincias de Argentina. Los pacientes del grupo 1 eran ligeramente más jóvenes, utilizaban con mayor frecuencia glucocorticoides y rituximab, y presentaban mayor prevalencia de diabetes y ERC. En Argentina, se identificó mayor densidad de médicos, IDH, cobertura de vacunación e índice de rigurosidad de las medidas de aislamiento. Contrariamente, se observó menor densidad de población, ingreso promedio, índice GINI y tasa de desempleo. El grupo 1 mostró una mortalidad significativamente mayor que el grupo 2 (7,0% vs. 40%, $p < 0,001$) (ver en poster los factores clínicos y socioeconómicos asociados a la mortalidad por COVID-19 en pacientes con ERII).

Conclusión: Estos hallazgos corroboran la compleja interacción entre los factores socioeconómicos, la actividad de las enfermedades reumáticas y las disparidades regionales como determinantes de muerte por COVID-19 en Argentina, Brasil y México.

0153

DESCRIPCIÓN DE CASOS DE TROMBOSIS INDUCIDA POR VACUNAS CONTRA LA COVID-19 EN PACIENTES CON ENFERMEADES REUMÁTICAS: DATOS DE UNA ENCUESTA NACIONAL

Carolina ISNARDI, Rosana QUINTANA, Alejandro BRIGANTE, Natalia ZAMORA, Guillermo PONS-ESTEL

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

Introducción: AstraZeneca admitió la posibilidad de desarrollo de eventos de coagulopatía grave asociados a la vacuna ChAdOx1-S/nCoV-19. En Argentina se han aplicado 27 millones de dosis de la misma, con una incidencia de 0,05 casos de VITT cada 100000 dosis aplicadas.

Objetivo: Caracterizar eventos trombóticos en pacientes con enfermedades reumáticas (ER) que hayan sido vacunados contra la COVID-19.

Métodos: Se registraron casos de trombosis en pacientes con ER mediante una encuesta voluntaria a reumatólogos. Se incluyeron datos de pacientes que hayan recibido vacunación contra la COVID-19 y que hayan desarrollado un evento trombótico entre 3 y 28 días posteriores. Casos de VITT según la definición del Ministerio de Salud. Se preguntó sobre la prescripción de vacunas contra la COVID-19.

Resultados: Se recolectaron 73 respuestas provistas por reumatólogos de 17 provincias. Se reportaron 3 casos de trombosis asociadas a las vacunas anti-COVID-19. Una paciente de 58 años con AR que recibió ARNm-1273, sin otros antecedentes de relevancia, que presentó trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar. Un hombre de 51 años, tabaquista y obeso, con AR que se aplicó Gam-COVID-Vac presentó TVP de miembro inferior. En ambos casos los pacientes se recuperaron completamente con tratamiento anticoagulante oral. Un hombre de 47 años, tabaquista y con cirugía reciente, con lupus, desarrolló una TVP de miembro inferior luego de aplicarse la vacuna BBIBP-CorV. En ese contexto se identificó trombocitopenia, por lo que se diagnosticó VITT. Asimismo, presentaba anticoagulante lúpico positivo, recibió enoxaparina y se recuperó con secuelas. El 79,5% prescribe actualmente vacunas contra la COVID-19. Sin embargo, solo el 67,2% de ellos conoce y utiliza las guías nacionales de vacunación. En caso de pacientes con enfermedades inmunomediadas, el 50,9% las indica cada 6 meses como lo recomiendan estas guías. Las causas más frecuentes por las cuales no prescribe la vacuna fueron la falta de aceptación de los pacientes y la seguridad de las mismas.

Conclusión: En esta encuesta nacional se detectaron 3 casos de trombosis asociadas a las vacunas anti-COVID-19, una de ellas clasificada como VITT. Los eventos ocurrieron con vacunas de plataforma viral, pero también con ARNm e inactivas.

0154

ALCANCE GEOGRÁFICO DE LA ATENCIÓN REUMATOLÓGICA EN LA PATAGONIA

Carolina ISNARDI, Celeste SEBASTIANO, Karin KIRMAYR, Marianela ALDROVER, Mónica DÍAZ, Roberto BÁEZ, Laura HERRERA, Raúl PANIEGO, Gabriela CABALLERO, Ariana RINGER, Carla MATELLÁN, Ignacio BAZZALO, Oscar FERNÁNDEZ CARRO, Alberto GARCÍAS, Guillermo DE OLLOQUI, Adriana LÓPEZ CABANILLAS, Ariana GALLO, Lorena AYALA, Fernanda ABADIE, Marcelo PAVIA, Marcos MÉNDEZ, Juan QUINTERO, Federico PANIEGO

MIEMBRO DE LA SOCIEDAD REUMATOLÓGICA DEL SUR

Introducción: La superficie territorial de acción de la filial sur es de 1819167.3 km² y, según el censo 2022, allí viven 2981913 habitantes. La baja densidad de médicos especialistas en Reumatología, sumado a las largas distancias que separan al paciente del médico, podrían tener un efecto negativo sobre el acceso a la consulta reumatológica.

Objetivo: Describir el alcance geográfico y las características de la atención médica reumatológica en la región sur de Argentina.

Métodos: Estudio descriptivo que evaluó lugares, modalidades y cobertura médica de atención de los médicos reumatólogos. Se recolectaron datos de todos los pacientes atendidos en los consultorios de reumatología de los médicos participantes durante el transcurso de un mes. Se consideraron todas las modalidades de atención, incluyendo presencial, telemedicina, correo electrónico o mensaje.

Resultados: En el sur de la Argentina atienden 35 reumatólogos, 2 de ellos pediatras y 2 reumatólogos en formación. Dos (5,4%) viajan de provincias externas a la región. Se identificaron 63 centros en 25 ciudades de las 6 provincias, con un total de 867 h semanales de atención, mayormente en consultorios privados (62,1%). 13 hospitales cuentan con reumatólogos. Se encontró un total de un 1,17 reumatólogo cada 100 mil habitantes. Se registraron 2311 consultas por 24 reumatólogos. La mayoría de las consultas fue ambulatoria (91,3%) y en consultorio 78,3%. El 16,6% de las mismas no era arancelada. En la mayoría de los casos se trataban de enfermedades inmunomediadas (60,1%). Si bien la distancia recorrida por los pacientes fue en general baja (mediana 4 km, RIC 38), 12% de los pacientes vivía entre 20 y 100 km, y 16,6% a más de 100 km del centro de atención. La causa del viaje en estos dos últimos casos fue por preferencia de profesional en un 57,0%, porque no hay otro especialista que atienda más cerca en el 21,0% y por recomendación de otro profesional o conocido en el 19,0%. El uso de telemedicina fue mayor en este grupo (1,5% vs. 0,3%; $p = 0,010$), al igual que las consultas privadas (16,5% vs. 9,9%; $p < 0,001$).

Conclusión: Se identificaron 1,17 reumatólogos por cada 100 mil habitantes en la región sur de Argentina, presentes en 25 ciudades de las 6 provincias. De las visitas analizadas, cerca del 30% de los pacientes recorre más de 20 km para la consulta y en estos casos es más frecuente el uso de la telemedicina.

0156

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD AUTOINMUNE EN PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTI-NUCLEOCITOPASMÁTICOS REALIZADOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Narda Krupskaja CHILÁN SANTANA, Daniela FERNÁNDEZ, Maura Silvia MARTÍNEZ, María Celina DE LA VEGA, María Gimena GÓMEZ, Malena VIOLA, Darío MATA, Augusto Martín RIOPEDERE, Griselda REDONDO

HOSPITAL COSME ARGERICH

Introducción: La presencia de anticuerpos anti-nucleocitoplasmáticos (ANA) no siempre implica enfermedad autoinmune (EAI). El *International Consensus on ANA Patterns* (ICAP) instó al uso de la dilución de tamizaje 1/80, aunque la mayoría de la EAI presenta títulos moderados (1/160 Y 1/320) o altos ($\geq 1/640$).

Objetivo: Evaluar la prevalencia de EAI en pacientes a los que se determinó ANA en un hospital público.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y observacional de la base de datos del laboratorio central del Hospital Argerich entre septiembre de 2023 y junio de 2024 analizando las determinaciones de ANA realizadas. Se consideró positivo un valor de dilución $\geq 1/80$. Se correlacionaron los resultados positivos con las historias clínicas de los pacientes para evidenciar diagnóstico de EAI, consignando el servicio de origen de la solicitud según la especialidad. Las variables categóricas se expresaron mediante frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se detectaron 485 determinaciones de ANA realizadas, de las cuales 405 (83,5%) fueron positivas. Entre estas últimas se identificó la presencia de EAI en 272 determinaciones (67,9%), de las cuales 222 (81,61%) fueron enfermedades reumatológicas. Los títulos registrados fueron: 1/80 (16,29%), 1/160 (24,9%), 1/320 (29,2%), 1/640 (9,3%) y 1/1280 (20,3%). El 47% de los pacientes con título, 1/80 no tuvieron diagnóstico de EAI. El 21% y 13,4% de los pacientes con título 1/640 y 1/1280 respectivamente no tuvieron diagnóstico de EAI (Tabla). Los servicios que realizaron las solicitudes fueron Reumatología 214 (44,1%), Clínica médica 91 (18,7%), Dermatología 44 (9,1%), Nefrología 44 (9,1%), otros servicios: 92 (19%).

Conclusión: Según nuestro trabajo, el 32,1% de las determinaciones ANA positivas no se asoció con EAI, lo que respalda la necesidad de realizar una solicitud criteriosa. Asimismo, los títulos incrementados de ANA se asociaron a mayor certeza diagnóstica.

Título	n	%	Con EAI, n (%)	Sin EAI, n (%)
1/80	66	16,3	34(53)	32(47)
1/160	101	24,9	57(56,44)	44(43,56)
1/320	118	29,2	80(67,8)	38(32,2)
1/640	38	9,3	30(79)	8(21)
1/1280	82	20,3	71(86,6)	11(13,4)

0157

COMPARACIÓN ENTRE EL COMPROMISO MONORGÁNICO Y MULTIORGÁNICO EN ENFERMEDAD RELACIONADA CON IgG4

Luisina Victoria ZUNINO¹, Romina CALVO¹, Jesica GALLO², Alberto ORTIZ¹, Sergio PAIRA

¹HOSPITAL DR. JOSÉ MARÍA CULLEN, ²HOSPITAL CENTRAL RECONQUISTA

Introducción: En escasas series de casos se mencionan algunas características particulares del compromiso monorgánico por ER-IgG4, y solo Colgar Ding et al. publicaron sobre la comparación entre el compromiso monorgánico vs. multiorgánico de los pacientes con ER-IgG4.

Objetivo: Describir las características demográficas, clínicas y analíticas de la ER-IgG4 monorgánica, y compararlas con aquellas con compromiso multiorgánico desde el comienzo.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo sobre una cohorte de 66 pacientes con diagnóstico de ER-IgG4, según el cumplimiento de los criterios diagnósticos integrales de Umehara 2011 y 2020, y los criterios de clasificación ACR/EULAR 2019 desde 2014 a 2024. Se definió al compromiso monorgánico como aquellos pacientes con afección de 1 solo órgano y al compromiso multiorgánico ≥ 2 órganos por ER-IgG4. Se conformarán 2 grupos según dicho compromiso. Para el análisis estadístico se calcularon frecuencias, medias y medianas acompañadas de su desvío estándar e intervalo de confianza según correspondiera.

Resultados: De los 66 pacientes con ER-IgG4, 18 presentaron compromiso monorgánico y 48 multiorgánico. Se observó una asociación significativa entre el compromiso multiorgánico y un mayor tiempo de seguimiento ($p=0,007$) y más síntomas constitucionales ($p=0,026$). En cuanto al compromiso orgánico, se evidenció de forma estadísticamente significativa la mayor afección de ganglios linfáticos, parotidomegalia y pulmón en el grupo multiorgánico ($p=0,038$, $p=0,036$ y $p=0,026$ respectivamente). Se analizaron los datos de laboratorio y se observó con significancia estadística la mayor presencia de eosinofilia y niveles de IgG sérica elevada en el compromiso multiorgánico ($p=0,05$ y $p=0,018$ respectivamente).

Conclusión: En nuestra serie observamos que, al igual que lo descripto hasta el momento, los pacientes con compromiso multiorgánico presentaron con significancia estadística mayores niveles de IgG sérica, eosinofilia y mayor compromiso pulmonar, de ganglios linfáticos y parotidomegalia. Además, hallamos significancia entre mayor tiempo de seguimiento, antecedente de asma, síntomas constitucionales, pérdida de peso, anemia y mayores niveles de IgG1 sérica, y una tendencia a mayor astenia, valores de eritrosedimentación, IgA e IgG2 sérica en el grupo de compromiso multiorgánico.

0160

PSORIASIS SEVERA Y SU ASOCIACIÓN CON SEVERIDAD DE ARTRITIS PSORIÁSICA

Melissa Brenda SERNA GÓNGORA, Isabel VERÓN, Nicole Josianne PARIS, Nadia DOMÍNGUEZ, María Pía IZAGUIRRE GERMAIN, Vanesa COSENTINO, Eduardo KERZBERG

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS RAMOS MEJÍA

Introducción: El impacto de la severidad de la psoriasis (PsO) en la severidad de la artritis psoriásica (APs) establecida continúa siendo objeto de discusión con resultados divergentes en la literatura.

Objetivo: Describir las características clínicas de los pacientes con APs según el grado de afectación cutánea y el rol de la severidad de la misma en la APs.

Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal en pacientes adultos con diagnóstico de APs del Hospital Ramos Mejía. Se analizaron diferencias en las características clínicas de la APs según el grado de compromiso cutáneo (leve/moderado y severa/eritrodérmica). Se realizó un modelo de regresión logística para evaluar las variables clínicas (edad, sexo, tipo de APs, duración de APs, duración de PsO y severidad de PsO) asociadas a mayor severidad de APs, definida como necesidad de tratamiento biológico por la APs asociado o no a daño radiológico, historia de dactilitis o compromiso axial.

Resultados: Se incluyeron 101 pacientes. Los pacientes con PsO severa/eritrodérmica presentaron mayor compromiso axial, carga comórbida y cantidad de articulaciones inflamadas. Mayor severidad cutánea se asoció a mayor severidad de APs (*odds ratio* [OR] 3.36, intervalo de confianza IC 95% 1,49-7,89) en el análisis bivariado. En el modelo de ajuste multivariado, mayor duración de la APs se asoció a mayor severidad de la misma (OR: 1.12, IC 95% 1,05-1,21) y el sexo femenino a una menor severidad de la enfermedad (OR: 0.32, IC 95% 0,12-0,85). La PsO severa no mostró asociación significativa en el multivariado.

	Análisis crudo			Análisis ajustado		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Edad	0.99	0.96-1.03	0.89			
Sexo femenino	0.39	0.17-0.88	0.02	0.32	0.12-0.85	0.02
Tipo de APs	1.00	0.72-1.42	0.97			
Duración de la APs	1.10	1.04-1.17	0.003	1.12	1.05-1.21	0.002
Duración de PsO	1.01	0.99-1.04	0.33			
Severidad PsO	3.36	1.49-7.89	0.004	2.21	0.84-5.87	0.10

Conclusión: La severidad cutánea no mostró asociación significativa con la severidad de la (APs). Un mayor tiempo de evolución de la APs se asoció con una mayor severidad, mientras que el sexo femenino con una menor severidad de la enfermedad.

Tabla: Variables clínicas asociadas a una mayor severidad de la APs. Modelo de regresión logística.

0162

EFECTOS DEL ALCOHOL SOBRE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN ARTRITIS PSORIÁSICA

Tony Gregory VÉLEZ, Mónica CORDOVILLA, Nicole Josianne PARIS, Jerson CLAROS VERA, Mauricio MACHADO RIVIS, German IZAGUIRRE, María Pia DOMÍNGUEZ, Vanesa COSENTINO, Eduardo KERZBERG

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS RAMOS MEJÍA

Introducción: Se han propuesto efectos inmunomoduladores por parte del alcohol sobre las enfermedades reumáticas inflamatorias mostrando resultados variables en la literatura.

Objetivo: Analizar los efectos del consumo de alcohol en pacientes con artritis psoriásica (APs) y su relación con la actividad de la enfermedad.

Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal en pacientes adultos con diagnóstico de APs del Hospital Ramos Mejía. Se analizaron diferencias en las características clínicas de la APs según el consumo de alcohol (grupo abstemio, grupo consumo), y se realizó un modelo de regresión lineal para evaluar la asociación entre el consumo de alcohol y la actividad de la enfermedad utilizando el índice de actividad DAPSA (*Disease Activity in Psoriatic Arthritis*).

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes, de los cuales 39 (47%) se encontraban activos de su APs. Del total de pacientes, 46 (56%) reportaron algún tipo de consumo de alcohol, siendo el más prevalente el consumo de bajo riesgo para la salud (n=40, 87%). En el modelo de regresión lineal, el consumo de alcohol se asoció a un menor índice de actividad de la APs y la depresión a mayor índice de actividad (coeficiente [coef]. -10.8, IC 95% -19,09, -2,55) p=0,000 y (coef. 17.6, IC 95% 9,59, 25.63) p=0,000, respectivamente.

	Coef	95% (CI)	p-valor
Consumo de OH	-10.8	(-19.09, -2.55)	0.011
TBQ actual	0.54	(-14.2, 15.32)	0.942
Obesidad	6.61	(-1.69, 14.93)	0.117
Depresión	17.6	(9.59, 25.63)	<0.01

Conclusión: Este trabajo mostró asociación significativa entre el consumo de alcohol y una menor actividad de la enfermedad, actuando como posible factor atenuante de la inflamación.

Tabla: Modelo de regresión lineal. Variables asociadas a la actividad de la enfermedad en APs medida por DAPSA-VSG.

0163

INFECCIONES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: FOCOS, FRECUENCIAS Y FACTORES ASOCIADOS A INTERNACIÓN

Juan Ignacio GODIN, Maitén SARDE, Máximo COSENTINO, Julia SCAFATI, Mercedes GARCÍA

HIGA SAN MARTÍN LA PLATA

Introducción: Las infecciones constituyen la principal causa de morbimortalidad en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), siendo responsables de aproximadamente el 25% de las muertes y hasta el 15% de las hospitalizaciones.

Objetivo: Describir tipos y frecuencia de las infecciones en pacientes con LES; evaluar factores asociados a requerimientos de internación.

Métodos: Estudio descriptivo, analítico y transversal de pacientes adultos con LES (ACR 1997, SLICC 2012, EULAR/ACR 2019) e infección entre enero y junio de 2024. Se compararon pacientes ambulatorios con los que requirieron internación.

Resultados: 51/216 pacientes (23,6%) presentaron proceso infeccioso, 24/51 requirieron internación por sepsis, germen multiresistente y/o necesidad de antibiótico endovenoso. Los focos infecciosos predominantes fueron: tracto urinario 25,5%, piel y partes blandas 17,7%, neumonía 15,7%, 9,8% infecciones asociadas a catéter. El 41% presentó rescate microbiológico, 2% requirió intubación, inotrópicos o hemodiálisis. Los gérmenes más frecuentes fueron: *E. coli*, *S.aureus*, *Candida spp*, *K. pneumoniae* y SARS-CoV-2. La tasa de mortalidad por infección fue 2%. El 41% recibió la vacuna antigripal 2024, 61% antineumocócicas, 76,5% COVID-19 (mediana de 3 dosis) y 74,5% hepatitis B (ver en poster las características de los pacientes al tiempo de la infección y la diferencia en relación con el estado ambulatorio o el requerimiento de internación, y el análisis multivariado).

Conclusión: Los pacientes que requirieron internación tuvieron más infecciones asociadas a catéter y gastrointestinales, también mayor positividad

para anti-Sm, reactantes de fase aguda elevados e hipocomplementemia. Sin embargo, en el análisis multivariado, las variables asociadas independientemente a internación por infecciones fueron menor edad al tiempo de internación, enfermedad renal crónica y aumento de PCR, destacando el inmunocompromiso de pacientes con daño irreversible y la necesidad de reforzar estrategias preventivas en estos pacientes, independientemente de prescindir habitualmente de terapia inmunosupresora. Por otra parte, la PCR elevada mostró nuevamente su papel como marcador inespecífico, pero estrechamente asociado a infección.

0164

CORRELACIÓN ENTRE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y LOS RESULTADOS REPORTADOS POR PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL REGISTRO NACIONAL RELESSAR-PROSPECTIVO

Juan Manuel RODRÍGUEZ GRAMAZZA¹, Lucila GARCÍA¹, Carla Andrea GOBBI², Rosana QUINTANA³, Marina MICELLI⁴, Paula ALBA⁵, Alejandro BRIGANTE⁶, María Agustina D'AMICO⁷, Romina ROJAS TESSEL⁸, Malena VIOLA⁹, Gelsimona ALLE¹⁰, Lucía MENDOZA MARTÍNEZ¹¹, Florencia Gordillo¹², Claudia PENA¹, Verónica BELLOMIO¹³, Paula María CORBALÁN¹³, Maitén SARDE¹, Gisela PENDÓN¹⁴, Carolina AESCGLIMANN¹⁵, Paula FERNÁNDEZ¹, Bettina Soledad SARDI¹, Micaela COSATTI¹⁶, Cecilia PISONI¹⁶, Mercedes GARCÍA¹

¹HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS GENERAL SAN MARTÍN LA PLATA, ²SANATORIO ALLENDE, ³CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (CREAR), ⁴HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS RAMOS MEJÍA, ⁵HOSPITAL CÓRDOBA, ⁶SANATORIO GÜEMES, ⁷HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JOSÉ MARÍA PENNA, ⁸HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, ⁹HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH, ¹⁰HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ¹¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, ¹²HOSPITAL EL CARMEN, ¹³HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, ¹⁴HOSPITAL RICARDO GUTIÉRREZ, ¹⁵HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO, ¹⁶CEMIC

Introducción: El EQ-5D es un cuestionario descriptivo que incluye 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión, y escala de estado de salud (valor 0-100). Cada dominio presenta 3 posibles respuestas: sin problema/con algún problema/incapacidad.

Objetivo: Evaluar la correlación entre los resultados reportados por los pacientes (EQ-5D y Fatiga) y la actividad de la enfermedad medida por SLEDAI, así como determinar factores asociados a algún problema reportado del cuestionario EQ-5D.

	Al menos un problema (N=72)	Sin problemas (N=27)	P-valor	Total (N=99)
Edad última evaluación Mediana [Q1, Q3]	30.0 [22.0, 37.5]	34.0 [27.0, 51.0]	0.041	32.0 [23.8, 40.0]
Etnia				
Caucásico	7 (9.72%)	6 (22.2%)	0.047	[1] 13 (13.13%)
Mestizo	62 (86.1%)	18 (66.7%)		80 (80.8%)
Nivel socioeconómico				
Bajo/Medio-bajo	42 (60.9%)	9 (30.0%)	0.056	51 (54.3%)
Medio/Medio-alto	27 (39.1%)	16 (64.0%)		43 (45.7%)
Manifestaciones generales y mucocutáneas en las últimas 4 semanas	39 (55.7%)	5 (18.5%)	0.002	44 (45.4%)
Manifestaciones músculo-esqueléticas en las últimas 4 semanas	27 (38.0%)	1 (3.70%)	0.001	28 (28.6%)
SLEDAI Mediana [Q1, Q3]	6.00 [2.00, 10.0]	2.00 [0, 4.00]	0.001	4.00 [1.25, 8.75]
TRATAMIENTO LES - Corticoides oral				
Nunca	2 (2.82%)	2 (7.69%)	0.020	4 (4.12%)
Pasado	16 (22.5%)	12 (46.2%)		28 (28.9%)
Presente	53 (74.6%)	12 (46.2%)		65 (67.0%)
Prednisona <=5 mg/día	31 (43.7%)	20 (76.9%)	0.007	51 (52.6%)
Prednisona >5 mg/día	40 (56.3%)	6 (23.1%)		46 (47.4%)
SLICC-SDI (últimos 6 meses) - Mediana [Q1, Q3]	0 [0, 1.00]	0 [0, 0]	0.002	0 [0, 1.00]

Métodos: Estudio de corte transversal (datos de visita T0) que incluyó pacientes mayores de 18 años (ACR 1984/1997 y/o criterios SLICC 2012 y/o ACR/EULAR 2019) con diagnóstico de lupus de menos de 5 años. Se les realizó EVA de fatiga y EQ-5D. Se evaluaron características sociodemográficas, clínicas, comorbilidades y tratamientos. La muestra se dividió en dos grupos, según ausencia (A) y presencia de algún problema (B-C), y se evaluaron los factores asociados.

Resultados: Se obtuvieron datos del EQ-5D y EVA de fatiga de 99/274 pacientes registrados. 72/99 (72,7%) presentaron algún problema. Dichos pacientes eran más jóvenes, con predominio de etnia mestiza, mayor compromiso general, mucocutáneo y articular, mayor uso de corticoides y dosis >5 mg/día y mayor SLEDAI e índice de daño. No hubo correlación entre EVA fatiga y estado de salud: -0,22, estado de salud/SLEDAI: -0,30 ni fatiga/SLEDAI: 0,36. En el análisis multivariado, permanecieron asociados el SLEDAI (OR 1.16, IC 95% 1,03-1,36; p=0,033) y SLICC (OR 4.13, IC 95% 1,37-24,8; p=0,044). La probabilidad de tener algún problema en el EQ-5D fue 16% mayor a medida que el SLEDAI aumenta 1 punto, y 4 veces mayor a medida que el SLICC aumenta 1 punto.

Conclusión: Se observó una asociación notable entre la evaluación reportada por el paciente y la actividad reciente de la enfermedad, así como con el índice de daño. Esto nos permite inferir la eficacia del cuestionario para una mejor interpretación del estado de enfermedad y potencialmente de respuesta a los tratamientos en base a parámetros subjetivos.

Tabla: Comparación de pacientes según presencia de algún problema reportado en el cuestionario EQ5.

0165

FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES CON VASCULITIS ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS Y COMPROMISO RENAL

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

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

Introducción: Se ha observado una disminución en la mortalidad desde la introducción de los inmunosupresores. Se conoce que la causa infecciosa contribuye un 50% de la mortalidad durante el primer año del seguimiento, comparado con un 14% de la actividad de la enfermedad. Además, el compromiso renal es un importante marcador de morbimortalidad, sobre todo al debut de la enfermedad.

Objetivo: Evaluar factores asociados a mortalidad en pacientes con vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (VAA) con compromiso renal.

Métodos: Estudio retrospectivo, analítico, multicéntrico en pacientes adultos con diagnóstico de VAA (ACR 2022 y/o Chapel Hill 2012) y compromiso renal: aumento de creatinina >30% o caída del *clearance* de creatinina >20%, proteinuria > 1 g/24 h, hematuria >10 eritrocitos/campo o creatinina sérica >1,4 mg%. Se evaluaron variables sociodemográficas, clínicas, inmunológicas, comorbilidades, de tratamiento y resultados de biopsias. Se compararon pacientes según la mortalidad y se determinaron los factores asociados.

Resultados: Se evaluaron 72 pacientes de 4 centros de la provincia de Bs. As y CABA, de los cuales 11 (15,2%) fallecieron dentro del primer año del compromiso renal con una mediana de 6 (2.50, 11.5) meses. Del total de los fallecidos, 8 (72,7%) fueron por causa infecciosa y de estos, la mitad lo hizo al debut de la enfermedad. De 3 pacientes no se conoció la causa del deceso. Los pacientes fallecidos presentaron menor *clearance* de creatinina y valores de C3, y menor porcentaje de inducción completa (corticoides a altas dosis+ciclofosfamida/rituximab) (Tabla). En el análisis multivariado no hubo variables que se asociaran independientemente con la mortalidad.

	Mortalidad (N=11)	No (N=61)	P-valor	Total (N=72)
Sexo femenino	5 (45.5%)	39 (63.9%)	0.319	44 (61.1%)
Edad al diagnóstico (años) Mediana [Q1, Q3]	62.0 [50.5, 66.0]	52.0 [40.0, 61.0]	0.099	54.0 [40.8, 63.0]
Tipo de vasculitis				
GPA	4 (36.4%)	33 (54.1%)	0.434	37 (51.4%)
PAM	7 (63.6%)	27 (44.3%)		34 (47.2%)
EGPA	0 (0%)	1 (1.64%)		1 (1.39%)
BVA5v3 al momento del compromiso renal Mediana [Q1, Q3]	22.0 [19.5, 25.0]	20.0 [17.0, 24.0]	0.432	20.0 [17.3, 24.0]
C3 Mediana [Q1, Q3]	76.5 [60.3, 92.5]	132 [108, 149]	0.019	125 [94.5, 147]
C4 Mediana [Q1, Q3]	18.5 [11.0, 25.5]	29.0 [22.0, 34.0]	0.061	27.0 [21.5, 33.3]
ANCA Renal Risk Score Mediana [Q1, Q3]	6.50 [5.25, 7.75]	6.00 [6.00, 9.00]	0.867	6.00 [6.00, 9.00]
Inducción completa	3 (27.3%)	54 (90.0%)	<0.001	57 (80.3%)
Pulsos de metilprednisona	9 (81.8%)	54 (90.0%)	0.601	63 (88.7%)
Ciclofosfamida	11 (100%)	54 (90.0%)	0.581	65 (91.5%)
Rituximab	2 (18.2%)	6 (10.0%)	0.601	8 (11.3%)
Plasmaféresis	5 (45.5%)	16 (26.2%)	0.279	21 (29.2%)
Hemodiálisis al debut renal	3 (27.3%)	16 (26.2%)	1	19 (26.4%)
ERCT	1 (9.09%)	17 (27.9%)	0.271	18 (25.0%)

Conclusión: En la población estudiada con glomerulonefritis asociada a VAA la mortalidad fue del 15%. Estos pacientes presentaron < valor de C3 y < tratamiento completo de inducción lo que nos orienta a un perfil de severidad de la enfermedad. Además, en nuestra muestra la principal causa de mortalidad temprana se debió a infecciones, de lo que se desprende la relevancia de la profilaxis primaria, la vacunación y el empleo de menores dosis de glucocorticoides. Agradecimiento a la Dra. Karen Roberts por el análisis estadístico.

0166

EFFECTOS DE LA FÉRULA ESTABILIZADORA EN MATERIAL BLANDO PARA EL ABORDAJE DE LA RIZARTROSIS

Ornella PISERA FUSTER¹, Oscar RILLO², Marta ZALAZAR², Laura SORRENTINO¹, Silvana PÉREZ¹, Sofía ALTERA¹, Oriana LÓPEZ¹, María Verónica DE CILLIS¹

¹HOSPITAL DE REHABILITACIÓN MANUEL ROCCA, ²HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. IGNACIO PIROVANO

Introducción: La osteoartritis (OA) en la articulación trapeciometacarpiana (TMC) puede producir dolor y alteraciones funcionales, limitando el desempeño de las actividades de la vida diaria. Las guías de prácticas recomiendan la intervención de terapia ocupacional con el uso de ortesis para prevenir y corregir la subluxación y la deformidad del pulgar. Esta férula para estabilizar la articulación se considera "el pilar de la atención conservadora", ya que proporciona estabilidad mediante la aplicación de un sustituto externo. El material utilizado en la práctica general es un termomoldeable, de limitado acceso en hospitales públicos por su alto costo, por lo que se deben buscar alternativas.

Objetivo: Evaluar, en pacientes con rizartrrosis, el dolor, la funcionalidad y la satisfacción con el uso de la férula estabilizadora, confeccionada en goma eva de alta densidad (folia).

Métodos: Estudio prospectivo, comparativo, de muestras relacionadas, intrasujeto, observacional y longitudinal. En 40 pacientes con rizartrrosis, con esquema de medicación estable, a los cuales se les confeccionó este diseño de férula, se indagó sobre ocupación, mano dominante y tiempo de evolución; se les realizó la evaluación del dolor y el HAQ-UP-A al ingreso y al mes de uso diario. Además, se les administró una encuesta sobre el grado de satisfacción.

Resultados: De los 40 pacientes, el 78% fue mujer y el 22% hombre. Edad promedio: 60 años (46-80). El 90% indicó alivio del dolor (IC 95% 71,23-97,21). El 72,5% (IC 95% 55,86-84,85) presentó una disminución en el índice HAQ-UP-A, reflejando un aumento del desempeño funcional, con un promedio de diferencia de 0,50 puntos. El 77,5% marcó un alto grado de satisfacción con el uso de la férula (Tabla).

Grado de satisfacción	Estética	Confortabilidad	Capacidad funcional
Alto (8-9-10)	34 (85%)	28 (70%)	26 (65%)
Moderado (5-6-7)	5 (12.5%)	12 (30%)	12 (30%)
Bajo (1-2-3-4)	1 (2.5%)	0	2 (5%)
TOTAL	40 (100%)	40 (100%)	40 (100%)

Conclusión: Este estudio demuestra que el uso de la férula estabilizadora de la articulación TMC confeccionada en folia, en pacientes con rizartrrosis, resultó útil para disminuir el dolor y aumentar la capacidad funcional luego de un mes de uso diario.

0167

REMISIÓN Y BAJA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: RESULTADOS PRELIMINARES DEL REGISTRO RELESSAR-PROSPECTIVO

Paula FERNÁNDEZ¹, Lucila GARCÍA¹, Carla Andrea GOBBI², Rosana QUINTANA³, Marina MICELLI⁴, Paula ALBA², Alejandro BRIGANTE⁵, Agustina DAMICO⁶, Romina ROJAS TESSEL⁷, Malena VIOLA⁸, Gelsomina ALLE⁹, Lucía MENDOZA MARTÍNEZ¹⁰, María Florencia GORDILLO¹¹, Claudia PENA¹, Verónica BELLOMIO¹², Paula María CORBALÁN¹², Maitén SARDE¹, Gisela PENDON¹³, Carolina AESCHLIMANN¹¹, Manuel RODRÍGUEZ GRAMAZZA¹, Bettina Soledad SARDI¹, Micaela COSATTI¹⁴, Cecilia PISONI¹⁴, Mercedes García¹

¹HIGA SAN MARTÍN LA PLATA, ²HOSPITAL CÓRDOBA, ³UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, ⁴HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS RAMOS MEJÍA, ⁵SANATORIO GÜEMES, ⁶HOSPITAL PENA, ⁷HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, ⁸HOSPITAL ARGERICH, ⁹HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ¹⁰HOSPITAL TORNÚ, ¹¹SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, ¹²HOSPITAL PADILLA, ¹³HOSPITAL GUTIÉRREZ, ¹⁴CEMIC

Introducción: Los estados de remisión y baja actividad de la enfermedad (BAE) reducen el riesgo de daño, aseguran la supervivencia a largo plazo y optimizan la calidad de vida de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Objetivo: Evaluar la tasa de remisión y BAE, y comparar las características sociodemográficas y clínicas según el estado de enfermedad.

Métodos: Estudio observacional, analítico y de cohorte prospectivo. Se incluyeron pacientes del registro RELESSAR-PROSPECTIVO (T0 y T1). Se evaluó la frecuencia de remisión y BAE, y se compararon las características basales sociodemográficas, clínicas y tratamientos en pacientes en remisión o BAE vs. activos al año del ingreso a la cohorte. Definición remisión: SLEDAI-2K=0, prednisona ≤5 mg/día e inmunosupresores estables (ISE), incluidos agentes biológicos. Definición BAE: SLEDAI-2K ≤4, prednisona ≤5 mg/día e ISE, incluidos agentes biológicos. Definición actividad: SLEDAI-2K >4 y prednisona >5 mg/día. Antipalúdicos permitidos en todos los grupos.

Resultados: De los 275 pacientes en visita T0, 68 completaron visita T1 hasta el momento del análisis y 36/68 pacientes lograron remisión/BAE (53%). De 39 pacientes activos en T0, 43,5% logró remisión/BAE. De 10 pacientes con BAE en T0, 50% se mantuvo en BAE/remisión. De 9 pacientes en

remisión en T0, 66,6% permaneció en BAE/remisión. Los del primer grupo presentaron mayor cobertura social (72% vs. 53%) y nivel socioeconómico medio/medio-alto (53% vs. 38%), menor porcentaje de manifestaciones renales (77% vs. 56%), infecciones graves (91% vs. 84%), índice de actividad medido por SLEDAI-2K (4 vs. 6,5 puntos) y retraso en el diagnóstico (0 vs. 1 mes). Ninguno de estos datos fue estadísticamente significativo (ver en poster la comparación de las características basales entre los pacientes no activos [N=36] y activos [N=32]).

Conclusión: La mitad de los pacientes logró o mantuvo la remisión o BAE al año. Los pacientes con mayor cobertura social y nivel socioeconómico, menor compromiso renal, infecciones graves, índice de actividad y retraso en el diagnóstico, presentaron diferencia numérica a favor de alcanzar la remisión y la BAE al año. Los resultados son preliminares, pero potencialmente permitirían visualizar la población que amerita de revisión de estrategias de seguimiento y terapéuticas.

0170

PREVALENCIA DE OBESIDAD SARCOPEÁNICA EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS DE RODILLA EN UN HOGAR PARA PERSONAS MAYORES EN ASUNCIÓN, PARAGUAY

Laura Andrea DOMÍNGUEZ GALLARDO¹, Astrid PAATS², Yanira YINDE², María FRUTOS ZENTENO¹, Andrea ACUÑA³

¹UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, POSGRADO EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA, ²DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS, ³COMPLEJO SANTO DOMINGO PARA PERSONAS MAYORES, MSP Y BS

Introducción: Una convergencia común de la vejez, la obesidad y la sarcopenia es la osteoartritis. La creciente prevalencia y el impacto de la obesidad sarcopénica en el pronóstico de la osteoartritis de rodillas exige mayor atención a este factor.

Objetivo: Determinar la prevalencia de obesidad sarcopénica usando el algoritmo EWGSOP2 en personas mayores con osteoartritis de rodilla, institucionalizadas en el Complejo Santo Domingo de Asunción en junio de 2024.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo con componente analítico y corte transversal, de alcance correlacional. Muestreo no probabilístico de conveniencia; no requirió cálculo del tamaño de la muestra. Se incluyeron personas mayores de 60 años institucionalizadas en el Complejo Santo

Domingo en junio de 2024 que aceptaron participar. Criterios de exclusión: enfermedad aguda, edemas, deterioro cognitivo severo, síndrome de inmovilidad, consumo de corticoides ≥ 30 días y discapacidad física.

Resultados: Se incluyeron 46 personas. La mayoría varones (n=24), con límites de edades 60-93 años, media: 75,65 años (DE: 8,52). El 63% se encontraba entre 60-80 años, 83% con polimedicación y 98% con comorbilidades. El 63% (n=29) cumplió con criterios clínicos de OA de rodillas, en su mayoría mujeres (59%), con comorbilidades (97%), polimedicados (86%) y con dependencia leve para actividades básicas de la vida diaria (62%). En la valoración radiológica fue más frecuente la OA grado 3 (34%). La prevalencia de obesidad sarcopénica fue de 20% (n=6). Fue más frecuente la sarcopenia sin obesidad seguida de obesidad no sarcopénica. Se encontró asociación estadística (p=0,00), por lo que la sarcopenia se considera un factor de riesgo de OA de rodillas.

Conclusión: La prevalencia de obesidad sarcopénica en personas mayores con OA de rodillas fue del 20%. Predominó el sexo femenino, con comorbilidades, polifarmacia y dependencia leve. Según la clasificación radiológica, fue más frecuente el grado 3. El tipo de composición corporal más frecuente fue sarcopenia sin obesidad. Se encontró asociación entre esta variable y la OA de rodillas. Esta información permitirá recordar la importancia de clasificar a los pacientes con OA de rodillas según su composición corporal.

Tabla: Composición corporal en personas mayores con OA de rodillas.

Tipo de composición corporal	Frecuencia	%
Sarcopenia	15	52
Obesidad sarcopénica	6	20
Obesidad no sarcopénica	4	14
Normal	4	14
Total	29	100

0171

CORRELACIÓN DE ÍNDICES HEMÁTICOS Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Cristian David LARA BENALCAZAR, Jorge Luis GONZÁLEZ, Ana Laura TOLEDO, María Laura GOÑI, Eduardo MUSSANO, Ignacio CADILE, Laura ONETTI, Matías PALOMBO

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

Objetivo: Demostrar la correlación existente entre NLR y la PLR, y la actividad de enfermedad en pacientes con APS.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de historias clínicas de los pacientes del HNC que consultaron en el Servicio de Reumatología en el período 2023-2024 con diagnóstico de APs confirmado. Se incluyeron pacientes con compromiso articular periférico, axial, cutáneo, entesitis, compromiso ungueal o dactilitis. Los scores de actividad de enfermedad utilizados fueron: DAPSA en compromiso periférico, MASES en compromiso de entesitis, PASI en compromiso cutáneo, y la presencia de compromiso ungueal o dactilitis; además se obtuvieron los índices hemáticos NLR y PLR en todos los pacientes, categorizándose como aumentado, normal o disminuido. Se realizó un análisis cualitativo usando el software R-medic.

Resultados: Se recolectó una muestra de 20 pacientes con APs de los cuales el 75% fue del sexo femenino, con una media de edad de 58 años y un NLR promedio de 2.3 y PLR promedio de 128. El 80% de los pacientes presentó una NLR y DAPSA normal en pacientes con enfermedad articular periférica activa, mientras se obtuvo un 65% de valores normales entre PLR y DAPSA en dicho grupo. La NLR y PLR se encontraron normales en el 75% de pacientes

que no padecía compromiso entesítico, en tanto que el valor de PLR estuvo elevado en aquellos individuos que sí presentaban entesitis en un 25%, lo que fue estadísticamente significativo. Entre NLR y PASI se encontró un valor normal en pacientes sin enfermedad cutánea activa en un 35%, mientras que los valores de PLR y PASI fueron normales en un 30% en dicho subgrupo. Entre NLR y afectación ungueal se encontró un 85% resultado normal en pacientes sin dicha afectación, PLR fue del 70% en el mismo caso.

Conclusión: Se pudo determinar que PLR y el compromiso de entesitis tienen una relación estadísticamente significativa, sin embargo, el presente estudio con muestra parcial presenta un número de pacientes reducido, por lo cual no se podría establecer una correcta relación entre estas dos variables. Se procederá a aumentar el número de pacientes en una futura publicación.

	Promedio	Desviación Standard	N
Edad	58.46	14.16	20
Sexo (F)*	15	75%	20
Leucocitos	7692	2156	20
Neutrófilos	4659	1701	20
Linfocitos	2244	689	20
Plaquetas	270452	99832	20
VSG	20	18	20
NLR	2.3	1.5	20
PLR	128	52	20

Tabla: Estadística descriptiva.

PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN REMISIÓN SOSTENIDA: ¿SEGUIMOS UTILIZANDO CORTICOIDES?

Fernando ARIZPE¹, María Victoria MARTIRE¹, Adriana TESTI¹, Paula Eva POLERI¹, Joan Manuel DAPEÑA², Micaela COSATTI³, Máximo COSENTINO⁴, Graciela RODRÍGUEZ⁴, Amelia GRANELL¹

¹HOSPITAL SAN ROQUE DE GONNET, ²SANATORIO MÉNDEZ, ³CEMIC, ⁴HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS GENERAL SAN MARTÍN LA PLATA

Introducción: Los glucocorticoides (GC) continúan siendo un pilar fundamental en el tratamiento del lupus eritematoso sistémico (LES), aunque su uso prolongado se asocia a efectos adversos. Existe limitada evidencia sobre el uso de GC en la vida real en remisión y el perfil de pacientes que los utiliza.

Objetivo: Describir el uso de GC en una cohorte de pacientes con LES en remisión sostenida por 1 año y analizar los factores asociados a su uso.

Métodos: Estudio observacional, analítico y de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes ≥18 años con diagnóstico de LES según criterios de clasificación SLICC 2012 o ACR/EULAR 2019 que hayan mantenido remisión según definición DORIS 2021 (SLEDAIc=0, PGA ≤0,5, prednisona ≤5 mg/día, inmunosupresores estables) durante al menos un año. Se incluyeron datos al diagnóstico y al año de remisión sostenida (T0). Se evaluaron las diferencias entre los pacientes que utilizaron GC en remisión vs. los que no utilizaron (chi-cuadrado para variables categóricas y test de Student o Mann Whitney para variables numéricas según distribución). Se realizó un análisis de regresión logística binaria para identificar factores asociados de manera independiente al uso de GC en pacientes en remisión sostenida.

Resultados: Se incluyeron 58 pacientes en remisión sostenida de los cuales 83% fue del sexo femenino, con una edad media de 33 años (DE 12,8) al diagnóstico. La mitad de la cohorte fue de etnia mestiza y la otra caucásica, el 67% tenía obra social. Tenían una mediana de tiempo de seguimiento de 72 meses (Q1-Q3 40-120) y mantuvieron remisión durante una mediana de 32 meses (Q1-Q3 18-49). El 91% recibió tratamiento inicial con GC orales, con una dosis media de prednisona de 30 mg (DE 24,4) y un 24% de los pacientes continuaba con dosis bajas luego de un año en remisión. En la regresión logística binaria, las variables que permanecieron asociadas de manera independiente al uso de GC fueron: el antecedente de compromiso de órgano mayor y cobertura pública (ver en poster las diferencias entre los pacientes que utilizan GC luego de la remisión sostenida vs. los que no utilizan, y el análisis de regresión logística).

Conclusión: En esta cohorte, uno de cada cuatro pacientes en remisión sostenida por un año utiliza GC a dosis bajas. Los mismos tienen menor cobertura de salud privada y más compromiso de órgano mayor previo.

CONDROCALCINOSIS VS. ENFERMEDAD POR DEPÓSITO DE CRISTALES DE PIROFOSFATO DE CALCIO

María Victoria CHIARVETTO PERALTA, Marina SCOLNIK, Enrique 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 desarrollaran 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 y los que no.

Métodos: Estudio de cohorte, retrospectivo, analítico. Se incluyeron pacientes con hallazgos de condrocalcinosis radiográfica o hallazgos sugestivos del depósito de PFCa en ultrasonografía (US) desde 1/2015 a 06/2024. Se recolectaron datos de los estudios de laboratorio, radiográficos y US de la historia clínica electrónica.

La artritis inflamatoria (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 69 pacientes, de los cuales 38 (55,0%) presentaron AI, con un 65,8% (IC 95%: 49,1-79,3) de sexo femenino, y una media de edad al diagnóstico de 77,3 años (DE 9,3). En los pacientes con AI, las articulaciones más afectadas fueron la rodilla (55,3%), radiocarpiana (28,9%) y hombro (10,5%). Se obtuvo líquido sinovial en 9 ocasiones (23,7%), encontrando cristales de PFCa positivos en 5 casos. De los 38 pacientes con AI, 30 (78,9%) recibieron tratamiento: 14 (38,9%) colchicina, 20 (52,6%) infiltraciones de corticoides, 12 (31,6%) corticoides orales y 4 (10,8%) metotrexato. En el seguimiento, 14 (36,8%) presentaron artritis persistente. El fenotipo inflamatorio más frecuente fue de pseudogota (37,8%) y pseudoartritis (32,4%). (Tabla). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a las características clínicas de comorbilidades ni demográficas entre los pacientes que desarrollaron artritis y los que no.

Conclusión: Un 55% de los pacientes con condrocalcinosis presentó artritis, sin diferencias demográficas con respecto a los que no.

Características a la imagen	Artritis Inflamatoria (n=38)	Sin Artritis (n=31)	P
Sexo femenino: n; % (IC 95%)	25; 65,8% (49,1-79,3)	24; 77,4% (58,9-89,1)	0,29
Edad a la imagen, media en años; (DE)	77,3 (9,3)	75,5 (14,3)	0,53
Seguimiento en años, mediana; (RIC)	2,4 (1,1 - 5,6)	5,5 (4,5 - 7,1)	0,01
VSG a la imagen, mediana; (RIC)	29 (21,5-41,5)	15 (10-28)	0,01
Recuento Articular con CC radiográfica, mediana; (RIC)	3 (2-4)	2 (2-3)	0,22
Cumplimiento Criterios McCarty definitivo : n; % (IC 95%)	5; 13,2% (5,4 - 28,6)	0	0,02
Cumplimiento Criterios McCarty probable: n; % (IC 95%)	32; 84,2% (68,4-92,9)	31, 100%	0,02
Cumplimiento Criterios ACR-EULAR 2023, > 56 puntos : n; % (IC 95%)	32; 84,2% (68,4-92,9)	1; 3,2% (0,4-20,8)	<0,001
Comorbilidades al diagnóstico			
Hipertensión Arterial: n; % (IC 95%)	24; 63,2% (46,5-77,2)	20; 64,5% (45,9-79,6)	0,91
Hipotiroidismo: n; % (IC 95%)	4; 10,5% (3,9-25,5)	5; 16,1% (6,7-34,1)	0,49
Enf renal crónica: n; % (IC 95%)	3; 7,9% (2,3-22,4)	1; 3,2% (0,4-20,8)	0,41
Índice masa corporal, mediana (RIC)	26,3 (23,8-29,7)	25,1 (22,8-28,9)	0,39
Escala de Charlson, mediana; (RIC)	3 (2-4)	4 (3-4)	0,38
Fenotipo			
Pseudoartritis: n; % (IC 95%)	12; 32,4% (19,1-49,4)	6; 19,4% (8,7-37,6)	<0,001
Pseudogota: n; % (IC 95%)	14; 37,8% (23,5-54,7)	0	
Pseudo Artritis Reumatoidea: n; % (IC 95%)	6; 16,2% (7,3-32,3)	0	
Pseudo Polimialgia Reumática: n; % (IC 95%)	2; 5,4% (1,3-19,9)	0	
Monoartritis: n; % (IC 95%)	3; 8,1% (2,5-22,9)	0	
Condrocalcinosis: n; % (IC 95%)	0	25; 80,7% (62,4-91,3)	
Características clínicas			
Afectación principal de la rodilla; n; % (IC 95%)	21; 55,3% (38,9-70,5)	27; 87,1% (69,5-95,2)	0,004
US al diagnóstico, : n; % (IC 95%)	27; 72,9% (56,1-85,1)	1; 3,2% (0,4-20,8%)	<0,001

Tabla: Características basales (n=69).

CONOCIMIENTO Y DERIVACIÓN A TERAPIA OCUPACIONAL POR MÉDICOS REUMATÓLOGOS: ANÁLISIS CUANTITATIVO Y DESCRIPTIVO

María Laura FRUTOS¹, Alejandra Lucía TULJAK², Luciana Flavia DE MARCO³, Ornella PISERA FUSTER⁴, Andrea DE PAZ⁵, Caterina TROCELLO¹, María Verónica DE CILLIS⁴

¹UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA, ²CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA, ³HOSPITAL TRÁNSITO CÁCERES DE ALLENDE, ⁴HOSPITAL DE REHABILITACIÓN MANUEL ROCCA, ⁵HOSPITAL GUTIÉRREZ DE LA PLATA

Introducción: Dentro de los tratamientos no farmacológicos de las patologías reumáticas, la intervención de terapia ocupacional (TO) está descrita y recomendada por diversos autores que la consideran vital e indispensable en los equipos interdisciplinarios. Algunas intervenciones incluyen: adaptación de las actividades diarias, educación sobre el autocuidado, programas de ejercicios, prescripción de ortesis y productos de apoyo, y modificaciones del entorno. En la bibliografía nacional no se han encontrado reportes referidos al conocimiento que los médicos reumatólogos tienen acerca de la terapia ocupacional.

Objetivo: Explorar el conocimiento y las características de las derivaciones a terapia ocupacional de los médicos reumatólogos.

Métodos: Estudio prospectivo, cuantitativo, descriptivo y transversal que encuestó (a través de un formulario en línea) a médicos reumatólogos registrados en la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR).

Resultados: Encuesta respondida por 114 reumatólogos, mayoritariamente mujeres (69%) y con un rango etario de entre 40-49 años. Se encontró que el 80% (IC 95% 71,06-86,53) refirió tener conocimiento sobre las intervenciones de TO, sin embargo, solo el 13% siempre y el 33% frecuentemente derivan pacientes. El momento más frecuente para derivar es cuando los pacientes mencionan dificultades en las actividades de la vida diaria (AVD), citado por el 44% (IC 95% 36,81-52,20). Además, el 24% y el 21% de los médicos derivan para programas de ejercicios y confección de ortesis/férulas, respectivamente. Las patologías más derivadas son artritis (38%), artrosis (28%) y esclerosis sistémica (13%). El 69% de los encuestados (IC 95% 58,77-76,92) consideró las intervenciones de TO como muy importantes, y el 70% percibió que son altamente eficaces según su experiencia clínica. No se encontraron diferencias significativas en las derivaciones relacionadas con el ámbito laboral, los años de experiencia o el tipo de población atendida.

Conclusión: Si bien el tamaño muestral, teniendo en cuenta la totalidad de los miembros SAR resulta acotado, los resultados reflejan que hay conocimiento de las intervenciones de TO. Existe consenso que el momento de la derivación es ante la aparición de dificultades en las AVD. Con este trabajo podemos inferir que se necesita una mayor difusión sobre las prácticas de TO.

0185

PATRÓN TOMOGRÁFICO EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA ASOCIADA A ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Tatiana BARBICH¹, Graciela BETANCUR², Belén María VIRASORO², María Agustina ALFARO², Emilio BUSCHIAZZO², Juan ENGHELMAYER², Florencia VIVERO², Adrián GASER², Fabiana MONTROYA², Diana LANCELLOTTI², María José LÓPEZ MEILLER², Gonzalo PACHECO², Ana Lucía BARBAGLIA NAVARRO², José Luis VELAZCO ZAMORA², Alejandro MARTÍNEZ², Federico CAMPINS², Antonella GAMARRA², Claudia PENA², Marina OLIVER², Paula GONZALO², Nicolás LLOVES SCHENONE², María Luz MARTÍN², Luciana MOLINARI², Natalia NIGRA², Cristina Alejandro BENÍTEZ², Patricia ARUJ², Alejandro NITSCHÉ², Bárbara PÉREZ CEPAS², María Celina DE LA VEGA², Martín FERNÁNDEZ², Fabián CARO², Beatriz GIL², María OTAOLA², Marcela USANDIVARAS², María Noelia BERSANO², Alejandro BRIGANTE², María Julia PAPAGNO², Florencia GORDILLO², Sandra NAVARRO², Natalia CUCCHIARO², Melina MOSCATELLI², Facundo VERGARA², Rosana QUINTANA²

¹HOSPITAL MARÍA FERRER, ²REGISTRO EPIMAR 2

Introducción: La caracterización precisa y sistemática de los hallazgos tomográficos en la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es un desafío debido a la variabilidad, la falta de estudios multicéntricos robustos y la escasez de equipos multidisciplinares.

Objetivo: Describir y caracterizar los hallazgos tomográficos de pacientes con EPID autoinmune en una cohorte multicéntrica.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y multicéntrico. Se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico confirmado de EPID asociado a enfermedades autoinmunes (EA) de la base multicéntrica EPIMAR 2, que tenían realizada tomografía computada de alta resolución de tórax (TACAR) al ingreso a la base y leídas por un radiólogo experto ciego a los datos clínicos del paciente. Se consignaron variables sociodemográficas, comorbilidades, enfermedad autoinmune subyacente y tratamientos.

Resultados: De 215 pacientes registrados en EPIMAR2, 15% (n=33) presentaba TACAR con lectura central al momento del análisis de datos. De los 33 pacientes incluidos, 33% tenía AR, 29% esclerosis sistémica, 21% síndrome de Sjögren primario (SSp), 8% miopatía inflamatoria y 15% EPID asociado a ANCA, siendo más frecuente relacionado a ANCA-MPO. Un solo paciente tenía diagnóstico de enfermedad mixta del tejido conectivo y otro LES. El 12%

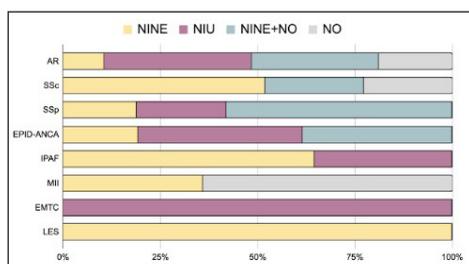


Figura: Asociación de patrones tomográficos con las distintas EA.

se clasificó como neumonía intersticial con características autoinmunes (IPAF). El patrón tomográfico más frecuente fue la neumonía intersticial no específica (NINE) en 30%, seguido por neumonía intersticial usual (NIU) en 27%. El 21% de los pacientes presentaba patrón de NINE asociado con neumonía en organización (NINE+NO), 15% solo tenía compromiso tomográfico de NO. La asociación de patrones tomográficos con las distintas EA se describe en la Figura. La mayoría de los pacientes (94%) se encontraba en tratamiento. El 76% recibía corticoides, 52% mofetil micofenolato, 34% metotrexato, 30% rituximab, 24% abatacept, 21% azatioprina, 17% ciclofosfamida endovenosa, 19% nintedanib y uno solo pirfenidona.

Conclusión: El patrón tomográfico más frecuente fue la NINE, seguida de la NIU. Los pacientes con AR presentaron mayor presencia de patrón NIU, tal como se refleja en la bibliografía.

0186

PREVALENCIA DE SUBTIPOS DE HLA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON NEFRITIS LÚPICA Y TRASPLANTE RENAL

Graciela BETANCUR, Yamila RUSSO, Silvia DI PIETRANTONIO, Verónica Soledad MARTÍNEZ, Matías GARCÍA, Alejandra ABALO, María Julia PAPAGNO, Maira ETCHEVERRY, Patricia VELASCO HERNÁNDEZ, Lucía PEIRANO, Sabrina Marta ARGUELLO, Adrián Jorge ESTÉVEZ

HOSPITAL EL CRUCE, FLORENCIO VARELA

Introducción: Se ha postulado que los factores genéticos pueden influir en la susceptibilidad a la nefritis lúpica (NL) y en la respuesta al trasplante renal (TR) en LES. La comprensión de los patrones genéticos asociados con la NL terminal es crucial para mejorar la selección de pacientes y optimizar las estrategias de tratamiento. El complejo mayor de histocompatibilidad (CMH), especialmente HLA-DR3 y HLA-DR2, es una de las regiones de susceptibilidad genética más importantes en LES. HLA-DR3 desempeña un papel fundamental en la progresión a NL.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de subtipos de HLA en una población argentina de pacientes con NL sometida a trasplante renal.

Métodos: Estudio retrospectivo. Se incluyeron pacientes que cumplieran los criterios de clasificación de LES del Colegio Americano de Reumatología y se les realizó un TR por NL en el Hospital El Cruce, desde enero de 2016 a junio de 2024. Se analizó el subtipo de CMH con tecnología SSP y Luminex para determinaciones HLA: A, B y DRB.

Resultados: Se incluyeron 14 sujetos con LES que recibieron TR. La mediana de edad al TR fue de 37,5 años (RIC 28-58), con un predominio de mujeres (92,8%). Todos los casos fueron TR con donante cadavérico. La supervivencia global fue del 71,4%. La probabilidad de supervivencia en los sujetos al año y 5 años fue del 92,8 y 71,4%, respectivamente. Las causas de fallecimiento fueron un caso de cáncer de cuello de útero, una criptococosis meníngea y 2 cuadros de sepsis por neumonía por PCP. No se presentaron recurrencias de la NL. Se presentó rechazo con pérdida del injerto en 3 pacientes (21,4%). En relación a los subtipos de CMH, hallamos que 7 pacientes presentaron HLA-DR15 y 6 HLA-A2, siendo los más frecuentes. La frecuencia de subtipos de HLA se presenta en la Tabla.

CMH	Frecuencia n (%)	CMH	Frecuencia n (%)
HLA-A2	7 (50)	HLA-B62	3 (21.4)
HLA-A68	3 (21.4)	HLA-B7	3 (21.4)
HLA-A29	3 (21.4)	HLA-B39	2 (14.8)
HLA-A3	2 (14.8)	HLA-B62	2 (14.8)
HLA-A31	2 (14.8)	HLA-DR8	8 (57.1)
HLA-A23	2 (14.8)	HLA-DR15	7 (50)
HLA-B44	3 (21.4)	HLA-DR7	4 (28.5)

Conclusión: En nuestro estudio los subtipos de CMH más frecuentes fueron el HLA-DR8, HLA-DR15 y HLA-A2 a diferencia de lo reportado en la bibliografía en otras poblaciones con NL. Estos subtipos de HLA se asociaron en esta población a compromiso renal terminal. El perfil genético podría proporcionar una herramienta para optimizar las estrategias de seguimiento y tratamiento en NL.

Tabla: Frecuencia de subtipos de CMH en pacientes con NL terminal.

0188

DIFERENCIAS EN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RELACIONADA A IgG4 SEGÚN LA EDAD DE PRESENTACIÓN

Romina Andrea CALVO¹, Luisina Victoria ZUNINO¹, Jesica GALLO², Alberto ORTIZ¹, Sergio PAIRA

¹HOSPITAL DR. JOSÉ MARÍA CULLEN, ²HOSPITAL CENTRAL DE RECONQUISTA

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) presenta una edad de presentación predominante en mayores de 50 años.

Objetivo: Evaluar si la edad de los pacientes con ER-IgG4 influye en las características clínicas, laboratorios, tratamientos, afección orgánica y fenotipos.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo sobre una cohorte de 66 pacientes con diagnóstico de ER-IgG4, con criterios diagnósticos, desde 2014 a 2024. Dos grupos de pacientes: uno con pacientes =50 años y otro con >50 años. Se analizaron y compararon datos como sexo, edad, manifestaciones clínicas, laboratorios, hallazgos histopatológicos, tratamientos y evolución.

Resultados: De 66 pacientes, 47% (31) presentó una edad ≤50 años y 53% (35) >50 años. El compromiso orgánico resultó ser predominantemente monorgánico en los =50 años y multiorgánico en los >50 años (p=0,025). Los pacientes >50 años presentaron más síntomas constitucionales (p=0,029) y astenia (p=0,002). La presencia de adenopatías, glándulas submaxilares y pulmón resultaron significativamente mayores (p=0,021, p=0,018 y p=0,014 respectivamente) y las glándulas parótidas con una tendencia estadística (p=0,097). El compromiso neurológico mostró una tendencia mayor en los ≤50 años (p=0,082). En los >50 años se demostró significativamente más anemia (p=0,026), valores elevados de VES (p=0,015), elevación de IgE (p=0,028), IgA (p=0,027), IgG1 (p=0,026) e IgG4 (p=0,015). No registramos diferencias en el tratamiento y evolución.

Conclusión: Como lo publicado, en el grupo >50 años predominaron los hombres con una afectación multiorgánica (pulmón y adenopatías). Órganos superficiales como glándulas parótidas y submaxilares se presentaron en este grupo, a diferencia de lo descrito por Hiu Lu y Lanzillota. Los datos de laboratorio son similares a lo publicado.

0189

RELACIÓN DE ER-IgG4 ENTRE PACIENTES NIÑOS, ADOLESCENTES, ADULTOS JÓVENES Y DE EDAD AVANZADA

Romina Andrea CALVO¹, Luisina Victoria ZUNINO¹, Jesica GALLO², Alberto ORTIZ¹, Sergio PAIRA

¹HOSPITAL DR. JOSÉ MARÍA CULLEN, ²HOSPITAL CENTRAL DE RECONQUISTA

Introducción: Distintos trabajos hacen referencia a las diferencias entre los pacientes de edad avanzada y los niños.

Objetivo: Evaluar y comparar las manifestaciones de la ER-IgG4 en pacientes niños, adolescentes y adultos jóvenes con los pacientes de edad avanzada.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de 64 pacientes con ER-IgG4 con criterios Umehara 2011/2020 y ACR/EULAR 2019, desde 2014 a 2023. Definimos ER-IgG4 pediátrica, adolescentes y adultos jóvenes a todos los pacientes ≤25 años y los comparamos con pacientes con ER-IgG4 ≥50 años. Se analizaron sexo, edad de diagnóstico, antecedente de asma, clínica, laboratorios, hallazgos histopatológicos, tratamientos y evolución.

Resultados: De 64 pacientes, 7 tenían ≤de 25 años (11%) y 35 ≥50 años (54,7%). De los pacientes ≤25 años, 6 resultaron mujeres, edad de consulta de 21,3 años (± 5,06). Cinco (71%) presentaron compromiso monorgánico y dos compromiso multiorgánico. En los ≥50 años, predominó el sexo femenino (57%), edad de consulta de 60 años (±7,4). Los ≤25 años presentaron mayor compromiso monorgánico (71%), los ≥50 años más síntomas constitucionales, compromiso multiorgánico (p=0,009), astenia (p=0,047), ganglios linfáticos (p=0,047), glándula submaxilar (p=0,009), pulmón (p=0,013) y parotidomegalia (p=0,097). El compromiso ocular más frecuente en los menores de 25 años; en los mayores, mayormente bilateral (p=0,011), sin diferencias en el sitio de afección. Los pacientes de edad avanzada presentaron mayor elevación de la VES, IgE, IgG, IgG1 e IgG4, esta última con una tendencia estadística (p=0,062) a ser ≥a 2,8 g/l. En las biopsias predominó la presencia de infiltrado linfoplasmocitario. El infiltrado eosinofílico (p=0,096) y la fibrosis no estoriforme (p=0,021) predominaron en los tejidos de los mayores. La anatomía patológica ocular mostró presencia de infiltrado linfoplasmocitario, sin diferencias en la fibrosis estoriforme, flebitis obliterativa e infiltrado de eosinófilos, este último fue mayor en la edad avanzada.

Conclusión: Es importante revisar la literatura y describir nuestros datos de la ER-IgG4 en niños, dado que esta enfermedad no es muy tenida en cuenta por los médicos pediatras. Esto, al igual que en los adultos, podría evitar cirugías innecesarias y daño orgánico irreversible.

FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE Y PLAQUETOPENIA INMUNE EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Florencia MILESI, Tamara Graciela ARIAS, Gustavo MEDINA, Marina GARCÍA CARRASCO

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

Introducción: La anemia hemolítica autoinmune (AHA) y la plaquetopenia inmunomediada (PI) son complicaciones frecuentes en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Pueden ser severas hasta en un 5%. Conocer las características clínicas asociadas a estas manifestaciones e identificar posibles factores asociados a su desarrollo es fundamental para optimizar el diagnóstico y tratamiento.

Objetivo: Comparar los pacientes de nuestra cohorte histórica que presentaron AHA y/o PI vs. los que no, buscando características asociadas al desarrollo de las mismas y su severidad, en un hospital universitario de Buenos Aires.

Métodos: Observacional y retrospectivo en pacientes con LES seguidos entre 2013 y 2023. Se incluyeron pacientes con AHA o PI, y se analizaron las diferencias entre los grupos con y sin AHA/PI utilizando según corresponda el test de chi-cuadrado, exacto de Fisher o de Mann-Whitney. Se calculó el *odds ratio* (OR) para evaluar la asociación entre variables, y análisis multivariado ajustado por sexo y edad mediante regresión logística para identificar factores asociados a AHA y PI.

Resultados: Los pacientes con AHA presentaron diferencias estadísticamente significativas en comparación con los pacientes sin AHA en cuanto a: leucopenia (63% vs. 39%), trombocitopenia (50% vs. 12%), positividad para anticuerpos antifosfolípidos (aPL) (31% vs. 17%) e hipocomplementemia (56% vs. 40%). Los pacientes con plaquetopenia inmune presentaron diferencias estadísticamente significativas respecto de los pacientes sin PI en cuanto a leucopenia (69% vs. 37%), AHA (36% vs. 7%) y positividad para aPL (29% vs. 17%). Análisis multivariado: PI e hipocomplementemia se asociaron significativamente con AHA. Leucopenia y AHA se asociaron con el desarrollo de PI (ver en poster el análisis univariado de las características clínicas serológicas de los pacientes con y sin AHA, y el análisis univariado de las características clínicas serológicas de los pacientes con y sin PI. Ver también los factores asociados al desarrollo de anemia hemolítica autoinmune en general y AHA severa, y los factores asociados al desarrollo de plaquetopenia inmune en general y PI severa).

Conclusión: La hipocomplementemia y la PI se asociaron con el desarrollo de AHA, mientras que la leucopenia y la AHA se asociaron con el desarrollo de PI. Confirmamos, como se describió en otras cohortes, que la presencia de una manifestación hematológica puede predecir el desarrollo de la otra, dato de vital importancia al momento de evaluar a nuestros pacientes para el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.

ESTUDIO DE BIOEQUIVALENCIA DE TOLVAR® (TOFACITINIB) EN VOLUNTARIOS SANOS

Sabrina TEDESCO, Camilo LIS, Flavia LOGRADO, Gabriela NICOTERA, Alejandro SCHAMUN

LABORATORIOS BAGÓ

Introducción: Tofacitinib es un inhibidor oral y selectivo de las JAK 1/3, y en menor medida de la JAK2, indicado en el tratamiento de la artritis reumatoide y otras enfermedades autoinmunes.

Objetivo: Estudiar la bioequivalencia entre dos formulaciones que contienen tofacitinib 5 mg.

Métodos: Se realizó un estudio abierto, aleatorizado, de diseño cruzado, con dos períodos y dos secuencias, a una dosis única de 5 mg de tofacitinib, dispensado en un comprimido del producto test (Tolvar®) o en un comprimido del producto de referencia (Xeljanz®). La medicación se administró a voluntarios sanos, en condiciones de ayuno, con un período de lavado farmacológico (*washout*) entre cada administración de por lo menos 7 días. La bioequivalencia se determinó para Tofacitinib considerando la transformación logarítmica de los parámetros farmacocinéticos: área bajo la curva en el tiempo (AUC_{0-t}), concentración máxima (C_{máx}), área bajo la curva extrapolada a tiempo infinito (AUC_{0-∞}). Se establecieron los límites de bioequivalencia de 0,80 a 1,25.

Resultados: El estudio inició con 27 voluntarios que completaron ambos períodos de tratamiento, sin registrarse abandonos o exclusiones en el estudio. Tras aplicar la transformación logarítmica, se calcularon los cocientes entre el producto en estudio y el de referencia (E/R) con sus respectivos IC 90% para los principales parámetros farmacocinéticos. Por medio de un ANOVA, se analizó la variabilidad inter e intrasujeto para AUC_{0-t}, AUC_{0-∞}, y C_{máx} para cada formulación. Los resultados se describen en la Tabla. El estudio puso en evidencia una muy elevada similitud entre ambos productos en cuanto a los perfiles farmacocinéticos. En relación con la seguridad y la tolerabilidad, no se registraron eventos adversos luego de la administración de Xeljanz® o Tolvar®.

Conclusión: En este análisis de bioequivalencia se demostró que el IC 90% para los tres parámetros farmacocinéticos de Tolvar® requeridos para comprobar su bioequivalencia (C_{máx}, AUC_{0-∞}, AUC_{0-t}) se encuentran dentro del rango de bioequivalencia en comparación con el producto de referencia (Xeljanz®). Los resultados obtenidos brindan información científica clave, ya que avalan la eficacia del intercambio de Xeljanz® por la alternativa nacional Tolvar® en el tratamiento de los pacientes con indicación de Tofacitinib. Bioequivalencia declarada por ANMAT, disposición N°: DI-2024-3467-APN-ANMAT#MS.

Tabla: Evaluación de la bioequivalencia de los parámetros farmacocinéticos de Tolvar® con respecto a Xeljanz®.

	Relación T/R	IC 90 %	CV _{intra} (%)	CV _{inter} (%)
C _{máx}	103,4	94,7–112,9	19	18
AUC _{0-t}	100,3	95,5–105,3	10	18
AUC _{0-∞}	99,9	95,2–104,9	10	17

ARTRALGIAS SEROPOSITIVAS: UN ANÁLISIS COMPARATIVO DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA Y PREDICTIVO

Gisel REYES, Felicia ALMADA, Ronald PÉREZ, Nataly MEJIA-MAGGI, Juan ARGUELLO, Sebastián MAGRI, Rodrigo GARCÍA SALINAS

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, LA PLATA

Introducción: El paciente con dolor musculoesquelético y anticuerpos positivos es un desafío.

Objetivo: Estimar la frecuencia de artralgia seropositiva (ASP) en pacientes con artralgia; comparar las características de ASP y AR; evaluar el abordaje terapéutico; analizar los casos incidentes de AR durante el seguimiento (1 año) y factores predictivos.

Métodos: Estudio observacional en pacientes con artralgia evaluados con laboratorio, ultrasonografía (US), rayos X, datos sociodemográficos y clínicos. Se estableció el diagnóstico de ASP (artralgia FR y/o ACPA +) o AR. En un primer análisis (transversal) se estimó la frecuencia de ASP vs. AR y se realizó comparación. En el seguimiento de los pacientes con ASP (prospectivo) se evaluó el abordaje terapéutico, los casos incidentes de RA y otros diagnósticos. Se analizaron los factores predictivos entre los pacientes que desarrollaron RA en el seguimiento y los que no.

Resultados: Se evaluaron 1730 pacientes: mujeres: 77%, 52 años (DE 14). La frecuencia de ASP fue 12% (IC: 11-14) (estado serológico: FR: 94%, ACPA: 21%, ambos: 17%) y AR fue del 13% (IC: 11-15). Las características que se asociaron de forma independiente con ASP vs. RA fueron: rigidez matutina (OR: 0,3 IC 95%: 0,2-0,9), articulaciones dolorosas (OR: 0,3 IC 95%: 0,2-0,9), ACPA+ (OR: 0,7 IC 95%: 0,65-0,9), US-PD+ (OR: 0,03 IC 95%: 0,004-0,3). Al año de las ASP, el 21% desarrolló AR (IC:16-27), el 17% otra enfermedad (EAS:14, Sjögren: 9, PMR: 2, neoplasia:5) y el 62% continuó ASP. El tiempo desde la ASP hasta el diagnóstico de AR fue de 7,3 meses (DE 6). La frecuencia de tratamientos con FAME fue del 40% (MTX: 60%, HCQ: 34%). El tiempo para iniciar FAME fue de 2,2 (DE 1,9). En el análisis multivariado como variable predictiva para desarrollar AR únicamente se encontró ACPA+ (OR: 7,7 IC 95%: 1,2-60) (ver en poster las características diferenciales entre ASP que desarrollaron y no AR al año).

Conclusión: En nuestra cohorte de artralgias el 12% fue ASP con características diferenciales respecto de las AR. ASP, el 40% recibió tratamiento con FAME. El 21% desarrolló AR al año con características diferenciales respecto de los que no desarrollaron AR. Los ACPA fueron el único factor predictivo.

0196

NEUMONÍA INTERSTICIAL CON CARACTERÍSTICAS AUTOINMUNES (IPAF) Y NEUMONÍA INTERSTICIAL USUAL CON CARACTERÍSTICAS AUTOINMUNES (UIPAF): EVOLUCIONANDO HACIA UNA ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO

Arisai Graciela HUICI ROJAS¹, María Agustina ALFARO¹, Cristian Alejandro BENÍTEZ¹, Claudia PEÓN¹, Yhanderin YAMPA VEDIA¹, Carolina ISNARDI², Julieta Carolina GAMBA¹

¹HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS, ²CENTRO TRAUMATOLÓGICO BARILOCHE

Introducción: Existe controversia sobre si 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 factores asociados.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, registro longitudinal de pacientes ≥ 18 años con IPAF (criterios de clasificación ERS/ATS 2015) y UIPAF. La base de datos tuvo variables sociodemográficas, clínicas, serológicas, espirométricas, imagenológicas y terapéuticas. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de IPAF que no cumplían criterios de ETC. Los pacientes diagnosticados como UIPAF cumplieron con un solo dominio (clínico o serológico). 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: chi-cuadrado/ test exacto de Fischer; prueba T de Student/Mann Whitney. Incidencia de evento cada 100 pacientes/año. Kaplan-Meier. Regresión logística múltiple.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes, tiempo de seguimiento de 131 pacientes/año, 52,4% mujeres, edad mediana (m) de 66,5 años (RIC 61.3-72.3) y tiempo de evolución m 39,5 meses (RIC 3-185). Se registraron 13 eventos, con una tasa de incidencia (TI) de 9,9 casos cada 100/pacientes-año (IC 95% 9,4-10,5). Tiempo de evolución m desde el diagnóstico de IPAF/UIPAF hasta el diagnóstico de ETC fue 16 meses (RIC 9-32.5). El 66,7% presentó FAN positivo. El grupo IPAF con tiempo de seguimiento de 68,8 pacientes/año, con TI:10.2 cada 100 pacientes-año (IC 95% 9,4-10,6) y el grupo UIPAF, de 54,3 pacientes/año con TI:11 cada 100 pacientes-año (IC 95% 10,1-11,9). La sobrevida libre de evolución a ETC al año fue de 87,5% (IC 95% 77,7-98,4) y a 5 años de 42% (IC 95% 20,9-84,1). No se encontraron factores asociados en el análisis univariado. Durante el seguimiento, 6 pacientes requirieron oxígeno suplementario y 2 fallecieron por causa respiratoria.

Conclusión: Casi un tercio de los pacientes clasificados como IPAF o UIPAF evolucionó a una ETC definida. En esta cohorte no se encontraron factores asociados.

0197

MALNUTRICIÓN Y SARCOPENIA EN ESCLEROSIS SISTÉMICA: COHORTE DE PACIENTES DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUENOS AIRES

Tamara Graciela ARIAS, Verónica BARCOS, Rossio Gardenia ORTUÑO LOBO, María Cristina ROMERO, Gustavo MEDINA, María José LÓPEZ MEILLER
HOSPITAL CLÍNICAS

Objetivo: Evaluar la prevalencia de malnutrición y sarcopenia en pacientes con esclerosis sistémica (ES); describir cambios posteriores a la intervención nutricional.

Métodos: Estudio realizado en la Unidad de Esclerodermia de la División Reumatología entre enero de 2022 y junio de 2024. Criterios de inclusión: dos visitas separadas por un mínimo de 6 meses, criterios ACR/EULAR 2013. En la consulta se realizó: cuestionario MUST para evaluar el riesgo de malnutrición (puntuación global: 0, riesgo bajo; 1, intermedio; 2 o más, alto), cuestionario UCLA p, cálculo de IMC, medidas antropométricas (circunferencia pantorrilla y cintura), pruebas sugeridas por el Consenso Europeo de Sarcopenia (2019) para establecer sarcopenia probable en la práctica clínica (test de la silla: sarcopenia probable >15 segundos, ambos sexos), fuerza de agarre con dinamómetro (sarcopenia probable <27 kg en hombres y <16 kg en mujeres), valoración global subjetiva (VGS) del estado nutricional realizada por una Licenciada en Nutrición (A= bien nutrido, B= sospecha de desnutrición o desnutrición moderada, C= desnutrición severa), score de Rodnan modificado (mRss), definición de malnutrición (IMC <18.5 kg/m² y/o VGS B o C). Se derivó al Servicio de Nutrición a aquellos que tenían un IMC <18,5, un VGS B o C y/o un MUST ≥ 1 , y se les brindó un plan nutricional.

Resultados: Se incluyeron 55 de 165 pacientes en seguimiento. En la visita basal, 16 (29,6%) presentaron desnutrición moderada o severa por VGS. En la siguiente visita se redujo a 11 (20,4%) (p,0,132). Según MUST visita basal, 18 (33,3%) en riesgo de desnutrición moderada o severa y 12 (22,2%) en la visita siguiente (p 0,225). Derivados al Servicio de Nutrición 23 (41,8%), 17/23 (73,9%) refirieron haber cumplido las indicaciones. Criterios de sarcopenia por prueba de la silla: basal 12/50 (24%), siguiente visita 14/50 (28%), (p 0,527). Prueba de fuerza: basal 23/50 (46%) y 28/54 (51%) en visita siguiente (p 0.763). No hubo diferencias significativas entre las mediciones del UCLA, HAQ, mRSS, IMC, circunferencia de cintura y pantorrilla en la visita basal respecto de la visita siguiente.

Conclusión: Si bien observamos una disminución de la prevalencia de malnutrición y de riesgo de desnutrición luego de la intervención de un especialista en el área, la prevalencia de sarcopenia no mejoró.

0200

IMPACTO DE LOS TÍTULOS DE ANTICUERPOS Y SU DISMINUCIÓN EN LA RESPUESTA TERAPÉUTICA AL AÑO. RESULTADOS DE UN COHORTE PROSPECTIVA DE ATRITIS REUMATOIDE

Ronald PÉREZ, Gisele REYES, Nataly MEJIA MAGGI, Felicia ALMADA, Juan ARGUELLO, Sebastián MAGRI, Rodrigo GARCÍA SALINAS

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

Introducción: El factor reumatoide (FR) y los anticuerpos antipéptidos citrulinados (ACPA) juegan un papel en la fisiopatología de la AR; la reducción de los títulos podría asociarse a un beneficio clínico: remisión inmunológica.

Objetivo: Estimar la disminución de los títulos de FR y/o ACPA después de un año de tratamiento. Analizar variables basales que predicen su disminución y su asociación con una mejora de la clinimetría al año.

Métodos: Estudio observacional prospectivo que incluyó pacientes con AR con fármacos biológicos. En la primera visita se realizaron: laboratorio (RF y ACPA), radiografía, ecografía y entrevista donde se recogieron datos sociodemográficos y clínicos. Los niveles de ACPA se midieron en títulos y se dividieron en cuartiles (1:0-5, 2:5-50, 3:50-200, 4:>200). Al año se realizó un nuevo control de laboratorio (FR y ACPA), clínico y de respuesta al tratamiento.

Resultados: De los 183 pacientes con AR que iniciaron tratamiento biológico, 83 fueron sometidos a una nueva revisión al año. El 51% disminuyó los ACPA, 50% el FR y 38% ambos. La mediana de disminución de los títulos fue: 38,7 (1-190) para ACPA y 12,5 (3,6-77) para FR. Se crearon tres modelos de regresión logística, se incluyeron variables predictoras. Para disminución de ACPA se asoció con diagnóstico >12 meses p 0,007 OR: 9, para FR, tabaquismo 0,04 OR: 3, y para ambos diagnóstico menor a 12 meses p 0,002 OR: 10,7 y uso de iTNF p 0,022 OR: 5. La disminución de anticuerpos se asoció con los siguientes parámetros de respuesta clínica al año: ACPA (disminución sí /no): SDAI 7 (3-17) vs. 11 (5,5-24) p 0,043, para FR (disminución sí/no): SDAI 6,1 (2,8-18) vs. 10,8(6,5- 25) p 0,029, CDAI 5.5 (2-17.5) vs. 11 (5.7-24) p 0,036, y para ambos (disminución sí /no): SDAI 6 (2-17) vs. 10.8 (6-25) p 0,038, CDAI 6 (2-17) vs. 10,5 (6-25) p 0,032 (ver en poster las características basales y variables asociadas a la disminución de anticuerpos).

Conclusión: Una proporción significativa de pacientes experimentó una disminución en los niveles de ACPA y RF después de un año de tratamiento. Se identificaron factores basales asociados con esta disminución. Además, se observó que las reducciones en los anticuerpos se correlacionan con mejoras clínicas.

0201

FRECUENCIA DE INFECCIONES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS AUTOINMUNES

Ana Laura TOLEDO, Jorge Luis GONZÁLEZ, Cristian LARA, Isaac CADILE, Laura ONETTI, Eduardo MUSSANO

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

Introducción: El tratamiento en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias autoinmunes (ERICAs) se basa en fármacos utilizados para evitar la progresión de la enfermedad, llamados fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs), que afectan la inmunidad celular y humoral, y que tienen entre los efectos no deseados a las infecciones. El seguimiento de estos eventos infecciosos (EI) en nuestros pacientes se vio modificado en los últimos años por la pandemia por SARS-CoV-2.

Objetivo: Determinar la frecuencia de EI en pacientes con ERICAs que concurren al Hospital Nacional de Clínicas de la Ciudad de Córdoba desde marzo de 2020 a marzo de 2023.

Métodos: Se realizó un estudio observacional en los pacientes que concurren al Consultorio Externo de Reumatología del HNC de Córdoba, señalando si tenían o no infección diagnosticada por un médico, y si necesitaron internación. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de alguna ERICAs según criterio ACR-EULAR.

Resultados: Se recolectaron datos de 414 pacientes cuya edad variaba de los 18 a los 96 años. 62 pacientes no usaban FAMEs y 352 sí. La frecuencia de EI fue de 155, siendo 83 por COVID-19 y 72 por otra causa. Los EI se dieron en 118 pacientes. De ellos 2 personas se infectaron 4 veces, 6, 3 veces, 19, 2 veces y 91, 1 sola vez. 6 requirieron internación: 2 por NAC por COVID-19, 1 por NAC por TBC, 2 por ITB y 1 por infección de sitio quirúrgico. De los EI por COVID-19, 10 tuvieron NAC y 73 infección leve. En el total de EI, el FAME más usado como monoterapia fue el metotrexato, como biterapia, la hidroxiquina+azatioprina, y 8 pacientes estaban sin tratamiento. Al relacionar FAMEs/infección, solo la leflunomida tuvo significancia estadística y se usó en 32 pacientes. Tres pacientes fallecieron.

Conclusión: La frecuencia de EI en pacientes con ERICAs fue igual a la informada en la bibliografía. Esta población se vio afectada por la pandemia de COVID-19, mostrando mayor número de EI en 2021. La necesidad de internación no varió por el tipo de infección, sino por la actividad de la enfermedad.

0202

PREVALENCIA DE ANTICUERPOS PARA ENFERMEDAD CELÍACA EN PACIENTES ASINTOMÁTICOS CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

Daniela Alejandra PONCE, María Florencia GORDILLO, Melisa LUNA, Silvina NASI, Agustín GARCÍA CICCARELLI

HOSPITAL EL CARMEN

Introducción: En múltiples estudios se observó mayor prevalencia de enfermedad celíaca (EC) y seropositividad de anticuerpos (Ac) para dicha enfermedad en pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSp). La prevalencia de EC en la población general se ha estimado en 0,7% y la seroprevalencia para uno o más Ac contra la EC en 1,4%. La EC no tratada puede desencadenar enfermedades graves como síndromes linfoproliferativos y osteoporosis, entre otras.

Objetivo: Establecer la prevalencia de Ac para EC en pacientes asintomáticos con diagnóstico de SSp.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal. Se incluyeron pacientes >18 años con diagnóstico de SSp (criterios de clasificación ACR/EULAR 2016). Se consignaron variables sociodemográficas, datos de laboratorio, test oculares, sialometría basal no estimulada y/o biopsia de glándula salival menor (informada por Focus Score). Se evaluaron niveles de IgA total, IgA anti-transglutaminasa, IgG-DPGI. Análisis de datos: Jamovi 2.3.28. Se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión. Se comparó la prevalencia de Ac de EC con la de la población general (prueba Z), criterio de significación error alfa <5%.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes, el 97,5% eran mujeres con una mediana de edad de 52,5 años (RIC 18,5), 75% tenía anti-Ro positivo y 67,5% biopsia compatible con SSp. Al inicio del estudio, menos de la mitad de los pacientes tenía Ac para EC solicitados por su médico tratante. Ninguno de ellos tenía diagnóstico de EC. Se pudo analizar la seroprevalencia de Ac de EC en 27 pacientes (67,5%), de los cuales 3 pacientes arrojaron resultado positivo (11,11%) para al menos uno de los Ac solicitados. Cuando se comparó la prevalencia de seropositividad en nuestros pacientes con la de la población general, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p < 0,001$).

Conclusión: La seropositividad para Ac contra EC en nuestra población fue de 11,11%, significativamente mayor que la reportada en la población general ($p < 0,01$). La Sociedad Argentina de Reumatología sugiere solicitar Ac específicos y dosaje de IgA total para evaluar la presencia de EC subclínica asociada. Sin embargo, menos de la mitad de nuestros pacientes presentaba dosaje de Ac solicitados por su médico tratante.

0203

UTILIDAD DE LA BIOPSIA DE GLÁNDULAS SALIVALES MENORES ANTE LA SOSPECHA DE SÍNDROME DE SJÖGREN

Jorge Luis GONZÁLEZ, Cristina LARA, María Laura GOÑI, Isaac CADILE, Laura ONETTI, Eduardo MUSSANO

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) es un trastorno autoinmune sistémico crónico caracterizado por la inflamación de las glándulas lagrimales y salivares, con la consiguiente sequedad de ojos y boca. La biopsia de glándulas salivales menores sigue siendo una prueba diagnóstica importante en pacientes que carecen de evidencia de autoinmunidad sistémica (como los anticuerpos relevantes) o enfermedades autoinmunes concomitantes.

Objetivo: Evaluar el valor diagnóstico de la biopsia de glándula salival menor en pacientes que tienen anticuerpos anti-SSA negativos, pero con alta sospecha de SS debido a los síntomas.

Métodos: Revisión retrospectiva de las historias clínicas de pacientes adultos con sospecha clínica de SS y anticuerpos anti-SSA negativos, que se sometieron a una biopsia de glándula salival menor en nuestro servicio entre enero de 2021 y marzo de 2024. Se extrajeron características clínicas y demográficas, incluyendo edad, sexo, presencia de síntomas secos (xeroftalmia y xerostomía) y síntomas sistémicos, anticuerpo antinuclear (ANA), factor reumatoide, anticuerpo anti-RO/SSB. Las muestras obtenidas se evaluaron utilizando la clasificación de puntuación de foco de Chisholm y Mason. Un resultado positivo de una biopsia de glándula salival menor se definió como una puntuación de foco \geq según la evaluación del patólogo.

Resultados: Se incluyeron 19 pacientes, de los cuales el 100% fue del sexo femenino. La edad media fue de $54,5 \pm 13,8$ años (rango 26-72). En cuanto a los síntomas, 18 refirieron xerostomía (94,7%), 16 xeroftalmia (84,2%) y solo 1 síntomas sistémicos (5,2%). La evidencia de autoinmunidad por pruebas de laboratorio realizadas fue positiva para ANA en 8 pacientes (42,1%), factor reumatoide en 1 (5,2%) y anticuerpo anti-LA/SSB en 2 (10,5%). Hubo 11 (57,8%) biopsias de glándula salival menor que cumplieron con criterios específicos para SS.

Conclusión: La biopsia de glándulas salivales menores es una herramienta útil para el diagnóstico de SS en casos muy sugestivos por los síntomas clínicos y ante la ausencia de una serología autoinmune específica.

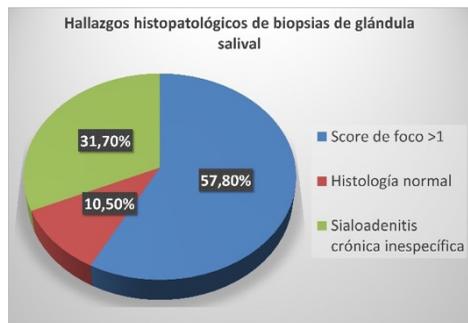


Gráfico: Hallazgos histopatológicos de biopsias de glándula salival.

0209

HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO. SUBANÁLISIS DEL REGISTRO ARGEN-HP

María Josefina MOLINA¹, Nicolás SILVA CROOME², Pablo COSTAS MARTIGNAGO³, Alejandro BRIGANTE⁴, Sandra MONTOYA⁵, Verónica SAURIT⁶, Luis LEMA⁷, Martín BOSIO⁸, Graciela SVETLIZA⁹, Guillermina SORASIO², Julieta SORICETTI¹², Jorge CANEVA¹⁰, Paula KAPLAN¹¹, Nicolás CARUSO¹², Guillermo BORTMAN¹³, Nicolás DAMELIO¹¹, Marcela NAVEDA¹⁴, Luis MUÑOZ¹⁵, Mariana CÓRDOBA¹², Juan ALLENDE¹⁶, Carlos BARRERA¹⁷, María ALTAMIRANO¹⁸, José SANTUCI¹⁹, Liliana FAVALORO²⁰, Enrique BARIMBOIM²¹, Adrián José LESCANO³

¹CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, ²CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES, SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, ³SANATORIO DE LA TRINIDAD QUILMES Y CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES, SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, ⁴SANATORIO GÜEMES, ⁵HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS RAMOS MEJÍA, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, ⁶EMMETRIA, INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGÍA, ⁷HOSPITAL BRITÁNICO, SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA, ⁸HOSPITAL ITALIANO, SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA, ⁹FUNDACION FAVALORO, SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA, ¹⁰HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS, RAMOS MEJÍA, ¹¹SANATORIO TRINIDAD MITRE, ¹²SANATORIO TRINIDAD MITRE Y TRINIDAD PALERMO, ¹³HOSPITAL DR. MARCIAL V. QUIROGA, ¹⁴HOSPITAL SAN BERNARDO, ¹⁵HOSPITAL RAWSON, ¹⁶HOSPITAL MILITAR CENTRAL, ¹⁷HOSPITAL DE CÓRDOBA, ¹⁸HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL, ¹⁹FUNDACION FAVALORO, ²⁰HOSPITAL CENTRAL MENDOZA, ²²HOSPITAL ALEMÁN, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Introducción: Los pacientes con enfermedades del tejido conectivo (ETC) representan uno de los subgrupos de mayor prevalencia y peor pronóstico dentro del grupo 1: hipertensión arterial pulmonar (HAP). El Registro ARGEN-HP es un registro multisocietario de hipertensión pulmonar (HP) en Argentina.

Objetivo: Describir la frecuencia de HAP y las diferentes características en pacientes con HAP-ETC.

Métodos: Estudio multicéntrico, de corte transversal. Se incluyeron 567 pacientes del Registro ARGEN-HP. Se evaluaron datos demográficos, demora al diagnóstico de la HP, demora al inicio de tratamientos vasodilatadores específicos (TtoVd). Se determinó frecuencia de HAP en pacientes con ETC, variables clínicas, ecocardiográficas, hemodinámicas, estratificación del riesgo de mortalidad al año y esquemas de mono, doble o triple terapia. Las variables cualitativas se expresaron en porcentaje (%), las cuantitativas en media o mediana con desvío estándar (DS) o rango intercuartílico (RI) según su distribución.

Resultados: Del total de 567 pacientes en el Registro ARGEN-HP, el 67,9% fue del sexo femenino con una edad media de $55,6 \pm 18,0$ años y demora al diagnóstico de HP de $10,7 \pm 11,1$ meses. HAP presentaron 376/567 (66,3%) pacientes: 164 (43,6%) tuvieron HAP idiopática, 115 (30,6%) asociada a ETC y 97 (25,8%) otras causas. El Gráfico muestra la distribución de las diferentes ETC en HAP. La mayoría de los pacientes con ETC al diagnóstico

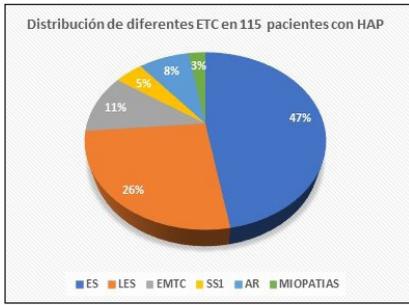


Gráfico: Distribución de diferentes ETC en 115 pacientes con HAP.

de HAP presentó disnea clase funcional II-III y riesgo de mortalidad al año bajo o moderado. La demora para el inicio del TtoVd en la población con HP fue de $4,0 \pm 11,5$ meses y en HAP-ETC fue de $2,6 \pm 6,9$ meses. En HAP-ETC, los TtoVd más indicados fueron inhibidores de fosfodiesterasa 5 en 43 pacientes, antagonistas del receptor de endotelina-1 en 39 y prostanoides en 5: 2 con esclerosis sistémica (ES) y 1 con enfermedad mixta del tejido conectivo treprostinil SC y 2 pacientes con LES epoprostenol IV. La mayoría de los pacientes con HAP-ETC recibió esquema de doble terapia vasodilatadora.

Conclusión: El Registro ARGEN-HP mostró una alta frecuencia de HAP asociada a ETC, siendo la ES la más frecuente. Destacamos la importancia de los registros multisocietarios para conocer la realidad de nuestras enfermedades.

0210

EXPERIENCIA EN ESCENARIOS DE LA VIDA REAL EN EL USO DE INHIBIDORES DE IL23 EN ARTRITIS PSORIÁSICA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO. PRIMER INFORME

Rodrigo GARCÍA SALINAS¹, Cristina BENÍTEZ², Analía DELLEPIANE³, Adrián ESTÉVEZ⁴, Maximiliano FENUCCI⁵, María Gimena GÓMEZ⁶, Fernando SOMMERFLECK⁷

¹HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, ²HOSPITAL POSADAS, ³CEMEC, ⁴HOSPITAL EL CRUCE, ⁵HOSPITAL CÉSAR MILSTEIN, ⁶SANATORIO GÜEMES, ⁷SANATORIO MÉNDEZ

Introducción: Los inhibidores de la interleucina 23 (iIL23) son los últimos fármacos introducidos en el mercado para el tratamiento de la artritis psoriásica (APs) (guselkumab y risankizumab). Se destacan por su eficacia en múltiples dominios y su excelente perfil de seguridad. Actualmente, son escasos los datos de vida real en nuestro medio.

Objetivo: Describir las características demográficas, clínicas y terapéuticas de pacientes que iniciaron terapia con un iIL23, evaluar qué dominios predominan en la elección y las razones médicas de esta opción, por último, evaluar la respuesta terapéutica a los 6 meses.

Métodos: Estudio multicéntrico (7 centros de Argentina) observacional, retrospectivo, donde se incluyeron pacientes con diagnóstico APs según su médico tratante y que iniciaron tratamiento con un iIL23 con un seguimiento de 6 meses. Se recabaron datos demográficos, de la enfermedad y respuesta terapéutica a los 6 meses, se recolectaron las razones por las cuales los médicos decidían realizar esta terapia.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, 48% del sexo femenino, media de edad 56 años (DS 11), todos tenían cobertura (45% prepaga). A los 6 meses de tratamiento el 70% de los pacientes se encontraba en mínima actividad de la enfermedad (MDA), respecto de la basal, la media de articulaciones dolorosas e inflamadas se redujeron a 1,5 (DS 1.8) e 0,45 (DS 0.8) respectivamente, la media de BASDAI (n 7) se redujo a 2,8 (DS 1) y el BSA se redujo a 0,5 (DS1.2) (ver en poster las características demográficas, los dominios afectados, la falla terapéutica previa y la actividad de la enfermedad de los pacientes al inicio del iIL23; también se muestran las razones médicas de elección de iIL23).

Conclusión: Los pacientes con APs que inician iIL23 tienen afectación predominantemente periférica y de piel, en fallas de más de 2 líneas terapéuticas, con alta actividad de la enfermedad. La elección de este mecanismo de acción por los médicos se debe a su respuesta en la piel, las articulaciones y a la seguridad. A los 6 meses los pacientes respondieron satisfactoriamente a los iIL23.

0212

DIFERENCIAS EN CUANTO AL GÉNERO EN ENFERMEDAD RELACIONADA CON IgG4

Ariana KABALESKI GHIGLIONE¹, Luisina Victoria ZUNINO¹, Romina Andrea CALVO¹, Jesica GALLO², Alberto ORTIZ¹, Sergio PAIRA¹

¹HOSPITAL DR. JOSÉ MARÍA CULLEN, ²HOSPITAL CENTRAL RECONQUISTA

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 (ER IgG4) afecta principalmente a hombres de mediana edad y ancianos. Wang et al. informaron que las mujeres presentan una edad más temprana al inicio de la enfermedad con una duración mayor de la misma, mayor afectación de órganos superficiales, antecedentes de alergias y enfermedad de Mikulicz. Los hombres demostraron mayor afectación de órganos profundos y valores elevados de eosinófilos, PCR y concentraciones séricas de IgG4, con un peor pronóstico, por lo cual, mayor uso de glucocorticoides solos o combinados.

Objetivo: Analizar y comparar las características clínicas, de laboratorio y compromiso de órganos superficiales y profundos entre ambos géneros, en pacientes con ER-IgG4.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo sobre una cohorte de 66 pacientes con diagnóstico de ER-IgG4, según el cumplimiento de los criterios diagnósticos integrales de Umehara 2011 y 2020, así como también de los criterios de clasificación ACR/EULAR 2019, desde 2014 a 2024. Se analizaron y compararon datos demográficos, antecedentes de asma, manifestaciones clínicas, laboratorios y tratamientos según el sexo de los pacientes.

Resultados: Del total de 66 pacientes, 41 mujeres y 25 hombres, se observó una edad de inicio más temprana en mujeres y un tiempo de seguimiento mayor en hombres. Los síntomas constitucionales predominaron en mujeres (39% p=0,02), al igual que la parotidomegalia (29,3% p=0,01) y el compromiso oftálmico (41,5% p=0,028). Con respecto a los hombres, se observó una tendencia estadística con respecto a la pérdida de peso (52%), compromiso hepato-bilio-pancreático (52%) y anemia (35,7%).

Conclusión: En nuestro trabajo demostramos características similares a Wang et al., como la edad de inicio más temprano en mujeres, tiempo de seguimiento mayor en hombres, compromiso de órganos superficiales mayor en mujeres con significancia estadística en parotidomegalia, síntomas constitucionales y compromiso ocular. En los hombres, se observó mayor afectación de órganos profundos como compromiso hepato-bilio-pancreático, mayor pérdida de peso y anemia. Por otro lado, el antecedente de alergia fue más común en hombres, a diferencia de lo descripto.

0214

FRECUENCIA DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS ANTINUCLEARES EN PERSONAS SIN PADECIMIENTO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES. RESULTADOS PRELIMINARES

Leila MUÑOZ, Ana BERTOLI, Marcelo SÁNCHEZ FREYTES, María José LÓPEZ PÉREZ, José SIRONI, Florencia CABRERA

CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA

Introducción: Los anticuerpos antinucleares (ANAs) son autoanticuerpos dirigidos a componentes celulares nucleares o citoplasmáticos. Su identificación tiene relevancia diagnóstica en ciertas enfermedades autoinmunes, siendo la más reconocida el lupus eritematoso sistémico. Sin embargo, pueden encontrarse en otras enfermedades autoinmunes, patologías infecciosas y oncológicas. Incluso, los ANAs pueden ser positivos en la población sin enfermedad autoinmune sistémica, lo que implica considerar los resultados de estos anticuerpos en el contexto clínico de cada individuo para determinar su asociación a un diagnóstico. Si bien existen publicaciones sobre la frecuencia de ANAs en pacientes sin enfermedad autoinmune en la región de Sudamérica, no disponemos al momento de datos publicados en nuestro país.

Objetivo: Estimar la frecuencia de ANA en individuos sin padecimiento de enfermedad autoinmune sistémica, el título y los patrones más comúnmente encontrados.

Métodos: Estudio observacional, de corte transversal, descriptivo. Se investigó positividad de ANAs en individuos sin patología sistémica autoinmune utilizando inmunofluorescencia (IF) indirecta en células Hep-2. Se determinaron los títulos y patrones de IF. Se consideró positivo un valor de titulación de ANA de 1/80. Las variables analizadas fueron demográficas y bioquímicas. Se estimaron frecuencias absolutas y relativas de ANA de acuerdo a su distribución por titulación, patrón de IF, edad y sexo.

Resultados: El estudio incluyó 139 individuos con una edad media de 36 años. De los 139, N=7(5%) presentaron un ANA positivo. La frecuencia de positivos por titulación fue: 1/80=2 (29%), 1/160=4 (57%), 1/640=1 (14%). Los patrones encontrados fueron: AC 1=2 (29%), AC 3=1 (14%), AC 4=1 (14%), AC 7=1 (14%), AC 8=2 (29%). La distribución de ANA positivo por sexo fue mujeres=7 (100%). La frecuencia de distribución por grupo etario fue: 18-30 años=3 (43%), 31-40 años=2 (29%), 41-50 años=1 (14%), 51-60 años=1 (14%).

Conclusión: En este estudio, la frecuencia de ANAs positivos fue más baja que la reportada en Sudamérica. La titulación más frecuente fue de 1/160 y el patrón más frecuente fue AC 1 y AC 8. Los ANA fueron positivos solamente en mujeres y más frecuentemente en menores de 30 años.

0215

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: FRECUENCIA DE MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES. SERIE DE CASOS

Marianela NICOLA, Lucía CICHILLITTI, María Agustina GATICA, Carolina GALLO, Lucas LONDERO, Ivana SANTOLAYA, Nahuel BLANDO, Guillermina MOINE, Keila KLAUS MAC KELLAR, Mariano PALATNIK, María Noel CORTESE, María Florencia MARTÍNEZ, Joaquín MONTERO, Victoria TREVIZAN, Juana PASCUAL, María Jimena ORTIZ, Orlando RUFFINENGO, Mercedes CORTESE, Juan RUFFINO, Ariana RINGER, Marcelo ABDALA

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un trastorno multisistémico crónico mediado por el sistema inmunológico compuesto por la colitis ulcerosa (CU) que afecta el intestino grueso, y la enfermedad de Crohn (EC) que puede afectar cualquier parte del tracto gastrointestinal (TGI). Dentro de las manifestaciones extraintestinales (MEI) de esta enfermedad se hallan la afectación articular (axial y periférica), de los sitios de entesis, la dactilitis y el compromiso ocular inflamatorio, entre otras.

Objetivos: Evaluar la frecuencia de MEI en un grupo de pacientes con EII.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas y anamnesis dirigida a pacientes con EII en seguimiento por el Servicio de Gastroenterología y evaluados por el Servicio de Reumatología de un hospital de tercer nivel.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes, 25 del sexo femenino (60%) y 17 del sexo masculino (40%). La mediana de edad fue de 36 años (rango 16 a 72 años); la mediana de edad al diagnóstico fue de 31 años (rango 2 a 57 años). De este conjunto, 38 pacientes presentaron CU y de ellos 2 además tenían psoriasis y 3 otra enfermedad autoinmune asociada. Cuatro pacientes (9,5%) presentaron diagnóstico de EC. Respecto de la asociación de MEI, el 69% de los pacientes presentó artritis siendo más frecuente la presentación oligoarticular asimétrica con el 52,4% afectando principalmente las articulaciones de manos (18 pacientes), seguido de rodillas (9) y hombros (2). El 16,7% presentó artritis poliarticular simétrica. Un 45,2% presentó lumbalgia con características inflamatorias, 43% entesitis clínica (todos en tendón de aquiles), un paciente presentó dactilitis y 23,8% compromiso ocular inflamatorio. Dentro de las terapéuticas, 66,7% utilizó glucocorticoides, 85,7% mesalazina, 33% DMARs, 42,9% anti-TNF y 3 pacientes anti-IL 12/23.

Conclusión: Se destaca la alta frecuencia de MEI en contexto de EII obteniéndose porcentajes mayores de afectación articular tanto axial como periférica y similares en cuanto a entesitis clínica, dactilitis y compromiso ocular inflamatorio en comparación con la literatura. Además, es relevante resaltar la importancia de la evaluación periódica de estos pacientes de forma multidisciplinaria con el objetivo de abordar de forma temprana estas manifestaciones, reducir la morbilidad y mejorar la calidad de vida.

	Total	%
Número de pacientes	42	100%
Sexo Femenino	25	60%
Sexo Masculino	17	40%
Colitis Ulcerosa	38	90,5%
Enfermedad de Crohn	4	9,5%
Enfermedad autoinmune asociada	5	11,9%
Artritis	29	69%
Oligoartritis / Asimétrica	22	52,4%
Poliartritis / Simétrica	7	16,7%
Lumbalgia inflamatoria	19	45,2%
Entesitis Clínica (Aquiles)	18	43%
Dactilitis	1	2%
Ocular inflamatorio	10	23,8%
Glucocorticoides	28	66,7%
Mesalazina	36	85,7%
DMARs (Azatioprina / Metotrexato)	14	33%
anti-TNF (Adalimumab / Infliximab)	18	42,9%
anti IL 12 / 23 (Guselkumab / Ustekinumab)	3	7%

Tabla: Manifestaciones extraintestinales en EII.

0217

NEFRITIS LÚPICA: CARACTERÍSTICAS Y COMPORTAMIENTO EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE LA CIUDAD DE ROSARIO

Guillermina MOINE, Ariana RINGER, Ivana SANTOLAYA, Keila KLAUS MAC KELLAR, Nahuel BLANDO, Lucas LONDERO, Marianela NICOLA, Carolina GALLO, Lucía CICHILLITTI, Agustina GATICA, Franco LUCCI, Brian Marcelo ABDALA, Dianela CARBONE, Cecilia ARGENTO, Mariano PALATNIK, Noel CORTESE, María BOGLIOLI, Silvina LEMA, Rubén CAVODURO, Juan Pablo RUFFINO, Marcelo ABDALA

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

Introducción: La nefritis lúpica (NL) afecta hasta un 50% de los pacientes lúpicos, pudiendo manifestar solo alteraciones en el sedimento urinario. Hasta un 20% puede desarrollar enfermedad renal crónica (ERC) dentro de los 10 años del diagnóstico.

Objetivo: Describir las características clínicas e histológicas y el tratamiento de pacientes con NL, la evolución, así como la frecuencia de rebiopsia, los motivos y los hallazgos anatomopatológicos.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo mediante revisión de historias clínicas y bases de datos de los servicios de Reumatología, Nefrología y Trasplante en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Rosario.

Resultados: Se analizaron 55 pacientes, 80% mujeres y 20% hombres. La media de edad al momento del diagnóstico de NL fue de 29,3±10,5 años. Las formas más frecuentes de presentación fueron: síndrome nefrótico (32,7%), alteración urinaria asintomática (AUA) un 25,5%, síndrome nefrótico asociado a nefrítico (16,4%) y nefrítico aislado (10,9%). La forma histológica más frecuente fue NL clase IV (52,7%), seguida de clase IV/V (9,1%), clase III (7,3%) y clase V (7,3%), entre otras. El 43,6% recibió como inducción ciclofosfamida con esquema NIH, 9,1% esquema eurolupus y 18,3% micofenolato mofetilo (MMF), asociado a corticoides. El esquema de mantenimiento que más se utilizó fue el MMF (60%) seguido de azatioprina (3,6%) y tracolimus (1,8%). El 22,2% entró en remisión completa y un 3,7% en remisión parcial. La frecuencia de recaída (según definición de KDIGO 2021/2024) fue 35,2%; un 38,9% evolucionó a ERC. A un total de 13 pacientes se le realizó una nueva biopsia por diferentes motivos, siendo el más frecuente la AUA (46,7%), siguiendo en frecuencia síndrome nefrótico (26,7%), nefrítico-nefrótico (6,7%) y un 6,7% para definir continuidad o suspensión del tratamiento. De los resultados obtenidos, la mayoría (46,7%) evidenció una NL clase IV. Solo 3 pacientes presentaron cambio histológico de los cuales uno pasó de una clase proliferativa (III) a no proliferativa (II).

Conclusión: De la población estudiada, el síndrome nefrótico fue la forma más común de NL, con clase III y IV más frecuentes, tal como se observa en otras series de la literatura. La AUA fue la indicación principal para rebiopsias. La progresión a ERC fue frecuente.

0221

PREVALENCIA DEL ANTICUERPO ACPA EN LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS (MII)

Delys TORRES¹, Verónica VARGAS¹, Mercedes CROCE¹, Carolina CARRIZO², Analía Verónica LONGO¹, Carolina SÁNCHEZ ANDÍA¹, Analía ÁLVAREZ

¹HOSPITAL PENA, ²CEMIC

Introducción: Las MII son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por presentar debilidad muscular y compromiso de otros órganos como piel, pulmón y articulaciones. El anticuerpo antipeptido citrilinado (ACPA) es un anticuerpo característico de artritis reumatoide, asociado a alta actividad de la enfermedad, daño radiológico y manifestaciones extraarticulares.

Objetivo: Evaluar la prevalencia del anticuerpo ACPA en pacientes con MII en nuestra cohorte. Establecer la asociación con determinadas características de la enfermedad como compromiso articular y daño radiológico, así como la superposición con artritis reumatoide.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, se revisaron historias clínicas de 86 pacientes con diagnóstico de MII (criterios ACR/EULAR 2017). Se clasificaron por subgrupos de MII. Dermatomiositis (DM), síndrome antisintetasa (SAS), polimiositis (PM), miopatía por cuerpos de inclusión (MCI), miopatía necrotizante (MN). Se evaluaron resultados de laboratorio: panel miopático (*Neuroimmun* de 16 antígenos), factor reumatoideo (ELISA) Y ACPA (ELISA). Se consideró positivo el valor superior al límite de corte normal según método utilizado. Se definió compromiso articular como dolor y/o tumefacción articular en dos o más articulaciones. Se evaluó simetría. Se definió daño articular estructural por presencia de erosión y/o pinzamiento articular en radiografías de manos y pies. Se evaluaron si cumplían criterios para artritis reumatoide (ACR/EULAR 2010). En caso de compromiso articular, se evaluó la presencia de daño por radiografía (índice de van der Heijden). Se evaluó tabaquismo activo/pasado.

Resultados: Ver en poster las características de los pacientes.

Conclusión: Encontramos asociación del anticuerpo ACPA en nuestra cohorte de pacientes con una prevalencia del 10,7%. El subgrupo más afectado fue el antisintetasa. Se observó una prevalencia del 67,9%, que equivalió a 19 pacientes con compromiso articular. El 10,7% cumplió criterios para artritis reumatoide.

0223

ENFERMEDAD DE ERDHEIM-CHESTER: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS DE 30 CASOS

Jesica GALLO¹, Graciela GÓMEZ², Romina CALVO³, Luisina ZUNINO³, Alberto ORTIZ³, Sergio PAIRA³

¹HOSPITAL CENTRAL RECONQUISTA, ²INSTITUTO LANARI, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, ³HOSPITAL DR. JOSÉ MARÍA CULLEN

Introducción: La enfermedad de Erdheim-Chester (EEC) es una histiocitosis de células no Langerhans de presentación proteiforme y escaso conocimiento. El signo más frecuente es el dolor óseo en huesos largos (80-95%), el riñón peludo (*hairy kidney* 63%) y el compromiso aórtico (*coated aorta* 40%). Se caracteriza por la infiltración de los tejidos por histiocitos espumosos y la presencia de CD68 positivo y Cd1a negativo.

Objetivo: Comunicar una serie de 30 casos con diagnóstico de EEC. Describir las características clínicas, radiológicas, histología, tratamiento y evolución de la enfermedad.

Métodos: Estudio descriptivo de una serie de 30 casos con EEC. Se evaluaron variables como: datos demográficos, compromiso clínico, laboratorio e imágenes histológicas, inmunohistoquímica y tratamiento.

Resultados: Se analizó una muestra de 30 pacientes. Un 63% fue del sexo femenino, media de edad de 43±2 años de inicio de los síntomas. Solo el 20,7% presentó síntomas como fiebre o pérdida de peso. El dolor óseo fue reportado en el 50% de los pacientes al igual que la literatura, con predominio de miembros inferiores (43,3%). Los compromisos más frecuentes fueron en un 27,6% el óseo y mamario, adenopatías 24,1% y de piel 17,2%, y en menor frecuencia en órganos como cardíaco, aórtico, respiratorio, renal y neurológico. Las radiografías fueron patológicas en el 62,1% de los casos. Histológicamente presentaron histiocitos espumosos (79,3%), células gigantes multinucleadas de Touton (69,0%), infiltrado linfoplasmocitario (24,1%) y fibrosis (48,3%). La presencia de CD68 se reportó en el 96,6%, S100 72,4%, CD1a 13,8%. La mayoría recibió esteroides asociado a otra droga inmunosupresora. La mortalidad fue del 6,9%.

Conclusión: La enfermedad de Erdheim-Chester se caracteriza por sus diferentes formas de manifestación. Puede confundirse con las histiocitosis de células de Langerhans ya que en ocasiones comparte los mismos hallazgos clínicos y radiológicos. Los estudios de imágenes son clave: radiografías, centellograma óseo, resonancia magnética, PET, estudios histológicos e inmunomarcación, por lo que es importante considerar esta enfermedad cuando existe compromiso multiorgánico.

ENFERMEDADES AUTOINMUNES ASOCIADAS A VACUNAS CONTRA LA COVID-19

Federico CECCATO¹, Pablo ASTESANA², Carlos GONZÁLEZ GÓMEZ³, Cecilia PISONI³, Analía ÁLVAREZ⁴, Micaela COSATTI³

¹SANATORIO ESPERANZA S.A., ²SANATORIO ALLENDE, ³CEMIC, ⁴HOSPITAL PENNA

Introducción: Se ha demostrado que la vacunación global previene casos graves de COVID-19. Se han informado eventos/enfermedades autoinmunes asociados de manera temporal a las diferentes vacunas aprobadas contra la COVID-19.

Objetivo: Comunicar una serie de pacientes que desarrollaron una nueva enfermedad autoinmune/inflamatoria después de la vacunación contra la COVID-19.

Métodos: Estudio retrospectivo donde se recopilaron las características demográficas, clínicas y tratamiento de pacientes provenientes de 4 centros en Argentina, que desarrollaron enfermedades autoinmunes de nueva aparición posteriores a la vacunación contra la COVID-19. Los eventos se documentaron entre diciembre de 2020 y octubre de 2023.

Resultados: Se analizaron 23 pacientes, 16 (70%) mujeres. Las enfermedades que se observaron con mayor frecuencia fueron: polimialgia reumática 7/23 (30%), miopatías inflamatorias 4/23 (17%), vasculitis leucocitoclástica 3/23 (13%) y trombosis venosa profunda 2/23 (9%). Las vacunas ChAdOx1 nCoV-19 (38%) y Pfizer-BioNTech (33%) fueron las más utilizadas. La mayoría de los casos se presentó después de la segunda o tercera dosis de la vacuna (83%). La mediana de tiempo desde la vacunación hasta la aparición de los síntomas fue de 15 días (RIC 5; 30). La mayoría de los pacientes respondió bien al tratamiento.

Conclusión: Nuestros datos sugieren un posible vínculo esporádico entre las vacunas contra la COVID-19 y nuevos casos de enfermedades autoinmunes, pero aún no se ha establecido una relación definitiva de causa y efecto.

FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD DURANTE LA INTERNACIÓN EN PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO

Lorena ARIAS, Tamara ARIAS, Gustavo MEDINA

HOSPITAL CLÍNICAS

Introducción: Las ETC son afecciones inflamatorias y autoinmunes que afectan múltiples órganos y tejidos. La mortalidad dentro de este grupo se asocia a eventos agudos, y se pueden asociar a la actividad y la agresividad de la ETC y al tratamiento instaurado.

Objetivo: Describir las enfermedades del tejido conectivo que requirieron internación y las principales causas asociadas a la mortalidad en estos pacientes en uno solo centro de la Ciudad de Buenos Aires.

Métodos: Estudio retrospectivo, de un solo centro en la Ciudad de Buenos Aires, de junio de 2021 a diciembre de 2023. Se revisaron las historias clínicas de las internaciones de pacientes con AR, LES, ES, VS, MII, SSJ, y se analizaron las variables demográficas, motivos de internación, comorbilidades, tratamiento inmunosupresor y condición al egreso. Las variables cualitativas se describieron por frecuencia y se compararon utilizando chi-cuadrado o test exacto de Fisher. Las variables cuantitativas se describieron como media y desvío estándar (DE), o como mediana y rango intercuartílico (RIC), y se compararon usando t Student o U de Mann Withney. El análisis multivariado se realizó mediante regresión logística. Se asumió una diferencia significativa con una $p < 0,05$. Se describieron los intervalos de confianza de 95%.

Resultados: Se evaluaron los datos de 200 internaciones, correspondientes a 167 pacientes con una mediana de edad de 47 (RIC 32-63) años y 12,5 (RIC 7-21) días de hospitalización, la mayoría del sexo femenino 147 (74%). El motivo de internación más frecuente fue la complicación de la ETC 91 (46%) y las infecciones 53 (27%). Se reportaron 20 óbitos con una mediana de edad 65 (51-74) años y 33 (17-52) días de hospitalización. Las infecciones se asociaron a la principal causa de mortalidad en 95% óbitos (OR 16 (IC 95% 2.6-129), el diagnóstico con más mortalidad fueron las MII 5 (25%).

Conclusión: La mortalidad en este estudio se asoció principalmente a las infecciones por gérmenes oportunistas, si bien los óbitos tuvieron más días de internación y mayor edad, no hubo una asociación fuerte que se convirtiera en un factor pronóstico, al igual que la terapia inmunosupresora.

HALLAZGOS TOMOGRÁFICOS PULMONARES EN ARTRITIS REUMATOIDE DE RECIENTE COMIENZO. EVALUACIÓN A 5 AÑOS DE UNA COHORTE MULTICÉNTRICA

María Celina DE LA VEGA¹, Hernán MOLINA¹, Martín FERNÁNDEZ¹, Anastasia SECCO², María ALBERTI³, Leandro FASSOLA³, Agustina CÁCERES², José MALET³, Andrés MARTÍNEZ PERDOMO², Patricia SASAKI², Maura MARTÍNEZ¹, Rafael CARBONELL¹, Fabián CARO³

¹HOSPITAL COSME ARGERICH, ²HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA, ³HOSPITAL MARÍA FERRER

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) se presenta entre el 10 y el 42% de los pacientes con artritis reumatoide (AR); la afectación de las pequeñas vías respiratorias (SAI) es aún más común (92%). Son escasos los datos en pacientes con enfermedad temprana.

Objetivo: Evaluar y describir la evolución de los hallazgos tomográficos (TACAR) en pacientes con AR de reciente comienzo seguidos a 5 años.

Métodos: Pacientes de la cohorte de 2017-2018 que tuvieron una segunda consulta en 2021-2022. Se registró actividad de enfermedad (DAS28), y se realizó TACAR y examen funcional respiratorio (EFR). Compromiso intersticial: patrones de vidrio esmerilado o fibrosante, SAI, patrón de mosaico en más de 3 lóbulos. Se correlacionaron los datos obtenidos en ambas evaluaciones.

Resultados: Se incluyeron 83 pacientes, 48 pudieron ser reevaluados a los 5 años. Mujeres 92%, edad media 52,89 años ($\pm 12,5$), anti-CCP positivo 97%. Evolución de AR: 48 meses (45-60). TACAR patológica: 29 pacientes (60,4%) correspondiendo a SAI 25 pacientes (86%) y EPI 2 pacientes (6,8%). El EFR fue normal en 93,7%. De los 48 pacientes, 28 habían presentado SAI en el análisis inicial evidenciando resolución en 3 pacientes (10%). Ningún paciente con SAI en la cohorte inicial desarrolló ILD en el seguimiento. Los 2 pacientes con patrón ILD ya lo presentaban. El DAS28 fue 2,88 (mediana; 2,23-3,49) vs. 4,38 (3,3-6,2) en el primer y segundo análisis respectivamente. Comparando TACAR normal vs. patológica no hubo correlaciones significativas con sexo, edad, tabaquismo, examen físico, actividad de enfermedad, uso de DMARDS ni EFR.

Conclusión: A 5 años de la cohorte de AR temprana seguimos encontrando una alta proporción de SAI sin correlación con las características clínicas de la enfermedad ni con el desarrollo de ILD en el tiempo. La resolución del patrón SAI podría correlacionarse con la mejoría en la actividad de enfermedad. No observamos correlación de parámetros clínicos entre pacientes con TACAR normal o patológica. El correcto tratamiento de la actividad de la enfermedad podría favorecer el moderado descenso del compromiso de la pequeña vía aérea observado.

EL ROL DE LA ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DE CABA

Iris GIRON, María Gimena GÓMEZ, Malena VIOLA, Darío MATA, Narda SANTANA, Narda, Maura Silva MARTÍNEZ, Griselda REDONDO, Alba RUSSO, Augusto Martín RIOPEDE, María Celina DE LA VEGA

HOSPITAL ARGERICH

Introducción: El manejo del paciente reumático requiere de un enfoque multidisciplinario para el correcto tratamiento de la enfermedad. La incorporación de Enfermería en el Servicio de Reumatología es fundamental para ello.

Objetivo: Describir la actividad realizada por Enfermería en un Servicio de Reumatología en CABA.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo sobre las tareas de Enfermería en el Servicio de Reumatología del Hospital Argerich durante mayo de 2024. El servicio cuenta con una Lic. en Enfermería, 5 médicos de planta especialistas en Reumatología, 2 reumatólogos adjuntos y 2 médicos en formación. La Lic. realizó entrenamiento para completar las escalas de actividad de artritis reumatoide (AR) (DAS 28) durante 1 mes y se compararon los resultados con los obtenidos de las escalas completadas por médicos especialistas. A todos los pacientes con diagnóstico de AR y lupus (LES) atendidos en forma consecutiva se les realizó control de signos vitales: tensión arterial (TA) y frecuencia cardíaca (FC), y anamnesis sobre las comorbilidades y su tratamiento. A los pacientes que requirieron medicación intramuscular o necesitaban aprender sobre la aplicación de la medicación biológica, se les brindó atención y, además, asistió al médico en la realización de artrocentesis. Estas actividades se realizaron en un consultorio destinado a dicha labor y previo a la consulta del especialista.

Resultados: Se evaluaron 57 pacientes. Con diagnóstico de AR 41 (72%) y 16 (28%) con LES. Las características demográficas y las comorbilidades se encuentran en la Tabla. En cuanto a los signos vitales, la media de TA sistólica fue de 132,77 y la diastólica de 83,3; 16 pacientes (28%) se encontraban hipertensos, de los cuales 12 (75%) tenían diagnóstico de AR y 4 (25%) de LES. La media de la FC fue de 78,07. Se completaron 39 DAS28, en remisión 5 (12,8%), en actividad baja 7 (17,9%), moderada 19 (48,7%) y alta 8 (20,5%). La media del tiempo de consulta en Enfermería fue de 10 minutos.

Conclusión: En este trabajo se describe la importancia del rol de la enfermería para el manejo multidisciplinario de los pacientes, ya que permite obtener una visión más completa, evaluar la actividad de la enfermedad en forma periódica sin que demande más tiempo en la consulta médica, y optimizar los recursos que se disponen.

Sexo femenino	98,2%
Edad (media)	54,12 (20-81)
Comorbilidades (n)	
HTA	19
Hipotiroidismo	10
Diabetes	5
Dislipemia	5
Chagas	2
Otros	8
Sin antecedentes	22
Tratamiento con corticoides	50,87%

Tabla: Características demográficas y comorbilidades.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS AUTOINMUNES EN UN CENTRO REUMATOLÓGICO DE ARGENTINA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Pablo David IBÁÑEZ PEÑA, Ana Carolina COSTI, Lucila GARCÍA, Máximo COSENTINO, Mercedes GARCÍA

HIGA SAN MARTÍN LA PLATA

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas autoinmunes (MII) son un grupo heterogéneo de enfermedades que se suelen asociar con otras enfermedades autoinmunes, siendo un desafío clínico.

Objetivo: Describir las MII autoinmunes y sus características clínicas, demográficas, histopatológicas y terapéuticas al momento del diagnóstico.

Métodos: Se recolectaron datos de historias clínicas desde 1992 hasta la actualidad, se usaron los criterios ACR/EULAR 2017 de MII autoinmunes analizados al momento del debut de la enfermedad.

Resultados: De 160 pacientes con MII se analizaron 137. El 83% (n=114) debutó con debilidad muscular a predominio proximal en un 78% (n=107). La neumonía intersticial no específica predominó en 17% (n=23). Disfagia de localización se presentó en 16% (n=22/137) con predominio de orofaringe en 100% (n=22). Los fueron DM idiopática en 47% (n=64), overlap en 22% (n=29), PM idiopática 12% (n=16), DM amiopática 7% (n=9), miopatía asociada a estatinas 5% (n=6), síndrome antisintetasa 4% (n=5), MNIM 2% (n=2) y PM/DM juvenil 2% (n=2). Entre las analíticas, la CPK presentó una media de 2249 U/L \pm DS 3363 en 114 pacientes. Los ANA fueron positivos en el 77% (n=90/117), con un valor de 1/160 en el 28% (n=32/87). El patrón más frecuente el AC-4 en el 27% (n=25/91). Los anticuerpos Anti-Jo1 en un 6% (n=5/89), Anti-Mi2 en 12,5% (n=2/16), Anti U1 RNP en 7% (n=1/15) y Anti-Ku en 7% (n=1/15). La biopsia de músculo fue patológica en 87% (n=47/54), siendo la inflamación inespecífica del músculo en 56% (n=28), seguido de la atrofia perifascicular compatible con DM en 14% (n=7), patrón miopático compatible con PM 10% (n=5) y patrón necrotizante 6% (n=3). Recibieron pulsos de esteroides en 27% (n=37), glucocorticoides vía oral un 90% (n=124); MTX un 68% (n=94), azatioprina 24% (n=33), gammaglobulina EV 18% (n=25), rituximab 14% (n=19) micofenolato y ciclofosfamida 12% (n=16) (ver en poster las características de los pacientes).

Conclusión: En esta población predominó la DM. La mayoría debuta con debilidad muscular proximal, presenta hipercekaemia y ANA+. Las biopsias musculares fueron no concluyentes. Los tratamientos más utilizados fueron corticoides en altas dosis y azatioprina.

EL ÍNDICE NEUTRÓFILOS-LINFOCITOS Y LA INCIDENCIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. UN ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO

Mauro Damián MARTINI, María Laura ACOSTA FELQUER, Javier ROSA, Enrique SORIANO

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivo: Evaluar si el índice neutrófilo-linfocito (INL) predice eventos adversos cardiovasculares mayores (MACE) y muerte por todas las causas en pacientes con artritis reumatoide (AR). Evaluar el efecto del tratamiento en el INL.

Métodos: Cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes con AR seguidos en un hospital universitario que aportaron tiempo desde su diagnóstico hasta el desarrollo de MACE (infarto de miocardio, accidente cerebrovascular o muerte cardiovascular), muerte, pérdida de seguimiento o finalización del estudio (1/5/2022). El INL se calculó a partir del hemograma al diagnóstico, previo al tratamiento sistémico. Se excluyeron pacientes con MACE

previo. Las tasas de incidencia (TI) se calcularon para MACE o muerte. Las asociaciones entre INL (bajo <2,5; alto ≥2,5) y MACE o muerte se analizaron utilizando un modelo de riesgos proporcionales de Cox ajustado por factores de riesgo cardiovascular. Para muerte, se estableció un valor de corte de INL en 2.73 (según el mejor valor de sensibilidad y especificidad en la curva ROC de nuestra población). Se calcularon los cambios en los porcentajes de pacientes con INL elevado antes y después del tratamiento con metotrexato o biológicos.

Características	Artritis reumatoidea (n: 361)
Femenino; n (%)	291 (80.61)
Edad a la inclusión; media (DE)	62,14 (14.56)
Seguimiento desde la inclusión (años); media (DE)	7.62 (4.57)
Factor reumatoideo positivo; n (%)	241 (66.80)
Anti CCP positivo; n (%)	254 (70.64)
Erosiones; n/N (%)	40/188 (21.28)
Compromiso extraarticular; n/N (%)	51/291 (17.53)
Eritrosedimentación; N/ media (DE)	359/ 40.56 (25.23)
Proteína C reactiva; N/ media (DE)	171/ 21.68 (28.81)
HAQ; N/ media (DE)	44/ 0.80 (0.80)
DAS28; N/ media (DE)	254/ 4.98 (0.89)
Articulaciones dolorosas; N/ media (DE)	285/ 5.10 (3.26)
Articulaciones inflamadas; N/ media (DE)	285/ 4.76 (2.98)
Hipertensión arterial; n (%)	139 (38.50)
Dislipemia; n (%)	85 (23.55)
Índice de masa corporal; media (DE)	26.73 (5.52)
Tabaquismo actual o previo; n (%)	130 (36.01)
Diabetes; n (%)	16 (4.43)
Tratamiento corticoide luego de la inclusión; n (%)	282 (80.80)
Tratamiento DMARc luego de la inclusión; n (%)	346 (95.84)
Tratamiento biológico luego de la inclusión; n (%)	60 (16.62)
Tratamiento JAKi luego de la inclusión; n (%)	30 (8.31)
INL; media (DE)	2.86 (1.79)
INL >2.5; n (%)	184 (50.83)

Se calcularon los cambios en los porcentajes de pacientes con INL elevado antes y después del tratamiento con metotrexato o biológicos.

Resultados: Se incluyeron 361 pacientes que aportaron un total de 2773.49 pacientes/años (p/a) (Tabla). La incidencia de MACE en pacientes con INL ≥2,5 fue de 0,87 cada 100 p/a frente a 0,66 cada 100 p/a en aquellos con <2,5 (TIR: 1,32; IC 95% 0,51-3,54; p=0,27) y no hubo asociación en el análisis multivariado: HR: 1.02 (IC 95% 0,76-1,37; p=0,87). La incidencia de muerte por todas las causas en pacientes con INL ≥2,73 fue de 3,14 cada 100 p/a vs. 1.28 cada 100 p/a en aquellos con <2,73 (TIR: 2.45; IC 95% 1,39-4,43, p=0,001). En el modelo de riesgos proporcionales de Cox, luego de ajustar por edad, sexo, HTA, dislipemia, tabaquismo y Charlson, un INL ≥2,73 se asoció con mayor riesgo de muerte por todas las causas: Hazard Ratio (HR): 2.42 (IC 95%: 1,35-4,34; p=0,003). Se observó una reducción del porcentaje de pacientes con INL ≥2,5 luego de 6-12 meses de tratamiento con metotrexato (delta -6,92%; p=<0,001) o biológicos (delta -18,52%; p=0,047).

Conclusión: El INL se asoció con un mayor riesgo de mortalidad en pacientes con artritis reumatoide. Se observó reducción del INL luego de 6-12 meses de tratamiento con metotrexato o biológicos.

Tabla: Características basales.

HIPOVITAMINOSIS D EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS CON FRAGILIDAD, RIESGO DE CAÍDA Y DEPENDENCIA

María Eduarda FRUTOS ZENTENO¹, Laura Andrea DOMÍNGUEZ GALLARDO¹, Natalia FRANCO¹, Yanira YINDE²

¹UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, POSGRADO EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA, ²DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS

Introducción: La vitamina D es una hormona liposoluble que se vincula con el metabolismo fosfocálcico. Se sintetiza en la piel gracias a los rayos del sol. Esto se enlentece y se vuelve menos eficaz con los años.

Objetivo: Determinar los valores de vitamina D y el nivel de dependencia, deterioro cognitivo, fragilidad y riesgo de caída en personas mayores institucionalizadas en un centro de la ciudad de Asunción.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, analítico, de corte transversal. Población: personas mayores institucionalizadas en el Complejo Santo Domingo de la ciudad de Asunción, con independencia en algunas de las actividades básicas de la vida diaria. Índice de Barthel, escala de Frail, escala de Downtown.

Resultados: De octubre de 2023 a marzo de 2024, 61 personas mayores institucionalizadas cumplieron con los criterios de inclusión y participaron del estudio. Entre los valores de vitamina D se encontró que 95,08% presentaba deficiencia. El 57,38% era menor de 80 años. En ambos grupos etarios prevaleció la deficiencia (Tabla). Las personas mayores con niveles deseables de vitamina D presentaban exposición solar >3 veces por semana. Se distinguió que 34,43% era dependiente grave, 14,75% dependiente moderado, 31,15% dependiente leve y 19,67% independiente. No existió relación estadísticamente significativa entre el nivel de dependencia y los niveles de vitamina D. Se encontró que 78,69% tenía alto riesgo de caída, 9,84% mediano riesgo y 11,48% bajo riesgo de caída. Se analizó la relación entre el riesgo de caída y los valores de vitamina D, dando como resultado un

valor de p=0,080. Se observó que 80,33% era frágil y 19,67% prefrágil. Al relacionar estos resultados con los niveles de vitamina D, no se encontraron valores estadísticamente significativos.

Conclusión: Encontramos que más del 90% de las personas mayores institucionalizadas que participaron del estudio tenía niveles deficientes de vitamina D. Solo el 19% de las personas mayores es independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria, más del 70% tiene alto riesgo de caída y más del 80% de las personas mayores es frágil. En esta población estudiada no se encontró relación estadísticamente significativa entre los valores de vitamina D y los síndromes geriátricos.

Edad	Niveles de Vitamina D		
	< 20 ng/dL	20 – 30 ng/dL	> 30 ng/dL
> 80 años	24	1	1
< 80 años	34	1	0

Tabla: Niveles de vitamina D según la edad (n=61).

VALORACIÓN DE DISFAGIA EN PACIENTES REUMÁTICOS DEL HOSPITAL RAWSON

Laura GALVAN, Julia ROMERO, Marianela ZUCCOTTI, Martina SANSONE

HOSPITAL RAWSON, SAN JUAN

Introducción: Las enfermedades reumáticas presentan un abanico de manifestaciones clínicas con alteraciones funcionales que pueden representar un compromiso vital de manera aguda o de instalación progresiva. La disfagia constituye un síntoma que puede resultar letal con pronóstico ominoso si no es tratado a tiempo por el riesgo de broncoaspiración y desnutrición.

Objetivo: Evaluar, a través de la videodeglución, la seguridad y la eficacia; y analizar la biomecánica de la deglución en sus diferentes etapas preparatoria oral, oral, faríngea y esofágica.

Métodos: Con videodeglución se evaluaron a los pacientes de Consultorios Externos de Reumatología de febrero de 2022 a abril de 2024 con respuesta positiva al cuestionario de disfagia de fonología del HDGR.

Resultados: 48 pacientes fueron evaluados con predominio del 76% del sexo femenino y una edad promedio de 55,5 años, y un tiempo de promedio de duración de la enfermedad de 3,08 años. El 37% (9) tenía diagnóstico de lupus, el 25% (6) diagnóstico de enfermedad mixta del tejido conectivo, 12% síndrome de Sjögren primario, 8,33% diagnóstico de miopatías inflamatorias (2), 8,33% (2) esclerodermia y el resto 4,1% (correspondió a un paciente con diagnóstico de AR y otro de espondilitis anquilosante). El 87,5% tenía alteración en la etapa oral, el 91,67% alteración en la etapa faríngea, y de estos pacientes el 29,17% tenía pasaje a la vía aérea, que conlleva riesgo de broncoaspiración, y el 8,33% de compromiso esofágico.

Conclusión: De los pacientes evaluados, el 100% presentó alteraciones en las distintas etapas de la videodeglución, con un tiempo promedio de diagnóstico de 3 años, con riesgo grave de broncoaspiración. El manejo de estos pacientes requirió SNG (39%) y adecuación de la dieta (61%) en combinación con un abordaje terapéutico más intensivo y manejo multidisciplinario.

0247

PREVALENCIA DE NÓDULOS REUMATOIDEOS LUEGO DEL CONCEPTO T2T EN ARGENTINA

Julietta GOLDENBERG¹, Fernando DAL PRA¹, Emilce SCHNEEBERGER¹, María de los Ángeles CORREA¹, Agustina ALFARO², Cristina BENÍTEZ², Ana Carolina RALLE³, Emilio BUSCHIAZZO³, Claudia PEÓN², Julieta GAMBA², María Verónica LENCINA³, Gustavo CITERA¹

¹INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, ²HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS, ³HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

Introducción: Sospechamos que desde el advenimiento de la estrategia T2T, la frecuencia de nódulos reumatoideos (NR) es menor que la históricamente reportada.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de NR en pacientes ambulatorios con AR y las variables asociadas a su presencia.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico y transversal. Se incluyeron pacientes con AR ≥18 años. Se consignaron datos sociodemográficos, hábitos tóxicos (tabaco), características de la enfermedad (factor reumatoideo [FR], anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados [anti-CCP], erosiones radiográficas), tratamiento previo y actual. Se constató la presencia, número y localización de NR. Se evaluó la actividad de la enfermedad mediante DAS28, capacidad funcional por HAQ-A y calidad de vida a través del QOL-RAII. Análisis estadístico: estadística descriptiva, análisis uni y multivariado, p <0,05 significativa.

Resultados: Se incluyeron 228 pacientes con una edad mediana (m) de 54 años (RIC 45-61) y un tiempo de evolución m de 10 años (RIC 5-20). El 50% de los pacientes tenía cobertura social (40% obra social y 10% prepaga), 11% era tabaquista corriente y 19% tabaquista pasado. FR+ en 92% y ACPA+ en 82%, presencia de erosiones radiográficas en 66%. En cuanto al tratamiento, 82% recibía metotrexato y el 36% DMARD-b o -sd. La prevalencia de NR fue de 15% con un promedio de 24 NR por paciente, la localización más frecuente fue en las superficies extensoras (51%). Las variables asociadas a la presencia de NR fueron poseer cobertura (60% vs. 36%; p=0,006), mayor tiempo de evolución de la AR (m 20 RIC 12-28 vs m 10 RIC [5-18], p<0,001), anti-CCP + (94% vs. 80 %; p=0,05) y enfermedad erosiva (94% vs. 61%; p<0,001). En el análisis multivariado, las variables que persistieron positivamente asociadas a NR fueron mayor tiempo de evolución de la AR (OR 1.08 IC 95% 1,03-1,13; p=0,002) y presencia de erosiones radiográficas (OR de 5.85 IC 95% 1,43-40,3; p=0,03), mientras que la falta de cobertura de salud se asoció negativamente con NR (OR 0.27 IC 95% 0,08-0,84; p=0,03).

Conclusión: Observamos una disminución en la prevalencia actual de NR. Sería importante confirmar este hallazgo con otras cohortes y en diseños que permitan evaluar el impacto del T2T.

0249

PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA DIFÍCIL DE TRATAR: FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Diego Mariano ALVES, Mauro Damián MARTINI, Nicolás ALVARADO, Luis MAZZUOCCOLO, Javier ROSA, Enrique SORIANO

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: A pesar de los avances en los tratamientos, muchos pacientes con psoriasis (PsO) y artritis psoriásica (APs) no logran alcanzar la remisión o una baja actividad de la enfermedad. Se han utilizado definiciones basadas en la artritis reumatoide para definir APs difícil de tratar (DT), pero no existen definiciones universalmente aceptadas de PsO DT.

Objetivo: Describir la frecuencia y las características clínicas de pacientes con APs DT y PsO DT.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes consecutivos afiliados al plan de salud de un hospital universitario diagnosticados con PsO por un dermatólogo y pacientes con APs (según criterios CASPAR) seguidos entre 01/01/2000 y 01/05/2022. Se recopilaron datos de las historias clínicas electrónicas. Se definió APs DT a pacientes con ≥12 meses de seguimiento, que persistían activos (DAPSA > 14 o sin alcanzar MDA) tras fallar a 2 fármacos biológicos o sintéticos dirigidos modificadores de la enfermedad (b/tsDMARDs) con diferente mecanismo de acción. La PsO DT se definió de la misma manera, considerando enfermedad activa a un PASI ≥10 o un BSA ≥3%.

Resultados: Se incluyeron 958 pacientes. Entre los pacientes con PsO, 6/820 (0,73%, IC 95%: 0,03-1,6) cumplieron con los criterios de PsO DT, mientras que 8/138 (5,8%, IC 95%: 2,7-11,8) con los de APs DT, siendo el concepto de DT significativamente más frecuente en pacientes con APs (p<0,001). Un mayor PASI en PsO (RR 1,06, IC 95%: 1,01-1,1, p=0,047) y el diagnóstico de APs antes de los 40 años (RR 4,5, IC95%: 1,1-19, p= 0,04) se asociaron a un mayor riesgo de enfermedad DT en el análisis univariado. En pacientes con PsO, 52 (6,3%) requirieron tratamiento con b/tsDMARDs y 42 (30,4%) en APs. Dentro de estos, la incidencia de PsO DT fue de 1,5 por 100 p/a (IC95%: 0,6-3,4 por 100 p/a), y la de APs DT fue 2,8 por 100 p/a (IC 95%: 1,2-5,5 por 100 p/a). El PASI en PsO y el sexo femenino en APs se asociaron con un mayor riesgo de enfermedad DT en el análisis multivariable (ver en poster las características de los pacientes).

Conclusión: De acuerdo con nuestra definición, la PsO DT fue poco frecuente (0,73%) y se asoció con un PASI más severo al inicio. La APs DT fue más frecuente (5,8%) y se asoció a un diagnóstico antes de los 40 años.

0250

FRECUENCIA DE ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANA) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PSORIÁSICA Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

Candelaria AUDISIO¹, Verónica SAVIO¹, Juan Manuel MIRANDA BAZÁN¹, Carla Gimena ALONSO¹, Juan Pablo AVILA¹, Carla Andrea GOBBI¹, Alejandro ALBIERO¹, Carla MALDINI¹, Agustina RACCA², Marcela DEMARCHI², Paula ALBA¹

¹HOSPITAL CÓRDOBA, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, ²SERVICIO DE LABORATORIO, HOSPITAL CÓRDOBA

Introducción: La frecuencia de los ANA ha sido descripta entre el 7-77% en pacientes con enfermedad psoriásica (EPs). Sin embargo, su asociación y significancia clínica han sido poco estudiados.

Objetivo: Evaluar frecuencia de ANA en pacientes con EPs y su relación con las manifestaciones clínicas y la actividad de la enfermedad.

VARIABLES	ANA POSITIVO n= 9	ANA NEGATIVO n= 103	P
EPs n (%)	9 (7)	103 (93)	0,11
APs n (%)	7 (77,7)	69 (61,6)	
PsO n (%)	2 (22,2)	43 (38,39)	
Femenino n (%)	5 (56)	47 (54)	0,93
Edad	58,56	49,72	0,07
COMORBILIDADES			
DBT n (%)	4/8 (50)	25 (29)	0,22
DLP n (%)	8/8 (100)	71 (83)	0,19
OBESIDAD n (%)	5/8(63)	49 (57)	0,72
HTA n (%)	7/8 (88)	38 (44)	0,01
Sedentarismo n (%)	8 (89)	48 (55)	0,05
Cardiopatía isquémica n (%)	2 (22)	5 (6)	0,07
Tabaquismo n (%)	3 (33)	22 (25)	0,6
PARÁMETROS ACTIVIDAD			
PASI **	6,24	6,93	0,81
BSA **	8,13	8,32	0,83
DAPSA **	16,51	15,95	0,89
MDA n (%)	6 (86)	44 (77)	0,60
PARÁMETROS INFLAMATORIOS			
VSG (mm/h)	22	19,21	0,63
PCR (mg/dl)	0,51	0,51	0,97

Métodos: Se evaluó retrospectivamente una base de pacientes con EPs de un hospital universitario. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de artritis psoriásica (APs) (criterios CASPAR) y de psoriasis (PsO). Se excluyeron pacientes con antecedentes de PsO inducida por medicamentos y otras enfermedades articulares inflamatorias. Se evaluaron variables demográficas, clínicas (comorbilidades) y de laboratorio. La medición de (ANA) se realizó por inmunofluorescencia indirecta en (HEp-2) y la actividad de la enfermedad fue valorada mediante: PASI, BSA, DAPSA Y MDA. p<0.05 fue considerado significativo.

Resultados: Se incluyeron 112 pacientes con EPs, 69 (61,6%) con APs y 43 (38,39%) PsO. Se identificaron 9 (7%) pacientes con ANA (+), de los cuales 2 de ellos presentaron PsO y los 7 restantes APs. Con respecto a los parámetros de actividad de la enfermedad, los pacientes ANA (+) tenían una media de PASI de 6,24 (±8,81) vs. 6,93 (±7,81) de los ANA (-) (p=NS), de BSA 8,13 (±11,56) vs. 8,32 (±12,83) en los pacientes ANA (+) y (-) respectivamente (p=NS). La media de DAPSA fue de 16,51 (±9,52) vs. 15,95 (±10,41) en ANA (+) vs ANA (-), (P=NS) y en relación a MDA, 6 pacientes (86%) presentaban ANA positivos con una mínima actividad de la enfermedad y 44 (77%) de los pacientes ANA negativos. Tres pacientes con ANA (+) estaban en tratamiento con adalimumab. Los parámetros clínicos, laboratorio y comorbilidades se describen en la Tabla.

Conclusión: La frecuencia de ANA en EPs de nuestra serie fue baja y la presencia no se asoció con actividad de la enfermedad, comorbilidades ni parámetros de laboratorio de inflamación. El seguimiento a largo plazo permitirá conocer su papel en el pronóstico.

Tabla: Características clínicas y demográficas de la población con EPs estudiada.

0251

HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. DATOS DEL REGISTRO RELESSAR TRANSVERSAL

Carla Andrea GOBBI, Lucila GARCÍA, Rosana QUINTANA, Marina MICELLI, Paula ALBA, Analía Patricia ÁLVAREZ, Cecilia PISONI, César GRAF, Silvia PAPASIDERO, Susana ROVERANO, Catalina GÓMEZ, María Celina DE LA VEGA, Pablo ASTESANA, María Victoria MARTIRE, Lucina GONZÁLEZ LUCERO, Alberto SPINDLER, Emma CIVIT, Raúl PANIEGO, Romina NIETO, Rodrigo ÁGUILA MALDONADO, Karen ROBERTS, Bernardo PONS-ESTEL, Mercedes GARCÍA

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

Introducción: La hemorragia alveolar difusa (HAD) en lupus eritematoso sistémico (LES) es una severa complicación pulmonar que se puede desarrollar en horas o días, y tiene aún alta mortalidad a pesar del mejor manejo y comprensión de la enfermedad.

Objetivo: Describir las características clínicas, serológicas, actividad y daño orgánico en una cohorte de pacientes con o sin HAD y compararlas.

Métodos: Estudio multicéntrico, de corte transversal, descriptivo, analítico, realizado con una base de datos RELESSAR-trans donde ingresaron pacientes con diagnóstico de LES con criterios ACR 1997 durante 2014-2018. Las variables sociodemográficas que se analizaron fueron edad, sexo, etnia, nivel educativo y nivel socioeconómico. Se determinaron índices de actividad (SLEDAI) y daño crónico (SLICC-SDI). Para definir HAD se usó la definición BILAG.

Resultados: Se estudiaron 90 pacientes apareados por edad y sexo para comparar sus características, la mayoría mujeres, 93,3% del total, con un retraso al diagnóstico de LES de 5 años (2,6-7,5), sin diferencias entre grupos al igual que en el status socioeconómico medido por escala de Grafar, etnia, ni SLEDAI. Tampoco se encontraron diferencias en el uso de metotrexato, leflunomida, abatacept, inhibidores del TNF, azatioprina, antipalúdicos, inmunoglobulinas, plasmaféresis, belimumab ni rituximab, con respecto a micofenolato mofetil p<0,07, ciclofosfamida p<0,06. También se compararon los anticuerpos antifosfolípidos, anticoagulante lúpico, IgG e IgM anticardiolipinas y anti B 2 glicoproteína I en ambos grupos sin encontrar diferencias (ver en poster el resto de las características de los pacientes con LES, con y sin hemorragia alveolar difusa).

Conclusión: Los resultados de los pacientes argentinos no difieren del resto de las series publicadas, manteniendo a la HAD como una condición grave asociada a alta mortalidad y hospitalizaciones por lo que requiere trabajo multidisciplinario de equipos especializados para mejorar su pronóstico.

0252

PREVALENCIA DE ARTRITIS REUMATOIDE DIFÍCIL DE TRATAR EN UN CENTRO PÚBLICO DE BUENOS AIRES

Robert JÁCOME CUSME, Andrea Belén GÓMEZ VARA, Fernando DAL PRA, Gustavo CITERA

INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

Introducción: La definición EULAR de artritis reumatoide difícil de tratar (ARD2T) implica enfermedad activa, falla a 2 o más tratamientos dirigidos con diferente mecanismo de acción y manejo dificultoso para el paciente o el médico. La aplicación de esta definición puede no ser adecuada en nuestro medio debido a la dificultad en el acceso al tratamiento dirigido.

Objetivo: Determinar la prevalencia de ARD2T y las características asociadas a la misma.

Métodos: Estudio transversal de pacientes consecutivos con AR (ACR/EULAR 2010), ≥18 años, de la consulta programada. Se consignaron datos sociodemográficos, características de la AR (tiempo de evolución, DAS28 o CDAI, HAQ) e historial de tratamientos, así como su provisión. Se definió ARD2T de forma estricta como DAS28 o CDAI de moderada o alta actividad, dosis de corticoide ≥7,5 mg de prednisona y falla a 2 o más DMAR-b/-sd. Se consideró además una definición más laxa incluyendo la falta de suministro del DMAR-b/-sd. Estadística descriptiva: se evaluaron asociaciones univariadas a ARD2T, y asociaciones independientes a la misma por regresión logística múltiple.

Resultados: Se incluyeron 293 pacientes, 87% de sexo femenino, mediana de edad de 59 años. El 59% poseía obra social. La mediana de tiempo de

evolución fue de 16 años. El 81% de los pacientes recibía DMAR-c y un 45% corticoides orales. Un 36% recibía DMARD-b/-sd, mientras que un 23% lo tenía indicado, pero no lo recibía, y 5% lo recibía irregularmente. La mediana de DAS28 fue de 3,0 y de HAQ de 1,0. Un 52% se hallaba en remisión o baja actividad. Un 5,2% de los pacientes cumplía con la definición estricta de ARD2T, pero al considerar la falta de suministro, ese porcentaje ascendió a 13%. En el análisis de regresión logística, las únicas variables que se asociaron independientemente a ARD2T fueron el mayor tiempo de evolución y el mayor uso de corticoides.

Conclusión: La prevalencia de ARD2T por definición estricta fue baja, pero si se considera la falta de suministro de DMAR-b/-sd, asciende a más del doble. El tiempo de evolución de la AR y el uso de corticoides se asociaron a ARD2T.

0265

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y EMBARAZO

Mayra GROSSO DI GIORGIO, Florencia MILESI, Marina GARCÍA CARRASCO, Gustavo MEDINA

HOSPITAL CLÍNICAS

Introducción: Las mujeres con LES tienen de 3 a 7 veces más riesgo de complicaciones obstétricas que la población general, dentro de las cuales se pueden destacar: preeclampsia (PE), retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU), parto pretérmino, pérdidas fetales recurrentes y mortalidad materna.

Objetivo: Describir las características clínicas, nivel de actividad, tratamientos recibidos, comorbilidades y evolución del embarazo. Evaluar asociaciones entre las variables, la planificación del embarazo y el tipo de afectación placentaria. Determinar si existe relación entre el aumento de resistencia vascular de las arterias uterinas y el desarrollo de PE y RCIU.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y de corte transversal de un único centro hospitalario de CABA (Hospital de Clínicas José de San Martín, HCJSM). Pacientes embarazadas con diagnóstico de LES hospitalizadas entre 2013-2022 y con la evaluación anatómo-patológica de la placenta. La actividad se midió por SLEDAI. El aumento de resistencia vascular de las arterias uterinas se midió por eco Doppler materno fetal a partir de la semana 20.

Resultados: Se incluyó un total de 21 placentas. 7 pacientes (33%) presentaron APL, 3 antecedentes de SAF trombótico (TVP/TEP) y 3 antecedentes de SAF obstétrico. El patrón de ANA que predominó fue moteado fino en 12/21 (57%) pacientes, con la presencia de Ac a-Ro/SSA en 11/18 (61%) pacientes. No hubo reporte de LES neonatal. La edad media de las gestantes fue 28 años (± 6). 7/21 (33%) nacimientos pretérminos (<37 semanas) 4/21 (19%) peso de <2500 g, de los cuales 2 (10%) presentaron RCIU, y hubo 1 (5%) muerte fetal intrauterina. 19/21 (90%) recibieron hidroxicloroquina (HCQ) durante la gestación. 10/21 (48%) estaban en tratamiento con meprednisona, con una mediana de dosis de 8 mg (RIC 4-40 mg), 14/21 (67%) recibieron aspirina, y 7/21 (33%) heparina de bajo peso molecular, de las cuales 5/7 (71%) en dosis profiláctica y 2/7 (29%) en dosis anticoagulante. Dentro del análisis hubo 5/21 (24%) pacientes con actividad moderada, en tratamiento con glucocorticoides 10/21 (48%), de las cuales 5/10 (50%) presentaron PE ($p=0,038$)

Conclusión: En pacientes con LES se recomienda la planificación del embarazo; durante períodos de remisión o baja actividad de la enfermedad fue donde se observaron mejores resultados obstétricos.

0266

HIPOACUSIA EN ARTRITIS REUMATOIDE

Maura Silvia MARTÍNEZ, Darío MATA, Malena VIOLA, María Gimena GÓMEZ, Narda CHILÁN SANTANA, Augusto Martín RIOPEBRE, Liliana GÓNZALEZ, Jesica ROMEU, Antonella MELLINO, Alejandro SAN JUAN, Lautaro DE SEGOVIA, Pierina LEÓN CORREA, Griselda REDONDO, María Celina DE LA VEGA

HOSPITAL ARGERICH

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica que compromete principalmente las articulaciones, también puede afectar el oído, generando hipoacusia de transmisión o neurosensorial.

Objetivo: Determinar la prevalencia de hipoacusia en pacientes con AR y describir sus características.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo entre diciembre de 2023 y junio de 2024. Se incluyeron pacientes de entre 18 y 60 años, con diagnóstico de AR según criterios de ACR 2010. Se excluyeron pacientes con enfermedad otológica conocida, enfermedad neurológica que afecte la audición, cirugía de cabeza y cuello, COVID-19 grave y exposición ocupacional. Se recolectaron datos de comorbilidades, tratamientos, actividad de enfermedad por DAS28/CDAI. La valoración auditiva se realizó con los siguientes estudios: audiometría tonal liminar (ATL): 125 Hz a 8000 Hz logaudiometría impedanciometría audiometría de alta frecuencia (AAF): 9000 Hz a 18000 Hz.

Resultados: Se evaluaron 16 pacientes, 32 oídos. La media de edad de 42,8 (rango 18-58). El 93,75% de sexo femenino. Factor reumatoide positivo 62,5%, anti-CCP 43,75%. El 56,25% tenía moderada/alta actividad de enfermedad y el 43,75% baja actividad/remisión. El 43,75% usaba dosis bajas de corticoides y el 100% un DMARD convencional. El 84,37% presentó normoacusia y 9,3% hipoacusia por ATL. En la audiometría de alta frecuencia el 56,4% presentó valores no acordes a la edad según datos poblacionales. La logaudiometría estuvo alterada en el 25%. El reflejo acústico estapedial se evidenció patológico a 500 Hz y 1000 Hz en el 28,8% de los pacientes, a 2000 Hz en el 25% y a 4000 Hz en 43,75% (ver en poster los resultados completos).

Conclusión: Si bien la mayoría de los pacientes fue normoacúsico según ATL, cuando se evaluaron las altas frecuencias, más de la mitad presentó umbrales alterados en relación a los parámetros esperables para su edad, pudiendo tener relación con la AR. En un tercio de los oídos hubo resultados discordantes en la evaluación del reflejo acústico estapedial por frecuencia en relación a los umbrales obtenidos en la ATL y timpanometría. Deben realizarse futuros estudios con mayor cantidad de pacientes para establecer la relación de estos resultados con la actividad de la AR.

0270

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO REUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Maura Silvia MARTÍNEZ, Darío MATA, Malena VIOLA, María Gimena GÓMEZ, Narda CHILÁN SANTANA, Augusto Martín RIOPEBRE, Liliana GÓNZALEZ, Jesica ROMEU, Antonella MELLINO, Alba RUSO, María Celina DE LA VEGA

HOSPITAL ARGERICH

Introducción: La satisfacción de atención médica evalúa la conformidad del paciente con la atención recibida por el profesional y la institución. Puede estar influenciada por la calidad del servicio, el trato personal, la accesibilidad, la resolución de problemas y otros, así como también la comunicación y la relación médico-paciente.

Objetivo: Valorar la satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Reumatología de un hospital público de CABA.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal a través de una encuesta de 18 preguntas de opción múltiple a toda persona asistida durante marzo de 2024 en el Servicio de Reumatología.

Resultados: Se obtuvieron 141 respuestas anónimas. El 50% de los pacientes tenía domicilio en CABA. El máximo nivel de educación alcanzado fue: 48% secundario, 34% primario y 18% tecnicatura/universitario. El 54,6% no poseía cobertura médica, 45,5% sí. El 54,6% obtuvo el turno de forma presencial y 33% por la línea telefónica gubernamental. Al 60,3% le resultó fácil conseguir turno, 28,4% difícil y 7% indistinto. El tiempo de espera desde que se otorga el turno hasta la atención médica fue adecuado para el 57,8%. El 84% tuvo facilidad para realizar trámites administrativos (confirmación de asistencia) y llegar a los consultorios. Para el 74,5% la sala de espera era adecuada. Para el 97% el trato personal fue bueno, el cuidado de la intimidad fue bueno y la duración de la consulta adecuada. Para el 95,8% la información clínica recibida sobre su problema de salud fue buena. El 94% respondió que las indicaciones y pautas fueron explicadas con claridad. Para conseguir un turno posterior a la consulta, el 46% lo consideró fácil, 23% difícil, 27,7% desconocía el tema. En caso de requerir una consulta urgente, el 50% desconocía la forma de obtención de la consulta, 40% refería facilidad y 10% dificultoso.

Conclusión: Según las respuestas registradas, más de la mitad de los pacientes tuvo fácil acceso a la consulta médica y esperó el tiempo adecuado. La mayoría tuvo una buena experiencia en el trato personal, cuidado de intimidad, tiempo de atención, así como información e indicaciones claras. Las herramientas de valoración de calidad ayudan a mejorar los aspectos deficitarios y deben realizarse con periodicidad para una evaluación y mejora continua.

0275

ASOCIACIÓN DEL TABAQUISMO CON AUTOANTICUERPOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

María Laura DE LA TORRE, Micaela COSATTI, Martina LÓPEZ ARANCIO, Cecilia PISONI

CEMIC

Introducción: En pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) el tabaquismo se relacionó con un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad y con la seropositividad del anti-DNA, con resultados negativos al estudiar otros autoanticuerpos.

Objetivo: Analizar el efecto del tabaquismo sobre la presencia de autoanticuerpos y su variación en el tiempo en pacientes con LES.

Métodos: Se seleccionaron retrospectivamente pacientes con criterios clasificatorios ACR 1997 para LES con más de una determinación de ANA, ENAS y anti-DNA durante su seguimiento. Se tomó la primera determinación realizada en cada paciente y la última, con un intervalo mínimo de 6 meses. Se compararon las características demográficas y el status de autoanticuerpos en los pacientes tabaquistas y no tabaquistas mediante test de chi-cuadrado para variables categóricas y t test para variables continuas.

Resultados: Se incluyeron 69 pacientes, 90% mujeres, edad media 54 años (DS 12), 65% caucásicos. Presentaban una mediana de criterios ACR de 5 (RIC 4-6) y una duración media de la enfermedad de 22 años (DS 11). De ellos, 42 (61%) nunca habían fumado, 6 (9%) eran tabaquistas actuales y 21 (30%) extabaquistas. Entre ambas determinaciones hubo una mediana de 94 meses (RIQ 53-130). El título de ANA se mantuvo estable en 35% de los pacientes, bajó en 38% y subió en 27%. Ocho pacientes (12%) lo negativizaron al final del seguimiento. Respecto de los ENAS, se mantuvieron estables en 76%, variaron en 21% y se negativizaron en 3%. El anti-DNA se mantuvo estable en 81%, se negativizó en 13% y varió en título en 6%. Se realizó el análisis comparando a los pacientes expuestos al tabaco con los no tabaquistas. No se encontró asociación entre las variaciones del título de ANA, anti-DNA ni ENAS a excepción de una asociación negativa entre el tabaquismo y la positividad del anti-Ro durante el seguimiento (p 0,047).

Conclusión: Encontramos una asociación negativa entre la positividad del anti-Ro y el tabaquismo. Se requiere continuar investigando el efecto del tabaquismo en la producción de autoanticuerpos para jerarquizar nuestros resultados.

Determinación	Basal		p	Final		p
	tabaquistas	no tabaquistas		tabaquistas	no tabaquistas	
Título ANA, mediana (RIC)	320 (80-1280)	640 (320-1280)	0,20	320 (80-1280)	640 (160-1280)	0,44
Anti DNA positivo/negativo, n (%)	3 (11) / 23 (89)	7 (17) / 35 (83)	0,33	1 (4) / 26 (96)	4 (9) / 38 (91)	0,36
Anti Ro positivo/negativo, n (%)	7 (26) / 20 (74)	10 (26) / 29 (74)	0,98	6 (22) / 21 (78)	14 (37) / 24 (63)	0,20
Anti La positivo/negativo, n (%)	0 (0) / 27 (100)	2 (5) / 37 (95)	0,23	3 (11) / 24 (89)	4 (10) / 34 (90)	0,94
Anti Sm positivo/negativo, n (%)	0 (0) / 25 (100)	0 (0) / 35 (100)	-	1 (4) / 21 (96)	3 (8) / 34 (92)	0,60
Anti RNP positivo/negativo, n (%)	1 (4) / 24 (96)	3 (9) / 32 (91)	0,48	1 (5) / 20 (95)	5 (13) / 33 (87)	0,31

Tabla: Análisis de las determinaciones de autoanticuerpos según la exposición al tabaco.

0276

MASA ÓSEA Y PREVALENCIA DE FRACTURAS VERTEBRALES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

María Lorena BRANCE, Emilce FONSECA, Luis Agustín RAMÍREZ STIEBEN, Mariano PALATNIK, Norberto QUAGLIATO, Mariana CUSUMANO, Evelin SCAGLIA, Lucas BRUN

REUMATOLOGÍA Y ENFERMEDADES ÓSEAS, ROSARIO

Introducción: Se sabe que la artritis reumatoide (AR) tiene un impacto negativo sobre el tejido óseo.

Objetivo: Evaluar la masa ósea y la prevalencia de fracturas vertebrales (FxV) en pacientes con AR.

Métodos: Estudio observacional y transversal en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de AR. Se determinó la densidad mineral ósea (DMO) de cadera y de columna lumbar (L1-L4) anteroposterior por DXA. La microarquitectura ósea se evaluó por TBS. La presencia de FxV se analizó a través de densitometrías de columna lateral por VFA. Los pacientes con al menos una fractura de grado 1 se consideraron como fracturados.

Resultados: Se incluyeron 218 sujetos en el GC y 105 con AR sin diferencias en edad, IMC y proporción de mujeres preM, mujeres postM y hombres. El grupo AR presentó significativamente menor DMO de columna lumbar (0,975±0,141 vs 0,925±0,147, -5,1%; p=0,0037) y menor TBS (1,402±0,104 vs 1,360±0,126, -3,1%; p=0,002). Asimismo, también se encontró una DMO significativamente menor en cadera total y cuello femoral bilateral (cadera total derecha: 0,909±0,111 vs. 0,858±0,121, -5,9%; p=0,0007; cadera total izquierda: 0,911±0,112 vs. 0,843±0,123, -8,0%; p=0,0001; cuello femoral derecho: 0,815±0,115 vs. 0,737±0,113, -10,6%; p<0,0001; cuello femoral izquierdo: 0,804±0,129 vs. 0,729±0,111, -10,3%; p<0,0001). La prevalencia de fracturas no vertebrales no mostró diferencias entre los grupos (GC: 14,7%, AR: 17,1%; p>0,05). La prevalencia de FxV, evaluada por VFA en 128

pacientes con AR y 100 controles, arrojó una prevalencia significativamente mayor en el grupo AR (8% [8/100] vs. 26,6% [34/128], OR: 4.5; $p=0,0077$). Las FxV en el grupo control fueron 100% únicas (grado 1 [n=4]; y grado 2 [n=4]), mientras que en el grupo AR el 47% (16/34) presentó fracturas únicas y el 53% (18/34) presentaba 2 o más FxV. Los pacientes que presentaban FVx, tanto del GC como AR, presentaron significativamente menor DMO en la columna lumbar (sin FVx: $0,973\pm 0,137$; con FVx: $0,911\pm 0,156$, -6,9%; $p=0,02$) y menor TBS (sin FVx: $1,389\pm 0,111$; con FVx: $1,342\pm 0,129$, -3,5%; $p=0,03$). **Conclusión:** Se halló una prevalencia incrementada de FxV con un riesgo de 4,6 por encima de la población general. Asimismo, las FxV se presentaron en su mayoría como múltiples y con mayor severidad.

0277

ANÁLISIS DE RESONANCIAS MAGNÉTICAS DE ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Karen RHYS, Carla GOBBI, Beatriz BUSAMIA, Eduardo ALBIERO, Paula ALBA, Marcelo YORIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

Objetivo: Valorar mediante resonancia magnética (RNM) las articulaciones temporomandibulares (ATM) y la capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide (AR).

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. Incluyó 50 pacientes (criterios ACR 2010) del Servicio de Reumatología del Hospital Córdoba. Firmaron consentimiento informado, y realizaron el *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) y resonancia magnética de ATM. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del adulto.

Resultados: Las articulaciones estudiadas que no presentaron dismorfismo tuvieron las siguientes características: en ATM izquierda: 34,4% exhibía afectación leve de la capacidad funcional, 53,1% afectación moderada, una mediana de 9 y rango de 14, y 12,5% afectación grave. Articulaciones que presentaron dismorfismo condilar: 0% afectación leve, 77,8% afectación moderada, una mediana de 11,5 y rango de 8, y 22,2% afectación grave ($p=0,018$). Pacientes sin ruptura o desgarro del disco derecho: una mediana de 9,50 en capacidad funcional, con 22,9% afectación leve en capacidad funcional, 64,6% afectación moderada y 12,5% afectación grave. Con desgarro o ruptura del disco, la mediana fue 16, un rango de 0, el 100% exhibió afectación grave ($p=0,004$). Sin desgarro o ruptura del disco izquierdo, la mediana fue 1 (rango 0,5-1,5) y 21,4% no evidenciaba dificultad según la capacidad funcional, 40,5% baja dificultad, 35,7% alta dificultad y 2,4% incapaz de realizar la actividad. Con desgarro o ruptura del disco izquierdo, la mediana fue 2,3125 (rango 2,5-3), no se registró ningún paciente sin dificultad, 12,5% presentó baja dificultad, 50% alta dificultad y 37,5% incapacidad ($p<0,001$). Sin irregularidad en disco izquierdo, la mediana fue 1 (rango 0,5-1,4) y 22% no manifestó dificultades según el HAQ, 41,5% baja dificultad, 31,7% alta dificultad y 4,9% incapacidad. Con irregularidad, la mediana fue 2 (rango 1,5-2,4) no se registró ausencia de dificultad, 11,1% baja dificultad, 66,7% alta dificultad y 22,2% incapacidad ($p=0,029$) (ver en poster los resultados completos).

Conclusión: Hallazgos relacionados con alteraciones de ATM se deberían continuar investigando, enfatizando en reducir daños estructurales y funcionales para impedir la progresión de la enfermedad. Se podrían implementar cuestionarios específicos para ATM.

0278

¿CUÁN ADHERENTE ES NUESTRA POBLACIÓN AL CUIDADO ÓSEO? RESULTADOS PRELIMINARES DEL REGISTRO BAFER

Emilce FONSECA¹, María Lorena BRANCE², Alfonso DE SOGOS¹, Evelin SCAGLIA¹, Luis Agustín RAMÍREZ STIEBEN¹, Priscila SERRAVALLE¹, Norberto QUAGLIATO¹, Mariana CUSUMANO¹, Ariana RINGER¹, Mariano PALATNIK¹, Agustina TOSO¹, Nicolás MARIN ZUCARO², Lucas BRUN¹

¹REUMATOLOGÍA Y ENFERMEDADES ÓSEAS, ROSARIO, ²UI PANLAR

Introducción: El ejercicio físico y los factores nutricionales son esenciales para el cuidado de la salud ósea.

Objetivo: Estudiar la frecuencia de la actividad física y los hábitos nutricionales relacionados con el cuidado de la masa ósea.

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

Resultados: Datos preliminares del registro BAFER de 450 pacientes (92,4% mujeres $n=416$ y 7,6% hombres $n=34$) ingresados desde el 01/05/2024 al 25/07/2024, correspondientes a un único centro de referencia de la ciudad de Rosario. Edad media de $58,9\pm 14,2$ años e IMC de $26,7\pm 5,8$. El 84,5% de las mujeres era posmenopáusica con una edad de menopausia media de $48,3\pm 4,9$ años. La dieta omnívora predominó en el 99,8%. El consumo de calcio dietario promedio fue de $348,9\pm 262,9$ mg/día. Solo el 6,4% estaba suplementado con preparaciones farmacológicas: 74% 250 mg/día, 11% 500 mg/día y 15% 1000 mg/día. El 62,9% de la población no había recibido suplementación de vitamina D en el último año. De los suplementados (37,1%), la mayoría recibía dosis mensuales (88%). El 4,7% presentó un consumo de café mayor a 3 tazas/día, mientras que el 41,4% consumía al menos 1 L de yerba mate/día. El tabaquismo se presentó en un 7,6%, mientras que el 2,4% presentó consumo excesivo de alcohol. El promedio de horas de ejercicio físico/semana fue de $1,6\pm 2,1$. El 78,5% de la población no realiza ejercicios de fuerza, mientras que el 2,9% lo practica una vez a la semana, 15,3% 2-3 días/semana, 2,6% 4-5 días/semana y diariamente el 0,7%. Respecto del ejercicio aeróbico, 65,8% no lo practica. El 87,9% manifestó no alcanzar una exposición diaria al sol mayor a 15 minutos.

Conclusión: Un gran porcentaje de la población no presenta hábitos saludables relacionados con el cuidado de la masa ósea en nuestra población de estudio. Es notable el bajo consumo de calcio por debajo de lo recomendado. Creemos fundamental realizar educación en los pacientes acerca de los factores esenciales en prevención y el tratamiento de las enfermedades óseas.

0280

ANÁLISIS DE FRACTURAS DE UNA UNIDAD COORDINADORA DE FRACTURAS (FLS) EN UN CENTRO ESPECIALIZADO DE ROSARIO. RESULTADOS PRELIMINARES DEL REGISTRO BAFER

María Lorena BRANCE¹, Emilce FONSECA², Alfonso DE SOGOS², Evelin SCAGLIA², Luis Agustín RAMÍREZ STIEBEN², Norberto QUAGLIATO², Mariano PALATNIK², Mariana CUSUMANO², Nicolás MARIN ZUCARO¹, Lucas BRUN²

¹UI PANLAR, ²REUMATOLOGÍA Y ENFERMEDADES ÓSEAS, ROSARIO

Introducción: Los programas de coordinación de cuidados posfractura son una iniciativa de la *International Osteoporosis Foundation* (IOF) que tienden a reducir el número de fracturas vertebrales y de cadera debido a osteoporosis.

Objetivo: Conocer la distribución de fracturas por fragilidad ingresadas por la implementación de FLS.

Métodos: Se utilizaron datos del registro en vida real BAFER (*Bone Analysis and Fracture Evaluation Register*). Este es un estudio de cohorte descriptivo observacional de pacientes mujeres y hombres >18 años que concurren a la consulta para estudio de masa ósea en un centro de referencia FLS de la Ciudad de Rosario. Para el análisis de las fracturas se registraron las fracturas previas por fragilidad según anamnesis. Las fracturas vertebrales se registraron por radiografías de columna dorsal y lumbar. Se realizó estadística descriptiva, evaluando frecuencias en % y datos expresados como media±SD.

Resultados: Se presentan datos preliminares del registro BAFER de 450 pacientes (92,4% mujeres n=416 y 7,6% hombres n=34, edad media 58,9±14,2 años) ingresados desde el 01/05/2024 al 25/07/2024. Un 13,6% de los pacientes presentó antecedentes de fractura osteoporótica de cadera en los padres. Un 33,7% presentó fracturas previas por fragilidad con la siguiente distribución: 1 (63,9%), 2 (16,7%), 3 (10,4%), 4 (2,8%), 5 o más (6,3%). La distribución de las fracturas según localización fue: cadera derecha (2,1%), cadera izquierda (4,2%), vertebral (19,4%), húmero (7,6%), radio (10,4%), cúbito (2,8%), muñeca (37,5%), tibia (8,3%), peroné (9,7%), metatarso (9,7%), falanges (5,6%), pelvis (9,0%), costillas (9,0%), clavícula (1,4%). Respecto de las fracturas vertebrales, 50,0% correspondió a agudas dorsales (únicas 64,3%, múltiples 35,7%), 35,7% asintomáticas dorsales (únicas 60%, múltiples 40%), 57,1% agudas lumbares (únicas 56,3%, múltiples 43,7%) y 21,4% asintomáticas lumbares (únicas 33,3%, múltiples 66,7%).

Conclusión: Si bien las estrategias FLS deben adaptarse a las realidades locales, conocer el tipo de fracturas y la población permite crear estrategias para abordar estos pacientes y realizar prevención.

0283

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL REGISTRO NACIONAL DE ESCLEROSIS SISTÉMICA

Fabiana MONTOYA¹, Mariana Natividad MARTÍNEZ LOZANO¹, Mauricio MACHADO RIVIS¹, Tony Gregory VELEZ MACÍAS¹, Eduardo KERZBERG¹, Alejandro BRIGANTE¹, Paula PUCCI², Zey RAMOS⁴, Julieta Silvana MORBIDUCCI⁴, Anastasia SECCO⁴, Natalia TAMBORENEA⁴

¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS, RAMOS MEJÍA, ²SANATORIO GÜEMES, ³HOSPITAL ALEMÁN, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, ⁴HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) se caracteriza por daño vascular, alteraciones inmunológicas y fibrosis. La baja incidencia y la variabilidad clínica dificultan el conocimiento de esta enfermedad. Dado que la información local es escasa, la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR), a través del grupo de Estudio GESAR Esclerodermia, creó un Registro Nacional de pacientes con ES a fin de generar una cohorte prospectiva.

Objetivo: Describir las características clínicas, demográficas y socioeconómicas de los pacientes con diagnóstico de ES según criterios ACR/EULAR 2013, ingresados en el Registro Argentino de Esclerosis Sistémica.

Métodos: Estudio descriptivo, multicéntrico, de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de ES según criterios ACR/EULAR 2013. Se recolectó información clínica, demográfica, socioeconómica y de tratamiento.

Resultados: Ingresaron al registro 151 pacientes con ES que cumplían criterios 2013 con una mediana de puntuación de 12 RIC (4-28). El 45,7% (n=69) de los pacientes presentaba ES limitada, mientras que el 26,5% (n=40) ES difusa y el 5,3% (n=8) ES sin esclerodermia. En la Tabla se describen las características de la población. El 44,4% (n=67) presentaba anticuerpos anticentrómero positivo y el 22,5% (n=34) anti-scl70 positivo. Los inmunosupresores utilizados con mayor frecuencia fueron: micofenolato en el 28,5% de los casos con una mediana de dosis de 1,5 g Ric (1-3) y metotrexato VO en el 25,8%. En relación con el compromiso orgánico, el 66% (n:100) presentó patrón SD específico en la capilaroscopia. El compromiso cardiovascular primario se evidenció en el 6% de los pacientes incluidos, el 69,5 % presentó compromiso gastrointestinal, siendo el compromiso esofágico el más frecuente. El 55,6% de los pacientes incluidos presentó enfermedad pulmonar intersticial, siendo el patrón tomográfico más frecuente el NSIP.

Edad media (DS)	56 ±12
Femenino n(%)	131 (86,8%)
Años dx m (RIC)	7 (1-18)
Etnia caucásica n(%)	104 (68,9%)
Residencia Urbana n(%)	131 (86,8%)
Educación > 12 años completa n(%)	50 (33,2%)
Obra Social +Prepaga n(%)	103 (68,2%)
Certificado de Discapacidad n(%)	37 (24,5%)
Trabajo Remunerado n(%)	44 (29,2%)

Tabla: Características de la población.

El compromiso cardiovascular primario se evidenció en el 6% de los pacientes incluidos, el 69,5 % presentó compromiso gastrointestinal, siendo el compromiso esofágico el más frecuente. El 55,6% de los pacientes incluidos presentó enfermedad pulmonar intersticial, siendo el patrón tomográfico más frecuente el NSIP.

Conclusión: Es el primer análisis del Registro Nacional de pacientes con ES. Encontramos similitudes en la frecuencia del compromiso orgánico gastrointestinal y pulmonar con respecto a otras cohortes, no así en el uso de medicación inmunosupresora. Es necesario continuar incorporando pacientes a fin de mejorar el conocimiento acorde a la epidemiología regional.

0284

COMPARATIVA DE SEGURIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS REUMATOLÓGICAS TRATADOS CON JAKi VS. bDMARDS EN AMÉRICA LATINA: RESULTADOS PRELIMINARES DEL REGISTRO DE LA VIDA REAL DE PANLAR (PANRED)

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

REGISTRO PANRED-PANLAR

Introducción: Si bien la incorporación de fármacos biológicos y pequeñas moléculas ha mejorado el tratamiento de las enfermedades inflamatorias reumatológicas, es importante el monitoreo de los eventos adversos asociados a los mismos.

Objetivo: Analizar las diferencias en el perfil de seguridad en pacientes con enfermedades inflamatorias reumatológicas tratados con JAKi vs. bDMARDs en América Latina.

Métodos: Se analizaron datos de seguridad provenientes del registro de la vida real de PANLAR (PANRED), el cual consta de pacientes consecutivos con diagnóstico de AR, APs y EspA, desde diciembre de 2021 a julio de 2024. Se seleccionaron pacientes que iniciaron un nuevo tratamiento con JAKi y bDMARDs. Realizamos un análisis descriptivo de las características de los datos de seguridad junto con las comparaciones pertinentes, chi-cuadrado o test de Fisher para las variables categóricas. Se consideró una $p < 0,05$ como significancia estadística.

Resultados: Se incluyeron 1406 pacientes pertenecientes a ambos grupos de tratamiento, de los cuales 694 completaron al menos un año de seguimiento. Se observó un desarrollo de 17,1% y 16,4% de AEs en los grupos de JAKi y bDMARDs respectivamente, sin hallar diferencias significativas. No se encontraron diferencias al comparar la proporción de EAS e infecciones serias. Cuando se analizaron los EA de especial interés si bien no hubo diferencias globales, los pacientes en tratamiento con bDMARDs tuvieron mayor desarrollo de eventos tromboembólicos ($p < 0,0001$). Aunque los pacientes con JAKi tuvieron numéricamente mayor proporción de defunciones, las mismas no alcanzaron significancia estadística (ver en poster los resultados de seguridad en pacientes con enfermedad inflamatoria reumatológica estratificada por tratamiento).

Conclusión: Al comparar a pacientes tratados con JAKi y bDMARDs en América Latina, no encontramos diferencias en cuanto a AEs, infecciones serias y muerte. Los pacientes tratados con bDMARDs desarrollaron una mayor cantidad de eventos tromboembólicos en el seguimiento. Este registro recibió un Grant irrestricto de Abbvie, Pfizer y Janssen.

0285

FRECUENCIA DE ÚLCERAS DIGITALES EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA Y SU RELACIÓN CON NIVELES DE ÁCIDO ÚRICO

Gina Alejandra CAMPOVERDE LALANGUI, Lía INGOLOTTI, Lucía CASTORINO, Sabrina SILVA, María Lourdes MAMANI ORTEGA, Simón SIGNORIO, Micaela RODRÍGUEZ, Santiago DALTO, Aixa Lucía MERCÉ, Julieta MORBIDUCCI, Guillermina SORASIO, Vanesa BEJARANO, Natalia TAMBORNEA, Anastasia SECCO

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA

Introducción: Las úlceras digitales son una complicación asociada a daño y discapacidad en pacientes con esclerosis sistémicas (SSc). Los niveles elevados de ácido úrico se han relacionado con disfunción endotelial, proliferación de células de músculo liso e inflamación vascular reportándose una posible asociación entre úlceras digitales e hiperuricemia.

Objetivo: Describir la frecuencia de úlceras digitales en pacientes con SSc. Comparar los niveles de ácido úrico en pacientes con SSc que presentaron úlceras digitales vs. aquellos que no.

Métodos: Estudio observacional, analítico, de corte transversal. Se incluyeron pacientes >18 años con diagnóstico de SSc según criterios ACR-EULAR 2013, con y sin úlceras digitales. Se excluyeron pacientes con otras enfermedades autoinmunes o enfermedades crónicas. Se revisaron historias clínicas para determinar el registro de úlceras digitales y niveles de ácido úrico. Las variables continuas se describieron como media y desvío estándar, o mediana y rango intercuartílico (RIC), según distribución y tamaño muestral. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes. Para la comparación entre grupos se utilizó Mann Whitney.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes, 90% mujeres ($n=36$), la media de edad en años fue 57,7 (± 15), la evolución de la enfermedad en años fue 8,6 ($\pm 5,2$). El 67,5% SSc limitada, 97% FAN+, 50% patrón centromérico, 17% SCL-70 + fuerte. La frecuencia de úlceras digitales fue 15%, la media de ácido úrico fue 4,36 mg/dL ($\pm 1,2$), 13% tenía hiperuricemia (media de 6,62 mg/dl). El 83% recibía vasodilatador, más usados sildenafil (45%) y nifedipino (24%), solo uno recibió vasodilatador EV (alprostadil). No se encontraron diferencias en los niveles de ácido úrico entre los pacientes con úlceras digitales y los que no desarrollaron (mediana 4,15 RIC 3,18-5,4 vs. mediana 4,15 RIC 3,5-5 $p=0,47$) (ver en poster el resto de las características clínicas y el tratamiento inmunosupresor).

Conclusión: La frecuencia de úlceras digitales fue 15% acorde a lo reportado en la literatura. No se encontró relación entre el desarrollo de úlceras digitales e hiperuricemia, requiriéndose estudios prospectivos con mayor número de pacientes para confirmar nuestros hallazgos.

0286

DIFERENCIAS DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y COMORBILIDADES EN PACIENTES CON ENFERMEADES REUMATOLÓGICAS INFLAMATORIAS: DATOS PRELIMINARES DEL REGISTRO DE LA VIDA REAL DE PANLAR (PANRED)

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

REGISTRO PANRED-PANLAR

Introducción: En América Latina las diferencias regionales pueden influir significativamente en el acceso y el tratamiento de las enfermedades reumatológicas. Estas variaciones subrayan la importancia de identificar y comprender las diversas realidades para mejorar el abordaje y la equidad en el manejo de estas condiciones.

Objetivo: Evaluar las diferencias de las características sociodemográficas, clínicas y comorbilidades en pacientes con enfermedades reumatológicas inflamatorias en América Latina.

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

Resultados: Se incluyeron 1939 pacientes. El género femenino fue más prevalente en los pacientes con AR ($p < 0,0001$ en APs y EspA). Con respecto a la etnia, los pacientes con APs tuvieron menor proporción de mestizos y mayor proporción de blancos que los pacientes con AR ($p = 0,0001$ en ambos grupos). Los pacientes con AR fueron más desempleados ($p < 0,001$ en APs y EspA) y tuvieron menor cobertura de salud ($p = 0,0001$ y $p = 0,004$). Los pacientes con EspA fueron más jóvenes (AR $p = 0,003$ APs $p = 0,001$), tuvieron tasas más bajas de comorbilidades cardiovasculares (hipertensión, dislipemia, tabaquismo), y tasas más altas de uveítis y enfermedad inflamatoria intestinal ($p < 0,001$ en comorbilidades con alguno de los grupos restantes). Hubo mayor prevalencia de enfermedad intersticial pulmonar en los pacientes con AR (APs $p < 0,0001$). No se encontraron diferencias en neoplasias e infecciones (ver en poster las características sociodemográficas, etnicidad y comorbilidades estratificadas por enfermedad).

Conclusión: Se encontraron diferencias dispersas en las variables sociodemográficas, clínicas y comorbilidades entre los tres grupos analizados. Este registro recibió un Grant irrestricto de Abbvie, Pfizer y Janssen.

0289

DIFERENCIAS EN PATRONES DE INDICACIÓN DE JAKi EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS EN BRASIL VS. EL RESTO DE AMÉRICA LATINA: RESULTADOS PRELIMINARES DEL REGISTRO DE LA VIDA REAL DE PANLAR (PANRED)

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

REGISTRO PANRED-PANLAR

Introducción: Si bien los JAKi son una terapia aprobada para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR), en América Latina sus patrones de indicación y acceso real son desconocidos.

Objetivo: Evaluar las diferencias en los patrones de prescripción de JAKi en pacientes tratados por AR en Brasil vs. el resto de América Latina.

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

Resultados: Se incluyeron 603 pacientes (48,2% de Brasil). Se observó que los pacientes brasileños tratados con JAKi tuvieron una mayor duración de la enfermedad ($p < 0,001$), una mayor falla previa a bDMARD ($p < 0,0001$) y una mayor falla previa a JAKi ($p = 0,001$) en comparación con el resto de América Latina. No se encontraron diferencias basales con respecto a la actividad, comorbilidades o capacidad funcional (ver en poster las características de los pacientes tratados con JAKi estratificados por región de prescripción).

Conclusión: En Brasil los JAKi fueron más comúnmente prescritos en pacientes con mayor duración de la enfermedad y principalmente luego de falla a bDMARDs en comparación con el resto de América Latina. Este registro recibió un Grant irrestricto de Abbvie, Pfizer y Janssen.

0290

TASAS DE DISCONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS REUMATOLÓGICAS EN AMÉRICA LATINA: DATOS PRELIMINARES DEL REGISTRO DE LA VIDA REAL DE PANLAR (PANRED)

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

REGISTRO PANRED-PANLAR

Introducción: Si bien el acceso a las nuevas terapias ha mejorado la evolución de las enfermedades reumatológicas, un gran grupo de pacientes experimenta eventos adversos que pueden llevar a la discontinuación. Por este motivo, es de utilidad conocer el impacto en la vida real en América Latina.

Objetivo: Evaluar las tasas de discontinuación de fármacos modificadores de la enfermedad reumática en pacientes con enfermedades inflamatorias reumatológicas en América Latina.

Métodos: Se analizaron datos de discontinuación de DMARDs del registro de la vida real de PANLAR (PANRED) el cual consta de pacientes consecutivos con diagnóstico de AR, APs y EspA desde diciembre de 2021 a julio de 2024. Realizamos un análisis descriptivo de las tasas y causas de junto con las comparaciones pertinentes, utilizando test no paramétricos para las variables continuas y chi-cuadrado, o test de Fisher para las categóricas. Se consideró una $p < 0,05$ como significancia estadística.

Resultados: Se incluyeron datos de 1948 pacientes. 855 completaron al menos un año de seguimiento. Globalmente se reportaron 12,6% de discontinuaciones entre los grupos de tratamiento (72,4% permanente). En el análisis comparativo, los pacientes bajo tratamiento con JAKi tuvieron una mayor proporción de discontinuación global alcanzando un 18,6% (bDMARD $p < 0,001$, cDMARD $p < 0,0001$) a expensas de la suspensión transitoria (bDMARD $p < 0,0001$, cDMARD $p = 0,001$). No se encontraron diferencias con respecto al tiempo a la discontinuación. El principal motivo de discontinuación fue la pérdida de eficacia primaria en los pacientes bajo tratamiento con JAKi (28,4 % IC 95% 20,6-37,3-) y bDMARD (31,7% IC 95% 21,8-42,9) y la suspensión por evento adverso no relacionado en el grupo de cDMARDs (33,3% 19,5-49,5). A pesar de esto no se encontraron diferencias significativas en el análisis comparativo de las causas de discontinuación (ver en poster el resumen de las principales variables).

Conclusión: Los pacientes que iniciaron JAKi tuvieron una mayor tasa de discontinuación global a expensas de la suspensión transitoria. No se encontraron diferencias al analizar el tiempo a la discontinuación y las causas de las mismas. Este registro recibió un Grant irrestricto de Abbvie, Pfizer y Janssen.

0292

ESTADIOS DE FOSTER SEGÚN EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DEL PENFIGOIDE OCULAR CICATRIZAL

Andrea SMICHOWSKI¹, Ariana RINGER², Ramiro GÓMEZ³, Belén María VIRASORO⁴, Emanuel BERTILLER⁵, Alex KOSTIANOVSKY⁴, Sebastián MUÑOZ⁴, Mariana DELPIAZ⁶, Shirley CABALLERO⁷, Carlos SIEGRIST⁸, Brian Marcelo ABDALA², Marcelo ABDALA², Serenela CHULIBERT², Daniel GROSSI², Marisa JORFEN⁸, María ALBANESE⁹, Liliána MARTÍNEZ⁹, Eliana SEGRETIN¹⁰, Mauro MARTINI¹⁰, Eduardo PRIMOLI¹⁰, Javier ROSA¹⁰, Nora ASTE¹, Paula HOLZMAN¹, Claudia SA¹, Eduardo RUBIN¹¹, Antonio CHEMEZ¹, Lorena BRANCE¹², Ana PÉREZ¹³, Boris KISLUK¹⁴, Micaela COSATTI¹⁴, Guillermo BERBOTTO¹⁴, Ignacio GANDINO¹⁰

¹CONSULTORIO PRIVADO, HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ²HOSPITAL POSADAS, ³CONSULTORIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES, ⁴HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JUAN A. FERNÁNDEZ, ⁵COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA VISCA, ⁶HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND, ⁷CONSULTORIOS MÉDICOS Y LABORATORIO DE ANÁLISIS BIOQUÍMICOS E INMUNOLÓGICOS, ⁸HOSPITAL MILITAR CENTRAL, ⁹HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ¹⁰CENTRO OFTALMOLÓGICO RUBIN, ¹¹REUMATOLOGÍA ROSARIO, ¹²INSTITUTO DE INMUNOLOGÍA CLÍNICA Y EXPERIMENTAL DE ROSARIO (IDISER, CONICET), ¹³HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, GRANADERO BAIGORRIA, ¹⁴DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA E INMUNOLOGÍA

Introducción: El penfigoide ocular cicatrizar (POC) es una enfermedad autoinmune que dejada a su libre evolución puede dejar secuelas o incluso producir ceguera. Si bien se conoce que progresa, poco se sabe de cuánto es esa progresión según los distintos estadios de la enfermedad y los tiempos que podrían ser relevantes para que esto ocurra.

Objetivo: Describir los tiempos de demora en el diagnóstico del POC y su estadio de Foster al diagnóstico. Evaluar los factores asociados a peores estadios iniciales de la enfermedad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo y multicéntrico. Se revisaron historias clínicas de mayo de 2006 a enero de 2024 de pacientes con diagnóstico de POC de diferentes centros de reumatología en Argentina. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y de laboratorio. Se registro el estadio de Foster inicial en la primera consulta y se interrogó sobre el tiempo que el paciente estaba con síntomas asociados al POC hasta la fecha del diagnóstico de la enfermedad. Se realizó un análisis de regresión logística para identificar las variables que se asociaban a estadios de Foster severos (2, 3 y 4).

Resultados: Se incluyeron 168 pacientes. La mayoría eran de sexo femenino (73,2%), con una edad media al diagnóstico de 64,1 (DS 13.2) años. La mediana de retraso de diagnóstico fue de 36 (RIC 107) meses. Siete (3,5%) pacientes tenían un estadio de Foster 0 al diagnóstico. Los pacientes con estadios de Foster 1, 2, 3 y 4 tenían un retraso de 23 (RIC 83.5), 44,5 (RIC 92), 62,5 (RIC 72) y 56 (RIC 1295) meses de mediana, respectivamente. La Tabla resume las características de los pacientes y los divide según la severidad del estadio de Foster. El análisis de regresión logística evidenció que un retraso en el diagnóstico de 30 meses se asoció con mayor severidad en los estadios de Foster (OR 4.1; IC 95% 1,9 a 8,9; $p < 0,001$) ajustado por hipergammaglobulinemia y exposición ambiental ocupacional.

Conclusión: En nuestra serie pudimos establecer la relación entre los tiempos de demora en el inicio del tratamiento con peores estadios de Foster. Si bien con el retraso de 23 meses se observaron cicatrices, los estadios más severos parecen manifestarse pasados los 30 meses de enfermedad.

Tabla: Características de los pacientes.

	Total (168)	Foster 0 y 1 (97; 57.7%)	Foster 2,3 y 4 (71; 42.3%)	P valor
Sexo femenino, n (%)	123 (73.2)	69 (71.1)	54 (76.1)	0.47
Edad al diagnóstico, media (DS)	64.1 (13.2)	63.7 (12.5)	64.5 (14.1)	0.71
Retraso en el diagnóstico en meses, mediana (RIC)	36 (107)	24 (108)	56 (93)	0.03
Antecedentes de otras enfermedades autoinmunes, n (%)	46 (43.4)	21 (41.2)	25 (45.4)	0.65
Antecedentes de neoplasias, n (%)	19 (14.7)	14 (21.2)	5 (7.9)	0.03
Antecedentes de atopia, n (%)	23 (39.7)	8 (36.4)	15 (41.7)	0.68
Tabaquismo, n (%)	56 (47.1)	24 (40)	32 (54.2)	0.12
Exposición laboral a polvos/gases, (%)	50 (29.8)	17 (17.5)	33 (46.5)	<0.001
Antecede de cirugía ocular, n (%)	60 (50)	30 (49.2)	30 (50)	0.91
AV corregida primera consulta, media (DS)	4.6 (4.3)	4.5 (4.7)	4.9 (3.7)	0.54
Compromiso extraocular, n (%)	16 (9.9)	7 (7.8)	9 (12.7)	0.32
Eritrosedimentación, media (DS)	18.8 (17.2)	18.5 (16.3)	19.2 (18.7)	0.83
PCR > 10mg/L, n (%)	173 (63.4)	105 (61.7)	68 (66)	0.47
Hipergammaglobulinemia, n (%)	29 (20.7)	9 (12)	20 (30.7)	0.01
Inmunoglobulina E elevada, n (%)	13 (22)	5 (21.7)	8 (22.2)	0.96
ANA positivos (>1/80), n (%)	32 (39)	16 (45.7)	16 (34)	0.28

FACTORES ASOCIADOS A PROGRESIÓN DEL PENFIGOIDE OCULAR CICATRIZAL

Ariana RINGER¹, Andrea SMICHOWSKI², Ramiro GÓMEZ³, Belén María VIRASORO⁴, Alex KOSTIANOVSKY⁴, Sebastián MUÑOZ⁴, Carlos SIEGRIST⁵, Brian Marcelo ABDALA², Marcelo ABDALA⁶, Serenel CHULIBERT⁶, Daniel GROSSI⁶, Marisa JORFEN⁵, María ALBANESE⁷, Eliana SEGRETIN⁸, Javier ROSA⁸, Claudia SA², Paula HOLZMAN², Eduardo RUBIN⁹, Antonio CHEMEZ², Lorena BRANCE¹⁰, Ana PÉREZ¹¹, Guillermo BERBOTTO¹¹, Boris KISLUK¹¹, Micaela COSATTI¹², Rodolfo DARRERA², Roberto GORDON², Alejo VERCESI², Valeria KONNO YOSHIE², Jorge MURAVCHIK², Lucía ALONSO², Daniel GARCÍA², Mauro PANICHELLI², Ignacio GANDINO⁸

¹HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ²CONSULTORIO PRIVADO, ³HOSPITAL POSADAS, ⁴CONSULTORIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES, ⁵CONSULTORIOS MÉDICOS Y LABORATORIO DE ANÁLISIS BIOQUÍMICOS E INMUNOLÓGICOS, ⁶HOSPITAL DEL CENTENARIO, ⁷HOSPITAL MILITAR CENTRAL, ⁸HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ⁹CENTRO OFTALMOLÓGICO RUBIN, ¹⁰REUMATOLOGÍA ROSARIO, ¹¹INSTITUTO DE INMUNOLOGÍA CLÍNICA Y EXPERIMENTAL DE ROSARIO (IDISER, CONICET), ¹²HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, GRANADERO BAIGORRIA, ¹³SERVICIO DE REUMATOLOGÍA E INMUNOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO CEMIC

Introducción: El penfigoide de membranas mucosas (PMM) es una enfermedad autoinmune que afecta las mucosas de todo el cuerpo, incluida la conjuntiva. La afectación ocular se denomina penfigoide ocular cicatrizaral (POC) y es escasa la información sobre su comportamiento, tanto en el mundo como en América Latina.

Objetivo: Describir los factores asociados a la progresión del POC en centros de reumatología en Argentina.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico. Se revisaron historias clínicas de mayo de 2006 a enero de 2024 de pacientes con diagnóstico de POC con biopsia positiva de diferentes centros de reumatología en Argentina con al menos 12 meses de seguimiento. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y de laboratorio. Se evaluó la progresión de la enfermedad por medio de los estadios de Foster y las variables asociadas a la progresión. Se consideró progresión al cambio en al menos un punto y en al menos un ojo en el estadio de Foster entre la primera y última visita.

Resultados: Se incluyeron 135 pacientes. La mayoría de los pacientes pertenecía al sexo femenino (72,6%), con una edad media de 63,5 años (DS 14.9) y una mediana de seguimiento de 31 (RIC 37) meses. El 95% de los pacientes recibió tratamiento sistémico, incluyendo glucocorticoides sistémicos (68%), fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales (95,5%) y fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos (4,9%). Al final del seguimiento, el 3% (n=4) mostró progresión en el estadio de Foster. Solamente el compromiso de otras mucosas diferentes a la ocular y la elevación de la eritrosedimentación (VSG) se asociaron a progresión (ver en poster las características de los pacientes).

Conclusión: En nuestra serie solo el 3% de los pacientes progresó después de una mediana de seguimiento de 31 meses, asociándose esto al compromiso de otras mucosas y a la elevación de la VSG.

PREVALENCIA DE NEUROLUPUS MODERADO Y GRAVE EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Deynaer AGUILAR MEDINA, Lía INGOLOTI, Aixa Lucia MERCÉ, María Belén PALLO LARA, Micaela RODRÍGUEZ, Zey RAMOS, Gina CAMPOVERDE, Simón SIGNORIO, Lucía María CASTORINO, Santiago DALTO, Anastasia SECCO

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA

Introducción: Se estima que el 20%-40% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) presenta síntomas neuropsiquiátricos (LESNP). Sin embargo, es escasa la información acerca del compromiso moderado a severo.

Objetivo: Determinar la frecuencia de LESNP moderado y severo según el *British Isles Lupus Assessment Group* (BILAG) A y B, y describir las variables clínicas y el manejo terapéutico.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal, con recolección retrospectiva de datos de historias clínicas de pacientes con criterios ACR 1997/SLICC 2012 y EULAR/ACR 2019 para LES, atendidos en un hospital público hasta junio de 2023. Las variables continuas se describieron como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, y las categóricas en porcentajes.

Resultados: Se incluyeron 133 pacientes. Media de edad 43 años (±13), 87% sexo femenino, 15% (n=20) presentó LESNP, 11 con BILAG A (psicosis: 18%, meningitis aséptica: 18%, polineuropatía: 18%) y 9 con BILAG B (ACV no vasculítico 33%, convulsiones 22%). La mediana de evolución del LES al momento del compromiso neurológico fue de 4 años (RIC 2.5-8). 15% se asoció a síndrome de Sjögren. 50% presentó anticuerpos para síndrome antifosfolípido (SAF), 33% doble positividad, 35% (n=7) tenía diagnóstico de SAF. La mediana del título de FAN fue 1/360 (RIC 320-1280), 44% tenía ac-antiSM, 52% ac-antiDNA y 63% hipocomplementemia. La media de SLEDAI 2K fue 12,5 (±4,5). El 81% recibía hidroxicloquina antes del LESNP y para su manejo el 30% recibió dosis altas de corticoides, 20% rituximab, 15% ciclofosfamida, 10% gammaglobulina EV, 10% requirió más de un inmunosupresor, 15% recibió otra medicación entre ellas anticoagulantes, estatinas y aspirina. Con respecto a otras manifestaciones, el 85% presentó un brote extraneurológico.

Conclusión: En nuestro estudio el 15% presentó LESNP moderado-grave. Dada su gravedad, es importante conocer su prevalencia y las características para el reconocimiento y abordaje temprano. Consideramos relevante sumar investigaciones al respecto.

INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE ESPONDILOARTRITIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Grisel MAITA ROMERO, Leandro FERREYRA GARROTT, María Josefina ETCHEVERS, María Belén SÁNCHEZ, María Josefina SOBRERO, Marina SCOLNIK, Enrique SORIANO, Nicolás ALVARADO, Javier ROSA

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: Las manifestaciones extraintestinales (MEI) más frecuentes de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) son las musculoesqueléticas; se presentan como espondiloartritis (EspA) axial (EspAax) y periférica (EspAp).

Objetivo: Establecer la densidad de incidencia y prevalencia de EspA en EII; evaluar los factores de riesgo para su desarrollo.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de EII realizado entre el 01/01/2000 y el 30/06/2023, afiliados a un sistema de salud de un hospital universitario de la Ciudad de Buenos Aires, con al menos 1 año de seguimiento. Los pacientes fueron seguidos hasta su muerte, desafiliación del sistema de salud o fecha final del estudio (30/06/2024). Se registraron las características clínicas y demográficas, y se calculó la densidad de incidencia y la prevalencia de EspA (criterios ASAS). Se evaluaron los factores de riesgo para el desarrollo de EspA mediante modelos de Cox.

Resultados: Se incluyeron 306 pacientes con EII. El 40,7% (IC 95% 53,7-65,0) fue del sexo masculino; la edad media al diagnóstico de EII fue 46 años; 78,4% fue CU. La prevalencia de EspA fue de 11% (IC 95% 6,7-17,3), 9,7% (IC 95% 5,7-15,8) para EspAp y 1,9% (IC 95% 0,5-6,0) para EspAax. La densidad de incidencia fue de 6.4 por 1000 paciente-años (IC 95% 3,9-9,7), 5,8 (IC 95% 3,5-9,1) y 1,2 (IC 95% 0,3-3,2), respectivamente. En el análisis multivariado, los antecedentes familiares de EII, las MEI no musculoesqueléticas, el uso de azatioprina para EII se asociaron a mayor riesgo EspA (HR 13,2, 10,6 y 15,3, respectivamente, $p < 0,05$). La terapia biológica para EII no se asoció con menor riesgo de EspA (ver en poster las características basales de la población).

Conclusión: En nuestra cohorte, la incidencia y prevalencia de EspA en EII fue similar a lo publicado en la literatura: se asoció con antecedentes familiares de EII, presencia de MEI no musculoesqueléticas y uso de azatioprina.

0296

DAÑO RELACIONADO A LOS GLUCOCORTICOIDES EN PACIENTES CON POLIMIALGIA REUMÁTICA

Micaela COSATTI¹, María Laura DE LA TORRE¹, Anabella RODRÍGUEZ², Catalina QUIAN¹, Cecilia PISONI¹

¹CEMIC, ²HOSPITAL BRITÁNICO

Introducción: La polimialgia reumática (PMR) es una enfermedad inflamatoria que afecta principalmente a mayores de 50 años y requiere del uso prolongado de glucocorticoides.

Items del score de daño	N (%)
HTA	56 (33)
Aumento de peso	32 (19)
Osteoporosis	26 (15)
Fracturas	15 (9)
Insomnio	25 (15)
Diabetes	22 (13)
Dislipemia	19 (11)
Palpitaciones	16 (9)
Otros cardiovascular	12 (7)
Cataratas	14 (8)
Glaucoma	2 (1)
Cushing	7 (4)
Miopatía esteroidea	6 (4)
Necrosis ósea avascular	1 (0.6)
Insuficiencia suprarrenal	6 (4)
Hematomas	1 (4)
Ulceras	1 (4)
Infección respiratoria	28 (17)
Infección urinaria	21 (13)
Internación por infección	2 (10)

Objetivo: Evaluar el daño acumulado por glucocorticoides en pacientes con PMR. En la práctica clínica es importante predecir qué pacientes podrán acumular daño relacionado a los glucocorticoides.

Métodos: Estudio de corte transversal en pacientes consecutivos con PMR de nuestra sección. Se recolectaron variables demográficas, comorbilidades basales, de la enfermedad, y los efectos adversos relacionados al uso de corticoides. Se agruparon en 14 dominios conformados en "score de daño". Los ítems de cada dominio debían estar presentes luego de 6 meses de iniciados los glucocorticoides y no al diagnóstico para poder atribuirlos al score. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyeron 170 pacientes, 117 (69%) mujeres, con una mediana de 72 años (68-77). Al diagnóstico, 96 (56%) tenían hipertensión, 78 (46%) dislipemia, 27 (16) diabetes y 19 (11%) obesidad. La dosis media inicial de meprednisona fue de 16 mg (DS 6), 88 (53%) recibieron dMARDs. La mediana de tiempo de seguimiento fue de 22 meses (10-47) y 80 (49%) presentaron al menos una recaída. La mediana de ítems presentes en el score de daño luego de 6 meses de tratamiento fue 1 (0-4), 141 (83%) tuvieron al menos 1 ítem durante su evolución. La prevalencia de cada uno se detalla en la Tabla. En el análisis univariado, los pacientes con un score de daño ≥ 1 comparado con los que no acumularon daño tenían las siguientes características con significado estadístico: obesidad al diagnóstico ($p 0,036$), enfermedad cardiovascular al diagnóstico ($p 0,059$), síntomas en cintura escapular ($p 0,023$), pitting edema ($p 0,002$), mayor VSG inicial ($p 0,049$), mayor PCR inicial (0,052), mayor tiempo de seguimiento ($p 0,015$) y mayor tiempo de uso de glucocorticoides ($p 0,001$).

Conclusión: El 83% de los pacientes tuvo al menos 1 ítem en el score de daño, los más frecuentes: hipertensión, aumento de peso, osteoporosis, insomnio, diabetes y dislipemia. En el análisis univariado, la obesidad y la enfermedad cardiovascular al diagnóstico, los reactantes de fase aguda más elevados y el uso prolongado de glucocorticoides se relacionaron con un score de daño ≥ 1 .

Tabla: Ítems del score de daño.

0297

CONSULTA CONJUNTA DE NEFROLOGÍA Y REUMATOLOGÍA. NUESTRA EXPERIENCIA

Laura GALVÁN, Silvana LANZONE, Fernando MARTÍN

HOSPITAL RAWSON

Introducción: Los pacientes con enfermedades reumáticas presentan en el curso de la enfermedad manifestaciones clínicas algunas veces críticas que requieren la valoración multidisciplinaria para una atención más resolutive. En esta consulta, a diferencia de la atención tradicional, el paciente es evaluado en el mismo día por dos especialidades involucradas en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad.

Objetivo: Análisis descriptivo del consultorio conjunto semanal de Nefrología y Reumatología en un Hospital Público.

Métodos: El consultorio conjunto inició de diciembre de 2021 a julio 2024. Se evaluó un día a la semana referido por un médico reumatólogo o nefrólogo de atención particular. El consultorio conjunto está integrado por una médica especialista en Nefrología clínica, un nefrólogo intervencionista y una médica especialista en Reumatología; también cuenta con agenda especial.

Resultados: En total se evaluaron 46 pacientes, edad promedio 40 años, el 65% fue mujer. El 89,1% tuvo diagnóstico de lupus, 8,6% enfermedades metabólicas y el 2,2% vasculitis sistémicas. De la totalidad de los pacientes con lupus, el 41,3% tuvo glomerulonefritis tipo IV 17,4 tipo V y cronicidad tipo VI en 17,4% de los pacientes. Se realizó tratamiento de inducción en el 80,4% de los pacientes y el 13% permaneció en controles exclusivos por Nefrología por presentar insuficiencia renal crónica. Durante las evaluaciones posteriores, se evaluaron pacientes para rebiopsia debido a la falta de respuesta terapéutica, realizándose en 12 que correspondieron al 26,01% de los pacientes evaluados. Se utilizó terapia multitarget en el 28,3.

Conclusión: El consultorio conjunto de dos disciplinas optimiza el manejo del paciente para evitar duplicidades de pruebas complementarias, retrasos en el diagnóstico y más aún en la toma de decisiones terapéuticas, según la evolución, y el planteo de rebiopsiar y de intensificar la inmunosupresión, con la consiguiente optimización de los recursos hospitalarios.

CONDUCTA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ARTRALGIA CON RIESGO DE PROGRESIÓN A ARTRITIS PSORIÁSICA

Juan ARGUELLO, Santiago RUTA, Felicia ALMADA, Ronald PÉREZ, Gisel REYES, Rodrigo GARCÍA SALINAS

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, LA PLATA

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

Objetivo: Estimar la frecuencia de inicio de tratamientos y drogas en pacientes con artralgias con riesgo de progresión a APs (ARP-APs) y factores de riesgo elevados de progresión.

Métodos: Estudio de cohorte prospectivo, pacientes con artralgias. Al basal se realizó: laboratorio, rayos X, ultrasonografía y entrevista clínica. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y clinimétricos. Se investigó la presencia de psoriasis (Pso) y antecedentes familiares (HF). Se excluyeron aquellos con diagnóstico previo de APs. La ARP-PsA se definió como pacientes con artralgia más Pso y/o FH. Se evaluó el inicio de tratamiento en este grupo y se analizaron las diferencias del inicio de tratamiento entre los pacientes que desarrollaron y no APs al año. En una publicación previa se detectaron los factores predictivos para el desarrollo al año de APs (Pso más de 15 años, Pso + antecedentes familiares, Eco + artritis y/o entesopatía), se definieron estos como pacientes con alto riesgo y se evaluó la conducta terapéutica.

Resultados: Se incluyeron 1419 pacientes con artralgia, el 8,4% (119) cumplía criterios ARP-PsA. Este grupo recibió cualquier tratamiento (AINES y/o DMARDs) 41%, solo AINES 22%, solo dMARDs 21% (56% MTX), corticoides 4%. De estos 119 pacientes, 34 desarrollaron APs al año (29%), de estos el 62% recibía tratamiento (AINES y/o DMARD), 35% AINES y 26% DMARDs. La única característica distintiva entre los que recibieron y no tratamiento es que los primeros tenían mayor frecuencia de Pso (60% vs. 24% p 0,001). El número de articulaciones dolorosas, HAQ, los hallazgos en imágenes (eco y Rx) y laboratorios no fueron factores asociados al inicio de tratamiento en ninguno de los grupos. El 36% de los pacientes con ARP-PsA cumplía con al menos un criterio de alto riesgo de desarrollo de APs. El 65% de estos recibía cualquier tratamiento, 33% AINES y 26% DMARDs.

Conclusión: De los pacientes con artralgia con riesgo de progresión a APs el 41% recibió tratamiento (21% DMARDs), de los pacientes que desarrollaron APs al año, el 62% recibía tratamiento, el compromiso en piel fue el factor diferencial. De los pacientes con ARP-APS que cumplían criterios de alto riesgo de progresión, el 65% recibía tratamiento.

EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y SU ATENCIÓN MÉDICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES

Yamila CHICHOTKY¹, José Luis VELASCO ZAMORA¹, Cristian Alejandro BENÍTEZ², Julieta GAMBA², Yhanderin YAMPA VEDIA², María Agustina ALFARO², Arisai HUICI ROJAS², Claudia PEON¹

¹INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS QUILMES, ²HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS

Introducción: La percepción de la salud sexual de los pacientes reumáticos es un aspecto fundamental que influye en su bienestar integral y en su calidad de vida. Las enfermedades reumáticas, que suelen asociarse con dolor crónico, fatiga y limitaciones físicas, pueden afectar significativamente la sexualidad y las relaciones interpersonales. Muchos pacientes experimentan cambios en su función sexual, lo que puede llevar a sentimientos de ansiedad, depresión y aislamiento.

Objetivo: Evaluar la percepción de los pacientes sobre su salud sexual y la importancia que el sistema de salud le asigna.

Métodos: Se realizó una encuesta autoadministrada a pacientes con enfermedades reumáticas. Se evaluaron datos demográficos, diagnóstico, presencia de fibromialgia, modalidad de contacto sexual, actividad sexual actual o no. En los pacientes abstinentes se evaluaron las causas que consideraron relacionadas y en los sexualmente activos la presencia de disfunción sexual, tipo y etiología probable percibida. Se interrogó sobre la temática sexual en la consulta médica general, reumatológica y la relevancia otorgada. Se evaluaron las variables continuas con mediana y rango intercuartílico, las variables categóricas se expresaron en porcentaje y n. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para comparar variables categóricas.

Resultados: Se incluyeron 164 pacientes. El 97,6% de sexo femenino con una edad m de 52 años (RIC 41-59 años). El 57,8% AR, 14% fibromialgia, 8,5% LES, 4,5% Sjögren, 3,7% esclerodermia. El 66,5% era sexualmente activo, siendo la relación monógama heterosexual la más frecuente (89%). El 33,5% refirió abstinencia, el motivo más frecuente fue la falta de deseo sexual (49,1%). Entre los sexualmente activos, el 71% refirió disfunción sexual siendo la sequedad de las mucosas la afectación más frecuente (32,7%). En relación con la consulta médica, el 16% de los encuestados tuvo alguna vez una conversación sobre sexualidad con su reumatólogo y el 14,8% con el médico general tratante. El 82,1%(n=133) encontró relevante abordar esta temática.

Conclusión: Se observó una alta frecuencia pacientes abstemios y de disfunción sexual en la población sexualmente activa. El 82% de la población evaluada consideró relevante el abordaje médico sobre salud sexual, sin embargo, dicha evaluación resultó poco frecuente.

EQUIDAD DE GÉNERO EN LA PARTICIPACIÓN DE CONFERENCISTAS EN LOS CONGRESOS DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

Emilce SCHNEEBERGER¹, Verónica BELLOMIO, Javier ROSA³, Fernando DAL PRA¹, Gustavo CITERA¹

¹INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, ²HOSPITAL PADILLA, ³HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: Varios estudios documentaron que las "reumatólogas" están subrepresentadas en la medicina académica.

Objetivo: Describir la proporción de mujeres invitadas como disertantes en el Congreso anual de Reumatología organizado por la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR) y comparar la distribución de los conferencistas según el sexo entre las charlas organizadas por la SAR y los simposios de la industria farmacéutica.

Métodos: Todos los disertantes médicos reumatólogos de pacientes adultos nacionales y extranjeros que participaron de los congresos anuales de la SAR en los últimos 5 años (2019-2023) fueron consignados a través de la revisión de los programas correspondientes. Criterios de exclusión: reumatólogos pediatras, otras especialidades. Se constataron: edad, sexo, nacionalidad, años de especialidad y lugar de trabajo. Análisis estadístico descriptivo y univariado.

Resultados: Un total de 175 conferencistas participó de los últimos 5 congresos anuales de la SAR en el período 2019-2023. Los disertantes tenían una edad mediana (m) 52,2 años (RIC 44-60), 90 eran varones (V) (51,4%), 113 eran invitados nacionales (64,6%) y tenían un tiempo m 22 de años en la especialidad (RIC 12-30). El 43,4% trabajaba tanto en el medio público como privado. Mayor proporción de mujeres (M) 77 (90,6%) participó en las charlas generales vs. los V 86 (75%), p=0,009. Por el contrario, los V participaron con mayor frecuencia de los simposios auspiciados por la industria farmacéutica 36 (40%) vs. las M 21 (24,7%), p=0,036. Los V tenían significativamente mayor edad que las M, tanto en las charlas generales como en los simposios (p=0,006 y p=0,032, respectivamente). El promedio de charlas generales por disertante fue equivalente entre ambos sexos, mientras que fue numéricamente superior para los V en los simposios (2±2,6 vs. 1,67±1,3). Al analizar solamente los invitados nacionales, estas diferencias se redujeron, pero con iguales tendencias: charlas generales (M 95,2% vs. V 82,3%, p=NS) y simposios (M 22,6% vs. V 35,3%, p=NS).

Conclusión: Aunque las charlas generales del congreso son mayormente dictadas por mujeres, esta relación se invierte en los simposios de la industria farmacéutica. Estas diferencias se reducen notablemente, considerando solo a los conferencistas nacionales.

0313

INFLUENCIA DEL TABAQUISMO EN LA NEFRITIS LÚPICA: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL DE COHORTE RETROSPECTIVA

Gilka Tainat MARTÍNEZ BEJARANO, Demelza YUCRA, Laura SORRENTINO, Vanesa CASTRO COELLO, Linda VERGEL ORDUZ, Alejandro BRIGANTE
SANATORIO GÜEMES

Introducción: La nefritis lúpica (NL) es una manifestación grave del LES, afecta del 29% al 60% de los pacientes. El tabaquismo puede contribuir tanto en la pérdida de tolerancia inmunológica como en el desarrollo de autoinmunidad siendo un factor predictor de enfermedad renal. Las alteraciones a nivel renal son tanto hemodinámicas como no hemodinámicas. Histológicamente se relacionó con engrosamiento de las arteriolas renales, glomerulosclerosis, fibrosis y atrofia tubular.

Objetivo: Evaluar la influencia del tabaquismo en el grado de actividad y cronicidad al momento del diagnóstico de NL, como en la actividad sistémica medida por SLEDAI-2K.

Métodos: Estudio de cohorte observacional retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas electrónicas (01/2006-06/2023). Inclusión: >16 años con diagnóstico de LES (criterios EULAR/ACR 2019) con NL por biopsia con reporte de clase, actividad y cronicidad (criterios OMS/ISN/RPS 2002). Variables: demográficas, tabaquismo al momento de la biopsia renal, carga de tabaquismo (paquete/año), índice de actividad por SLEDAI-2K al momento del compromiso renal. Para la comparación de grupos, en el caso de variables categóricas se utilizó la prueba chi cuadrado. Las diferencias entre grupos se evaluaron con prueba T de Student o U de Mann Whitney para datos continuos. Para evaluar la influencia del tabaquismo en SLEDAI-2K, actividad y cronicidad de la biopsia renal se realizó regresión lineal múltiple.

Resultados: De 153 pacientes, 58 (38%) presentaron NL. 39/58 fueron incluidos con datos completos en el reporte de biopsia renal, debut renal 16/39

NL (n=39)	Tabaquista	No tabaquista	valor P
NL n (%)	17 (43,59)	22 (56,41)	
Sexo femenino n (%)	13 (76,47)	19 (86,36)	0,42
Carga tabaquica p/y Md (RIC)	20 (10-25)	n/a	n/a
SLEDAI-2K Md (IQR)	16 (12-20)	8 (6-12)	<0,001
Clasificación de NL			
Clase II n (%)	2 (11,76)	6 (22,73)	0,37
Clase III n (%)	2 (11,76)	4 (14,29)	0,58
Clase IV n (%)	11 (64,71)	11 (50)	0,35
Clase V n (%)	2 (11,76)	2 (9,09)	0,78
Actividad de NL (ISN/RPS) Md (IQR)	14 (5-16)	5 (3-11)	0,06
Cronicidad de NL (ISN/RPS) Md (IQR)	1 (1-2)	0 (0-1)	0,09

(41%). Los fumadores activos fueron 17/39 (43,59%), con mediana de carga de 20 p/y (RIC 10-25). Ambos grupos (fumadores y no fumadores) fueron predominantemente femeninos. En el grupo de fumadores, la mediana de edad fue mayor al diagnóstico de NL, 36 años (RIC 26-48) vs. 25 años (RIC 22-40), p=0,06, la actividad medida por SLEDAI-2k:16 (RIC 12-20) vs SLEDAI-2k:8 (RIC 6-12) p=<0,001. No hubo diferencias significativas en el grado de actividad y la cronicidad, sin embargo, hubo mayor tendencia en el índice de actividad renal.

Conclusión: Nuestros datos muestran que los pacientes fumadores no presentaron diferencia en el compromiso renal en comparación con los pacientes no fumadores. Sin embargo, se encontró mayor actividad sistémica.

Tabla: Características basales y diferencias en pacientes con NL.

0317

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS PRIMEROS PACIENTES INGRESADOS EN LA BASE NACIONAL DEL SÍNDROME DE SJÖGREN

Cecilia ASNAN¹, Javier CAVALLASCA², Vanesa CRUZAT³, Santiago DALTO³, Javier Federico FLORES TREJO⁴, Laura RAITI⁵, Alejandro MARTÍNEZ MUÑOZ², Nicolás Martín LLOVES SCHENONE⁶, María Belén PALLO LARA³, Silvia PAPASIDERO⁴, Paula PUCCI¹, Rosana QUINTANA⁷, Anastasia SECCO³, Francisco SEGOVIA DAZA³, Jimena YAHUITA²

¹HOSPITAL ALEMÁN, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, ²CONSULTORIO PRIVADO, ³HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA, ⁴HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, ⁵CONSULTORIO PRIVADO, ⁶HOSPITAL CHURRUCA, ⁷UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

Introducción: Debido a la necesidad de generar conocimiento acerca del síndrome de Sjögren primario (SSp) en nuestra realidad, desarrollamos un registro nacional de esta patología.

Objetivo: Describir las características sociodemográficas, clínicas y tratamientos basales de los primeros pacientes ingresados en la nueva base de datos del SSp 2023.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de SSp (criterios clasificatorios americano-europeos 2010 y/o ACR-EULAR 2016), con seguimiento dentro de los últimos 5 años desde el diagnóstico. Criterios de exclusión: asociación a otra enfermedad reumática autoinmune.

Resultados: Se incluyeron 69 pacientes, 94% de sexo femenino, media de edad de 54 años (±15). La mediana desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 12 meses (RIC: 5-28). 23% desocupado por la enfermedad. 70% con alguna comorbilidad (más frecuentes hipertensión e hipotiroidismo). 21% fumador actual o pasado. 91,5% presentaba xerofthalmia y 84,5% xerostomía. Cumplimiento criterio de test oculares: 49% test de Schirmer, 37,3% *ocular staining score*, 14,7% verde de lisamina o Rosa de Bengala. 26% (14/54) presentó sialometría positiva. En el 58% se realizó biopsia de glándula salival menor con utilización de *score* de foco, siendo mayor o igual a 1 en el 80%. 91,5% FAN+, 71,7% anti-Ro+, 39% anti-La+, 48,2% factor reumatoideo+. 37,5% presentó hipocomplementemia, 2% crioglobulinas+ y 27% hipergamaglobulinemia. La mediana del ESSDAI acumulado fue de 2 (RIC: 1-4) y de ClinESSDAI acumulado de 2 (RIC: 1-5). Tanto el ESSDAI como el ClinESSDAI basal tuvieron una mediana de 0 (RIC: 0-2), el ESSPRI de

4,33 (RIC: 4-6) y el índice de daño 1,5 (RIC: 1-2). 93% utilizaba lágrimas artificiales, 52% gel oftálmico, 19% ciclosporina gotas, 9% tapones lagrimales, 57% hidratador bucal, 18% pilocarpina. 32% recibió corticoides, con dosis mediana de 10 (RIC: 6-25), 66% hidroxycloloquina, 15% metotrexato, 11% micofenolato, 9% azatioprina y 4% ciclofosfamida.

Conclusión: Consideramos de relevancia mejorar los tiempos de diagnóstico, evaluar la presencia de comorbilidades por ser muy frecuentes, y promover la implementación óptima de las herramientas diagnósticas y tratamientos disponibles.

0318

¿CUÁLES SON LOS TIEMPOS DE DEMORA DIAGNÓSTICA DE ARTRITIS PSORIÁSICA EN LA ARGENTINA? DATOS DEL REGISTRO NACIONAL DE ENFERMEDAD PSORIÁSICA (RENAEPSO)

Juan Manuel MIRANDA BAZÁN¹, Paula ALBA¹, Alejandro ALBIERO¹, Carla ALONSO¹, Candelaria AUDISIO¹, Juan Pablo AVILA¹, Carla GOBBI¹, Carla MALDINI¹, Verónica SAVIO¹, María Elena CALVO¹, Lucía CAPELLI², Leandro CARLEVARIS², María Laura CASTELLANOS POSSE², Osvaldo CERDA², Micaela COSATTI², Vanesa COSENTINO², Cecilia COSTA², Joan Manuel DAPEÑA², Carolina DIEGUEZ², Cristina ECHEVERRÍA², Ida EXENI², María Soledad GÁLVEZ ELKIN², Julieta GENTILETTI², Florencia GORDILLO², Débora KAPLAN², Gisela KLUWAK², Jennifer KREIMER², Paula LUNA², Maximiliano MACHADO², Karina MALVIDO², Alejandro MARTÍNEZ², María Victoria MARTIRE², Darío MATA², Carla MATELLAN², María MONTEROS², Bárbara PÉREZ CEPAS², Leandro PERROTAT², Gabriela SÁNCHEZ², Verónica SAURIT, Angie SEVERINA², Zaida TROYANO², Diego VILA²

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

Introducción: La enfermedad psoriásica (Pso) es una patología que comprende un espectro de manifestaciones cutáneas y articulares. Actualmente la artritis psoriásica (APs) presenta un retraso diagnóstico significativo, siendo una enfermedad reumática que permanece subdiagnosticada.

Objetivos: Estimar el tiempo de demora diagnóstica en APs de pacientes incluidos en ReNaEPso y analizar las diferencias entre las distintas regiones del país.

Métodos: Se realizó un análisis de la visita basal de los pacientes incluidos en ReNaEPso. Se excluyeron a los pacientes que presentaron menos del 75% de los datos completos. Dicho estudio es una cohorte longitudinal y multicéntrica, que incluye a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de PsO y/o APs de la Argentina. Se evaluaron variables sociodemográficas, clínicas, tratamiento, dominio afectado y comorbilidades. Se consideraron diferencias significativas a una p menor o igual a 0,05.

Resultados: Se incluyeron 121 pacientes con APs. En lo que respecta a la geografía, la región centro incluyó la mayoría de pacientes, siendo el 80% del total (con un 80,39%, 45) de los pacientes diagnosticados antes de los 5 meses y el 78,5% (51) luego de este período. Siguiendo en frecuencia, hubo 9 pacientes (6,52%) en el Noroeste, 8 (5,80%) en la Patagonia, 5 (3,62%) en el Litoral y 3 (2,17%) en la región de Cuyo (ver en poster las características sociales, clínicas y el tiempo hasta el diagnóstico).

Conclusión: El diagnóstico temprano es fundamental en APs para reducir el impacto en el daño articular y en la calidad de vida de los pacientes. La cohorte de ReNaEPso demostró un menor tiempo de demora diagnóstica en APs que lo reportado en la literatura internacional.

0319

FRECUENCIA DEL COMPROMISO ARTICULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Patricia Belén DOMÍNGUEZ LEIVA¹, Javier Federico FLORES TREJO¹, María Alejandra MEDINA¹, Juan Manuel BANDE¹, José CARACCILO¹, Fernando ARIZPE², Silvia PAPASIDERO¹

¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, ²HOSPITAL SAN ROQUE DE GONNET

Introducción: El compromiso articular constituye una de las manifestaciones más comunes del lupus eritematoso sistémico (LES), con una frecuencia descrita en distintas series entre el 63-93%.

Objetivo: Evaluar la frecuencia del compromiso articular en pacientes con LES, y describir sus características clínicas y radiográficas.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, de corte trasversal. Se incluyeron pacientes consecutivos mayores de 18 años con diagnóstico de LES. Se consignaron variables sociodemográficas y características de la enfermedad. Se registró la presencia de compromiso articular al momento de la inclusión (actual y pasado). En aquellos pacientes que presentaron compromiso articular actual se evaluó la presencia de dolor y tumefacción en un recuento de 44 articulaciones, además se constataron trastornos de la alineación. En todos los pacientes que presentaron compromiso articular se obtuvieron radiografías de manos y pies donde un evaluador entrenado informó la presencia de pinzamiento, erosiones y trastornos de alineación. Se consideraron carpos, articulaciones metacarpo-falángicas, interfalángicas proximales y distales en manos, y metatarsofalángicas e interfalángica en pies.

Resultados: Se incluyeron 52 pacientes de 2 centros. El 90,4% fue mujer, edad media de 42,4 años (DE 11) y mediana de tiempo de evolución de la enfermedad de 120 meses (RIC 60-156). El compromiso cutáneo seguido del musculoesquelético fueron los más frecuentes (98,1% y 75% respectivamente). El 44,2% reportó compromiso articular, 16 pasado y 7 actual. En estos últimos se constató una mediana de 3 articulaciones dolorosas (RIC 0.5-3) y 0 tumefactas (RIC 0-1.5). Dos pacientes presentaron trastornos de la alineación en las manos. En la evaluación radiográfica, se evidenció que carpos e interfalángicas proximales fueron las articulaciones que presentaron con mayor frecuencia pinzamiento y solo se constataron erosiones a nivel del carpo en 8 pacientes (ver en poster el compromiso articular radiológico de los pacientes).

Conclusión: La frecuencia del compromiso articular en los pacientes con LES fue del 44,2%. Entre los pacientes con compromiso articular actual no se constataron articulaciones tumefactas. Los hallazgos radiográficos más comunes incluyeron pinzamiento en las articulaciones del carpo e interfalángicas proximales, con erosiones evidenciadas en carpo en 8 pacientes.

COMORBILIDADES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PSORIÁSICA: DATOS DEL REGISTRO RENAEPSo

Juan Pablo AVILA¹, Alejandro MARTÍNEZ², Carla Andrea GOBBI¹, Carla MALDINI¹, Juan Manuel MIRANDA BAZÁN¹, Candelaria AUDISIO¹, Angie SEVERINA², Alejandro ALBIERO¹, Carla Gimena ALONSO¹, Cecilia COSTA², Bárbara PÉREZ², Carla MATELLÁN², Carolina DIEGUEZ², Cristina ECHEVERRÍA², Diego VILA², María Florencia GORDILLO², Gabriela SÁNCHEZ², Paula LUNA², Osvaldo Luis CERDA², Darío MATA², Débora KAPLAN², Gisela KLUWAK², Joan Manuel DAPEÑA², Julieta GENTILETTI², Karina MALVIDO², Leandro CARLEVARIS², Leandro PERROTAT², Ida EXENI², Jennifer KREIMER², Lucía CAPELLI², María Victoria MARTIRE², Maximiliano MACHADO², Micaela COSATTI², María MONTEROS², María Elena CALVO², María Laura CASTELLANOS POSSE², María Soledad GÁLVEZ ELKIN², Vanesa COSENTINO², Verónica SAURIT², Zaida TROYANO², Verónica SAVIO², Paula ALBA²

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

Introducción: La enfermedad psoriásica (EPs) describe a las manifestaciones clínicas que afectan a los pacientes con psoriasis (PsO). La artritis psoriásica (APs) se presenta en aproximadamente en el 30% de los pacientes y se asocia a múltiples comorbilidades. Cerca del 50% de los pacientes con APs presenta más de una enfermedad concomitante aumentando la morbimortalidad y con un impacto negativo en la calidad de vida.

Objetivo: Evaluar las comorbilidades en pacientes con PsO y APs incluidos en el registro ReNaEPSo.

Métodos: Se evaluó retrospectivamente la visita basal de los pacientes con EPs incluidos en ReNaEPSo. Los criterios de inclusión del registro fueron edad ≥ 18 años con EPs y se excluyeron a los que presentaban menos del 75% de los datos completos. Se analizaron variables sociodemográficas, de la enfermedad y tratamiento. Un valor de $p < 0,05$ se consideró significativa.

Resultados: Se incluyeron 253 pacientes con EPs, 127 presentaban APs y 126 PsO. El 77% (n=94) de los pacientes con APs presentó alguna comorbilidad y el 59% (n=69) de los con PsO ($p=0,004$) (ver en poster las características sociodemográficas, clínicas, el tratamiento y las comorbilidades).

Conclusión: Las comorbilidades son más frecuentes en APs dentro de la EPs. La demora en la consulta con el especialista y el diagnóstico en APs, así como los factores socioeconómicos y el acceso a tratamientos efectivos, pueden influir en el pronóstico y en la calidad de vida de estos pacientes. El manejo multidisciplinario es de vital importancia para reducir la morbimortalidad.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

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

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

Objetivo: Describir las características demográficas, clínicas y serológicas de nuestra cohorte de pacientes con esclerosis sistémica (ES).

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, unicéntrico. Se revisaron las historias clínicas de 2018 a 2023. Criterios de inclusión: >18 años que cumplan los criterios de clasificación (ACR/EULAR) 2013.

Resultados: Se revisaron 323 historias clínicas, 201 variante limitada (lcSSc), 86 difusa (dcSSc) y 36 sin esclerodermia (SSSSc). 91,6% mujeres, en variante dcSSc 87%. 64% era mestizo. 25% presentó síndrome de superposición, 32 (40%) con LES. Edad al diagnóstico de $50 \pm 15,8$ años. 95% presentó fenómeno de Raynaud (FR), 98% dcSSc, 94% lcSSc, 80% SSSSc. Esclerodactilia, microstomía, lesiones en sal y pimienta, úlceras digitales y *pitting scars* fueron significativamente más frecuentes en la variante dcSSc. Score mRodnan mediana dcSSc 22 (RIC 9-27) vs. lcSSc 4 (RIC 2-9), $p < 0,001$. 84% ANA positivo, 40% anticentrómero y 18% Scl-70. En el grupo dcSSc presentó 36% Scl-70 y solo 13% ACA. La diferencia en años entre la aparición del FR y el primer síntoma no FR difirió entre los grupos, menor en dcSSc vs. lcSSc y SSSSc. Capilaroscopia: patrón SD tardío más frecuente en dcSSc (25%) vs. lcSSc (10%), SSSSc (16%), $p < 0,001$. Enfermedad pulmonar intersticial en 121 pacientes (37%), patrón NSIP fue el más frecuente (21%) y con mayor proporción en el grupo de dcSSc. Tratamiento: el uso de micofenolato (23%) y de vasodilatadores (30%) fue más frecuente en el grupo de dcSSc.

Conclusión: En concordancia con otras cohortes estudiadas y publicaciones en Argentina se observó predominio de mujeres, aunque mayor proporción de hombres en dcSSc. La manifestación más frecuente fue FR y menos tiempo de síntoma no FR en los pacientes con dcSSc. En cuanto al tratamiento, en comparación con la cohorte europea (EUSTAR), se observó menor porcentaje de pacientes tratado con inmunosupresores, lo que podría explicarse por el difícil acceso, pero una similitud para vasodilatadores, bloqueantes de calcio, corticoterapia y DMARsc. Esta cohorte contribuye a la descripción de las características clínicas, demográficas, serológicas y tratamientos instaurados en la práctica cotidiana de nuestra población en la Argentina, colaborando con una mayor comprensión de la enfermedad.

SEGURIDAD DE AGENTES BIOLÓGICOS Y TERAPIAS DIRIGIDAS EN ADULTOS MAYORES CON ARTRITIS REUMATOIDE: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO

Carla PAPPALARDO¹, Ana María CAPPUCCIO¹, Darío SCUBLINSKY², María Pía PISSANI¹, Gladys BOVEA¹, Leonardo NAFTAL¹, Diego CARUSO¹, Maximiliano FENUCCI¹

¹HOSPITAL CÉSAR MILSTEIN, ²CONSULTORIO PRIVADO

Introducción: La artritis reumatoide (AR) en adultos mayores plantea un reto al momento de la elección terapéutica dado que el papel de los bDMARD y las terapias dirigidas ha sido bien estudiado en pacientes de mediana edad. Sin embargo, la información sobre la seguridad en adultos mayores con AR a largo plazo aún no se conoce bien. El tratamiento en este grupo etario requiere particular vigilancia, no solo por el estado inmunológico de los pacientes, sino también por las comorbilidades asociadas que pueden aumentar el riesgo de infección.

Objetivo: Describir los eventos adversos (EA) asociados con el uso de agentes biológicos y/o terapias dirigidas en pacientes mayores de 60 años al diagnóstico de AR y compararlos con aquellos diagnosticados antes de los 60 años. También evaluar la relación entre factores de mal pronóstico (edad, comorbilidades, enfermedad erosiva, anticuerpos, años de evolución) y la necesidad de cambiar de línea de tratamiento.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, con recolección de datos mediante la revisión de historias clínicas de 220 pacientes con AR mayores de 60 años desde 2010 hasta 2019. Se consignaron variables sociodemográficas y clínicas.

Resultados: Se identificaron 167 EA en el total de pacientes. Los más frecuentes fueron infecciones, con una incidencia comparable entre pacientes diagnosticados antes y después de los 60 años. El uso de bDMARD y terapias dirigidas no se asoció estadísticamente con el desarrollo de EA en este grupo de pacientes.

Conclusión: Este estudio refleja la experiencia del "mundo real" en adultos mayores con AR que reciben tratamiento con agentes biológicos y terapias dirigidas donde se demuestra que pueden usarse con seguridad en esta población.

0327

MASA MAGRA Y DENSIDAD MINERAL ÓSEA APENDICULAR SEGÚN SEXO Y EDAD

María Lorena BRANCE¹, Luis Agustín RAMÍREZ STIEBEN¹, Silvana DI GREGORIO¹, Luis DEL RIO BARQUERO², Lucas BRUN¹

¹REUMATOLOGÍA Y ENFERMEDADES ÓSEAS, ROSARIO, ²CETIR

Introducción: La pérdida de densidad mineral ósea (DMO) y masa magra (MM) se asocia con el envejecimiento, pero se desconocen las diferencias por lateralidad fisiológicas.

Objetivo: Investigar la relación entre la MM y la DMO apendicular.

Métodos: Estudio transversal, descriptivo y analítico. Se analizaron retrospectivamente 802 estudios de composición corporal por DXA en sujetos sanos entre 20 y 80 años. Se incluyeron participantes que no eran atletas, jugadores profesionales ni que se dedicaban a un entrenamiento físico regular centrado en una extremidad. Exclusión: afectación de ambas extremidades. Fueron estratificados por sexo y década (d20, d30, d40, d50, d60, d70-80). La densitometría corporal total se realizó con DXA (Lunar Prodigy). Se analizaron los miembros dominantes. Para comparar DMO y MM según décadas se utilizó ANOVA (post-test Bonferroni). Las correlaciones bivariadas entre DMO y MM se evaluaron mediante correlación de Pearson. Se realizaron análisis de regresión lineal múltiple para explorar el potencial predictivo de la edad y MM sobre la DMO. $p < 0,05$ estadísticamente significativa.

Resultados: Se examinaron 802 estudios de composición corporal, con una distribución de 57,1% mujeres (n=458) y 42,9% hombres (n=344). Edad media: $52,9 \pm 16,6$ años. La distribución de la muestra por década: 11,6% para los 20 años, 10,47% para los 30 años, 15,96% para los 40 años, 24,69% para los 50 años, 23,19% para los 60 años y 14,09% para los mayores de 70 años. En mujeres el pico de DMO y MM en miembros inferiores y superiores ocurrió en la década de los 40, mientras que en hombres fue en la década de los 30 para ambas variables. Se encontró una correlación positiva significativa entre la MM y la DMO en miembros superiores e inferiores tanto en mujeres ($r=0.459$ y $r=0.460$, respectivamente, $p < 0,0001$) como en hombres ($r=0.527$ y $r=0.515$, respectivamente, $p < 0,0001$). Los modelos de regresión lineal múltiple en mujeres revelaron un coeficiente de determinación (R-cuadrado) de 0.381 y 0.359 para miembros superiores e inferiores. En hombres, los valores de R-cuadrado fueron de 0.277 y 0.295 para los mismos miembros.

Conclusión: Se encontró que tanto la edad como la MM estaban positivamente correlacionadas con la DMO en miembros superiores e inferiores, tanto en hombres como en mujeres.

0335

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN UN GRUPO DE PACIENTES CON SÍNDROME DE ASIA

Sandra Fabiana MONTTOYA, Susana VILLAMIZAR PÉREZ, María Pía IZAGUIRRE GERMAIN, Eduardo KERZBERG

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS RAMOS MEJÍA

Introducción: El síndrome ASIA fue descrito por Shoenfeld y Agmon-Levin en 2011 y agrupa cuatro condiciones: siliconosis, el síndrome de la guerra del Golfo (GWS), el síndrome de miofascitis macrófaga (MMF) y los fenómenos posteriores a la vacunación que se vincularon con la exposición previa a un adyuvante capaz de aumentar la inmunogenicidad. La estimulación constante y prolongada del sistema inmunológico es probablemente el factor crítico en la patogenia del síndrome ASIA. Se han demostrado factores ambientales y predisposición genética en el desarrollo de dicho síndrome.

Objetivo: Describir las características clínicas de un grupo de pacientes con síndrome de ASIA.

Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SD ASIA según criterios diagnóstico propuestos por Shoenfeld y Agmon-Levin que hayan estado expuestos a un adyuvante antes de la aparición de los síntomas. Se les envió por correo electrónico o *WhatsApp* una encuesta autoadministrada mediante un cuestionario de *Google Forms* durante mayo y junio del corriente año. La encuesta contenía información demográfica y preguntas destinadas a evaluar las manifestaciones clínicas asociadas al SD ASIA. Se realizó una estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes femeninas, con una edad promedio de 42,1 años. La silicona fue el producto de mayor exposición (96,2%), siendo las prótesis mamarias el principal procedimiento (74%). Los síntomas más frecuentes fueron: trastornos del sueño (88,8%), artralgias (88,8%), trastorno de la memoria (81,4%). El tiempo entre la exposición y el inicio de síntomas fue 5,70 años (DE 5,78). El 25,92% presentaba anticuerpos positivos. La remoción del adyuvante se realizó en 18 pacientes (66%) de los cuales 14 refirieron mejoría de síntomas posterior a la explantación.

Conclusión: El nivel de evidencia actualmente disponible no llega a alcanzar consenso sobre la relación directa entre la colocación de prótesis mamarias y la aparición de una enfermedad inmunológica, aunque varios estudios relacionan la silicona con reacciones adversas tardías y el desarrollo de enfermedades autoinmunes sistémicas. Es importante destacar el alto porcentaje de pacientes que presentó mejoría de los síntomas posterior a la remoción de la sustancia adyuvante.

Casos clínicos

0107

ENFERMEDAD DE WEBER-CHRISTIAN CON COMPROMISO ORBITARIO REFRACTARIA A INMUNOSUPRESORES CONVENCIONALES CON RESPUESTA A ADALIMUMAB

Florencia VIVERO, Ricardo BARRERA, Edgardo Javier PUI, Alexia NICOMEDES, David AIZICZON

HOSPITAL COMUNITARIO JOSÉ PEPE OLAECHEA, PINAMAR

Presentación del Caso: Mujer de 49 años con lesiones nodulares y placas paniculíticas en miembros, glúteos y abdomen de 2 meses de evolución, fiebre y artromialgias. En analítica: leopenia, eritrosedimentación y proteína C reactiva, creatinfosfatoquinasa elevadas. Biopsia de tejido subcutáneo compatible con paniculitis subaguda lobulillar. Se inició prednisona 30 mg/día y metotrexato. Persistió la fiebre y surgieron nuevas lesiones tras 2 semanas. Se agregaron pulsos de ciclofosfamida. Tres semanas después recomenzó con fiebre, nuevos nódulos, edema bpalpebral y enoftalmos. Se realizó ecocardiograma (normal), hemocultivos (negativos), pantomografía computada: aumento del espesor del tejido celular subcutáneo



periorbitario, periparotídeo y pared toracoabdominal, glúteos y muslos. El cuadro se asumió como enfermedad de Weber Christian (EWC) refractaria con compromiso orbitario. Se inició adalimumab con remisión del cuadro tras 2 meses de tratamiento.

Discusión: La EWC es una enfermedad autoinflamatoria poco común que afecta el tejido adiposo, más comúnmente a la grasa subcutánea, con síntomas inespecíficos de enfermedad sistémica y ocasionalmente compromiso visceral. En las series publicadas es frecuente el diagnóstico erróneo o tardío. Los nódulos suelen confluir en placas dolorosas, eritemato-purpúreas. La descripción histopatológica clásica evoluciona en tres etapas: en la primera hay una reacción inflamatoria aguda con neutrófilos, linfocitos e histiocitos, en la segunda, los macrófagos migran y fagocitan grasa formando células espumosas, por último, en la tercera etapa hay infiltración por fibroblastos. El tratamiento es empírico, los corticosteroides y otros inmunosupresores se han probado con eficacia variable.

Comentarios Finales: Presentamos el presente caso por la baja frecuencia de la EWC con afectación ocular y por el desafío afrontado para lograr la remisión. Nuestra paciente no tuvo respuesta a inmunosupresores combinados, agregando compromiso orbitario. La respuesta a adalimumab fue completa, permaneciendo en remisión tras meses de tratamiento. Los anti-TNF son una alternativa en las paniculitis de difícil control.

0110

COMPROMISO DE GANGLIOS BASALES EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Débora GUAGLIANONE, Silvana CONTI CAPDEVILA, Carolina AESCHLIMANN, Álvaro SANABRIA, Sandra NAVARRO, Gabriela SÁNCHEZ

HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO

Presentación del Caso: Mujer de 34 años con diagnóstico de LES desde los 13 años, consultó en enero de 2020 por desorientación, alucinaciones y cefalea, junto con manifestaciones cutáneas y úlceras orales. Se realizaron: cultivos y serologías virales negativas. Laboratorio: plaquetopenia leve, FAN 1/2560(M), Anti-DNA negativo, C3 88 mg/dl, C4 12 mg/dl, ACA IgM/IgG, ANTIB2GP1 IgM/IgG, AL, ANCA P/C, ENA negativos, Látex 61UI/ml, TSH1.30 uUI/ml. Ecocardiograma normal, tomografía de cráneo sin contraste: aspecto heterogéneo de los ganglios basales bilateral. Punción lumbar: fisicoquímico sin alteraciones, PCR virales y cultivos negativos. La RMI cerebral reveló lesiones en los ganglios basales con signos de isquemia aguda y edema, interpretado como compromiso neurológico vasculítico asociado al LES. Inició pulsos de metilprednisolona 1 g/día por 3 días, seguidos de ciclofosfamida mensual con mejoría clínica inicial. Seis meses después presentó recurrencia de síntomas neurológicos, AngioRMI: imágenes parcheadas en los gangliobasales en secuencias T1, T2 y FLAIR en regresión, requirió nuevamente pulsos de metilprednisolona y ajuste en la terapia inmunosupresora. Alta con prednisona 20 mg/día en pauta descendente y ciclofosfamida trimestral. En junio de 2021 presentó exacerbación del rash cutáneo, astenia y poliartritis. Se decidió iniciar micofenolato 1 g/día y finalizó pulsos de ciclofosfamida en diciembre de ese año. A lo largo de los años, la paciente experimentó exacerbaciones recurrentes de lesiones cutáneas y síntomas neurológicos, con episodios de suspensión de tratamiento. En cada recaída, se observó compromiso persistente de los ganglios basales en las imágenes de RMI, a pesar de la ausencia de síntomas extrapiramidales.

Discusión: Las manifestaciones neuropsiquiátricas son prevalentes en más del 20% de los pacientes lúpicos. Los ganglios basales pueden ser afectados por trastornos autoinmunes como el LES, en ausencia de manifestaciones evidentes de trastornos extrapiramidales.

Comentarios Finales: Se presenta el caso de una paciente con LES y lesiones en los ganglios basales reveladas en estudios de imágenes en ausencia de síntomas de extrapiramidalismo. Se destaca la relevancia de reconocer la afectación de los ganglios basales en pacientes con LES, incluso en ausencia de síntomas motores evidentes. La detección temprana y el manejo adecuado son cruciales para optimizar el tratamiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

0112

SÍNDROME DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR (SAMS) COMO COMPLICACIÓN GASTROINTESTINAL DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

Lucía DEGIOANNI, Camila LIZARRAGA, Belén MITRE, Elisa NOVATTI, Diego BAENAS, Verónica SAURIT, Cecilia ÁLVAREZ

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

Presentación del Caso: **Caso 1:** Mujer, 45 años, ES limitada. MC: pérdida de peso 1 año de evolución, vómitos y diarrea. Lab: hipok, hipomg, hipofosfatemia e hipoca. TAC: dilatación esofágica y gastroduodenal, compresión extrínseca por arteria MS. Dx: SAMS. Suspendida vía oral, inició nutrición

parenteral previa reposición iónica. Aumento de peso progresivo. **Caso 2:** Mujer, 29 años, escleromiositis. Compromiso de músculos deglutorios. MC: debilidad muscular severa, disfagia, descenso de peso e IR por debilidad diafrágica. Tratamiento: gammaglobulinas. Riesgo de broncoaspiración: SNG y luego gastrostomía. Posquirúrgico presentó distensión abdominal y vómitos. TAC: reducción de la distancia ao-mesentérica, dilatación gastro-duodenal. Dx: SAMS. Inició nutrición parenteral. Evolución favorable, alta con gastrostomía. Mejoría disfagia, al mes peso habitual. **Caso 3:** Hombre, 35 años, ES rápidamente progresiva. MC: trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos. Desnutrición severa previa, aporte vía parenteral. Múltiples interurrencias con internación prolongada. Inició con dolor abdominal severo y vómitos persistentes. TAC: dilatación gastroduodenal con compresión a nivel de la 3ª porción. Dx: SAMS. Suspensión vía oral, se optimizó vía parenteral. Lento aumento de peso con mejoría de síntomas. Se externó con soporte parenteral, intercurrió con NAC y falleció (ver en poster las características clínicas de los pacientes).

Discusión: El SAMS es la compresión extrínseca de la tercera porción del duodeno por disminución del ángulo entre la a. mesentérica superior y la ao abdominal. Se asocia a pérdida de peso severa con disminución de la grasa retroperitoneal. Síntomas: vómitos, dolor epigástrico, distensión abdominal. Mejoría en decúbito lateral por la descompresión del duodeno. El método DX es la TAC de abdomen: disminución del ángulo aortomesentérico (<22°), disminución del calibre intestinal a este nivel y dilatación gastroduodenal. En ES hay pocos casos reportados. El defecto anatómico puede revertirse mejorando el estado nutricional. En nuestra serie de casos, todos recibieron alimentación parenteral.

Comentarios Finales: El SAMS es una potencial manifestación gastrointestinal reversible en ES, principalmente en pacientes con enfermedad severa. Requiere de un alto grado de sospecha clínica para su diagnóstico y un abordaje temprano. El retraso conlleva una elevada morbimortalidad.

0129

SÍNDROME DE WERNER (PROGERIA DEL ADULTO) Y ESCLERODERMIA

Silvana CONTI CAPDEVILA, Sandra NAVARRO, Álvaro SANABRIA, Gabriela SÁNCHEZ, Débora GUAGLIANONE, Cecilia DELL'ELCE, Adriana CO
HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO

Presentación del Caso: Varón de 33 años, hace años inició con tirantez y engrosamiento de la piel en manos, codos y rodillas asociadas a hipopigmentación, telangiectasias y fenómeno de Raynaud. Biopsia de piel: cambios paquidérmicos y edema no esclerodermiforme. Laboratorio inmunológico negativo en reiteradas oportunidades. Eco cardio Doppler: normal. Se medicó con colchicina y nifedipina, con baja adherencia y controles esporádicos. A los 21 años desarrolló úlcera cutánea en región aquiliana de talón derecho y dos pequeñas en tobillo homolateral. Se constató baja estatura, alopecia, compromiso cutáneo con piel indurada y cambios pigmentarios en manos hasta antebrazo, pies y cara, con fenómeno de Raynaud sin úlceras digitales, ni constatando otros signos o síntomas de colagenopatía. Inició tratamiento con metotrexato y retomó nifedipina. Persistieron las úlceras de MMII a pesar del tratamiento y las curaciones. Laboratorios de rutina, con aumento de PCR, triglicéridos y colesterol. Serologías virales negativas. Se asociaron estatinas. Rx pies en calcáneo derecho erosión marcada. Eco Doppler arterial MMII: arterias infrapatelares y tibial anterior flujo monofásico a predominio derecho. DMO de columna: osteopenia capilaroscopia: compatible con SD *pattern*. En 2023, por sus antecedentes clínicos, serológicos negativos y fenotipo característico, se determinó síndrome de Werner solicitando estudio genético, pendiente hasta la fecha.

Discusión: El síndrome de Werner (SW) es una patología hereditaria poco frecuente caracterizado por envejecimiento prematuro. Prevalencia 1/200.000, causado por una mutación en el gen WRN (cromosoma 8p11-12) en el 90% de los casos. Sus rasgos clínicos incluyen: baja estatura, disminución del cabello, dislipemia, osteoporosis, ulceraciones en tobillos y trastornos dérmicos como hiperqueratosis, piel indurada con cambios pigmentarios de rasgos esclerodermiformes, entre otros, sin presencia de autoanticuerpos ni Raynaud. Con riesgo de desarrollar neoplasias.

Comentarios Finales: El síndrome de Werner puede simular esclerodermia. La ausencia de autoanticuerpos y de Raynaud contribuyen a diagnosticarlo. Presentamos un paciente con cuadro esclerodermia *like* y SD *pattern* en contexto de Werner, destacando su escasa frecuencia y la importancia del diagnóstico diferencial, evitando tratamientos innecesarios.

0131

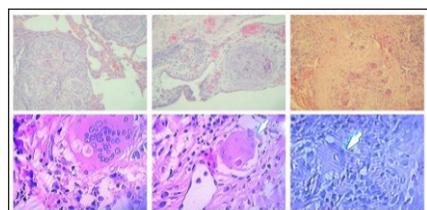
CASO CLÍNICO: ENFERMEDAD GRANULOMATOSA. ¿SARCOIDOSIS OCUPACIONAL POR EXPOSICIÓN A LA FIBRA DE VIDRIO?

Camila LIZARRAGA, Lucía DEGIOANNI, Elisa NOVATTI, Verónica SAURIT, Ana Cecilia ÁLVAREZ

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

Presentación del Caso: Varón de 35 años con antecedentes de exposición a la fibra de vidrio industrial. Consultó por diaforesis, astenia, disnea CF I, tos y dolor pleurítico derecho. Se realizó TAC de tórax donde presentó adenomegalias mediastinales, nodulillos, engrosamientos, peribroncovasculares y consolidación basal derecha. Se solicitó PET CT donde se evidenciaron engrosamientos hipermetabólicos de pleura parietal derecha, adenopatías hipermetabólicas e hipermetabolismo esplénico. Se realizó biopsia ganglionar donde se observó reacción granulomatosa sin necrosis con células gigantes tipo Langhans, ausencia de malignidad, tinciones PAS, ZN negativas, cultivos y PCR para BAAR, micobacterias, hongos, gérmenes comunes negativos. Se solicitó: Ca 9,9 ca/cr 0,18 PCR 0,04, VSG 2, C3: 124, C4: 24, PTH 18, FR 15, ANCA negativo, ECA 72,3, proteinograma por electroforesis normal, espirometría FVC 94% VEF1 98% DLCO 127%. Se realizó biopsia pleural y segmentectomía donde se evidenciaron pleuritis y neumonitis granulomatosa con histiocitos y células gigantes con pequeños elementos birrefringentes en su citoplasma, PAS y BAAR negativas, sin necrosis ni malignidad, cultivos y PCR para BAAR, micobacterias, hongos, gérmenes comunes negativos.

Discusión: La fibra de vidrio actúa como una toxina pulmonar y un carcinógeno que imita el amianto. En el caso de nuestro paciente se descartaron infecciones, neoplasias y enfermedades inmunológicas clásicas como causantes de una reacción granulomatosa, por lo que nos queda pensar como posibilidad la exposición a sustancias industriales. Destacamos el antecedente de la exposición laboral, la reacción granulomatosa con elementos birrefringentes y la presencia de engrosamientos pleurales los cuales podrían estar asociados a la exposición crónica a la fibra de vidrio. En relación con el tratamiento, la medida principal es eliminar el foco de la exposición. Al igual que sucede con otras sustancias como el berilio, el tratamiento debe enfocarse en controlar la respuesta inflamatoria con corticoides e inmunosupresores ahorradores para lograr la remisión.



Comentarios Finales: Investigaciones en los últimos años sumaron evidencia sobre las causas ocupacionales de reacción granulomatosa por lo que creemos importante indagar acerca de la exposición a sustancias ambientales, ya que nos fue de utilidad para orientar el diagnóstico y el tratamiento.

Figura: Granulomas en biopsia pleural y pulmonar con elementos birrefringentes en su interior.

SÍNDROME PARSONAGE-TURNER. COMUNICACIÓN DE DOS CASOS

Federico CECCATO¹, Marianela DEMARIA¹, Federico MACKINONN²

¹SANATORIO ESPERANZA S.A., ²HOSPITAL JM CULLEN

Presentación del Caso: El síndrome de Parsonage-Turner (SPT), o plexitis braquial, es una neuritis del tronco superior del plexo braquial. La etiología es desconocida, aunque hay factores desencadenantes en el 80% de los pacientes. Comunicamos dos pacientes con diagnóstico de SPT que comenzaron los síntomas después de infección por dengue. **Caso 1:** Varón 45 años con dolor agudo y severo en hombros, una semana después de internación por dengue (confirmado PCR), sin antecedentes patológicos ni traumáticos previos. Al examen neurológico presentaba escapula alada derecha, hipotrofia y debilidad (4/5) en músculos supraespinoso y bíceps de forma bilateral. Se realizó RMN con gadolinio de plexo braquial hallándose aumento de señal en músculos supraespinoso e infraespinoso izquierdo y subescapular derecho. Se descartó patología osteoarticular. La EMG mostró potenciales de denervación y patrón de reclutamiento reducido de los músculos supra, infraespinoso y bíceps braquial derecho. Con diagnóstico de plexopatía braquial bilateral, se inició tratamiento con prednisona 40 mg durante 10 días y rehabilitación, con recuperación casi completa a los 3 meses. **Caso 2:** Varón de 42 años, que cursó infección por dengue clásico (confirmado por serología). A los 14 días consultó por dolor intenso, de comienzo abrupto, permanente, en hombros y región proximal de ambos brazos, negó traumatismo. En la exploración neurológica presentó debilidad (4/5) en ambos bíceps, debilidad (4/5) e hipotrofia en músculos supraespinoso y deltoides derecho, escapula alada izquierda. Se realizó RMN con gadolinio de plexo braquial y músculos de cintura escapular sin alteraciones ni realces patológicos. La EMG de los miembros superiores fue normal. Se descartó patología osteoarticular del raquis y hombros. Con diagnóstico presuntivo de plexopatía braquial, se inició tratamiento con prednisona 60 mg/día, gabapentina y rehabilitación. Luego de 4 meses de tratamiento, el paciente mejoró el dolor, pero persistió con hipotrofia de los músculos supraespinoso e infraespinoso.

Discusión: El SPT es una enfermedad rara, pero es necesario tenerla en cuenta en cuadros de dolor agudo en la región proximal de los miembros superiores cuando se asocian síntomas o signos neuromusculares. No existen pruebas complementarias específicas que permitan confirmar el diagnóstico, por lo que este se basa sobre todo en la historia clínica y en la exploración física, siendo la primera consulta en la mayoría de los casos con el reumatólogo clínico.

ENFERMEDAD RELACIONADA A IgG4 (ER-IgG4) Y ENFERMEDAD DE ROSAI-DORFMAN (RDD): ¿ASOCIACIÓN O EPIFENÓMENO?

Lucía DEGIOANNI, Camila LIZARRAGA, German WERNICKE, Elisa NOVATTI, Verónica SAURIT, Diego BAENAS, Cecilia ÁLVAREZ

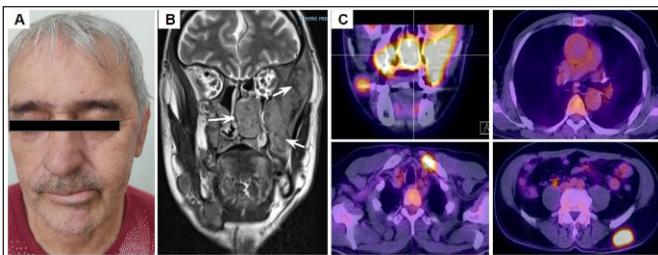
HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

Presentación del Caso: Varón, 67 años sin APP. MC: tumoración facial de 2 años de evolución, asociado a epífora bilateral, rinitis, sinusitis e hipoacusia derecha. EF: tumoración no dolorosa que abarcaba región submaxilar, parotídea y temporal izquierda asociada a dacriocistitis bilateral. RMN: extensa lesión sólida que ocupaba la fosa pterigoidea y cigomática izquierda. Pólipo voluminoso en la fosa nasal izquierda. Múltiples adenopatías submandibulares derechas. Biopsia: mostró infiltrado linfoplasmocitario extenso, histiocitos con emperipolesis focal. Sin fibrosis estoriforme ni flebitis obliterante. IF: >100 células IgG4 en campo de gran aumento, relación IgG4/IgG >70%. CD138 +. Histiocitos CD68 y S100+. Lab: IgG4 504 mg/dl (VN hasta 191 mg/dl), Eo 686/ul, hipergammaglobulinemia policlonal. PET-CT: lesiones hipermetabólicas en fosa pterigoidea izquierda, fosas nasales y senos maxilares (SUVmax 20). Múltiples adenopatías (SUVmax 11) y lesiones nodulares en tejido celular subcutáneo (SUVmax 16). Hipermetabolismo difuso osteomedular en clavícula izquierda y húmero derecho (SUVmax 10). Hipermetabolismo a nivel de las paredes de la aorta torácica sugestivo de aortitis. DX: enfermedad de Rosai-Dorfman nodal y extranodal con probable ER-IgG4 relacionada. Tratamiento: prednisona dosis moderada + MTX 25 mg.

Discusión: La RDD es una histiocitosis no Langerhans que se caracteriza por infiltración de tejidos por histiocitos S100 y CD68 positivos con emperipolesis frecuente. En su forma clásica presenta linfadenopatías cervicales bilaterales, pero puede tener compromiso extranodal en un 43% de los casos. Existen estudios que muestran en pacientes con RDD aumento de IgG4 sérica y presencia de células IgG4 en las biopsias, aunque la relación

IgG4/IgG suele ser <40%, a diferencia de nuestro caso, y no presentan fibrosis estoriforme, flebitis obliterante ni eosinófilos. En general la afectación de las glándulas lagrimales y aórticas se asocia a ER-IgG4, mientras que las masas extranodales y la afectación cutánea a RDD. Se consideran patologías independientes y todavía no se puede explicar su asociación.

Comentarios Finales: A pesar de que existen pacientes, como en nuestro caso, que cumplen criterios diagnósticos de ambas enfermedades, hasta el momento no está clara su asociación y se recomienda un tratamiento multidisciplinario para abordar ambas patologías.



ENFERMEDAD POR IgG4: REPORTE DE DOS CASOS

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

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HIGA PROF. DR. RODOLFO ROSSI

Presentación del Caso: La enfermedad relacionada a IgG4 (IgG4RD) es poco frecuente, suele afectar a varones y mayores de 50 años. Uchida et al. reportaron una prevalencia de 0,28-1,08/100.000. Comunicamos dos casos de IgG4RD, en seguimiento por nuestro servicio (Tabla).

	Caso 1	Caso
Sexo y edad	Varón, 40 años	Varón, 67 años
Primera consulta	Proptosis bilateral (8/2022)	Tumefacción de glándulas salivales y lacrimales (3/2023)
Compromiso sistémico	Descartado	Descartado
Tomografía	Exoftalmos bilateral con engrosamiento ahusado de músculos extraoculares	Leve asimetría de glándulas lacrimales a predominio izquierdo. Aumento de glándulas salivales a predominio izquierdo y submandibular derecha
Laboratorio general	T4 y TSH en valores normales	Eosinofilia 16% (1,02 10e3/ul)
Reactantes de fase aguda	Valores normales	ERS=17 mm; PCR= 151 mg/lt
FAN/ENA/ANCA	Negativos	Negativos
Dosaje de IgG sérico	IgG4 309 mg/dl (VN <201)	IgG total 2965 mg/dl (VN <1822) IgG4 1179,2 mg/dl (VN <86,4)
Biopsia	Grasa periorbitaria con IgG4 (+) en plasmocitos >50 por campo de gran aumento (CGA)	Glándula submaxilar con fibrosis estoriforme y denso inflamatorio >30 plasmocitos CGA
Clasificación	Grupo 3	Grupo 4
Tratamiento	Meprednisona 0,5 mg/kg/día Metotrexato 15 mg/semana (7/2023)	Meprednisona 1 mg/kg/día Metotrexato 15 mg/semana (10/2023)
Evolución	Resolución de la proptosis (10/2023)	Reducción de la tumefacción glandular (11/2023) IgG4=64,2 mg/dl (12/2023)
Recaídas	Ninguna hasta el momento	Ninguna hasta el momento

Tabla: Reporte de dos casos.

Discusión: En nuestra serie ambos casos fueron masculinos, y uno menor de 40 años. Se conoce que la activación de células B dependientes de T es esencial en la patogénesis y su interacción juega un papel crítico en el daño causado. Existen 4 fenotipos: a) pancreato hepatoiliar; b) fibrosis retroperitoneal y/o aortitis; c) limitada a cabeza y cuello, con poca afectación parotídea y mayor orbitaria; d) síndrome de Mikulicz con afectación sistémica extraglandular. La IgG4RD puede afectar cualquier órgano; el compromiso oftálmico se caracteriza por exoftalmos, dacrioadenitis, afeción de nervios intraorbitarios y músculos extraoculares; la sialadenitis afecta principalmente a las glándulas submaxilares, ambos bilateralmente. El dosaje de IgG4 sérica es útil para el diagnóstico, seguimiento y pronóstico (sensibilidad 87% y especificidad 83%). La característica histopatológica es un denso infiltrado linfoplasmocítico con plasmocitos IgG4 positivos, fibrosis estoriforme y flebitis obliterante. Factores de riesgo de recaída: varones, comienzo juvenil, eosinofilia y el nivel de IgE >125 U/L (según Motohisa et al., Zhan et al., Zhou et al. respectivamente). La normalización del nivel sérico de IgG4 a los 6 meses de tratamiento implica un bajo riesgo de recaída, mientras que su elevación persistente es predictora de la misma (según Su Jin Choi et al.). Los glucocorticoides son eficaces en dosis de 0,5 a 1 mg/kg/día de prednisona. Sin embargo, a menudo no se logra la remisión sostenida sin asociación de un inmunosupresor. Los pacientes con más de 6 órganos afectados deberían recibir tratamiento combinado desde el diagnóstico. Basados en la guía ACR2015 y evaluaciones posteriores entre las recomendaciones de inmunosupresores útiles están la azatioprina, micofenolato, metotrexato, tacrolimus, ciclofosfamida y rituximab. Existen reportes donde la exéresis quirúrgica y la radioterapia pueden ser útiles para lesiones únicas. **Comentarios Finales:** La IgG4RD es un trastorno fibroinflamatorio, crónico, recidivante, inmunomediado, que puede afectar cualquier órgano, asociado a la presencia de IgG4 en los tejidos afectados. La histopatología sirve como método diagnóstico definitivo.

0168

MASTITIS GRANULOMATOSA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD RELACIONADA CON IgG4

Jesica GALLO¹, Sergio PAIRA²

¹HOSPITAL CENTRAL RECONQUISTA, ²HOSPITAL DR. JOSÉ MARÍA CULLEN

Presentación del Caso: La mastitis granulomatosa relacionada con IgG4 como forma de inicio es una rara forma de presentación. Aunque existe una gran cantidad de literatura que describe las características clínico-patológicas de la ER-IgG4 en una variedad de órganos, el compromiso mamario es limitado debido a su rareza. Describimos un caso de mastitis granulomatosa asociada a IgG4 como forma de presentación. Mujer 31 años consultó por tumoración en mama izquierda. Comenzó en mayo de 2023 con dolor, tumefacción de mama izquierda y múltiples nódulos en dicha mama. En junio presentó fístula y supuración, por lo que se decidió realizar biopsia diagnosticando mastitis granulomatosa idiopática. Inició tratamiento con antibióticos y prednisona 10 mg/día. Por persistencia del cuadro luego de 6 meses (enero de 2024) fue derivada a Reumatología. Al examen físico se constataron los nódulos mamarios. No se constató caída de cabello, úlceras oral y mucosa, artritis, rash malar, adenopatías. Laboratorio inmunológico resultando reactantes de fase aguda (PCR 11,90 y VSG normal) FR, Fan (hep2), anti-Dna (critihidie), ENA, negativos. Complemento normal. Dosaje de IgE, IgG, IgA, IgM y subclases de IgG 1,2,3, Y 4 normales. Se decidió reevaluar la biopsia realizada en junio de 2023 y se observó infiltrado linfoplasmocitario, con fibrosis estoriforme y flebitis obliterante. Se solicitó inmunohistoquímica: IgG4 >130 cel y rango IgG4/IgG >40% asumiéndose mastitis granulomatosa asociada a ER-IgG4. Se inició tratamiento con meprednisona 40 mg/día durante 1 mes luego dosis descendente, asociado a metotrexato 15 mg semanal y ácido fólico, con mejoría de su cuadro clínico.

Discusión: La mastitis granulomatosa asociada a ER-IgG4 es poco frecuente, por lo que a menudo se diagnostica erróneamente o se diagnostica en una etapa tardía de la evolución de la enfermedad. Cuando se presenta en forma aislada y como masa solitaria puede llevar a un diagnóstico erróneo por lo cual se deben realizar diagnósticos diferenciales con neoplasias y otras enfermedades como vasculitis, enfermedad Erdheim Chester, Rosai-Dorman, etc.

FASCEITIS EOSINOFÍLICA ASOCIADA CON ENFERMEDAD RELACIONADA CON IgG4

Jesica GALLO¹, Sergio PAIRA²

¹HOSPITAL CENTRAL RECONQUISTA, ²HOSPITAL DR. JOSÉ MARÍA CULLEN

Presentación del Caso: La fasciitis eosinofílica es un trastorno poco frecuente, asociada a complicaciones como malignidades hematológicas, enfermedades autoinmunes y tumores malignos. Presentamos el primer caso de fasciitis eosinofílica asociada con enfermedad relacionada con IgG4. Varón de 52 años, presentó dolor e induración de piel y músculos. Al examen físico se constató tumefacción e induración de piel, y músculos de brazos, antebrazos, manos, tórax, abdomen y piernas, acompañado de aspecto de piel en cáscara de naranja, disminución bilateral de la audición y aumento de ambas glándulas lagrimales. Laboratorio: dos registros de hipereosinofilia, aumento proteína C reactiva y eritrosedimentación, hipocomplementemia, hipergammaglobulinemia policlonal, aumento de IgE, IgG y aumento de IgG1 y IgG4. La RM de miembros inferiores informó realce del contraste en los músculos de ambos muslos con engrosamiento de la fascia del vasto lateral y semimembranoso y brazos. Se realizó biopsia de piel y fascia que informó infiltrado linfoplasmocitario, eosinófilos y fibrosis no estoriforme. Se solicitó inmunohistoquímica: IgG4 positiva en menos del 10%, y un rango IgG4/IgG menor 40%. El paciente cumplía criterios para fasciitis eosinofílica y criterios ACR/EULAR para ER-IgG4. Se inició tratamiento con pulsos de corticoides g/día por 3 días y luego prednisona 1 mg/kg/día durante un mes, en dosis descendientes, metotrexato 15 mg/semanal y pulsos de ciclofosfamida 1 g mensual durante 6 meses. El informe de la segunda resonancia mostró remisión total. Los síntomas mejoraron y los niveles séricos de IgG4 volvieron a los valores normales

Discusión: Para reconocer que un órgano o enfermedad está relacionado con la ER-IgG4 debe tener un mínimo de 5 comunicaciones sobre dicha afectación antes que pueda ser considerado como parte del espectro de la ER-IgG4. Por tal motivo, para considerar un órgano o sitio previamente no reconocido como involucrados, se recomiendan que cumplan los criterios del 2019 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism. Por esa razón, reportamos el primer caso de asociación de fasciitis eosinofílica con enfermedad relacionada con IgG4.

ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN CONTEXTO DE NEOPLASIAS: SERIE DE CASOS

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

HIGA PROF. DR. R. ROSSI, LA PLATA

Presentación del Caso: Reportamos 6 casos de pacientes con enfermedades reumáticas asociadas a neoplasia diagnosticadas en nuestro servicio de 2020 a 2024 (ver en poster la descripción de los seis casos).

Discusión: La autoinmunidad consiste en la formación de anticuerpos circulantes que responden de manera patológica frente a tejidos propios. La neoplasia es el crecimiento anormal de las células con capacidad proliferativa e invasora que puede surgir de cualquier órgano o estructura corporal. Los antígenos tumorales son reconocidos por el sistema inmune generando una respuesta contra las células neoplásicas. El interés por la relación entre ciertas manifestaciones reumáticas y el cáncer se ha incrementado en los últimos años, y se ha visto que algunas enfermedades autoinmunes en su curso pueden verse complicadas con la aparición de neoplasias, así como algunos tumores malignos pueden presentarse con manifestaciones de índole reumatológico (teoría de la bidireccionalidad). En nuestra serie documentamos 4 casos en los que las enfermedades reumatológicas precedieron al diagnóstico de cáncer y dos de ellos comenzaron con el diagnóstico de una neoplasia que en su curso intercurrió con poliartritis. Esta distribución reafirma dicha teoría propuesta por Egiziano et al., entre otros. Además, se encontró que la artritis en estos pacientes era difícil de tratar. En algunos casos las adenomegalias retrasaron el diagnóstico debido a resultados iniciales de hiperplasia reactiva en las biopsias. Finalmente, un paciente tuvo progresión de su artritis como efecto adverso del tratamiento con pembrolizumab, lo que ya fue descrito por Capelli et al., entre otros.

Comentarios Finales: En comparación con la bibliografía revisada, se observó que indicadores como artritis de difícil tratamiento, respuesta limitada a altas dosis de corticoides orales, reactantes de fase aguda muy elevados y múltiples adenomegalias, sugieren una neoplasia subyacente en pacientes con manifestaciones reumáticas. Se encuentra bien documentado que patologías como el síndrome Sjögren o la dermatomiositis tienen mayor riesgo de malignizar y que ciertas neoplasias pueden cursar con síndromes reumáticos paraneoplásicos. Es fundamental la relación cronológica entre la neoplasia y estas manifestaciones. Aún falta información sobre la relación entre estas entidades.

DISFAGIA PROGRESIVA COMO MANIFESTACIÓN DE MIOPATÍA INFLAMATORIA

Sinda Hortencia ZALLES LAZARTE, Laura Margarita SALINAS MEJÍA, Sylvia MARTINS

HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES

Presentación del Caso: Las miopatías inflamatorias involucran un grupo heterogéneo de enfermedades inmunomediadas con afección muscular y extramuscular. El compromiso esofágico, y en consecuencia la disfagia, se manifiesta en todos los subtipos como síntoma frecuente, provocando un impacto negativo en la tasa de mortalidad y calidad de vida. Varón de 70 años con antecedentes de dislipemia en tratamiento con estatinas y extabaquista consultó en guardia por disfagia progresiva de un mes de evolución primero a sólidos, posteriormente a líquidos, acompañada de debilidad muscular. Se realizó un primer diagnóstico del cuadro respiratorio indicándose tratamiento sintomático esteroideo, con mejoría parcial de los síntomas. Por persistencia de disfagia asociando a debilidad de cintura escapular volvió a consultar. En su reevaluación se solicitó laboratorio que informó CPK >6000 y aldolasa >50 e hipertransaminasemia, internándolo por alta sospecha de miopatía inflamatoria. Se inició tratamiento con pulsos de metilprednisona 1 g/día durante 5 días sin respuesta agravando compromiso deglutorio/respiratorio y sumando debilidad pelviana, ingresando a UTI en ARM. En consenso se escaló tratamiento a gammaglobulinas 20 g/día por 5 días con escaso descenso de enzimas musculares. Las inmunoserologías solicitadas fueron negativas, incluyendo panel de miositis, y la RMN de cintura pelviana evidenció abundante edema de cuádriceps e isquiosural de ambos muslos y músculos pelvianos. Edema difuso de músculos de ambas piernas, y presencia de líquido en el espacio perifascial entre sóleo y gemelo interno bilateral. Tras estos hallazgos se realizó biopsia muscular que informó presencia de fibras necróticas y en regeneración, macrofagia, atrofia perifascicular y moderado infiltrado inflamatorio linfocitario perivasculares, predominantemente de linfocitos CD4+. Por tal motivo

se decidió avanzar con tratamiento iniciando rituximab 1 g (día 1-15) presentando a posterior recuperación muscular progresiva con desvinculación de ARM. Posteriormente se inició azatioprina 150 mg/día como terapia de mantenimiento.

Discusión: El 25% de los pacientes con miopatía inflamatoria tiene disfagia como síntoma de presentación, manifestándose hasta en un 60% durante la evolución de la enfermedad. La clave del diagnóstico es la conciencia de este síntoma, en muchas ocasiones subdiagnosticado como consecuencia de una falta de información acerca de su entidad.

0184

ACROCIANOSIS INDUCIDA POR INHIBIDORES DE PUNTOS DE CONTROL

Laura Margarita SALINAS MEJÍA, Micaela COSATTI

CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS NORBERTO QUIRNO (CEMIC)

Presentación del Caso: Los inhibidores de puntos de control (ICI) han surgido como terapias innovadoras para una variedad de tumores sólidos. La acrocianosis secundaria es un evento adverso observado en <1% de los casos. Hombre de 54 años, con antecedentes de cardiopatía isquémica y tabaquista severo. Fármacos: valsartán y rosuvastatina. Diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón estadio IV. Completó 4 ciclos de inducción de quimioinmunoterapia combinada con pemetrexed, carboplatino y pembrolizumab. Semana 4: fenómeno símil Raynaud manifestado con palidez en segundo y tercer dedos de la mano derecha, autolimitado, presente con el frío y calor. Continuó con ciclo único de mantenimiento con pembrolizumab. Semana 28: cianosis distal en los dedos mencionados y menos frecuente en mano contralateral. Semana 36: acudió a Reumatología por dolor súbito en los dedos. No tenía semiología de enfermedad autoinmune. Se sospechó evento adverso al pembrolizumab por lo cual se suspendió, inició nifedipina 30 mg/día y se internó en sala. Tenía estigmas de abscedación periungueal y pulsos periféricos. Requiere drenaje de colección y antibióticos por *Staphylococcus capitis*. Eco Doppler venoso/arterial y angiogramografía de tórax con contraste normales. Autoanticuerpos: ANA: 1/640 nuclear granular fino y ENAs negativos. Capilaroscopia: alteraciones inespecíficas sin SD pattern. No se biopsió. Por respuesta parcial, sildenafil 50 mg cada 8 h con mejoría sostenida. Luego de 4 días se le dio el alta. Se aumentó nifedipina a 30 mg cada 8 h. Después de 15 días, paroxismos de vasoespasm doloroso y se reinternó. Recibió un pulso de metilprednisolona endovenoso 1 g/día. Ante el patrón fluctuante del cuadro, se postergó la infusión del análogo de prostaglandina. Egresó antiagregado con aspirina 100 mg/día y cilostazol 50 mg/día. Se evalúan otras conductas según evolución.

Discusión: Se propone que el mecanismo de los ICI conduce a la activación de las células T lo que podría dar lugar a manifestaciones de vasculitis o producir un efecto proinflamatorio que causa daño vascular directo. Hay que diferenciarlo del síndrome vascular acral paraneoplásico que conduce a hiperviscosidad y fenómeno vasoreactivo local, y además tiene una presentación clínica distinta.



Comentarios Finales: Destacamos la importancia de reconocer esta entidad e interrumpir precozmente el tratamiento con ICI ante la existencia de síntomas similares al Raynaud durante el tratamiento de una neoplasia maligna.

0190

VOGT-KOYANAGI-HARADA LIKE ASOCIADO A REMIBRUTINIB: UN CASO CLÍNICO INUSUAL

Carolina Solange GALLO, Dianela CARBONE, Marianela NICOLA, Guillermina MOINE, Agostina GATICA, Lucía CICHILLITTI, Nahuel BLANDO, Brian Marcelo ABDALA, Ivana SANTAOLAYA, Lucas LONDERO, Keila KLAUS, Ariana RINGER, Juan Pablo RUFFINO, Ledit ARDUSSO, Daniel COLOMBERO, Juan Manuel QUIROGA, Marcelo ABDALA

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

Presentación del Caso: Presentamos una paciente de 43 años diagnosticada en 2012 con urticaria crónica espontánea que, por falta de respuesta a esquemas habituales, en enero de 2022 comenzó con remibrutinib bajo protocolo de investigación. En septiembre de 2023 inició de forma aguda con visión borrosa y cefalea; fue evaluada por Oftalmología y se informó reacción en cámara anterior y fondo de ojos con pupila de bordes levemente difusos y pliegues en región macular, interpretando el cuadro como enfermedad de VKH like aguda. Fue remitida a nuestro servicio donde, además de descartar intercurencia infecciosa con VDRL (-), toxoplasmosis IgM e IgG (-), HBsAg (-), VHC (-), VHS 1 y 2 IgM e IgG (-), HIV (-), se solicitó: factor reumatoideo 11, C3 131 C4 48, ANA (-), ANCA (-), HLA B27 (-). Se inició prednisona 60 mg y tratamiento tópico, y se interrumpió remibrutinib. Se decidió el agregado de azatioprina, pero que debió suspenderse debido a hepatotoxicidad. A continuación, se consideró el inicio de adalimumab, que nunca llegó a agregarse porque la paciente refirió mejoría de la clínica visual, y hacia febrero de 2023 se objetivó mejoría del fondo de ojos.

Discusión: Las respuestas inflamatorias excesivas y autoinmunes actualmente pueden manejarse a través del uso de medicación biológica. Si bien el resultado terapéutico es muy eficaz, es importante destacar que provocan una amplia gama de efectos secundarios llamados eventos adversos relacionados con el sistema inmunitario (IRAE). Los eventos oculares son parte de este espectro, poco frecuentes, pero requieren una consideración cuidadosa. La interdisciplina es la herramienta fundamental que nos permite un amplio abanico de diagnósticos diferenciales, y la inclusión de herramientas desde otras especialidades (como *The Naranjo score*) que nos acercó la probabilidad de considerar el cuadro como un evento adverso no reportado.

Comentarios Finales: Considerando que el fármaco se encuentra en fase 3 y no encontramos reporte de eventos adversos de este tipo asociado a su uso, destacamos también la complejidad entre el manejo de los IRAE y las medidas tendientes a evitarlas y/o tratarlas. El saber acumulado en nuestra especialidad con respecto al uso de tratamientos biológicos resultó ser la piedra angular en el desenlace con éxito de esta paciente, incluso planteó el agregado de mayores medidas biológicas en el caso de requerir continuar con remibrutinib.

HEPATITIS AUTOINMUNE TIPO 1 EN UNA PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Patricia Marcela AZNAR, María Elena ALCORTA, María Belén VITTAR, María Candelaria FANJUL

LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

Presentación del Caso: Se presenta el caso de una paciente de 50 años con diagnóstico previo de LES, en tratamiento con hidroxiquina, controles periódicos y carnet de vacunación completo, que concurrió al hospital para el control de su patología. Presentó, como signo destacado, un aumento de tamaño del hígado evidente a la palpación y ecografía, laboratorio con incremento moderado de transaminasas hepáticas, proteínas totales a expensas de fracción gama globulina e IgG elevada. En la anamnesis la paciente relató no consumir drogas o alcohol y se descartó la etiología viral por pruebas de laboratorio negativas para virus hepatótrofos. La biopsia hepática evidenció un moderado infiltrado inflamatorio mixto con actividad de interfase leve y hepatocitos con disposición rosetoide. En el laboratorio de inmunología se detectaron anticuerpos antinucleares positivo, anticuerpos antimúsculo liso con especificidad actina positivo en alto título.

Discusión: Con los datos actuales más los antecedentes de la paciente es posible inferir que se trata de una superposición entre LES y HAI de tipo 1 ya que cumple criterios para ambas patologías, descartándose la hepatitis lúpica. Se agregó al tratamiento azatioprina y en controles posteriores mostró una evolución favorable.

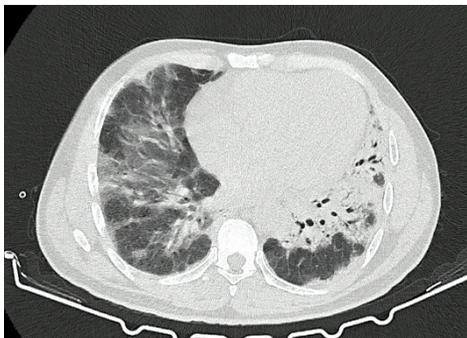
Comentarios Finales: La asociación de HAI con LES es poco frecuente por lo que requiere un preciso y oportuno diagnóstico para diferenciarla de otras hepatopatías y de la hepatitis lúpica con el objetivo de realizar un adecuado pronóstico e instaurar el tratamiento apropiado. En dicha clasificación tiene un preponderante papel no solo la biopsia hepática sino también el laboratorio de Inmunología.

DISTRACTORES DE UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

Rodrigo AUGSBURGER, Carolina DETORRE, Juan Ignacio RODRÍGUEZ LIA, Mariana LAGRUTTA, Roberto PARODI, Mariano PALATNIK, Sergio LUPO, Marcelo ABDALA

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

Presentación del Caso: Varón de 49 años extabaquista, hipertenso, dislipémico, con infección por dengue en el último mes y foco positivo para psitacosis, consultó por cuadro de 3 semanas de disnea progresiva hasta CF IV, astenia y poliartritis bilaterales simétricas en rodillas, metacarpofalángicas e interfalángicas, sin mialgias. Ingresó febril, con requerimiento de oxigenoterapia, leve descamación en ambas manos y raes tipo velcro bilaterales mediobasales, sin signos de sobrecarga. Laboratorio: GB 11870/mm³, VES 51 mm/1° hora, PCR 44,5 mg/dl, LDH 744 UI/l, CPK 2207 UI/l; TAC tórax: múltiples áreas de vidrio esmerilado en la totalidad de ambos campos pulmonares conformando consolidaciones basales con broncograma aéreo. Inició antibioticoterapia empírica de amplio espectro completando posteriormente claritromicina por 21 días tras recibir serologías positivas de *Mycoplasma pneumoniae*. Laboratorio inmunológico (FAN, C3, C4, FR, ANCA) sin hallazgos patológicos, serologías para *Chlamydia psittaci* y *pneumoniae* no reactivas, y panel de enfermedades tipo influenza negativo. Evolucionó afebril, persistiendo taquipneico e hipoxémico luego de 3 semanas de tratamiento, sin mayores cambios al examen físico. Posteriormente se recibieron anticuerpos anti Jo-1 positivos llegando al diagnóstico de síndrome



antisintetasa, siendo el resto del panel de polimiositis negativo (Rib-P, SRP, Ku, Mi-2, PL-12, PL-7, PM-Scl-100, AMA-M2). RMI: leve aumento de intensidad en músculos paraespinales y cintura pelviana. Se realizó pulso de metilprednisolona por 3 días y ciclofosfamida con marcada mejoría del cuadro llegando al alta sin requerimiento de oxigenoterapia.

Discusión: El síndrome antisintetasa es una enfermedad autoinmune emparentada a las miopatías inflamatorias idiopáticas. Con mayor prevalencia en el sexo femenino, suelen encontrarse formas de presentación variadas y heterogéneas. Junto con los anticuerpos específicos, es característica la presencia de miositis, artritis, síndrome de Raynaud, manos de mecánico y enfermedad pulmonar intersticial pudiendo no encontrarse todas estas al momento del diagnóstico, lo cual resulta un desafío. La corticoterapia y los inmunosupresores son los pilares fundamentales del tratamiento.

Comentarios Finales: Destacar la dificultad diagnóstica y los distractores particulares del caso, así como reconocer los posibles desencadenantes infecciosos de las enfermedades autoinmunes.

POLIANGITIS MICROSCÓPICA EN UN PACIENTE CON INFECCIÓN RECIENTE POR DENGUE: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

María Laura GOÑI, Jorge Luis GONZÁLEZ, Cristian LARA, Isaac CADILE, Laura ONETTI, Eduardo MUSSANO

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

Presentación del Caso: Varón de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, artritis reumatoide y extabaquista, refirió haber comenzado 20 días previos con cefalea, mareos, hiporexia, hipoacusia, náuseas y palidez. A los 10 días se agregó hematuria, oliguria, edema bpalpebral, hemoptisis y epistaxis. Aproximadamente un mes antes, había cursado infección por dengue. Al ingreso se encontraba hipertenso. Al examen físico presentaba palidez generalizada, mucosas secas, edemas bpalpebrales y crépitos bibasales. El laboratorio mostró anemia normocítica hipocrómica, acidosis metabólica, falla renal (creatinina 10,4 mg/dL, urea 254 mg/dL), eritrosedimentación >120 mm/h y PCR elevada. En orina: hematíes >100/cpo, con hematíes dismórficos, cilindros granulosos 20 y hialinos 6, y proteinuria de 898 mg/24 h. Pasó a UTI, se inició hemodiálisis y, por sospecha de glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP), se comenzó con pulsos de metilprednisolona. La TAC de cerebro fue normal, el tórax mostró un derrame pleural derecho e imágenes lobulillares centrolobulillares asociadas a vidrio esmerilado. La ecografía abdominal mostró riñones normales. Intercurrió con infección asociada a catéter por *S. aureus*, por lo cual se difirió la biopsia renal e inducción con ciclofosfamida. Las serologías virales fueron negativas, serología de Chagas positiva, esputo y PCR para *M. tuberculosis* negativos. Los anticuerpos anti-MPO fueron

positivos, mientras que los PR3 y anti-MBG fueron negativos. La biopsia renal mostró una muestra subóptima con 5 glomérulos, depósito mesangial y semilunas fibrocelulares. Se llegó al diagnóstico de poliangitis microscópica (PAM).

Discusión: La PAM es una vasculitis necrotizante de pequeños vasos asociada frecuentemente con ANCA, especialmente anti-MPO. Este caso manifiesta una presentación clásica con afectación renal significativa y síntomas sistémicos. La infección previa por dengue pudo haber actuado como desencadenante inmunológico. El diagnóstico se basó en serología positiva para anti-MPO, biopsia y la exclusión de otras causas.

Comentarios Finales: La identificación temprana de PAM y la iniciación rápida del tratamiento son cruciales. La PAM es un desafío diagnóstico y terapéutico, y este caso subraya la necesidad de un manejo multidisciplinario para mejorar la calidad de vida del paciente.

0207

ESTEATOSIS HEPÁTICA EN LA PRESENTACIÓN INICIAL DE DOS PACIENTES CON DERMATOMIOSITIS POR ANTI-MDA5

Cecilia CASTEL DEL CID, Lourdes JOFRE, Anabel LEDDA, Giovanna MACELLO, Ivana MIRANDA, Pablo PEDROSA, Valeria PEZUTTI, María Gloria RIVERO, Facundo VERGARA, Tania Mayra ZUTARA

HOSPITAL CENTRAL

Presentación del Caso: **Caso 1:** Paciente de 47 años con poliartralgias y ojo seco, inició con Raynaud, lesiones cutáneas eritematosas en dedos llegando a ulcerarse y transaminitis, sin debilidad muscular. Lab: FAN, FR, anti-CCP negativos, VSG: 38 mm, PCR: 18 mg/dl, CPK 24, GOT: 153UI/L (x5), GPT: 240UI/L (x8), Anti RO 52, Anti MDA 5, AML positivos. Biopsia hepática: esteatosis severa, hepatocitos con degeneración balonizante. Biopsia de piel: dermatitis crónica perivascular superficial y profunda. Recibió meprednisona, hidroxycloquina y azatioprina. Por Anti MDA 5 positivo, se rotó a micofenolato por progresión de úlceras en manos, codos y pabellones auriculares; inició gammaglobulinas y sildenafil, en plan de rituximab. **Caso 2:** Paciente de 18 años inició con astenia, lesiones eritematosas en cara, manos, 4 miembros, pruriginosas y dolorosas, poliartralgias, debilidad generalizada, disfagia, úlceras orales y pérdida de peso. Agregó fiebre, disnea y tos con expectoración. Lab: VSG: 33 mm, PCR 1,6 mg/dl, GOT 1582 UI/L (x50), GPT 309 UI/L(x10), FAL 331 (x2), FAN débil moteado fino y citoplasma fibrilar. AML, Anti MDA 5 y Anti-RO 52+, Anti-Sm, Anti-La, Anti-RNP, Anti-DNA, FR negativos. Biopsia de piel: dermatitis crónica perivascular superficial y profunda, depósitos mucina. Biopsia hepática: esteatosis microvacuolar moderada a severa. TAC tórax: engrosamiento del intersticio periférico interlobulillar e interlobar. Opacidades algodonosas con aspecto de proceso inflamatorio. Inició tratamiento con corticoides, azatioprina, presentó sangrado posbiopsia hepática y óbito.

Discusión: La dermatomiositis por MDA 5 presenta rasgos mucocutáneos distintivos como ulceración oral, pápulas palmares, alopecia, paniculitis, úlceras cutáneas y artritis. Su alta incidencia de intersticiopatía rápidamente progresiva contribuye al mal pronóstico y las ulceraciones confieren mala calidad de vida. Se han reportado casos con compromiso hepático.

Comentarios Finales: Se ha informado afectación hepática con transaminitis y esteatosis hepática severa. Se cree que la activación macrofágica en la inflamación inicial es esencial en la patogenia de la injuria hepática en los casos de MDA 5. Esto debe sospecharse ante pacientes con transaminitis con CPK normal. Es llamativo en ambos casos la positividad del AML sin evidencia de HAI en la histología.

0208

MANIFESTACIONES CUTÁNEAS ATÍPICAS DE ENFERMEDAD DE STILL

Carolina DETORRE, Juan Ignacio RODRÍGUEZ LIA, Mariana LAGRUTTA, Ana MOLTENI, Mario Daniel GOROSITO, Roberto Leandro PARODI, Sergio LUPO

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

Presentación del Caso: Mujer de 64 años, con HTA. Un mes de evolución caracterizado por fiebre diaria de 39°C, odinofagia, artralgias en muñecas y artritis en rodilla izquierda, lesiones cutáneas maculopapulares hiperpigmentadas, pruriginosas y persistentes en región del escote, cervical posterior, cara externa de muslos y región periocular, adenopatía submaxilar izquierda móvil no dolorosa y prurito ocular. Análisis con leucocitosis de 21890 con 79% de neutrófilos, elevación de transaminasas, ferritina de 7225 mg/dl, VES y PCR elevadas, tomografía de tórax y abdomen con nódulo pulmonar de 8 mm y poliadenomegalias. Queratitis puntiforme bilateral secundario a ojo seco. Serologías para VIH, VHB, VHC, CMV, VEB, parvovirus B19, IgM e IgG para dengue negativas, laboratorio inmunológico FAN, FR, ANCA, complemento, anti Jo y anti La normales, TSH, T4 libre, lipidograma, ferremia, porcentaje de saturación de transferrina, TIBC normales, así como estudios ginecológicos. Biopsia *punch* cutánea con dermatosis perivascular de predominio linfocitario, menor número de neutrófilos y signos de vasculopatía con extravasación hemática y cambios citotóxicos. Se realizó diagnóstico de enfermedad de Still e inició corticoterapia vía oral con mejoría de lesiones cutáneas, evolucionando afebril, con buen estado general, y reducción de adenopatías y nódulo pulmonar en tomografía de tórax.

Discusión: Uno de los desafíos del diagnóstico de la enfermedad de Still es descartar en primera instancia los procesos infecciosos, oncológicos y otras enfermedades autoinmunes. En este caso la presencia de un nódulo pulmonar con adenopatías era sugestivo de secundarismo y las manifestaciones cutáneas atípicas orientaban a dermatomiositis amiofática. La paciente no presentaba las lesiones cutáneas típicas como el *rash* asalmonado evanescente no pruriginoso. En cambio, presentaba lesiones tipo dermatomiositis *like* como las perioculares, en escote y en cara externa de ambos muslos llamadas signo de la bandolera. Estas lesiones, si bien infrecuentes, se describen en pacientes con enfermedad de Still y la biopsia cutánea apoyo el diagnóstico. El tratamiento, según la severidad, puede requerir AINES, corticoterapia o inmunosupresión.

Comentarios Finales: Destacar la presentación atípica de las manifestaciones cutáneas y los polimorfismos con los que puede presentarse, generando un desafío diagnóstico para el médico tratante.

0216

ASOCIACIÓN INFRECUENTE DE ESCLEROSIS SISTÉMICA DIFUSA Y VASCULITIS ANCA CON AFECTACIÓN RENAL: DESAFÍOS EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE UNA FORMA DE PRESENTACIÓN GRAVE

Lucas Jorge LONDERO, Nahuel BLANDO, Guillermina MOINE, Ivana SANTOLAYA, Keila KLAUS, Marianela NICOLA, Carolina Solange GALLO, Lucía CICHILLITTI, María Agustina GÁTICA, Dianela CARBONE, Brian Marcelo ABDALA, Franco LUCCHI, Mariano PALATNIK, Noel CORTESE, Juan Pablo RUFFINO, Ariana RINGER, Marcelo ABDALA

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

Presentación del Caso: Mujer de 31 años con diagnóstico de esclerosis sistémica cutánea difusa (dcSSc) a los 11 años (anticuerpo anti Scl-70 positivo) y enfermedad pulmonar intersticial difusa sin tratamiento específico, seguimiento irregular, internación reciente en otro efector por insuficiencia renal interpretada secundaria a crisis esclerodérmica por lo cual se instauró enalapril. Consultó por cuadro de náuseas y dolor epigástrico de 48 h de evolución, asociado a diarrea acuosa y disminución del ritmo diurético, con empeoramiento de su injuria renal. Laboratorio: hematocrito 31%, leucocitos 7160/mm³, plaquetas 241000/mm³, eritrosedimentación 120 mm/1^o h, urea 56 mg/dl, creatinina 2,13 mg/dl, PCR 24,1 mg/l, ANCA-P 1/640, anti-mieloperoxidasa 200 UI/ml. Proteinuria en orina aislada 5,48 gr/lt. Campo cubierto de hematíes dismórficos. Se realizó punción biopsia renal, cuya anatomía patológica informó glomerulonefritis paucimune extracapilar con lesión necrotizante segmentaria y semilunas fibrocelulares y fibrosas, atrofia tubular mayor al 50%. Se arribó al diagnóstico de vasculitis asociada a ANCA (AAV) e inició tratamiento con ciclofosfamida. Intercurrió al mes con hemoptisis y desaturación, interpretándose como hemorragia alveolar difusa con progresión de la insuficiencia renal (creatinina 5,04 mg/dl). Se indicó pulso de corticoides, plasmaféresis y rituximab.

Discusión: Se enfatiza la dificultad en el abordaje terapéutico considerando que el tratamiento de inducción con alta dosis de corticoides para la AAV puede ser perjudicial por el riesgo de desencadenar crisis renal esclerodérmica (prevalencia reportada de 5-7% en dcSSc). Sin embargo, su omisión aumenta la morbimortalidad en las vasculitis asociadas a ANCA.

Comentarios Finales: El interés de la publicación radica en la asociación inusual entre dcSSc y AAV. Se destaca la importancia de arribar a un diagnóstico certero debido a las diferencias en la terapéutica de las entidades mencionadas.

0218

INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CASO DE ARTRITIS REUMATOIDE UTILIZANDO COMO GUÍA LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF)

María Laura FRUTOS, Florencia MONTAÑA, Selena ACOSTA

EMMETRIA

Presentación del Caso: Mujer de 39 años, psicóloga, soltera sin hijos, sedentaria, con artritis reumatoide de 10 años de evolución. Articulaciones más afectadas: muñeca izquierda, 3° y 4° dedos derechos (mano dominante) Tratamiento: certolizumab. Movilidad activa de muñeca izquierda: flexión: 35°. Extensión: 40°. Fuerza de prensión (dinamometría) MSD: 8 kg. MSI: 2 kg. Rigidez matinal de 1 h. Independiente en AVD básicas. Dificultades para actividades instrumentales: preparación de las comidas y limpieza/mantenimiento del hogar. El plan de TO consistió en: educación, recomendaciones de actividad física, ejercicios específicos muñeca-dedos, reorganización de su rutina hogareña y laboral, y provisión de ortesis estática de extensión digital. Entre diciembre de 2023 y febrero de 2024 sin medicación por problemas con su obra social (ver en poster la interacción entre los componentes que propone la CIF para el análisis, comprensión y diseño de la intervención de la terapia ocupacional).

Discusión: La paciente presentó una combinación de deficiencias físicas, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Reevaluación en julio de 2024: movilidad activa de la muñeca izquierda. Flexión: 35°. Extensión: 55°. Fuerza de prensión (dinamometría) MSD: 4 kg. MSI: 0 kg. Rigidez matinal de 15 min. Organizó su rutina diaria para la preparación de las comidas y cuenta con apoyo una vez a la semana para limpieza del hogar. Alterna trabajo en relación de dependencia "part time" (ingreso económico estable) con actividad independiente. Inició actividad física. La intervención de TO retomó los aspectos educativos (manejo de la fatiga y dolor, protección articular, organización de rutina diaria). Control y mantenimiento de la ortesis nocturna. Recomendaciones de continuar actividad física/ejercicios y participación en grupos de apoyo.

Comentarios Finales: El diagrama de interacción entre los componentes que propone la CIF permite comprender la complejidad de la condición del paciente: cómo afecta su vida diaria y su capacidad para participar en actividades significativas, los factores ambientales y personales para identificar barreras-facilitadores. De esta manera, es posible diseñar planes de intervención efectivos que aborden de manera específica las áreas de necesidad del paciente.

0219

COMPROMISO OTORRINOLARINGOLÓGICO EN ENFERMEDAD RELACIONADA CON IgG4: NARIZ, OÍDO Y HUESO TEMPORAL

Matías VELÁZQUEZ¹, Mauro LITMANOVICH², Ariana KABALESKI GHIGLIONE¹, Facundo DE PRADO², José DE PRADO², Fernando PRIEU², Luisina Victoria ZUNINO¹, Romina Andrea CALVO¹, Alberto ORTIZ¹, Sergio PAIRA¹

¹HOSPITAL DR. JOSÉ MARÍA CULLEN, ²CEMAFE

Presentación del Caso: **Caso 1:** mujer, 29 años. Comenzó con otitis media serosa de 2 años de evolución, antecedentes de otalgia progresiva e insuficiencia ventilatoria nasal intermitente, agregó foco neurológico, dificultad para la marcha y sostén cefálico, parálisis del recto lateral. Tratada con ATB por 3 meses y tubo de ventilación, sin mejoría durante 2 años. TC: ocupación difusa del hueso temporal y ápex petroso (petrositis). Hipoacusia mixta del oído izquierdo severa. RMI: velamiento de celdillas mastoideas izquierda (mastoiditis crónica). Biopsia mastoidea: tejido fibroconectivo con intenso infiltrado mixto a predominio linfohistiocitario, abundantes células plasmáticas, vasos congestivos. IHQ: células IgG4: 15/alto campo, rango IgG4/IgG: 53%. IgE, IgG4 sérica normales. ANA, FR, ANCA P y C, MPO Y PR3 negativos. Siete meses poscirugía: epistaxis y obstrucción nasal, perforación del tabique nasal y nariz en silla de montar. Biopsia de mucosa nasal: infiltrado linfoplasmocitario, con fibrosis no estoriforme, sin flebitis obliterante, necrosis ni vasculitis. **Caso 2:** mujer, 25 años, inició con hipoacusia derecha, cefalea holocraneana y diplopía de 2 años de evolución. RM encéfalo: dilatación ventricular, celdas mastoideas ocupadas por masa de 30 mm intrapetrosa con realce meníngeo en base de cráneo, sin compromiso de otro órgano. Biopsia meníngea e inmunomarcación: infiltrado linfoplasmocitario y fibrosis estoriforme, no granulomas, ni necrosis. IgG4: 50-60 plasmocitos, rango IgG4/IgG 15-20%, ALK 1 negativa. IgG4 sérica normal. Diagnóstico: paquimeningitis hipertrófica. Asintomática durante 1 año, comenzó con otalgia, vértigo y nistagmus horizontal. TC: mastoiditis. Biopsia mastoidea: infiltrado linfoplasmocitario y fibrosis estoriforme.

Discusión: Las manifestaciones otorrinolaringológicas de la ER-IgG4 son poco tenidas en cuenta. Muchas de estas lesiones limitadas pueden ser causadas por infecciones, enfermedades inflamatorias, abusos de sustancias y neoplasias. El diagnóstico diferencial más importante son las vasculitis, sobre todo la granulomatosis con poliangeítis.

Comentarios Finales: Manifestaciones como secreciones, costras nasales, perforación del tabique, nariz en silla de montar, úlceras en boca, paladar, estenosis subglótica, otitis media serosa recurrente, hipoacusia sensorio-neural y afectación hueso temporal son comunes a estas enfermedades. El rol del otorrinolaringólogo es fundamental en la sospecha y detección precoz de estos pacientes.

PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CASTLEMAN Y ENFERMEDAD RELACIONADA CON IgG4

Miurika CORONELL¹, Verónica VARGAS¹, Delys TORRES¹, Enrique BARRETO¹, Marcela DE DIOS SOLER², Analía Verónica LONGO¹, Carolina SÁNCHEZ ANDÍA¹, María Mercedes CROCE¹, Analía ÁLVAREZ¹

¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JOSÉ MARÍA PENNA, ²HOSPITAL DE ONCOLOGÍA MARÍA CURIE

Presentación del Caso: Varón de 51 años con antecedentes de asma bronquial, y de dos internaciones por neumonía, linfadenopatías generalizadas e insuficiencia renal. Se realizó biopsia renal compatible con nefritis del túbulo intersticial crónica-activa severa paucimmune. Con diagnóstico presuntivo de enfermedad reumática se solicitó valoración por la especialidad. Al interrogatorio refirió tumefacción parotídea y de glándulas submaxilares de 5 años de evolución, ojo y boca seca, Raynaud y pérdida de peso, se objetivaron adenopatías cervicales. Laboratorio: glóbulos blancos 9980 mm³, eosinófilos de 1097mm³, creatinina sérica de 2,87 mg/dl, eritrosedimentación de 89 mm³, proteinograma electroforético con hipergammagobulinemia de aspecto policlonal, resto sin alteraciones. Serologías para VIH, hepatitis B y C negativas. Se realizaron tomografías de senos paranasales con ocupación parcial de los senos frontal, esfenoidal y etmoidal y de tórax que evidenciaron bronquiectasias bilaterales, con aumento del patrón reticulonodulillar bilateral, imagen pseudonodular en lóbulo superior izquierdo y signos de enfisema centrolobulillar. Se tomaron muestras de esputos y se realizó fibrobroncoscopia con resultados directos y cultivos negativos. Se solicitó laboratorio inmunológico con anticuerpo antinuclear positivo título 1/320 patrón homogéneo, anti ribonucleoproteína nuclear U1 y factor reumatoideo positivos. Anticuerpos antipeptido citrulinado, anticitoplasma de neutrófilo, proteinasa tres y mieloperoxidasa negativos. Se realizó el dosaje de inmunoglobulina Ig4 sérica con un nivel elevado. Se realizaron biopsias de ganglio cervical con histología e inmunomarcación con hallazgos compatibles con enfermedad de Castleman multicéntrica, negatividad al virus del herpes humano-8 y una proporción elevada de células plasmáticas IgG4-positivas. La biopsia de glándula salival presentaba infiltrados inflamatorios linfoplasmocitarios compatibles con síndrome de Sjögren. Si bien este paciente cumplía criterios clasificatorios para síndrome de Sjögren y enfermedad de Castleman multicéntrica, no fue posible descartar enfermedad por IgG4. El paciente recibió tratamiento con corticoides e inmunosupresor, con mejoría clínica.

Discusión: Reportamos un caso clínico que presenta un desafío diagnóstico. Destacamos la importancia de la combinación de los hallazgos clínicos, las imágenes, el laboratorio y la histología para la interpretación diagnóstica.

COMPROMISO CARDÍACO EN PACIENTE CON ESCLEROSIS SISTÉMICA DIFUSA

Lucía CICHILLITTI, Dianela CARBONE, María Agustina GATICA, Marianela NICOLA, Carolina Solange GALLO, Ivana SANTOLAYA, Guillermina MOINE, Lucas LONDERO, Keila KLAUS MAC KELLAR, Nahuel BLANDO, Franco LUCCI, Brian Marcelo ABDALA, María FERNÁNDEZ, Mariano PALATNIK, María CORTESE, Juan RUFFINO, Marcelo ABDALA, Ariana RINGER

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

Presentación del Caso: Paciente masculino de 47 años con esclerosis sistémica difusa (dcSSc) de 2 años de evolución en tratamiento con micofenolato 2 g día y nifedipina 30 mg/día. Al inicio se solicitó TAC de tórax: enfisema en lóbulo inferior izquierdo y dilatación esofágica; capilaroscopia: patrón esclerodermiforme tardío; espirometría y ecocardiograma normales. Laboratorio: FAN 1/2560 homogéneo, U1RNP, Scl70 y Ro positivos. Anti-ADN negativo, CPK 1292 mUI/ml LDH 529 mUI/ml, reactantes normales. Consultó a la guardia por disnea CF III y palpitaciones. Al examen: edemas de miembros inferiores y rales crepitantes bibasales. Se solicitaron estudios: ecocardiograma: FEVI (fracción eyección ventrículo izquierdo) 35%, hipoquinesia difusa, presión arterial pulmonar (PSAP) 40 mmHg, cavidades derechas (CD) dilatadas y derrame pericárdico (DP) moderado. Laboratorio: CPK 528 mUI/ml LDH 589 mUI/ml, troponinas 547 pg/ml NT-proBNP 2857, pg/ml HIV no reactivo aldolasa 10 UI/lt IgM CMV y coxsackie no reactivos. Panel de miositis negativo. Se interpretó el cuadro como insuficiencia cardíaca (IC) aguda por miocarditis. Se instauró tratamiento con pulsos de metilprednisolona 1 g/día por 3 días y luego ciclofosfamida 750 mg mensual asociado a prednisona 15 mg día completando 3 ciclos. Cardiología indicó tratamiento específico para IC. Tres meses después, el paciente acudió al control presentando troponinas T aumentadas asociadas a disnea CF II. Ingresó a Unidad Coronaria y se solicitaron estudios. Laboratorio: troponina T ultrasensible 286.7 pg/ml, resto normal. Ecocardiograma: FEVI 30% aquinesia de segmento inferobasal y medial, CD dilatadas, PSAP 25 mmHg. cardi resonancia: FEVI 31%, hipoquinesia difusa, realce tardío con gadolinio difuso en ventrículo derecho, DP moderado, compatible con miocardiopatía infiltrativa. Se suspendió ciclofosfamida e inició rituximab 1 g. Luego de 3 meses el paciente falleció.

Discusión: El compromiso cardíaco en la dcSSc ocurre entre el 15 y 35% de los casos, el 25% se debe a disfunción miocárdica en relación a miocarditis y fibrosis. El tratamiento debe ser precoz con inmunosupresores como ciclofosfamida o rituximab.

Comentarios Finales: Se presenta este caso debido a la poca frecuencia de presentación del compromiso cardíaco en pacientes con dcSSc y la necesidad de instaurar un tratamiento inmunosupresor en forma temprana.

VARÓN CON SÍNDROME DE MIKULICZ Y FALLA RENAL: ENFERMEDAD POR IgG4

Aimé María COCCO, Carolina DETORRE, Juan Ignacio RODRÍGUEZ LIA, Mariana LAGRUTTA, Roberto Leandro PARODI, Sergio LUPO

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

Presentación del Caso: Varón de 47 años con antecedente de IRC en estudio, que comenzó 4 años atrás con astenia, síntomas secos e hipertrofia parotídea bilateral, acompañados de parestesias en pies. Consultó a un efector por cuadro respiratorio arribando al diagnóstico de tuberculosis pulmonar y donde además se realizó biopsia de glándulas salivales por síndrome de Mikulicz. Luego de 5 meses, los síntomas cedieron espontáneamente. Ingresó posteriormente a nuestro hospital con falla renal crónica reagudizada. Al examen físico se encontraba normotenso, en regular estado general, con mucosas secas, adenomegalias submandibulares e hipertrofia parotídea bilateral. Analíticamente, se destacaba anemia, falla renal, hiperkalemia y acidosis metabólica. Aumento policlonal de Ig a predominio de IgG y complemento disminuido. Presentaba hepatoesplenomegalia y riñones aumentados de tamaño en ecografía. Se realizó hidratación con mejoría de parámetros y biopsia renal que informó enfermedad por IgG4; continúa el seguimiento con el médico de cabecera.

Discusión: La enfermedad por IgG4 (ER-IgG4) engloba un grupo de patologías con infiltración linfoplasmocítica, fibrosis y aumento de IgG4 en suero. Puede comprometer casi cualquier estructura de la anatomía, los más afectados son el páncreas y las glándulas salivales, seguidos del riñón, aorta, retroperitoneo y pulmón. Predomina en hombres >50 años y el diagnóstico se realiza mediante clínica, serología y anatomía patológica, siendo esta última la más importante. En etapas iniciales responden bien a terapia glucocorticoide pudiendo lograr remisión de la misma.

Comentarios Finales: Destacamos el caso dada la infrecuencia de la enfermedad y lo poco que se conoce sobre ella. La mayoría de los estudios presentes son en poblaciones asiáticas con una incidencia de 100/10.000 casos. Sin embargo, está infradiagnosticada. La ER-IgG4 puede afectar a múltiples órganos simultáneamente o en períodos diferentes siendo la afección renal una de las más destacadas. Sus manifestaciones dependerán de los órganos involucrados y pueden simular otras enfermedades como neoplasias. Se necesita conocer esta enfermedad, sospecharla y realizar un diagnóstico apropiado, pudiendo evitar cirugías innecesarias y fibrosis irreversibles con los consiguientes fallos orgánicos graves.

0234

DISPLASIA FIBROSA, VARIANTE POLIOSTÓTICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Sinda Hortencia ZALLES LAZARTE, Hugo LABORDE, Damián DUARTES NOE

HOSPITAL BRITÁNICO

Presentación del Caso: La displasia fibrosa ósea es un trastorno no hereditario del desarrollo esquelético caracterizado por la proliferación anormal de fibroblastos y diferenciación deficiente de osteoblastos que conduce a un reemplazo del tejido óseo esponjoso por tejido conectivo fibroso. Existen variantes monostóticas, poliostóticas y también se describe una variante craneofacial. Mujer de 19 años sin antecedentes patológicos personales ni familiares reumáticos, relató cuadro de dolor óseo a nivel de las piernas y pies a predominio derecho de más de un año de evolución, atraumático, sin artritis. Consultó con Traumatología realizándose RMN de pierna derecha que evidenció lesiones extensas endomedulares en peroné que adelgazaban la cortical en tercio medio y proximal. En estudios de extensión se describieron múltiples lesiones óseas con compromiso trabecular y en sectores de la cortical observándose geodas en calota, hueso iliaco derecho, fémur y tibia izquierda, como así también en ambos perones, astrágalo, metatarsianos y falange de pies, con geodas subcondrales femorotibiales bilaterales a predominio izquierdo. Por la alta sospecha de atipia ósea se realizó biopsia de peroné derecho con informe histopatológico de displasia fibrosa. En el examen físico no se observó artritis ni lesiones cutáneas. Por sospecha de síndrome de McCune-Albright se solicitó ecografía ginecológica y tiroidea, y perfiles bioquímicos hormonales siendo estos normales. Se evidenció en el estudio del metabolismo fosfocálcico, Beta Cross Laps elevada e hipoavitaminosis D. Se indicó reposición de calcio y vitamina D con mejoría de los síntomas.

Discusión: La displasia fibrosa poliostótica es una patología de muy baja prevalencia, por lo que su diagnóstico pasa desapercibido en la mayoría de los casos. Las formas monostóticas se diagnostican en las tres primeras décadas de la vida, mientras que las poliostóticas tienden a presentarse a edades menores (media 8 años). Cuando se asocia a endocrinopatías o a lesiones cutáneas hiperpigmentadas, se debe sospechar síndrome de McCune-Albright requiriendo manejo multidisciplinario.

0241

ENFERMEDAD DE TAKAYASU: CUATRO CAMINOS INESPERADOS HACIA EL DIAGNÓSTICO

Catalina PIZARRO, Leonel Ariel BERBOTTO, Boris KISLUK, Romina NIETO, Rosana QUINTANA, Guillermo BERBOTTO

HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, GRANADERO BAIGORRIA.

Presentación del Caso: La enfermedad de Takayasu (ET) es una vasculitis granulomatosa crónica de etiología desconocida que afecta predominantemente a las mujeres jóvenes, y se caracteriza por la inflamación de la aorta y sus ramas principales. **Caso 1:** Varón de 11 años consultó por hemiparesia facio-braquio-crural derecha de una hora de evolución. Flujo ecográfico filiforme en arteria carótida común izquierda. Angio-TC: lesión isquémica aguda en territorio de arteria cerebral media izquierda. Estenosis bilateral de las arterias carótidas comunes. Compromiso mural con estenosis de aorta ascendente, cayado y descendente. **Caso 2:** Mujer de 40 años con dolor progresivo en miembros inferiores y superior izquierdo, exacerbado con esfuerzos y maniobras antigraavitacionales de 4 semanas de evolución. Pérdida de peso del 15% en 45 días. Limitación en la deambulación a pocos metros. Asimetría en registros de presión arterial en miembros superiores. Ausencia de pulsos pedios. Angio-TC aórtica: engrosamiento infrarenal de la pared de aorta abdominal con estenosis de arterias ilíacas externa e interna y femorales. Estenosis de arteria subclavia derecha. **Caso 3:** Varón de 16 años presentó pérdida del estado de conciencia asociada a hemiplejía facio-braquio-crural izquierda durante un partido de fútbol. Se constató úlcera en el extremo distal del dedo índice de la mano derecha. Angio-RMI: isquemia aguda en el territorio de la arteria cerebral media derecha. Oclusión de las arterias subclavas. **Caso 4:** Mujer de 17 años con dolor de la cara lateral izquierda del cuello en un recorrido habitual en bicicleta de 500 metros. En evaluación tiroidea por eco Doppler se detectó estenosis y alteración del flujo en arteria carótida primitiva. Angio-TC: Estrechamiento luminal de carótida común izquierda y subclavia izquierda.

Discusión: La ET representa un desafío diagnóstico debido a su amplia variabilidad clínica y sus manifestaciones inusuales. Los casos presentados destacan la heterogeneidad de las presentaciones de la enfermedad, subrayando la importancia de una evaluación minuciosa y un alto índice de sospecha clínica.

Comentarios Finales: La ET es un enigma clínico con múltiples facetas. Destacamos la importancia de la colaboración interdisciplinaria y el uso de imágenes para su diagnóstico y manejo efectivo. La identificación temprana y el tratamiento adecuado son cruciales para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes.

SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO CATASTRÓFICO: DATOS DEL REGISTRO ARGENTINO (GESAR-SAF)

Débora GUAGLIANONE¹, Romina NIETO², Sabrina PORTA³, Rosa SERRANO MORALES², Luis LEMA⁴, Carla MALDINI⁴, Cecilia GOIZUETA⁵, Victoria LOBO⁵, Ariel BROLL⁵, Verónica SAVIO⁶, Yohana TISSERA⁶, Marina SCOLNIK⁷, Aurelia LUISSI⁷, Erika PALACIOS⁷, Diana FERNÁNDEZ ÁVILA⁷, Natalia Lili CUCCHIARO⁸, Adrián ESTÉVEZ⁹, Alejandra ABALO⁹, Mayra ETCHEVERRY⁹, Silvia PERÉZ¹⁰, Diego RINESI¹¹, María Pía IZAGUIRRE GERMAIN¹¹, Alejandro BRIGANTE¹², Vanesa CASTRO COELLO¹², Diana DUBINSKY¹², Verónica BELLOMIO¹³, Laura SORRENTINO¹², María Lila LEGUIZAMÓN¹³, Cecilia PISONI¹⁴, María Laura DE LA TORRE¹⁴, María Noelia ANTONIOL¹⁵, Carlos PERANDONES¹⁵, Sofía VELLOSO¹⁶, Mercedes GARCÍA¹⁶, Horacio BERMAN¹⁷, Carla Andrea GOBBI¹⁸, Nadia BENZAQUEN¹⁹, Verónica SURIT²⁰, Florencia VIVERO²¹, Maximiliano MACHADO²², Nadia RISCANEVO²⁰, Graciela REMONDINO²³, Verónica NEMAN²³, María Constanza DANIELSEN²⁴, Graciela GÓMEZ²⁵, Alejandra BABINI²⁶, Susana VISENTINI³, Gonzalo PACHECO³, Guillermo PONS-ESTEL², Paula ALBA²⁷

¹HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO, ²GO CREAR, CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS, ROSARIO, ³HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND, ⁴INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGÍA, ⁵SANATORIO 9 DE JULIO, ⁶HOSPITAL CÓRDOBA, ⁷HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ⁸HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, ⁹HOSPITAL EL CRUCE, ¹⁰HOSPITAL FRANCISCO MUÑOZ, ¹¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS, RAMOS MEJÍA, ¹²SANATORIO GÜEMES, ¹³HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, ¹⁴CEMIC, ¹⁵FLENI (FUNDACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS DE LA INFANCIA), ¹⁶HIGA SAN MARTÍN LA PLATA, ¹⁷CENTRO MÉDICO PRIVADO DE REUMATOLOGÍA DE TUCUMÁN, ¹⁸SANATORIO ALLENDE, ¹⁹SANATORIO DIAGNÓSTICO, ²⁰HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA, ²¹HOSPITAL PRIVADO DE LA COMUNIDAD, MAR DEL PLATA, ²²INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, ²³CONSULTORIOS LA RIOJA, ²⁴CLÍNICA DEL PILAR, ²⁵INSTITUTO LANARI, ²⁶HOSPITAL ITALIANO DE CÓRDOBA, ²⁷HOSPITAL CÓRDOBA, MATERNO-NEONATAL

Presentación del Caso: En el registro argentino de SAF del grupo de estudio de la SAR se han documentado 7 pacientes con CAPS. De estos, 5 tenían diagnóstico probable y 2 diagnóstico definitivo. Las edades de los pacientes variaron entre 33 y 53 años, con una edad media de 42 años; 5 eran mujeres y 2 hombres. Entre estos pacientes, 4 ya tenían diagnóstico previo de SAF: 3 con manifestaciones trombóticas y obstétricas, y uno solo trombótica. Los otros 3 pacientes presentaron CAPS como primera manifestación. Los factores predisponentes incluyeron: infecciones previas (4), anticoagulación fuera de rango (de los pacientes con diagnóstico previo de SAF 3 estaban fuera de rango y 1 no recibía anticoagulación), cirugía mayor cardíaca (1) y embarazo (1), y un paciente no presentó factor desencadenante evidente. En cuanto a la clínica presentaron: trombosis venosa profunda (1), tromboembolismo pulmonar (1), trombosis arterial (1), insuficiencia renal (5, 3 requirieron diálisis), cutáneas (5), hepáticas (5), SNC (6), hemorragia alveolar (2). Todos los pacientes mostraron elevación de reactantes de fase aguda y 5 de ellos plaquetopenia. Seis pacientes presentaron triple positividad en anticuerpos antifosfolípidos a títulos altos, mientras que 1 solo presentó positividad para anticoagulante lúpico. El tratamiento consistió en pulsos de metilprednisolona (6), gammaglobulina (4), rituximab (3) y plasmáferesis (2). Además, 4 pacientes recibieron anticoagulación con heparina. De los pacientes presentados, 4 fallecieron. Los pacientes que sobrevivieron son los que debutaron directamente con CAPS.

Discusión: El SAF es una enfermedad autoinmune caracterizada por trombosis arterial y venosa, complicaciones obstétricas y presencia de anticuerpos antifosfolípidos. Una de sus formas más graves es el síndrome antifosfolípido catastrófico (CAPS), que se define por la falla aguda de al menos tres órganos o sistemas, causada por microtrombosis y confirmada mediante evidencia histopatológica. Progresa rápidamente y conlleva una tasa de mortalidad del 30%. Los pacientes que desarrollaron CAPS y tenían diagnóstico previo de SAF presentaron peor pronóstico, probablemente debido al daño orgánico previo.

Comentarios Finales: El CAPS es una condición poco frecuente, de difícil diagnóstico y elevada morbimortalidad sin tratamiento. La identificación temprana y el tratamiento adecuado son fundamentales para mejorar el pronóstico y reducir la alta tasa de mortalidad.

ATAXIA Y LUPUS: SERIE DE CASOS CLÍNICOS

Laura GALVAN

HOSPITAL RAWSON

Presentación del Caso: Caso 1: paciente de 30 años inició con astenia y pérdida de peso con pérdida progresiva de estabilidad de la marcha asociado a disartria silabeante y falta de coordinación. En resonancia cerebral presentó hiperintensidad en corteza cerebelosa difusa en secuencias de T2 y FLAIR laboratorio bicitopenia, ANA 1/2560 moteado fino consumo de complemento y Anti Ro+; se diagnosticó ataxia cerebelosa asociada a lupus. Se inició pulsos de metilprednisolona y azatioprina con resolución del cuadro clínico. Caso 2: paciente 68 años con anemia crónica normocítica normocrómica asociada ANA 1/5120, RO+ Rnp indeterminado consumo de c3 y c4, ingresó por ataxia cerebelosa de 2 años de evolución que presentaba en las últimas dependencias para la actividad de la vida diaria. En la resonancia de encéfalo se observó cambio de señal de la protuberancia tenuemente hiperintensa en FLAIR y T2, con extensión a pedúnculos cerebelosos superiores, y región profunda de hemisferios cerebelosos. Se inició tratamiento con corticoterapia y azatioprina con buena evolución. Caso 3: mujer de 65 años con artritis indiferenciada de un año de diagnóstico con buena evolución, presentó deterioro progresivo de la marcha, temblores amplios y disartria silabeante. Se realizó resonancia magnética que informó hiperintensidad en ponderación T2 en protuberancia en el trayecto de los haces pontocerebelosos.

Discusión: El compromiso neuropsiquiátrico del lupus tiene 19 formas de presentación, los trastornos del movimiento son una de ellas. La ataxia cerebelosa es un evento reportado con baja frecuencia en pacientes con lupus, teniendo distintos mecanismos de fisiopatogenia: efecto de masa, vasculitis, trombosis y formación de anticuerpos dirigidos a antígenos neuronales y formación de citoquinas. El compromiso neurológico puede ocurrir en cualquier tiempo de evolución de la enfermedad, hasta un 40% de los pacientes la presenta en el primer año. La seropositividad de los autoanticuerpos anitucleares ANA y Anti-Ro son los más frecuentes, siendo el primero asociado con actividad de enfermedad y el segundo con manifestaciones neuropsiquiátricas. El tiempo de evolución de la ataxia cerebelosa puede ser aguda, subaguda o crónica.

Comentarios Finales: Se presentan 3 casos clínicos de ataxia cerebelosa en pacientes con lupus: el primero como primera manifestación clínica con buena respuesta a la terapéutica implementada, y en los otros dos casos con evolución más prolongada y con una reversibilidad de los síntomas más lenta.

CALIFILAXIS NO URÉMICA (SIN COMPROMISO RENAL, NI DIÁLISIS), RELACIÓN CON ACENOCUMAROL

Mercedes DE LA SOTA

CONSULTORIO PRIVADO DRA. MERCEDES DE LA SOTA

Presentación del Caso: Mujer de 74 años, con un IMC de 70 (2005), se realizó una primera cirugía gástrica y en 2020 una segunda, a raíz de esto bajó 80 kilos. En 2014 presentó arritmia con fibrilación auricular y se le indicó acenocumarol con controles esporádicos. Entre 2021 y 2022 la paciente notó las primeras úlceras, consultó en dos oportunidades a flebólogos. Sin estudios previos hicieron tratamientos locales, la última con inyecciones de polidocanol (está descrito que los traumatismos locales seriados agudizan la califilaxis). Ante la falta de respuesta se derivó a Dermatología para una biopsia; el informe indicó "hódulos dérmicos calcificados". Se sugirió evaluar ETC. En ese momento fue derivada a Reumatología. En la evaluación se evidenciaron múltiples ulceraciones 0,5 a 1 cm y una de mayor tamaño con excreción de calcio, no refirió antecedente de diálisis, sin IRC, ni alteraciones de metabolismo fosfocálcico básico, con PTH aumentada, actualmente obesidad con IMC 30, no diabética, ni otras causas. Se cambió el acenocumarol recientemente por rivaroxaban, y se está a la espera del tratamiento con tiosulfato sódico. PTH aumentada con calcemia y fosfatemia normal con insuficiencia leve de VD; se están completando estudios para relacionarlo o no con HPT 1°.

Discusión: Es importante tener en cuenta la importancia en estos casos de controlar los factores de riesgo no urémicos porque los pacientes tienen mejor evolución al detectarlos y mejorar el tratamiento. Las complicaciones, especialmente de sobreinfección a nivel de las úlceras, pueden llegar a ser causa de muerte.

Comentarios Finales: Es de suma importancia que prestemos atención a estos factores de riesgo tan habituales que predisponen al desarrollo de califilaxis no urémica, sumado a los efectos adversos de los antagonistas de la vitamina K, siendo el acenocumarol uno de los anticoagulantes más frecuentemente indicado. Es para destacar que la califilaxis no urémica detectada y controlada a tiempo tiene mejor pronóstico que la califilaxis urémica.

MIOSITIS ORBITARIA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE VASCULITIS SISTÉMICA: REPORTE DE UN CASO

Lucía Margarita MENDOZA MARTÍNEZ, Juan Manuel BANDE, José Ángel CARACCILO, Javier Federico FLORES TREJO, María Alejandra MEDINA, Silvia PAPASIDERO

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ

Presentación del Caso: Mujer de 18 años derivada del Servicio de Oftalmología por miositis orbitaria de 18 meses de evolución. Inicialmente presentaba tumefacción bpalpebral del ojo derecho recibiendo infiltraciones locales con corticoides durante 2 meses, sin mejoría. Posteriormente desarrolló cefalea, fotofobia y ptosis palpebral. La TC de órbita y de senos paranasales evidenció tumefacción del músculo recto superior derecho y de su inserción tendinosa ocular, con proptosis asociada y engrosamiento mucoso perimetral del seno esfenoidal derecho. La RM mostró engrosamiento fusiforme de los músculos extrínsecos, con realce posgadolinio y protrusión anterior de globos oculares. Recibió meprednisona 60 mg/día con recidiva tras su descenso, por lo que inició tratamiento con azatioprina con respuesta parcial. El laboratorio informó VSG elevada, perfil inmunológico negativo (FAN, ENA, AntiDNA, ANCA, antifosfolípidos) y serologías para HBV, HCV, HIV, VDRL y toxoplasmosis negativas. Debió suspender azatioprina por toxicidad, presentando diplopía, restricción de movimientos oculares y tortícolis compensatoria que se interpretó como reactivación de la enfermedad. Se realizó biopsia del músculo recto medial extraocular que fue compatible con granulomatosis con poliangeítis, por lo que se planteó tratamiento con rituximab.

Discusión: Las VP pueden afectar diversas estructuras oculares y manifestarse en algunas ocasiones únicamente con síntomas oftalmológicos. La miositis orbitaria se caracteriza por diplopía, edema y ptosis palpebral, afectando frecuentemente los músculos rectos laterales y mediales. La elevación de marcadores como VSG puede ser indicativa. Aunque los ANCA son útiles en el diagnóstico, fueron negativos en este caso. El tratamiento se basa en controlar la enfermedad sistémica, mejorando así también los síntomas oculares.

Comentarios Finales: Tener presente que la afección ocular puede ser la manifestación inicial de las VP es vital para sospechar, diagnosticar y tratar oportunamente a quienes la padecen.

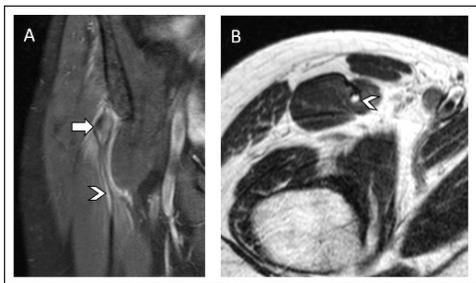
QUISTE INTRATENDINOSO DE LA CABEZA CAPSULAR DEL RECTO FEMORAL EN EL CONTEXTO DE UNA ENTESITIS POR ARTRITIS REUMATOIDE

Augusto NÁPOLI, Micaela Lorena MARTÍNEZ, Sofía BOBADILLA, Pablo Adrián EIVERS, Carolina Noemí CASTRO, Cecilia Marisa VÉLEZ

FUNDACIÓN CIENTÍFICA DEL SUR

Presentación del Caso: Mujer de 50 años con diagnóstico de artritis reumatoide (AR) consultó por coxalgia anterior derecha y marcha antálgica de 1 mes de evolución. Realizaba dos veces por semana natación, sin otros antecedentes clínicos-traumatológicos.

Discusión: La AR es una enfermedad sistémica autoinmune caracterizada por una inflamación crónica del tejido sinovial que provoca daño del cartílago y el hueso, lo que resulta en una destrucción irreversible de las articulaciones. Entre otras patologías, algunos pacientes pueden presentar entesitis, la cual se caracteriza por la inflamación en el sitio de inserción de los tendones, ligamentos y cápsula articular. La entesitis de la inserción proximal del músculo recto femoral (RF), como la presentada en nuestra paciente, constituye un sitio poco frecuente de lesión en este contexto. Estos hallazgos, además, se encuentran delimitando un sitio anatómico preciso del tendón intramuscular del RF descrito como "cabeza capsular" en forma adicional a la anatomía clásica ya conocida de las cabezas directa e indirecta. Diferentes publicaciones describen a este tercer componente adicional, en su origen proximal, el cual se fusiona distalmente con la cabeza indirecta para formar el tendón intramuscular central. Esta anatomía tan particular se evidenció en nuestra paciente debido a la extensión distal intramuscular de la entesitis.



Comentarios Finales: La entesitis del recto femoral en nuestra paciente con diagnóstico de AR pone de manifiesto una lesión que afecta selectivamente a uno de sus componentes recientemente descrito como cabeza capsular. Se destaca la importancia de conocer detalladamente la estructura musculotendinosa para interpretar correctamente las lesiones y realizar un diagnóstico de certeza que permita un tratamiento adecuado y dirigido.

Coronal T2 con supresión grasa (A) y axial T2 (B). Se identifican signos de entesitis de la inserción proximal de la cabeza indirecta del recto femoral (flecha). El mismo se encuentra engrosado y heterogéneo con edema y líquido intratendinoso que se extiende disecando las fibras de la cabeza capsular del tendón intramuscular configurando una imagen quística longitudinal intratendinosa (punta de flecha).

Figura: Cortes de RM.

0273

GLOMERULONEFRITIS “FULL HOUSE” SIN AUTOANTICUERPOS: ¿ES LUPUS?

Juan Manuel MIRANDA BAZÁN, Juan Pablo ÁVILA, Candelaria AUDISIO, Carla Gimena ALONSO, Alejandro ALBIERO, Carla GOBBI, Verónica SAVIO, Carla MALDINI, Paula ALBA

HOSPITAL CÓRDOBA, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Presentación del Caso: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una patología autoinmune, de curso crónico con brotes y remisiones, que puede comprometer cualquier órgano. Su diagnóstico se basa en la clínica, el laboratorio y algunos hallazgos sugestivos en la anatomía patológica. Es importante considerar que no existen criterios diagnósticos y que los criterios de clasificación ACR para LES incluyen los anticuerpos antinucleares (ANA) como criterio de inclusión. En la práctica clínica la ausencia de anticuerpos no descartó la enfermedad y aproximadamente un 3-5% de los pacientes pueden ser catalogados como “seronegativos”. El 20-60% de los pacientes desarrollarán nefritis lúpica (NL) en el transcurso de la enfermedad. Los posibles hallazgos en la biopsia renal (AP) son el depósito de complejos inmunes puestos en evidencia mediante inmunofluorescencia indirecta (IFI) donde se pueden encontrar 3 clases de inmunoglobulinas (IgG, IgM, IgA) y depósitos de complemento C3, C4, C1q (cuando todos están presentes en la IFI se denomina “full house”), y sin complejos inmunes incluyendo la microangiopatía trombótica, podocitopatía y enfermedad túbulo intersticial. Los autoanticuerpos suelen preceder a las manifestaciones clínicas de la enfermedad, sin embargo, hay un grupo de pacientes que puede presentar compromiso renal con hallazgos AP de NL “full house” sin la presencia de autoanticuerpos. Nuestro objetivo fue describir una serie de casos con compromiso renal y hallazgos de “full house” de NL en IFI con serología inmune negativa. Fue un estudio transversal, descriptivo, realizado en un Hospital Universitario entre enero de 2022 y junio de 2024 que incluyó 5 pacientes (ver en poster los resultados).

Discusión: En pacientes con compromiso renal es fundamental realizar una biopsia renal con IFI, ya que la presencia de un patrón “full house” puede orientar la conducta terapéutica a pesar de la negatividad de los autoanticuerpos.

0281

MANIFESTACIONES CUTÁNEAS ATÍPICAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO

Paula Eva POLERI, María Victoria MARTIRE, Fernando ARIZPE, Adriana TESTI, Ana MARCOS, Nicolás VALENTE, Marcia CRUCIANI, Santiago GARRIDO, Julieta SALA, Amelia GRANEL

HOSPITAL SAN ROQUE

Introducción: La enfermedad de Still del adulto (ESA) es una condición inflamatoria que suele presentar un rash cutáneo típico (erupción máculo-papular asalmónada, evanescente, coincidente con picos febriles). Sin embargo, también se ha reportado la aparición de un rash atípico.

Objetivo: Describir la frecuencia de lesiones cutáneas atípicas en una cohorte de pacientes con ESA de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de cohorte retrospectiva. Se realizó una evaluación de la cohorte de pacientes con ESA que inició seguimiento desde 2019 en un hospital de tercer nivel que incluyó pacientes con diagnóstico de ESA según criterio médico y que cumplieran criterios de Yamaguchi. Se recolectaron los datos sociodemográficos (edad, sexo), características de la enfermedad (signos y síntomas, tiempo de demora al diagnóstico, complicaciones: síndrome de activación macrofágica (SAM), fallo multiorgánico (FMO), óbito, tratamientos instaurados, datos de laboratorio al diagnóstico, tipo de rash cutáneo atípico (pápulas urticarianas, lesiones liquenoides, dermatomiositis-like” [“DM-like”], lesiones “prurigo pigmentoso-like”) y frecuencia de los mismos. Las variables categóricas se describieron como frecuencia y porcentaje, y las continuas como media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico según su distribución.

Resultados: Se incluyeron 7 pacientes con diagnóstico de ESA, con una media de edad de 35 años (DE 9), 57% de sexo femenino (4/7). El 100% de los pacientes presentó algún tipo de lesión cutánea al momento del diagnóstico. Dos de los 7 pacientes (28,6%) presentaron solo rash típico, 2 presentaron solo rash atípico (28,6%) y tres presentaron ambos tipos (42,8%). Todos tuvieron diagnóstico de ESA durante la internación. En todos los casos se observó desaparición del rash cutáneo típico con el tratamiento inmunosupresor. Con respecto a los atípicos, se vio resolución del rash “DM like”, no así del rash liquenoides luego de un mes de tratamiento inmunosupresor (ver en poster las características de los pacientes y el tipo de rash cutáneo).

Conclusión: Las manifestaciones cutáneas atípicas se presentaron en la mayoría de los pacientes de esta cohorte de ESA. Consideramos de importancia su reconocimiento para el diagnóstico precoz ya que en todos los casos fueron manifestaciones de inicio.

HEMOFILIA ADQUIRIDA ASOCIADA A ENFERMEADES DEL TEJIDO CONECTIVO

María Laura TOSO, Emilio BUSCHIAZZO, Martín SALAS, Vicente JUÁREZ, Mariana ACIAR, Carolina RALLE, Eugenia PICCO, María Verónica LENCINA, Leila BELBRUNO, Erika LOBO

HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

Presentación del Caso: Tres casos de hemofilia adquirida (HA) asociados a ETC con diferencias de presentación, tratamiento y pronóstico. **Caso 1:** mujer 38 años, síndrome de superposición (dermatomiositis+LES+esclerodermia+SAF). Luego de 14 años de evolución, bajo tratamiento de anticoagulación, ingresó por hemorragia dentaria incoercible, luego hemorragia digestiva alta y posteriormente hemorragia digestiva baja. Se diagnosticó déficit de vWf y fVIII, se interpretó como HA, se realizó tratamiento con rituximab, con normalización del estado clínico e interrupción de sangrados. **Caso 2:** mujer 45 años, síndrome antisintetasa (Jo1+, biopsia muscular+). Luego de 7 años de evolución, presentó hematomas y equimosis espontáneos en miembros superiores, inferiores y tronco. Luego de estudios complementarios, se detectó déficit de fVIII e inhibidor de fVIII. Se realizó tratamiento con pulsos de MPDN 1000 mg x 3 días + azatioprina de mantenimiento con buena evolución. **Caso 3:** mujer 38 años, afasia recurrente episódica, diagnóstico de accidente isquémico transitorio, tratada con aspirina. Luego de 1 mes presentó hematomas espontáneos en extremidades, boca y hemorragia digestiva (hematoma esofágico). Se realizó estudio de coagulación con dosaje de fVIII disminuido, ANA 1/320 homogéneo. Se inició tratamiento con prednisona 1 mg/kg/día + azatioprina 1 mg/kg/día, con buena evolución (ver en poster el resumen de los casos de hemofilia adquirida asociada enfermedad del tejido conectivo).

Discusión: La hemofilia adquirida es un trastorno hemorrágico de mecanismo inmune causado por la aparición de autoanticuerpos específicos que inhiben factores de la coagulación. En nuestra serie, los tres casos se asociaron a enfermedades autoinmunes, presentando un desafío por ser un reto terapéutico, y por la falta de evidencia sobre el tratamiento, el seguimiento y el manejo interdisciplinario.

HALLAZGOS VIDEOCAPILAROSCÓPICOS Y MANIFESTACIONES REUMATOLÓGICAS EN PACIENTES CON LEPRA

Nicole Jossiane PARIS, Susana VILLAMIZAR, Mauricio MACHADO RIVIS, Jorge TISCORNIA, María Pía IZAGUIRRE GERMAIN, Fabiana MONTOYA, Eduardo KERZBERG

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS RAMOS MEJÍA, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Introducción: Existe escasa evidencia sobre las alteraciones microvasculares en pacientes con lepra.

Objetivo: Describir cuáles son los hallazgos capilaroscópicos más frecuentes y adicionalmente investigar la presencia de manifestaciones reumatológicas en estos pacientes.

Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal en el Servicio de Reumatología del Hospital Ramos Mejía. Se invitó a participar a pacientes adultos con diagnóstico de lepra en seguimiento por el Servicio de Dermatología de dicho hospital. Se recabaron datos sociodemográficos y antecedentes médicos de la historia clínica digital. A todos los pacientes se les realizó una videocapilaroscopia a cargo de un médico reumatólogo experto y, adicionalmente, se les consultó sobre la presencia actual o pasada de manifestaciones reumatológicas específicas. Se analizaron las características clínicas más frecuentes según el resultado de la videocapilaroscopia.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes con lepra. Se encontró que 6 de 10 pacientes (60%) presentaron una capilaroscopia con hallazgos anormales, siendo los más frecuentes: capilares dilatados, presentes en 8 pacientes, seguido de capilares elongados, en 7, y microhemorragias no traumáticas, presentes en 6. El 40% (n=4) de los pacientes reportó tener manifestaciones reumatológicas actuales, siendo la más común el fenómeno de Raynaud (30%), seguido de artralgias (20%) y artritis (10%).

Conclusión: El 60% de los pacientes con lepra evaluados presentó alteraciones en la videocapilaroscopia ungueal y hasta un 40% de los mismos reportó la presencia de manifestaciones reumatológicas concomitantes.

EXACERBACIÓN DE ENFERMEDAD PSORIÁSICA POSTERIOR A INFECCIÓN POR DENGUE: SERIE DE CASOS

Juan Pablo ÁVILA¹, Carla Andrea GOBBI¹, Carla Gimena ALONSO¹, Candelaria AUDISIO¹, Juan Manuel MIRANDA BAZÁN¹, Alejandro ALBIERO¹, Carla MALDINI¹, Facundo Santiago ZAPATA², Verónica Beatriz GALLERANO², Verónica SAVIO¹, Paula ALBA¹

¹HOSPITAL CÓRDOBA, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, ²HOSPITAL CÓRDOBA

Introducción: El dengue es una enfermedad producida por el dengue virus (DENV), un arbovirus transmitido por mosquitos del género *Aedes*. Hasta el momento se han identificado cuatro serotipos: DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4. Los síntomas de la infección varían ampliamente desde un curso asintomático hasta manifestaciones graves y potencialmente letales. La enfermedad psoriásica (EPs) es una enfermedad sistémica crónica inmunomediada que compromete principalmente la piel, y aproximadamente un 2% de la población la padece. Existen diversos factores desencadenantes, tanto externos como sistémicos, capaces de inducir la enfermedad en individuos susceptibles. Se han reportado casos de EPs desencadenada o exacerbada posterior a una infección por arbovirus, principalmente el virus del Zika. Existen solo algunos reportes de brotes de enfermedad psoriásica posterior a infección por DENV.

Objetivo: Describir las características demográficas, clínicas y de tratamiento en pacientes con EPs posterior a infección DENV.

Material: Se evaluaron de forma retrospectiva pacientes con diagnóstico de EPs psoriasis (PsO) y/o artritis psoriásica (APs) con criterios de CASPAR, que cursaron infección por DENV. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y de tratamiento. La actividad de la enfermedad se evaluó a través del PASI-BSA y DAPSA según correspondiera, teniendo en cuenta el último score registrado en el seguimiento, y posterior a la infección en los que estuvieron disponibles.

Resultados: Se evaluaron 20 pacientes, 13 con APs y 7 con PsO. La media de edad fue de 50,2 (DS 12.93) y el 65% (n=13) del sexo masculino. El 75% (n=15) presentó brote de la enfermedad, el 60% (n=9) se reactivó a nivel cutáneo, mientras que el 40% (n=6) a nivel articular y cutáneo. Los valores

promedios de actividad luego de la infección fueron PASI 11.62 (DS 7.09), BSA 8 (DS 3.74) y DAPSA 30.6 (DS 6.30). El 73,3% (n=11) de los pacientes con brote de EPs se encontraba con tratamiento tóxico o DMARD convencional (ver en poster las variables demográficas, clínicas y de tratamiento de pacientes con brote de EPs posterior a infección por DENV).

Comentarios Finales: La infección por DENV parece desencadenar brotes en pacientes con EPs. La terapia inmunosupresora previa podría jugar un papel en la aparición y la severidad de los brotes de EPs posterior a la infección por DENV.

0326

SÍNDROME DE STILL CON COMPROMISO MULTISISTÉMICO. A PROPÓSITO DE CUATRO CASOS

Juan Pablo ARAQUE MEDINA, Demelza YUCRA, Alejandro BRIGANTE

SANATORIO GÜEMES

Presentación del Caso: La enfermedad de Still es una enfermedad infrecuente, de diagnóstico difícil y con una presentación clínica heterogénea que dificulta su diagnóstico. A pesar de que la patogénesis no es del todo clara, se cree que es el resultado de una sobreexpresión de citoquinas proinflamatorias, considerándose un desorden multigénico autoinflamatorio. Se presentan los siguientes 4 casos, todos del sexo femenino, con un promedio de edad de 38 años, sin antecedentes personales de importancia, que ingresaron por síndrome febril prolongado asociado a hiperferritinemia, sin causas infecciosas asociadas, considerándose cuadro como enfermedad de Still del adulto al contar con inmunoserologías negativas. Las 4 pacientes recibieron pulsos de corticoides y de ellas, 3 evolucionaron con complicaciones sistémicas y activación macrofágica, intercurriendo con insuficiencia respiratoria y posterior muerte. Dentro de los factores asociados a su evolución tórpida, se destacan los valores de ferritina y reactantes de fase aguda elevados a pesar del manejo con corticoides, como posibles factores asociados a mala evolución de la enfermedad

Discusión: La enfermedad de Still puede considerarse un trastorno autoinflamatorio, con participación de la inmunidad innata y adaptativa, asociada a factores genéticos predisponentes y algunos polimorfismos de genes encargados de la codificación de la interleucina 18, el factor inhibidor de macrófagos y la interleucina 16. Su presentación clínica es variable, dependiente del compromiso predominantemente sistémico o articular, lo cual orienta el tratamiento enfocado en el compromiso sistémico o articular de la enfermedad.

Comentarios Finales: Si bien son muy pocos casos para considerar un análisis concluyente que permita generar una hipótesis sobre posibles predictores de severidad, existen reportes de SAM/AOSD refractario a tratamientos y de rápida evolución. La baja incidencia de este fenotipo no permite la caracterización del mismo. Se necesitan registros multicéntricos para conocer más acerca de esta enfermedad.

0336

MORFEA EN LA NIÑEZ, CON ALTERACIONES ATRÓFICAS CEREBRALES EN LA ADULTEZ: SEGUIMIENTO DESPUÉS DE 24 MESES DE TRATAMIENTO

Mauricio Alberto JIMÉNEZ GARNAUT, Alejandra ROLLANO PERASSO, Andrea GÓMEZ, Damián DUARTES NOE

HOSPITAL BRITÁNICO

Presentación del Caso: Mujer de 49 años con antecedentes de esclerodermia localizada desde los 12 años, con largo período de remisión, inició con diplopía y estrabismo a los 26 años con seguimiento por Neuro-oftalmología con recidivas en 2018 y 2021. En 2018 agregó episodio convulsivo en contexto de epilepsia controlada con levetiracetam. En 2018, la RMI de cerebro presentó atrofia de cuerno cabelludo local en relación a patología de base y una lesión focal con señal iso/hipointensa en T1 e hiperintensa en T2/FLAIR en la sustancia blanca lobular y subcortical occipital izquierda que generaba ligera retracción del asta occipital del ventrículo lateral homolateral, sin realce al contraste, sutiles señales hiperintensas en T2 y FLAIR periventriculares bilaterales de aspecto secuelar inespecífico. En diciembre de 2021, en control, presentó recidiva del estrabismo, sin ningún otro síntoma asociado; se realizó RMI cerebral observándose lesión corticosubcortical, parietooccipital izquierda con cambios atróficos focales con progresión de daño estructural del SNC (inflamación + aumento de atrofia), con respecto a la última imagen cerebral de 2018. Se planteó que la progresión de las lesiones atróficas cerebrales podría estar asociadas a morfea lineal de la infancia y se descartaron diagnósticos diferenciales como encefalitis de Rasmussen y Parry Romberg. Inició seguimiento por Reumatología y tratamiento con metilprednisona 20 mg/día en *tapering*+micofenolato de mofetilo hasta a llegar a dosis máxima de 2,5 g/día. Se realizó control y seguimiento evolutivo favorable, dosaje de cortisol con dosis de meprednisona de 2 mg/día, con signos de insuficiencia suprarrenal, por lo cual se rotó GCs a hidrotisona por Endocrinología. Se solicitó RMI cerebral control en enero de 2024 (24 meses) de haber iniciado tratamiento con MMF, mostrando en la RMN lesión secuelar cortico-subcortical en región parieto-occipital izquierda y ligera involución con leve retracción del atrio ventricular izquierdo.

Discusión: En el presente trabajo mostramos nuestra experiencia en el tratamiento durante 24 meses con micofenolato de mofetil de las lesiones del SNC evidenciadas en nuestra paciente, demostrando su efectividad para evitar la progresión de dichas lesiones e incluso la involución en algunas áreas, considerándolo un aporte enriquecedor para la práctica clínica.

Pediatría

0127

EL LABORATORIO DE AUTOINMUNIDAD EN EL SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN

Lucía CASTELLANO, Maximiliano Ezequiel FRÍAS, Mónica ANTOLÍN, Verónica GONZÁLEZ, María Elena RAMA, Daniela VIDAL, Agustina GEYMONAT, María Luz MARTÍN

HOSPITAL DE NIÑOS LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA

Presentación del Caso: Varón de 11 años. APP: 2020 PTI con respuesta al tratamiento con gammaglobulina. Consultó en noviembre de 2023 por disfagia, decaimiento y descenso de peso con 1 mes de evolución y fiebre de 72 h, por lo que se decidió internación para su estudio. Se sospechaba de dermatomiositis juvenil (DMJ) ya que presentaba signo de Gottron en manos, rodillas y tobillos, *rash* en heliotropo, signo del manto, gingivitis y aftas. Además, debilidad muscular proximal, distal y axial. En el laboratorio (11/23) se encontraron hallazgos compatibles con lupus eritematoso sistémico (LES) y enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC), por lo que junto con la clínica se arribó al diagnóstico de síndrome de superposición (SS). Se indicó tratamiento con corticoides, hidroxiquina y gammaglobulina. Laboratorio: 10/23: PT: 10,14 g/dl, Alb: 3,6 g/dl, Acs a-TTg IgA por ELISA: -. 11/23: Hb: 8,9 g/dl, GB: 2180/ul, Plq: 93.000/ul, VSG: 140 mm/h, IgG: 6486 mg/dl, C3: 42 mg/dl, C4: 8 mg/dl, índice P/C: 1,9, GOT: 247 U/l, CK: 1921 U/l. ANA: Patrón nuclear granular grueso >1/640 (AC-5), nuclear homogéneo 1/320 (AC-1) y citoplasmático granular fino denso 1/80 (AC-19). Acs a-DNAc: -; a-RNP: +; a-RNP/Sm: +; a-Rib P: +; a-U1-RNP: +. Acs a-Nucleosomas: >200 U/ml. Panel miositis (Anti Jo-1, PL-7, PL-12, Mi-2, Ku, Pm-Sc1): -. Panel miositis ampliado (Anti NXP2, TIFg, MDA5, SAE1, Ej, Oj, cN-1A, Ha, Ks, Zo): pendiente. Estudios complementarios: biopsia renal: glomerulonefritis clase IV. RMN de miembro inferior: miositis.

Discusión: Se presenta un caso de SS debido a la coexistencia de 2 o más enfermedades autoinmunes (EA) que cumplen con los criterios de clasificación para DMJ, LES y EMTC. Se trata de un síndrome infrecuente en pediatría, que a su vez tiene mayor prevalencia en mujeres en edad puberal, destacando la importancia de su reporte. Se debe estar alerta a aquellos hallazgos iniciales que puedan orientar a una EA, como en este caso fueron: PTI, hiperproteinemia y disfagia, previos a la última consulta. Esto permite solicitar estudios de laboratorio de autoinmunidad más específicos, como test de *screening* y test de reflejos.

Comentarios Finales: El laboratorio de autoinmunidad cumple un rol fundamental porque la clínica es compartida entre las EA, por lo tanto, la posibilidad de determinar Acs específicos y asociados a las mismas facilitan el diagnóstico clínico y permiten un tratamiento precoz e individualizado.

0138

COMPROMISO OCULAR (CONJUNTIVITIS/ESCLERITIS) COMO FORMA DE PRESENTACIÓN EN LA ER-IgG4 EN EDAD PEDIÁTRICA

Luisina Victoria ZUNINO, Romina CALVO, Alberto ORTIZ, Sergio PAIRA

HOSPITAL DR. JOSÉ MARÍA CULLEN

Presentación del Caso: Niña de 12 años con compromiso ocular en enfermedad relacionada a IgG4 (EOR-IgG4) con retraso diagnóstico de 4 años. Presentó conjuntivitis, escleritis, ptosis, edema y dolor ocular unilateral, sin compromiso extraoftálmico asociado; IgG4 y relación IgG4/IgG sérica aumentadas, afectación del vientre central del músculo recto interno izquierdo y compromiso del párpado en imágenes. La muestra de anatomía patológica evidenció un infiltrado linfoplasmocitario, con inmunohistoquímica compatible con ER-IgG4.

Discusión: La frecuencia de EOR-IgG4 en los adultos se estima entre 17%-23%, sin estar en clara esta frecuencia en niños. En adultos es más común en hombres, con mayor afectación de las glándulas lagrimales, compromiso bilateral en un 60% y compromiso extraoftálmico entre un 70%-80%. Un 30-70% presenta elevación sérica de IgG4, con infrecuente hallazgo de flebitis obliterativa y fibrosis estoriforme. Este grupo presenta una alta frecuencia de recaídas. La ER-IgG4 pediátrica tiene una forma de presentación diferente a la población adulta. Se da más comúnmente en mujeres, existe mayor frecuencia de manifestaciones oftalmológicas, con afectación de músculos extraoculares y tejidos blandos orbitarios, usualmente unilateral, e infrecuente compromiso de glándulas lagrimales. El compromiso extraocular suele ser raro. Histopatológicamente presentan infiltrado linfoplasmocitario y fibrosis, e infrecuentemente flebitis obliterativa y fibrosis estoriforme. La IgG4 sérica se encuentra elevada en un 38,5% de los casos aproximadamente.

Comentarios Finales: Es importante que los oftalmólogos y pediatras tengan en cuenta esta entidad y conozcan sus distintas formas de presentación.

0183

OSIFICACIÓN HETEROTÓPICA, DISTINTAS FORMAS DE PRESENTACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: REPORTE DE CASOS

Valeria GONZÁLEZ OSLER, Vanesa CERVETTO, Jimena GÓMEZ SOSA, María MARCANTONI, Rocio HERNÁNDEZ, María Emilia LACAPRA, Isabel BRUSCO

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

Presentación del Caso: La osificación heterotópica (OH) es el desarrollo del hueso ectópico en regiones del tejido blando. Es infrecuente y afecta la calidad de vida. Puede ser traumática o por desregulación de la señalización osteogénica. En estas últimas se incluyen la fibrodysplasia osificante progresiva (FOP) y la heteroplasia ósea progresiva (HOP). Los procedimientos invasivos y traumatismos pueden reactivar lesiones. Se describen 6 pacientes (pac) con OH, 2 de etiología traumática y 4 genética. Predominó el sexo masculino (83,3%), con una edad promedio al inicio de la enfermedad de 3,2 años. En todos los casos la manifestación inicial fue una tumoración duroelástica con limitación funcional asociada. La distribución fue: 2 a nivel torácico, 2 a nivel de miembros y 2 tanto en tórax como en miembros. Una paciente con OH traumática a su vez presentó edema y eritema local. 3/5 pac tenían otros hallazgos: uno escoliosis, otro *hallux* pequeños y el 3º malformación de *hallux*, cifoescoliosis dorsolumbar severa y agenesia renal izquierda. Los 4 pac con forma progresiva presentaron múltiples OH. En los pac con OH traumática se confirmó el diagnóstico mediante biopsia, en los pac con FOP con biopsia y hallazgos clínicos, y en los pac con HOP con estudio genómico. La mediana de la demora al diagnóstico fue de 2

meses (RIC 2-12). Todos los pac recibieron tratamiento conservador y una pac recibió pamidronato (ver en poster las características de los pacientes).
Discusión: Si bien la OH es poco frecuente y las formas progresivas tienen una prevalencia aún menor, en nuestra serie encontramos 6 pac con OH y de ellos, 4 con una forma progresiva, 2 en tronco (FOP) y 2 en miembros (HOP). Coincidente con la bibliografía, la manifestación inicial fue una tumoralización que progresó en tamaño y número en FOP y HOP, y se mantuvo única en OH traumática. Se arribó al diagnóstico mediante clínica y biopsia en los pac con FOP, ya que la forma clásica suele asociarse con malformaciones típicas, y se confirmó en los pac con HOP con estudio genómico.
Comentarios Finales: La OH es una condición infrecuente que afecta significativamente la calidad de vida. Sin embargo, nuestra serie de casos representa una cohorte considerable de pacientes. Es importante conocer las distintas formas de presentación para diagnosticarla en forma precoz y evitar intervenciones invasivas que podrían generar mayor daño.

0237

ABORDAJE DE LA MICROBIOTA COMO TRATAMIENTO DE SÍNDROME PFAPA

Verónica CAMPANELLI, María de los Ángeles COCUCCI, Vanesa CRUZAT, Patricia Julia MOLINA, María Andrea SPINETTO

CONSULTORIO PRIVADO

Presentación del Caso: Varón con antecedentes de APLV (dolor abdominal, heces sanguinolientas, anticuerpos negativos, alta gastroenterológica al año) y TEA (terapias multidisciplinarias), inició a los 3 años con episodios autolimitados de fiebre de hasta 40,5°C persistente de 96 h de duración asociado a astenia y faringitis ocasional. No presentaba rash ni artritis, adenopatías, diarrea o tos. No tenía historia de asma o infecciones a repetición. Se descartó patología infectológica, inmunodeficiencia, enfermedad celíaca (radiografía de tórax, cultivos de sangre orina materia fecal, hisopado de fauces, PPD, serologías, dosaje complemento e inmunoglobulinas negativo/normal). Como datos positivos presentó RFA elevados durante fiebre, anemia de trastornos crónicos leve, y reacción positiva débil para huevo y lactoalbúmina. Una dieta libre de huevo y leche por 3 meses no modificó las crisis febriles. Al año de inicio de las crisis febriles, con sospecha de PFAPA, se indicó prueba terapéutica con 0,5 mg/kg de prednisona con desaparición de la fiebre. A pesar de responder a los esteroides, el intervalo intercrisis no se modificó. En forma paralela se realizaron perfil metabólico en sangre y orina, y pruebas de permeabilidad alimentaria evidenciando severa disbiosis con sobrecrecimiento de *Candida* y *Chlostridium spp.* Se indicó tratamiento con nistatina y metronidazol, asociado a dieta inmunomoduladora y probióticos. Las crisis febriles remitieron y permanece asintomático a 3 años de seguimiento.

Discusión: Se conoce el rol de la microbiota en los desórdenes inmunológicos. Presentamos un caso de síndrome PFAPA con remisión sostenida con intervención biomédica y tratamiento de disbiosis.

Comentarios Finales: El manejo de la disbiosis y la dieta inmunomoduladora deberían considerarse como terapias adyuvantes de enfermedades autoinflamatorias pudiendo disminuir los requerimientos de inmunosupresión.

0246

EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA ARTICULAR A LA INYECCIÓN CON CORTICOIDES INTRAARTICULARES EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Clara MARINONI, Agustina SHARRUF, María Laura BARZOLA, Silvia Mónica MEIORIN

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ

Introducción: La inyección de corticoides intrarticulares (CIA) es un método eficaz para controlar la inflamación articular y alcanzar la remisión, sin desarrollar eventos adversos significativos en todas las formas de artritis idiopática juvenil (AIJ), especialmente en el subtipo oligo. La evidencia respecto de la duración de la remisión bajo este procedimiento en niños con AIJ es escasa.

Objetivo: Analizar la respuesta clínica al tratamiento con CIA en pacientes con AIJ al primer procedimiento; identificar los factores asociados a la duración de la inactividad articular a 6 meses.

Métodos: Estudio retrospectivo de revisión historias clínicas de pacientes con AIJ que recibieron CIA (acetónido de triamcinolona a dosis óptima según articulación), período 2000-2023. Se determinaron variables demográficas, clínicas (JADAS-71, CHAQ), terapéuticas al basal, meses 1 y 6 pos-procedimiento; tasa y duración de remisión articular, y complicaciones asociadas. Estadística descriptiva, chi-cuadrado T-test.

Resultados: Se incluyeron 147 pacientes, 99 mujeres (67,3%), edad Dx X 7,2 ($\pm 4,6$) años y tiempo X seguimiento 7,2 ($\pm 4,7$) años, subtipo prevalente oligo persistente 49,6% (n=73, 24 monoartritis). Se infiltraron 387 articulaciones, 94 procedimientos fueron múltiples (63,9%). A la primera inyección, las articulaciones más frecuentemente tratadas fueron: 129 rodillas (87,7%), 21 tobillos (14,3%) y 10 carpos (6,8%), tpo. X evolución enfermedad 2,1 meses, evaluación clinimétrica: JADAS-71 X 10,5 ($\pm 8,0$) y CHAQ 0,5 ($\pm 0,4$). Medicación concomitante (n pacientes, %): 114 metotrexato (77,5), 69 prednisona (46,9), 54 AINEs (36,7) y 11 agentes biológicos (7,5). Tasas de inactividad articular posprocedimiento: 92,5% (n=136 pacientes) y 74,1% a 1 y 6 meses, respectivamente. Tratamiento mediano duración remisión de la articulación inyectada 0,73 años (RIC 0.4-2.2). Categoría oligo persistente se asoció significativamente con enfermedad inactiva articular al sexto mes (p,03). Durante el curso de la enfermedad, 94 pacientes (63,9%) recibieron CIA en forma repetida, mediana 2 (RIC 1-3). Cuatro niños (2,7%) desarrollaron hipopigmentación cutánea.

Conclusión: En nuestra cohorte de pacientes con AIJ se infiltraron 387 articulaciones (rodillas y tobillos prevalentes) múltiples en 63,9%. Tiempo mediano de duración remisión en articulación inyectada: 0,73 años. La categoría oligo persistente se asoció con inactividad a 6 meses (p,03).

0248

TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE BUENOS AIRES ¿CUÁNDO, POR QUÉ Y PARA QUIÉN? EXPERIENCIA DE 20 AÑOS

Rocío HERNÁNDEZ, Valeria GONZÁLEZ OSLER, María Emilia LACAPRA, Vanesa CERVETTO, María Jimena GOMES SOSA, María MARCANTONI, Isabel BRUSCO

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

Introducción: El rituximab (RTX) es un anticuerpo monoclonal quimérico dirigido al antígeno CD20 de las células B, aprobado en 1997 por la FDA para el linfoma no Hodgkin, en 2006 para la AR y en 2011 para las vasculitis sistémicas ANCA asociadas. Además, su uso fuera de prospecto en LES contribuyó significativamente a su creciente utilización.

Objetivo: Describir los motivos de indicación de RTX en pacientes pediátricos con enfermedad reumatológica; describir la respuesta terapéutica y los efectos adversos del fármaco.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes (pac) pediátricos con enfermedad reumatológica que recibieron RTX entre 2004 y 2024. Se valoró el grado de actividad de la enfermedad y la respuesta terapéutica mediante herramientas de clinimetría estandarizadas acordes a cada enfermedad y parámetros de laboratorio previos y posteriores al RTX. La enfermedad inactiva y la remisión clínica se determinaron utilizando criterios validados.

Resultados: Se incluyeron 34 pac con una edad media a la primera consulta de 10,9 años (DE 4,0) con un tiempo medio de seguimiento de 5,7 años (DE 2,9). El 73,5% fue de sexo femenino. La enfermedad reumática de base, el motivo de indicación de RTX y el compromiso principal a tratar se presentan en las Tablas. El 85,3% recibió tratamiento inmunosupresor previo (MTX 32,5%, ciclofosfamida 23,5%, combinación de 2 drogas 23,5% y otros 20,5%), y el 100% GC. Concomitantemente el 97,1% recibió otro inmunosupresor, siendo la más frecuente ciclofosfamida (41,2%). Al momento de la última consulta, el 44% presentaba enfermedad inactiva y la dosis media de GC se redujo de 0,77 a 0,2 mg/kg/día y 5 pac lograron suspenderlo. 12 pac presentaron efectos adversos, 5 leves, 2 moderados y 5 graves; 4 de ellos debieron suspender el fármaco. El evento más frecuente fue reacción alérgica (6 pac), seguido de hipotensión arterial (4 pac) e infección (2 pac: TBC y neumonía por neumococo). Ningún paciente falleció.

Conclusión: Los resultados de nuestro estudio sugieren que RTX puede ser efectivo para reducir la actividad de la enfermedad y la necesidad de corticoides en pacientes con enfermedades reumáticas pediátricas, aunque el perfil de seguridad debe ser monitoreado cuidadosamente por la posibilidad de efectos adversos graves.

Enfermedad Reumática de base	N° de pacientes	Porcentaje
LESJ	13	38.2
DMJ	7	20.6
Vasculitis	5	14.7
Esclerodermia sistémica	3	8.8
EMTC	4	11.8
Sd Sjogren	1	2.9
AJ	1	2.9

Tabla 1

Motivo de indicación	N° de pacientes	Porcentaje
Fallo al tratamiento previo	4	11.8
Severidad de la enfermedad	11	32.4
Falta de acceso a otras medicaciones	1	2.9
Falla a tratamiento y severidad	16	47.1
Falla a tratamiento y falta de acceso a otras medicaciones	2	5.9

Tabla 2

Principal compromiso a tratar	N° de pacientes	Porcentaje
Glomerulonefritis	9	26.5
Cutáneo	4	11.8
Neumonía intersticial	3	8.8
Artritis	1	2.9
Citopenias	3	8.8
Glomerulonefritis y hemorragia alveolar	1	2.9
Vasculitis	2	5.9
Miositis	5	14.7
Miositis y cutáneo	2	5.9
Pancreatitis	1	2.9
3 o más órganos	3	8.8

Tabla 3

0254

EFFECTIVIDAD DEL RITUXIMAB EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL, UNA COHORTE DE LA VIDA REAL

María Emilia PUENTES, Luciana VASCONCELLOS, Franco GARCÍA, Juan Pablo PORTIGLIATTI, Janet MANRIQUE, Luciana LANCIONI, María Gisell VILLARREAL, María Martha KATSICAS

HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

Introducción: El rituximab (RTX) es un anticuerpo monoclonal quimérico dirigido hacia el CD20 de los linfocitos B maduros. Si bien se utiliza como tratamiento para el lupus eritematoso sistémico Juvenil (LESJ), la evidencia de su efectividad es escasa.

Objetivo: Evaluar la efectividad del tratamiento con RTX en una cohorte de pacientes con LESJ y describir los eventos adversos (EEAA).

Métodos: Estudio retrospectivo con recolección de datos en forma prospectiva. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LESJ según criterios SLICC 2012/EULAR 2019 que recibieron esquema terapéutico completo con RTX entre enero de 2014 y enero de 2024 con seguimiento posterior de al menos 6 meses. Se analizaron variables demográficas, clínicas, de laboratorio y el índice de actividad de enfermedad de LES (SLEDAI). El análisis se realizó en 3 tiempos: T0 (basal), T1 (6±2 meses) y T2 (12±2 meses). La efectividad se evaluó con SLEDAI teniendo en cuenta dos sets de respuestas. El primero los clasifica en enfermedad inactiva (SLEDAI 0), actividad mínima (SLEDAI ≤5), moderada (SLEDAI e/ 6-10), grave (SLEDAI e/ 11-19) y severa (SLEDAI ≥20). El segundo define respuesta completa a SLEDAI=0, parcial a SLEDAI menor al inicial, estable al mantener el SLEDAI y sin respuesta a un SLEDAI mayor al inicial. Se describieron EEAA periinfusionales y que hayan sucedido entre las infusiones. Análisis: estadística descriptiva, T student, Mac Nemar y varianza.

Resultados: De 153 pacientes, 40 recibieron RTX. 25 cumplían criterios de inclusión. Los impactos más frecuentes fueron: hematológico, constitucional, mucocutáneo, musculoesquelético y renal. El 88% presentaba en T0 actividad moderada, grave o severa. En T1 ningún paciente presentaba enfermedad grave o severa, con respuesta parcial o completa en el 88% de los casos. En T2 el 100% presentaba actividad mínima o inactividad, evidenciado en todos los casos una respuesta parcial o completa. Se reportaron EEAA en 15 de los 40 pacientes. Dos presentaron anafilaxia posterior a completar el tratamiento, 13 debieron suspenderlo y no ingresaron al estudio. De ellos, 8 cursaron shock anafiláctico y 5 infecciones (ver en poster las características demográficas y los resultados).

Conclusión: En nuestro trabajo el RTX demostró ser efectivo, obteniendo una respuesta parcial o completa en el 100% de los casos. Se requieren estudios a largo plazo que evalúen la persistencia de la respuesta.

0257

CALIDAD DE VIDA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL: ESTUDIO TRANSVERSAL EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Luciana LANCIONI, María Giselle VILLARREAL, Janet MANRIQUE, Luciana VASCONCELLOS, María Emilia PUENTES, Juan Pablo PORTIGLIATTI, María Martha KATSICAS

HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

Introducción: El lupus eritematoso sistémico juvenil (LESj) es una enfermedad multisistémica con alta morbimortalidad que afecta la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). A la fecha, en Argentina, no se han publicado datos sobre la CVRS en cohortes de LESj.

Objetivo: Evaluar la CVRS de pacientes con LESj; analizar los impactos, la actividad de la enfermedad y su asociación con la CVRS; correlacionar la percepción de la CVRS entre pacientes y cuidadores.

Métodos: Estudio transversal que incluyó pacientes con diagnóstico de LESj según criterios EULAR 2019/SLICC 2012, que asistieron a controles y completaron, junto con sus cuidadores, un cuestionario de CVRS validado en pediatría (*Pediatric Quality of Life Inventory*, PEDsQL). Se evaluó la calidad de vida global y cada uno de sus dominios en forma independiente. Se analizaron variables demográficas, clínicas, bioquímicas, impactos en órganos, SLEDAI y tratamientos. Se definió como LESj grave un SLEDAI >10 al momento del diagnóstico. El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva, prueba de Wilcoxon-Mann Whitney y coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados: De 153 pacientes, 46 cumplieron criterios de inclusión. La edad media al diagnóstico fue 12 años (7,3-15,8), y al momento de completar el PEDsQL 13,9 (8,4-18,3); 32 (70%) presentaron LESj grave, con impactos renal, articular, mucocutáneo y hematológico. La CVRS global fue del 70% (41-100) para la evaluación de los pacientes y del 72% (45-98) para los cuidadores. La CVRS no evidenció diferencias significativas relacionadas con la actividad de la enfermedad, impactos de órganos o tratamientos recibidos. El análisis de la CVRS también se efectuó separando la cohorte en dos grupos (<1 año de enfermedad y >1 año), y se evidenció una CVRS global del 62% vs. 74% ($p=0,0133$). La correlación del PEDsQL entre pacientes y padres fue del 52% ($p<0,00004$) (ver en poster las características de los pacientes).

Conclusión: El trabajo demuestra que la CVRS tuvo mayor impacto cuando se consultó a los pacientes durante el primer año de enfermedad, sin embargo no se asoció a actividad/severidad de la misma. Probablemente existan factores no inherentes al LESj que impacten en la CVRS. Se necesitan datos de cohortes más amplias y multicéntricas, considerando variables como nivel educacional, socioeconómico, áreas geográficas y políticas sanitarias.

0274

ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL UN AÑO DESPUÉS DE LA PRESENTACIÓN A REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA. DATOS DEL PRIMER REGISTRO ARGENTINO DE AIJ

Judith GIUPPONI¹, Daniela VIDAL², Lorena GUERINI³, Romina LARROULET⁴, Susana GALINDO⁵, Javier Maximiliano FARFAN⁶, Lorena FRANCO⁷, Iris VILCA⁷, María Victoria ARISPE⁸, María Beatriz MARCANTONI⁹, Verónica OCHOA Y GÓMEZ¹⁰, Vanesa DEVES¹¹, Martín ZUNINO¹², María Elena RAMA¹³, Ingrid PINTOS¹⁴, Carolina TORRE WALSH¹⁴, Gabriela YESURON¹⁵, Graciela ESPADA³

¹HOSPITAL DE NIÑOS DE SANTA FE DR. ORLANDO ALASSIA, ²HOSPITAL DE NIÑOS LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA, ³HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ, ⁴HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA DE LA PLATA, ⁵HOSPITAL DE NIÑOS JESÚS DE TUCUMÁN, ⁶HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA, ⁷HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL DE CÓRDOBA, ⁸HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE, ⁹CONSULTORIO PRIVADO, ¹⁰HOSPITAL ZONA NORTE ROSARIO, ¹¹HOSPITAL DE TIGRE, ¹²HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ¹³CONSULTORIO PRIVADO, ¹⁴HOSPITAL ZONAL RAMÓN CARRILLO BARILOCHE, ¹⁵HOSPITAL DE SAN JUAN

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es una entidad heterogénea tanto en su expresión clínica como en su evolución. Uno de los datos más llamativos que arrojó nuestro primer registro AIJ (2023) fue el alto grado de discapacidad que presentaban los pacientes al llegar por primera vez a la visita con el reumatólogo pediatra, con una mediana CHAQ 0,875 (0,50-1,38).

Objetivo: Describir el grado de discapacidad al inicio y su evolución al año de tratamiento; identificar predictores de discapacidad al año de evolución de la enfermedad.

Métodos: Se incluyeron pacientes con AIJ (ILAR 01) < de 16 años seguidos durante el primer año por el reumatólogo pediatra pertenecientes al 1º registro argentino de AIJ (2023) con 17 centros, de 19 provincias (11 hospitales públicos y 6 centros privados). Se analizaron datos demográficos, clínicos-evolutivos, de laboratorio, terapéuticos y clinimétricos: actividad JADAS score (Consolaro 09) y discapacidad -CHAQ (Singh 94) al inicio, 6 meses y luego anualmente. Se describió la distribución del CHAQ en determinadas variables y luego un modelo de regresión logística para identificar predictores discapacidad. Se utilizó el *software* R.

Resultados: Se incluyeron 320 niños con AIJ; edad mediana al inicio 6,5 años (2,9-10,3), 65,5% niñas. Durante el primer año el 84,1% recibió AINE, el 19,4% corticoides IA, el 76,3% MTX y el 52,7% esteroides sistémicos. Quince pacientes recibieron biológicos de inicio (9/15 sistémicos). La mediana de CHAQ al inicio fue de 0,875 [0,50-1,38]. Un 45,3 % de los pacientes presentó un CHAQ $\geq 0,75$ al inicio; poliseropositivos (74,4%) - seronegativos (64,1%) y ERA (59,1%). Al año presentaron CHAQ con una mediana de 0,37 [0, 0-0,875]. Sin embargo, el 7,2% de los pacientes permaneció con CHAQ $\geq 0,75$ al inicio (poliseropositivos, negativos y sistémicos). La chance de tener CHAQ $\geq 0,75$ disminuyó en los pacientes oligo persistentes (RO=0,22, IC 95%:0,03-0,86, ref=oligo extendida) y en los pacientes con CHAQ basal <0,75 (RO=0,21, IC 95%:0,03-0,77, ref= CHAQ $\geq 0,75$).

Conclusión: Aunque el score de CHAQ mejoró en la mayoría de los niños, el score elevado de CHAQ al inicio permaneció como un predictor de pobre evolución final. Es fundamental tener estos datos en cuenta a la hora del abordaje terapéutico global de estos niños.

0299

ENFERMEDAD E INFECCIÓN LATENTE POR TUBERCULOSIS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

María Emilia LACAPRA, Vanesa CERVETTO, Jimena GÓMEZ SOSA, Isabel BRUSCO, María MARCANTONI, Valeria GONZÁLEZ OSLER, Rocio HERNÁNDEZ

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

Introducción: La tuberculosis (TB) sigue siendo un problema de salud pública en Argentina con una incidencia creciente. Los pacientes (pac) con enfermedades reumáticas (ER) tienen mayor riesgo. Es crucial realizar vigilancia de infección latente (L) o enfermedad (E). Falta información sobre el impacto en ER.

Objetivo: Describir la población de pac con ER que presentaron TB (E o L); estimar prevalencia de TB en nuestra población y los factores asociados que aumentan el riesgo de TB.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, con datos de historias clínicas desde 6/2008 al 6/2024. Se incluyeron <18 años con ER con TB. Se excluyeron pac con quimioprofilaxis primaria para TB. Se valoraron datos demográficos, clínicos, comorbilidades, actividad, tratamientos de la enfermedad base (TEB) y métodos diagnósticos (Dx) de TB. Se estratificaron entre TB E y L, investigando asociaciones de riesgo. Se realizó estadística descriptiva. Medias con DS para variables (V) continuas y porcentajes para V categóricas. Para la comparación de datos categóricos se utilizó test de chi-cuadrado y test de Fisher, y para datos cuantitativos el test t de Student. SPSS 20.

Resultados: En nuestra cohorte 33/1904 (1,73%) presentaron TB. Cuando se analizó V. de riesgo entre TB E vs. L, se encontró que el TEB combinado (2 o más) incrementó el riesgo de TB E en 8,1 veces (OR 8,1; IC 95%:1,1-59,2; p=0,03). Los esteroides como variable independiente no aumentaron el riesgo significativamente (OR 3,6; IC 95% 0,62-20,4). La actividad de la enfermedad de base (OR 0,59; IC 95% 0,10-3,28) y las comorbilidades (OR 2,8; IC 95% 0,60-13,3) no se asociaron con un mayor riesgo de TB E. Por otro lado, los varones tuvieron 8 veces más riesgo de presentar TB E (OR 7,6; IC 95% 1,3-41,6; p=0,02), lo que podría estar vinculado a que la mayoría presentaba TEB combinado. La Rx de tórax patológica aumentaría 12 veces la probabilidad de detección de TB E (OR 12; IC 95%: 1,99-72,35; p=0,008), mientras la PPD positiva aumentaría 7,6 la probabilidad de detectar TB L (OR 7,6 IC 95% 1,38-41,6; p=0,019) (ver en poster las generalidades y los datos estratificados).

Conclusión: En nuestra cohorte, el TE B combinado aumentó significativamente el riesgo de TB E. La PPD ayuda a identificar la TB L, pero no sería suficiente para descartar la TB E. En pacientes de alto riesgo, se deben realizar estudios adicionales para un diagnóstico preciso.

0306

EXPERIENCIA CON EL USO DE BIOSIMILARES antiTNF EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Luz CARDOZO, Ayelén OJEDA SILVA, Agustina SHARRUF, María Laura BARZOLA, Silvia Mónica MEIORIN

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ

Introducción: El uso cada vez más amplio de biosimilares tiene el potencial de reducir sustancialmente el costo de la terapia biológica, sin afectar la eficacia y seguridad. Datos sobre uso de biosimilares son limitados, especialmente en pediatría.

Objetivo: Evaluar trayectorias de tratamiento con biosimilares antiTNF en niños con AIJ; analizar cambios en la actividad de la enfermedad secundarios a *switch*.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron pacientes (ptes) AIJ no sistémica que recibieron ≥ 6 meses de terapia biosimilar antiTNF (inicio o *switch* de original). Se analizaron variables demográficas, secuencias terapéuticas (número y razón de *switch*), actividad trimestral hasta última consulta (JADAS-71) y eventos adversos. Se determinó acceso y cobertura de medicación. Estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyeron 22 pacientes expuestos a biosimilares, 12 mujeres (54%), edad X Dx 8,5 \pm 4,4 años, edad X inicio biológico 13,3 \pm 3,2 años, y tpo. X seguimiento 7,3 \pm 3,8 años. Categorías AIJ prevalentes (n,%): Poli 7 (31,8) y ERA 6 (27,2). Adalimumab fue el biosimilar más utilizado (n=18, 81,8%). Distribución de cobertura médica (n,%): fondos nacionales 11 (50), obra social 7 (32) y prepaga 4 (18). Secuencias de tratamiento: 13 ptes (59%) comenzaron con biosimilar, pero 4 cambiaron a original (30,7%), mientras que 9 niños (41%) realizaron *switch* desde la droga de referencia. En total se registraron 19 eventos de *switch* (tpo mediano 0.9 años, RIC 0.5-1.8), siendo múltiples en 2 ptes. En todos los casos las razones del mismo fueron decisión del financiador, indistintamente de la cobertura médica. El tiempo de acceso al tratamiento varió según la cobertura, siendo más prolongado en el sistema público (X 4 meses, rango 3-18 meses). No se observó incremento de la actividad de enfermedad ni en la frecuencia de eventos adversos serios posterior a intercambios terapéuticos (ver en poster los resultados).

Conclusión: En nuestra cohorte de pacientes con AIJ, 22 niños fueron tratados con biosimilares (59% de inicio), siendo bio-adalimumab el más utilizado. Al evaluar las trayectorias de tratamiento, se observaron 19 intercambios, todos por razones no médicas (decisión del financiador). No hubo cambios en variables clínicas de actividad ni en el desarrollo de eventos adversos serios secundarios a los numerosos *switch*.

0311

INFECCIONES OPORTUNISTAS Y TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS

Luz CARDOZO, Ayelén OJEDA SILVA, María Laura BARZOLA, Silvia Mónica MEIORIN

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ

Introducción: La introducción de terapias biológicas cambió el pronóstico de los pacientes con enfermedades reumáticas, sin embargo, condiciona un mayor riesgo de infecciones por gérmenes habituales u oportunistas, incrementando su morbimortalidad. Aproximadamente en el 36% de los casos se desarrolla durante el primer año de tratamiento.

Objetivo: Analizar la ocurrencia de infecciones oportunistas en pacientes pediátricos con enfermedades inflamatorias (EI) expuestos a terapias biológicas.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron pacientes (ptes) <18 años con EI bajo tratamiento biológico, que desarrollaron infecciones oportunistas, micobacterias (típicas/atípicas) y/o inusuales por gravedad o localización. Se analizaron datos demográficos, clínico-terapéuticos e infectológicos. Estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyeron 12 pts, 10 (83%) mujeres, edad Dx X 10,5 años (RIC 8.7-14.3) y X de seguimiento de 5,2 años (RIC 3-9.2). Distribución EI, (n,%): artritis idiopática juvenil 5 (42), lupus eritematoso sistémico 4 (34) y 3 otras: uveítis, panarteritis nodosa y Takayasu (24%). Terapias biológicas más frecuentes: anti-TNF 7(58%) y rituximab 3 (25%), mientras que abatacept y tocilizumab se utilizaron en 1 pte, respectivamente. Medicación inmunosupresora concomitante: metotrexato 6 ptes (50%) y prednisona 6 ptes (dosis X 15 mg/d \pm 16.5). Los ptes desarrollaron el evento infeccioso a tiempo mediano 0,4 años desde inicio del biológico (RIC 0.2-2.1), encontrándose activos 42%. Infecciones identificadas (n,%): 6 tuberculosis-TBC (50), 4 herpes Zóster (33), y *Nocardiosis*, *Aspergillosis* y Sarna Noruega, 1 pte. respectivamente. Un pte. con vasculitis severa desarrolló 2 infecciones secuenciales (aspergilosis y TBC ganglionar). No se hallaron formas resistentes de TBC. Ninguno experimentó complicaciones relacionadas con la infección y durante su curso todos suspendieron el tratamiento biológico, reiniciándose a mediana 4 meses (RIC 2.9-10.4). Solo 1 joven presentó recaída del compromiso articular.

Conclusión: En nuestra cohorte de niños con EI, las infecciones oportunistas prevalentes fueron TBC y herpes Zóster (50% y 33%, respectivamente), acontecidas a X 0,4 años del inicio del biológico. La mayoría de los pacientes no presentaba enfermedad activa. Todos resolvieron los eventos sin complicaciones, mientras que el 42% reanudó la terapia IS.

RITUXIMAB EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL: INDICACIONES, EFICACIA Y SEGURIDAD

Marcela Beatriz ÁLVAREZ, Laura Lorena GUERINI, Silvia Mónica MEIORIN

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ

Introducción: Rituximab (RTX) es un anticuerpo monoclonal anti CD20 utilizado para el tratamiento del LES refractario y severo. Los datos disponibles sobre su uso en el lupus eritematoso sistémico juvenil (LESj) siguen siendo limitados.

Objetivo: Describir las indicaciones, respuestas y eventos adversos en pacientes con LESj expuestos a rituximab.

Métodos: Estudio retrospectivo. Se incluyeron pacientes <18 años con LES (SLICC 12), tratados con rituximab (2005-2024). Se analizaron variables demográficas, clínicas (SLEDAI-2K), laboratorio y tratamiento concomitante. Se determinaron las indicaciones y el tiempo de evolución al inicio del RTX. Se midió la respuesta al RTX por mejoría del SLEDAI y descenso de esteroides. Se determinaron eventos adversos, infecciones y mortalidad. Análisis estadístico: chi-cuadrado, T. test, Wilcoxon. SPSS 19.0.

Resultados: De una cohorte de 211 pacientes (pts) con LESj, se incluyeron 34 niños (16%) tratados con RTX, 82% mujeres, edad mediana al dx LES: 13 años (RIC: 10.5-14.7). Se indicaron 46 series de RTX, 27 por refractariedad y 19 por recaída de enfermedad. Indicaciones más frecuentes: 61% renal, 43% afectación multiorgánica, 30% hematológico y 22% SNC. Al inicio de RTX, SLEDAI X=13.4 (r:4-36). Nueve pts (20%) requirieron ≥ 2 series de RTX. Debido al severo compromiso multiorgánico al debut, 13 pts (38%) recibieron RTX en el 1° trimestre de enfermedad y en el resto se administró con mediana = 44 meses (RIC: 20.1-53.5). Al 3° mes post RTX se observó mejoría del SLEDAI (12 vs. 4 p=.0001) y disminución de la dosis de esteroides (44,3 vs. 24,9 mg/día p=.0001). Al 6° mes no se modificó el SLEDAI (3,9 vs 4,2 p=.62), pero sí se descendieron los esteroides (25,6 vs. 16,8 mg/día p=.0001). Solo 1 de 4 pts que desarrolló reacción a la infusión y suspendió el tratamiento con RTX. Desarrollaron hipogammaglobulinemia 11 pts y 45% persistió más allá del 6° mes. Ocho pts (23%) se infectaron en los primeros 3 meses post- RTX (sepsis y herpes zóster). Fallecieron 2 pts dentro de los 6 meses de administración de droga (*shock séptico* y muerte súbita).

Conclusión: En nuestra cohorte, el 16% fue tratado con RTX, con mejoría del SLEDAI y descenso de esteroides en pts con LESj refractario y severo. RTX sigue siendo una opción de tratamiento en este grupo de pacientes, sin embargo, debemos prestar atención a los efectos adversos relacionados a su uso. Se requieren más estudios controlados en pediatría.

DETECCIÓN TEMPRANA DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL. MODIFICACIÓN Y ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DE UN INSTRUMENTO DE SCREENING

Florencia AHUMADA¹, Marcela Beatriz ÁLVAREZ²

¹HOSPITAL PROVINCIAL DE PEDIATRÍA DR. FERNANDO BARREYRO, ²HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la artritis crónica más común en la población pediátrica a nivel mundial. En Argentina no existe hasta el momento un instrumento validado para la detección temprana de AIJ en el primer nivel de atención. En 2006 el Dr. Len desarrolló un cuestionario (DPA-12) para la detección de AIJ, posteriormente adaptado y validado por Dr. Scheer en 2019 con una sensibilidad del 90% y una especificidad 93% cuando el número de respuestas positivas fue ≥ 5 , por lo que en este caso proponen la derivación al especialista.

Objetivo: Describir el proceso de modificación y la adaptación transcultural del cuestionario de *screening* de AIJ al español.

Métodos: Para el proceso de adaptación transcultural se utilizaron las guías publicadas por Beaton et al. (2000), previo contacto con el autor original obteniendo su consentimiento. Participaron profesionales médicos, especialistas en pediatría y reumatología infantil, con conocimiento técnico del inglés y de nacionalidad argentina. Se solicitó consentimiento y asentimiento oral a los pacientes y a las familias intervinientes. El protocolo contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación.

Resultados: Se inició el proceso con la traducción, se incluyeron términos adaptados a la región, se realizaron modificaciones para incluir síntomas de AIJ (no especificados previamente). Posteriormente se realizó una retrotraducción; en la versión prefinal se evaluaron las características de semántica, idioma, conceptual y adaptación al estilo de vida local. Se consideró mantener igual número de preguntas (12), con instrucciones simples y opciones de respuesta (SI-NO-NOSE). Se realizó una prueba de campo con un total de 70 participantes confirmando la comprensión del cuestionario. En la etapa final se presentaron los informes preliminares del proceso y los pasos realizados, y se conformó la versión final la cual fue enviada y aprobada por el autor del instrumento original.

Conclusión: Se tradujo y adaptó transculturalmente el cuestionario de *screening* de AIJ siguiendo las recomendaciones internacionales para este proceso. Dicho cuestionario está destinado al primer nivel de atención, intentando mejorar la derivación temprana de pacientes. El próximo paso será la validación e implementación del mismo en diferentes puntos del país.

