

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

Año 36 • Volumen 36 • Suplemento N° 2 • 58° Congreso Argentino de Reumatología
Octubre de 2025 ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)

DEL 8 AL 11 DE OCTUBRE DE 2025
TUCUMÁN



SAR 2025

58° CONGRESO ARGENTINO DE REUMATOLOGÍA



Comité Científico del 58° Congreso Argentino de Reumatología

Dra. Victoria Martiré
Dr. Edson Velozo
Dr. Javier Rosa
Dra. Verónica Bellomio
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
Dra. Marcela Álvarez

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

Año 36 • Volumen 36 • Suplemento N° 2 • 58° Congreso Argentino de Reumatología

Octubre de 2025 ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)



Sociedad Argentina
de Reumatología

Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Reumatología

Presidente:

Dr. Gustavo Casado

Vicepresidente:

Dr. Gustavo Rodríguez Gil

Presidente Anterior:

Dr. Guillermo Berbotto

Secretario:

Dr. Javier Rosa

Prosecretaria:

Dra. Verónica Saurit

Tesorera:

Dra. Cecilia Asnal

Protesorera:

Dra. Anastasia Secco

Vocales Titulares:

Dra. Fabiana Montoya

Dra. Vanesa Cosentino

Dra. María Victoria Martire

Dr. Juan Carlos Raggio

Vocales suplentes:

Dr. Marcelo Audisio

Dra. Etel Saturansky

Comisión Revisora de Cuentas Titulares:

Dr. Alejandro Navarta

Dr. Marcos Méndez

Suplente:

Dr. Emilio Buschiazzo

Representantes de Filiales:

ARNEA

Dr. Pablo Finucci Curi

ARPBA

Dra. María Victoria Martire

CABA

Dra. Fabiana Montoya

CastSELaR

Dr. Juan Flores

Córdoba

Dr. Marcelo Audisio

Cuyo

Dr. Alejandro Navarta

Salto-Jujeña

Dr. Emilio Buschiazzo

Santa Fe

Dr. Juan Carlos Raggio

SUR

Dr. Marcos Méndez

Tucumán

Dra. Cecilia Goizueta

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

Representante de Pediatría ante la SAR

Dra. Marcela Álvarez

Comité Científico

Dra. Victoria Martire,

Dr. Edson Velozo

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 36 • Volumen 36 • Suplemento N° 2 • 58° Congreso Argentino de Reumatología

Octubre de 2025 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 Asociados:

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

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

Editora 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

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

Sofía Palmero

Silvia Papisidero

Carla Pappalardo

Francisco Paulin

Nicolás Pérez

Rodolfo Pérez Alamino

Natalia Perrotta

María Milena Pertuz

Rebolledo

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 36 • Volumen 36 • Suplemento N° 2 • 58° Congreso Argentino de Reumatología

Octubre de 2025 ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)



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); en la base de datos Scopus (Elsevier) y en la base de datos Chemical Abstracts Service (CAS) de la American Chemical Society. 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.

Curapaligüe 202, 9° piso, of. 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 36 • Volumen 36 • N° 2 • Suplemento N° 2 • 58° Congreso Argentino de Reumatología • Octubre de 2025 ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)

Imprenta: Sello Editorial Lugones® de Editorial Biotecnológica S.R.L.: Curapaligüe 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 36 • Volumen 36 • Suplemento N° 2 • 58° Congreso Argentino de Reumatología

Octubre de 2025 ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)



Sumario

• Editorial.....	2
• Orales	3
• Posters.....	12
• Casos clínicos	69
• Pediatría	90
• Índice	101

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

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

Octubre de 2025 ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)



Editorial

A la reumatología Argentina

Es un verdadero placer darles la bienvenida al 58° Congreso Argentino de Reumatología, que este año tendrá lugar en la ciudad de San Miguel de Tucumán, del 8 al 11 de octubre. Nos encontramos nuevamente para compartir conocimientos, experiencias y fortalecer los lazos que nos unen como profesionales comprometidos con el desarrollo de la Reumatología en nuestro país.

Desde el cierre del último Congreso, hemos trabajado con entusiasmo y dedicación para ofrecerles un evento a la altura de sus expectativas. Cada actividad fue planificada cuidadosamente, priorizando tanto la excelencia científica como la comodidad de todos los participantes.

Este año, Tucumán, cuna de la Independencia Argentina, nos recibe con su hospitalidad característica, su riqueza cultural y su encanto norteño. El Congreso se desarrollará en el Hotel Sheraton, un espacio que combina funcionalidad, buena ubicación y accesibilidad.

Además del programa académico, hemos previsto instancias para el encuentro personal, el disfrute cultural y deportivo, y la integración con colegas de todo el país y del exterior. Estos espacios promueven no solo el intercambio de saberes, sino también la camaradería, el espíritu de cuerpo y la unión que distinguen a nuestra comunidad profesional. Creemos firmemente que estos valores son fundamentales para el crecimiento de la Sociedad Argentina de Reumatología y el fortalecimiento de nuestra práctica clínica y científica.

Agradecemos profundamente su participación, su confianza y su compromiso. En tiempos donde los desafíos son grandes, la ciencia, la colaboración y la vocación siguen siendo nuestras herramientas más valiosas.

¡Bienvenidos a Tucumán! Los esperamos con los brazos abiertos.

Dr. Gustavo Christian Casado

Presidente de la Sociedad Argentina de Reumatología

ORALES

0124

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

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

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

Tabla: Comparativa DM2 vs. no DM2.

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

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

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

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

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

0150

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

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

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

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

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

Resultados: 62 pacientes con LES, edad media al diagnóstico de 46.4 años (DE 17.9), 88.7% sexo femenino y con una mediana de seguimiento de 10.6 años (RIC 7.10-15.50). Los pacientes permanecieron el 75.5% del tiempo en remisión, 10.2% en LLDAS, 13.5% en actividad intermedia y 0.8% en brote (84 brotes en 39 pacientes). El 80.7% utilizó corticoides en algún momento, con una mediana de tiempo de 1.7 meses (RIC 0.25-4.69) y una dosis mediana acumulada de prednisona de 156 mg (RIC 32-356). El 95.2% uso hidroxicloroquina, 64.5% DMARDc y 14.5% biológicos. Un 43.6% presentó nefritis lúpica. Al final del seguimiento, 35 pacientes (56.5%) presentaron daño

(SDI≥1), siendo los más frecuentes, cataratas (n=12), fractura osteoporótica (n=18), malignidad (n=9) y eGFR<50% (n=6). Durante el seguimiento, 8 pacientes (12.9%) fallecieron, todos ellos con daño acumulado (SDI≥1). En el análisis multivariado de Cox ajustado por dosis acumulada de corticoides y número de flares, la edad (HR 1.08, IC95% 1.04-1.12, p<0.001) y el compromiso renal (HR 3.06, IC95% 1.14-8.19, p=0.026) se asociaron a mayor daño acumulado, mientras que el tiempo de remisión (meses) fue un factor protector de daño (HR 0.98, IC95% 0.97-0.99, p<0.001).

Conclusión: En una cohorte de pacientes con LES diagnosticados luego del año 2000 y con más de 10 años de seguimiento, un 56.5% presentó daño orgánico siendo la duración de la remisión un factor protector. Ningún paciente sin daño acumulado (SDI=0) falleció.

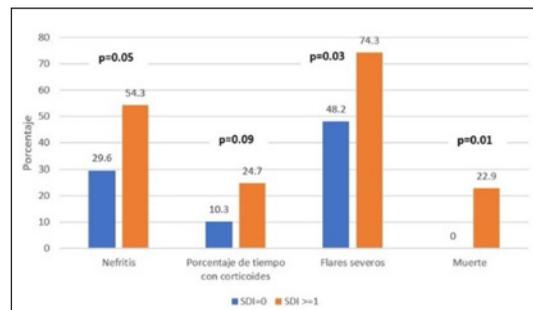


Figura: Pacientes con y sin daño al final del seguimiento.

0151

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

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

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

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

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

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

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

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

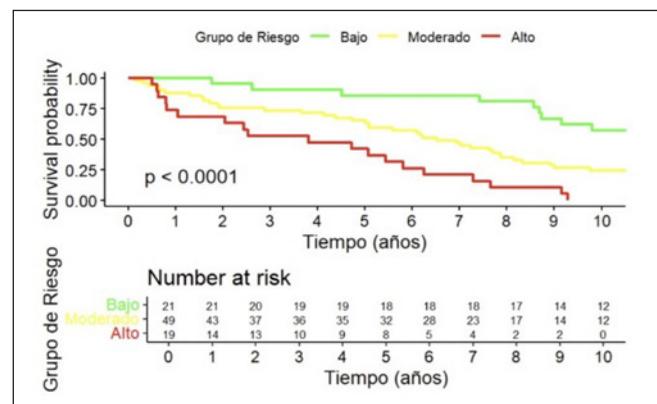


Figura: Supervivencia global según la estratificación de riesgo calculada por el score DANGER.

0162

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

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

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

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

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

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

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

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

0181

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

Carolina ISNARDI¹, Iêda Maria MAGALHÃES LAURINDO², Vijaya RIVERA TERÁN³, José Jiram TORRES RUIZ³, Deshire ALPIZAR RODRIGUEZ³, Guillermo PONS-ESTEL¹, María Celina DE LA VEGA⁴, María Agustina ALFARO¹, Gustavo CITERA⁵, Karin KIRMAIR⁶, Silvia PAPASIDERO⁷, Ángela DUARTE⁸, Mónica Valeria SIQUEIRA⁸, Valéria VALIM⁸, María de Fátima SAUMA⁸, Reginaldo BOTELHO⁸, José Eduardo MARTÍNEZ⁸, David VEGA MORALES⁹, Iris Jazmín COLUNGA-PEDRAZA⁹, Fedra IRAZOQUE⁹, Sandra SICK AYALA⁹, Guillermo GUARACHA BASAÑEZ⁹, Sonia CABRERA¹⁰, Gabriela ÁVILA¹⁰, Vannia VALINOTTI¹⁰, Lourdes ROMÁN RUÍZ¹⁰, Angélica AMARILLA¹⁰, Roger ROLÓN CAMPUZANO¹⁰, Cristina BRUNENGO¹⁰, Darwin CORDOVILLA¹⁰, Pilar GANIRO¹⁰, Carolina DÍAZ¹⁰, Pamela VELÁZQUEZ¹⁰, Sofía ROSTAN¹⁰, Paloma DE ABREU TRIGUEROS¹

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

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

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

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

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

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

0195

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

0201

USO DE CANNABIS CON FINES MEDICINALES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

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

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

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

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

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

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

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

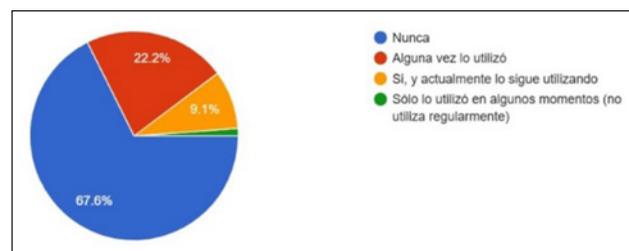


Gráfico: Uso de *cannabis* medicinal en 176 pacientes con enfermedades reumáticas.

Variable	n=176	
Edad m (RIC)	61 (21-85)	
Sexo femenino n (%)	145 (82.4)	
Hospital de procedencia n (%)	Hospital privado de CABA	116 (65.9)
	Hospitales públicos de CABA	45 (25)
	Hospital público de Tucumán	15 (8.5)
Nivel educativo n (%) (máximo nivel completado)	Primario	39 (22.15)
	Secundario	79 (44.89)
	Terciario	30 (17.04)
	Universitario	28 (15.9)
Situación Laboral n (%)	Ocupado	78 (44.8)
	Desocupado	10 (5.7)
	Jubilado	66 (37.9)
	Ama de casa	20 (11.5)
Diagnóstico Principal n (%)	Artritis Reumatoidea	57 (32.4)
	Osteoartritis	24 (13.6)
	Fibromialgia	19 (10.9)
	Lupus Eritematoso Sistémico	18 (10.3)
	Artritis Psoriásica	17 (9.6)
	Sme Sjögren	8 (4.6)
	Polimialgia Reumática	7 (4)
	Espondiloartritis	5 (2.3)
	Esclerosis Sistémica	4 (2.2)
	Otros	17 (9.6)
Consumo Actual de Analgésicos n (%)	Paracetamol	92 (52.3)
	AINES	85 (48.3)
	Opioides	26 (14.8)
	Pregabalina	23 (13.1)
	Antidepresivos indicados por dolor	15 (8.5)
	Gabapentin	1 (0.5)
Consumo Actual de psicofármacos n (%)	Benzodiacepinas	29 (16.5)
	Antidepresivos/antipsicóticos	22 (12.5)
	Inductores del Sueño	9 (5.1)
	Otros	2 (1.1)

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

0232

NEFROPATÍA POR IgA: INFLUENCIA DE LA VASCULITIS EXTRARRENAL

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

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

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

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

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

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

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

0268

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

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

¹HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES; ²HOSPITAL POSADAS

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

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

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

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

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

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

0271

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

0295

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

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

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

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

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

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

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

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

0296

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

Yamila CHICHOTKY¹, Gloria VÁSQUEZ²

¹INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS QUILMES; ²ASOREUMA

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

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

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

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

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

0302

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

POSTERS

0123

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

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

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, LA PLATA

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

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

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

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

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

0130

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

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

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

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

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

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

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

0140

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

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

HOSPITAL BRITÁNICO

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

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

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

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

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

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

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

0196

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

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

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ

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

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

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y analítico. Se realizó la traducción y adaptación transcultural del cuestionario MHQab según guías de Beaton et al. Se incluyeron pacientes consecutivos ≥ 18 años con diagnóstico de AR (criterios de clasificación ACR/EULAR 2010). Se consignaron datos sociodemográficos, características de la AR y clinimetría. Se evaluó la función de la mano mediante HAQ-UP-A, FIHOA y test de Moberg, y la fuerza de prensión mediante dinamómetro Jamar. Todos los pacientes contestaron el MHQab y un grupo lo respondió nuevamente entre 7-10 días de la evaluación basal (previamente se constató que se encontraron en iguales condiciones clínicas). Además, se registró el tiempo que les tomó a los pacientes completar el cuestionario. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Consistencia interna con alfa de Cronbach, reproducibilidad con test-retest. Las asociaciones entre el puntaje total del MHQab, características clínicas y evaluaciones de la mano, se analizaron con coeficiente de Spearman o test de Wilcoxon. Nivel de significación de 0,05. El valor de p se corrigió por método de Bonferroni. Software Stata 14.0.

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

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

FRECUENCIA DE FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Lucía Belén CISTERNA GUZMÁN¹, Patricia Belén DOMÍNGUEZ LEIVA¹, Javier Federico FLORES TREJO¹, Juan Manuel BANDE¹, José Ángel CARACCILO¹, María Alejandra MEDINA¹, Diana Silvia KLAJN¹, Mariana BENEGAS², Joan Manuel DAPÉÑA², María Julia SOSA³, María Paula KOHAN⁴, Alejandro MARTÍNEZ MUÑOZ⁵, Graciela GÓMEZ⁶, Julieta GOLDENBERG⁷, Carla LALLOPIZZO⁷, Silvia PAPANSIDERO¹

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

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

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

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

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

Objetivo: Determinar la prevalencia de HTA en AR.

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

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

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

Tabla 1

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

Tabla 2

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

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

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

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

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

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

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

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

Tabla: Datos demográficos y clínicos.

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

0278

HERRAMIENTAS ANALÍTICAS PARA LA MONITORIZACIÓN TERAPÉUTICA DE ADALIMUMAB

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

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

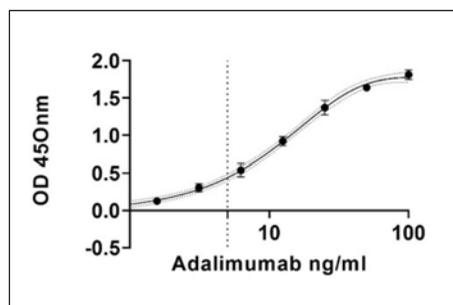
Introducción: Casi la mitad de los pacientes con artritis reumatoidea (AR) tratados con adalimumab presentan ineficacia terapéutica. Los niveles séricos de adalimumab entre 5 y 8 µg/mL suelen ser suficientes para lograr una respuesta clínica adecuada. Desarrollar herramientas diagnósticas para monitorizar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

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

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

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

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



Figura

0279

AUTOPERCEPCIÓN DE DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

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

HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

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

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

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

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

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

0202

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

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

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

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

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

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

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

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

0137

CONDROCALCINOSIS Y ARTRITIS INFLAMATORIA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA

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

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

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

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

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

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

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

MANIFESTACIONES URGENTES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RELACIONADA CON IgG4

Ernestina ANGAROLA, Agustín Gabriel CÁCERES, Javier ROSA

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TOILETTE QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON MONOARTRITIS: SÉPTICAS VERSUS CRISTÁLICAS

María LEWIN, Marina SCOLNIK, Nicolás ALVARADO, Javier ROSA

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla: Características sociodemográficas y de enfermedad.

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

MOTIVO DE INTERNACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS AUTOINMUNES

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 1

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

Tabla 2

0234

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

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

¹HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS; ²UNISAR

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

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

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

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

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

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

0227

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

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

HOSPITAL GRAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH

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

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

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

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

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

0220

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIOS DE REUMATOLOGÍA

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

HOSPITAL GRAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Resultados: 139 profesionales contestaron la encuesta. El 65% (n=91) fueron mujeres con una mediana de edad de 42 años (Q1-Q3 36-51). El 89% (n=124) había completado su formación en reumatología, teniendo el 28% (n=35) entre 1 a 5 años de experiencia. El lugar de trabajo principal fue en establecimientos públicos en el 44% (n=61) de los encuestados y el 88% (n=122) contaba con centro de infusión. El 86% reportó utilizar pulsos de MP con una frecuencia desde "ocasionalmente" (3-6 por año) hasta "muy frecuentemente" (>12 por año). El 99% (n=138) los indicó en el contexto de manifestaciones severas, el 73% (n=102) al debut de la enfermedad y el 63% (n=87) en enfermedad refractaria. Las patologías en las que más se indicaron fueron lupus eritematoso sistémico (LES) (99%, n=137) y vasculitis sistémicas (98%, n=135). La dosis de 500 mg por pulso fue elegida por el 64% (n=88) y el 97% (n=135) usó el esquema de 3 días consecutivos. El 32% (n=45) continuó con dosis de prednisona pospulsos de 40 mg día. En una escala de 1 a 5, la percepción de efectividad tuvo una mediana de 5 (Q1-Q3 4-5) y la de seguridad una mediana de 4 (Q1-Q3 3-4). En el análisis bivariado, una menor edad del profesional (p=0.036) y tener como lugar de trabajo principal un establecimiento público (p<0.001) se asociaron de manera estadísticamente significativa con una mayor frecuencia de uso. En el modelo de regresión logística ordinal, trabajar en el ámbito público se mantuvo como un predictor independiente (OR 13.01; IC 95%: 3.53-47.92; p<0.001).

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

0334

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

María Flavia CEBALLOS RECALDE

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

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

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

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

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

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

0344

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

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

SANATORIO MÉNDEZ

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

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

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

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

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

0324

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

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

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

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

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

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

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

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

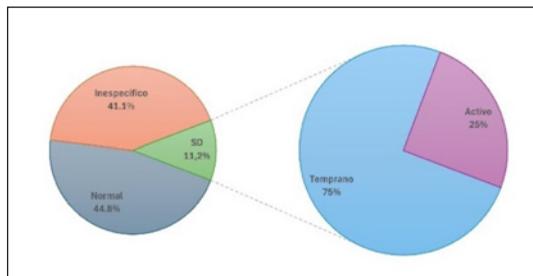


Figura: Patrón capilaroscópico FR primario.

0249

ARTICULACIÓN ENTRE CLÍNICA DE ESCLERODERMIA Y ESCLEROSALUD: EXPERIENCIA DESDE 2021

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

¹HOSPITAL RAMOS MEJÍA; ²ESCLEROSALUD

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

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

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

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

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



Gráfico

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

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

HOSPITAL DEL CARMEN, GODOY CRUZ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 1: Características generales de la población.

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

Tabla 2: Intervenciones terapéuticas.

0183

COMPROMISO ESOFÁGICO EN ESCLEROSIS SISTÉMICA DETECTADO POR MANOMETRÍA

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

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

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

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

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

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes con ES predominando la forma limitada (45,5%). El 97% eran mujeres con una mediana de tiempo de evolución de 48 meses. El fenómeno de Raynaud se observó en el 93,9% y el 21,9% tenía antecedentes de úlceras digitales. En la capilaroscopia, el 75,8% presentó patrón SD. La enfermedad pulmonar intersticial estuvo presente en el 31,3%, con predominio de neumonía intersticial no específica (19,2%) y usual (12,1%). El 93,9% presentó ANA, anti-centrómero en el 45,5% y anti-Scl-70 en el 24,2%. En cuanto al tratamiento, el 78,1% recibía inhibidores de la bomba de protones y 39,4% bloqueantes de canales de calcio. Los inmunosupresores más utilizados fueron metotrexato (39,4%) y micofenolato de mofetilo (27,3%). Al comparar los pacientes asintomáticos (n=11) frente a aquellos con síntomas (n=22) presentaron de forma significativa menor

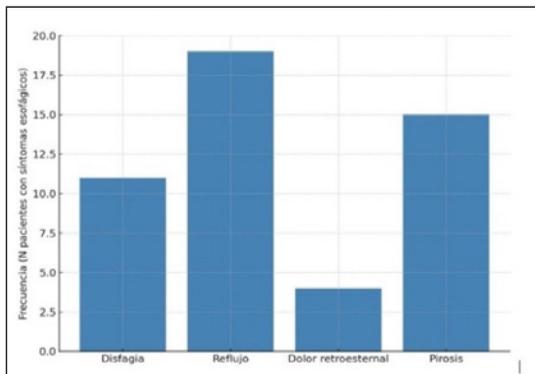


Figura: Frecuencia de síntomas esofágicos reportados.

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

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

frecuencia de anticuerpo anti-centrómero (18.2% vs. 59.1%; p=0.034) y menor uso de inhibidores de la bomba de protones (54,5 % vs. 90,5%; p=0.032). Se identificaron tendencias no significativas hacia una mayor frecuencia de úlceras digitales en pacientes sintomáticos (31,8% vs. 0%; p=0,069) y de anticuerpos anti-Scl-70 en asintomáticos (45,5% vs. 13,6%; p=0,082). Los síntomas reportados más frecuentes fueron: reflujo gastroesofágico (86.4%), pirosis (68.2%) y disfagia (50%). El 72,7% presentó más de 1 síntoma (16/22). En la manometría esofágica de alta resolución, el 72,7% presentó alteraciones de la peristalsis, incluyendo motilidad esofágica inefectiva (48,5%) y contractilidad ausente (24,2%). El 54,5% de los pacientes asintomáticos presentó dismotilidad, comparado con el 81,8% de los sintomáticos, sin alcanzar significancia estadística (p=0,121).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ESCLEROSIS SISTÉMICA SERODISCORDANTE: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EMERGENTE

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

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

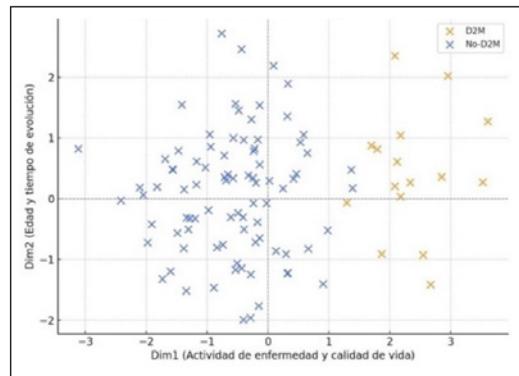


Figura: Mapa factorial FAMD: EspAax D2M vs. no-D2M.

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

0114

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

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

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

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

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

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

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

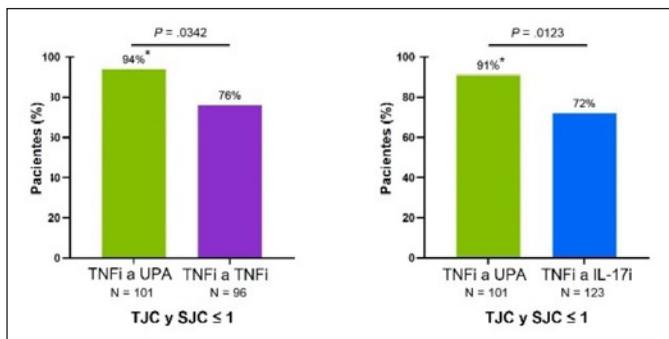


Figura: Evaluación ajustada informada por el médico de TJC y SJC ≤1 al momento de la recolección de datos.

RECONOCIMIENTO DE LUMBALGIA INFLAMATORIA Y ESPONDILOARTRITIS POR MÉDICOS DE PRIMERA CONSULTA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla: Características basales cohorte RECCAPSO.

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

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

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

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

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

0155

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

0241

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla: Características D2T vs. NIPsA.

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

0223

MICROARQUITECTURA ÓSEA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: INFORME PRELIMINAR

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

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

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

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

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

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

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

0288

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

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

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

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

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

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

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

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

0291

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

Joan Manuel DAPEÑA¹, Mariana BENEGAS¹, Eliana SERRANO¹, María Victoria MARTIRE², Amelia GRANEL², Julieta GAMBA³, Juan Manuel BANDE⁴, Edson VELOZO⁵, Nathaly ERAS⁶, Julieta MORBIDUCCI⁷, Lucía ZÁRATE⁸, Luciana CASALLA⁹, Etel SATURANSKY¹⁰, Fernando SOMMERFLECK¹, Emilio BUSCHIAZZO¹¹, Paula Eva POLERI², Cristian Alejandro BENÍTEZ³, Paula GONZÁLEZ¹², Carla AIROLDI¹³, Fernando ARIZPE², Clarisa SANDBAL¹⁴

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

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

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

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

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

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

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

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

0281

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

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

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

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

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

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

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

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

0246

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

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

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

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

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

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

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

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

0254

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla: Características clínicas basales según derivación a Reumatología.

0266

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

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

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

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

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

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

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

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

0319

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

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

INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

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

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

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

Resultados: Se incluyeron 128 pacientes. En cuanto al momento de aparición de la afectación articular, el 76,6% de los casos fue posterior al diagnóstico de Ps, el 18,8% fue de forma concomitante y el 4,7% fue posterior. El tiempo mediano entre la aparición de la Ps y de la APs fue de 11 años (RIC 4-20). Respecto de las características de la APs, si bien el patrón de inicio predominante fue el oligoarticular, se observó una frecuencia significativamente mayor de la forma de inicio poliarticular en el subgrupo de pacientes que presentaron compromiso concomitante cutáneo y musculoesquelético (45,8%) con respecto a los pacientes con relación temporal de la APs previa (16,7%) y posterior a la Ps (26,5%), p= 0.001. La mayoría de los pacientes evolucionó con compromiso poliarticular periférico puro. El 82,7% grupo de pacientes con inicio de la APs posterior a la Ps, tuvo un tiempo de evolución de APs >2 años. Dentro de este subgrupo se observó un tiempo de evolución de la Ps al comienzo de la APs superior en comparación a aquellos con una evolución ≤2 años (x̄ 25,2±12,4 años vs x̄ 15,8±9,5 años, p= 0,02). No se encontraron diferencias en el resto de variables analizadas entre los tres subgrupos según la relación temporal de la afectación cutánea y articular.

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

0321

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

0336

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

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

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

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

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

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

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

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

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

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

* Variable cualitativa, valores expresados en frecuencia absoluta y porcentaje

Tabla

0325

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

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

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

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

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

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

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

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

0280

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

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

HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

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

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

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

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

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

0237

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

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

HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

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

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

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

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

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

0221

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

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

HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

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

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

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

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

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

0138

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

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

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

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

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

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

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

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

0149

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

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

HIGA PROF. DR. R. ROSSI, LA PLATA

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

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

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

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

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

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

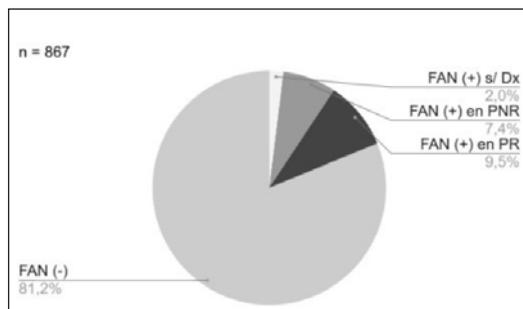


Tabla: ANA positivos.

Gráfico: Positividad de las muestras.

0153

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

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

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

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

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

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

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

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

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

Tabla

0125

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

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

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

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

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

Métodos: Estudio transversal, analítico, observacional. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con sospecha clínica de STC, desde 05/2022 hasta 1/2025. Se realizaron pruebas clínicas, EDX y US. Se clasificaron a los pacientes en grupo STC (EDX positivo) vs. sospecha STC (EDX normal o faltante). Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) del ATNM y Doppler intraneural.

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

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

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

Tabla: Métricas de rendimiento del diagnóstico.

0110

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

Malena VIOLA¹, María Celina DE LA VEGA², Darío MATA², Lucila GARCÍA¹, Iñigo RÚA FIGUEROA³, Carla Andrea GOBBI¹, Julia MARTÍNEZ BARRIO³, Joan Manuel DAPEÑA¹, María GALINDO IZQUIERDO³, Juan Manuel RODRÍGUEZ GRAMAZZA¹, Jaime CALVO ALÉN³, Paula ALBA¹, Raúl MENOR ALMAGRO³, Verónica BELLOMIO¹, Antonio FERNÁNDEZ NEBRO³, Eva TOMERO MURIEL³, Alejandro BRIGANTE¹, Mercedes FREIRE GONZÁLEZ³, Cecilia PISONI¹, Ricardo BLANCO³, Silvia PAPANASIDERO¹, Eva SALGADO PÉREZ³, Agustina DÁMICO¹, Marina MICELLI¹, Romina ROJAS TESSEL¹, Silvia GÓMEZ SABATER³, Lucía Margarita MENDOZA MARTÍNEZ¹, Clara SANGÜESA³, Gelsomina ALLE¹, Javier NARVÁEZ GARCÍA³, María Florencia GORDILLO¹, Gregorio SANTOS SOLER³, Claudia PENA¹, Javier NÓVOA³, Alfonsina SARDE¹, Oihane IBARGUENGOITIA³, Gisela PENDÓN¹, Mireia MORENO MARTÍNEZ LOSA³, Carolina AESCHLIMANN¹, Vicenç TORRENTE SEGARRA³, Paula FERNÁNDEZ¹, Ana Paula CACHEDA³, Bettina Soledad SARDI¹, Sandra GARROTE³, Amira BUGANEM¹, Clara MORIANO MORALES³, Antonio JUAN MAS³, Loreto HORCADA³, José M. PEGO REIGOSA³, Mercedes GARCÍA¹

¹RELESSAR; ²HOSPITAL ARGERICH; ³RELESSER

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

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

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

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

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

0111

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

Eric MORAND¹, Joan MERRILL², Martin ARINGER³, Zahi TOUMA⁴, Richard FURIE⁵, Karim MASRI⁶, Christopher SAFFORE⁶, Ling CHENG⁵, Juan Manuel MORENO LUBERTINO⁷, Ronald VAN VOLLHOFEN⁸

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

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

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

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

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

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

0131

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

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

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS, RAMOS MEJÍA

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

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

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

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

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

0168

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

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

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

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

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

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

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

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

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

0169

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON COMPROMISO NEUROPSIQUIÁTRICO: FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

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

HIGA SAN MARTÍN LA PLATA

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

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

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

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

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

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

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

Tabla: Manifestaciones neuropsiquiátricas.

0174

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

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

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

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

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

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

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

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

0152

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

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

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

Introducción: La remisión y baja actividad de la enfermedad (*low disease activity*, LDA) se han asociado a menor daño acumulado y mayor supervivencia. **Objetivo:** Evaluar la distribución de remisión, LDA y actividad al ingreso a la cohorte (T0) y luego de un año de seguimiento (T1), y explorar la potencial influencia de características basales en el estado de actividad de la enfermedad al año.

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

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

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

0219

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

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

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

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

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

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

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

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

0226

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS, RAMOS MEJÍA

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

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

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

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

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

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

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

HIGA SAN MARTÍN LA PLATA

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

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

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

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

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

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

Tabla: Descripción clínica y serológica de los pacientes.

ANTICUERPO ANTIC1Q EN NEFRITIS LÚPICA ACTIVA

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

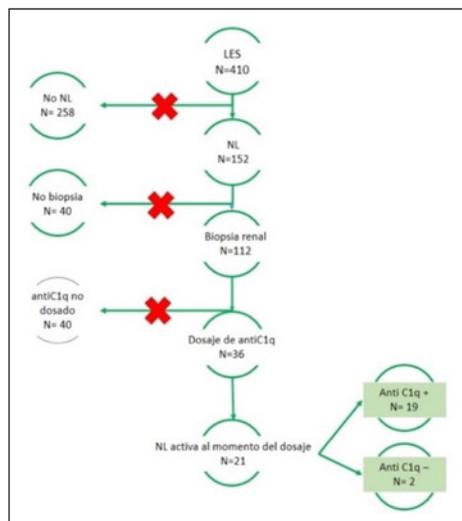
HIGA SAN MARTÍN LA PLATA

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

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

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

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



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

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

Figura: Obtención de la muestra.

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

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

HIGA SAN MARTÍN LA PLATA

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

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

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

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

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

NIVELES DE VITAMINA D EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

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

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

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

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

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

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

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

FRECUENCIA Y PERFIL DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS EN SÍNDROME DE PREECLAMPSIA

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

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

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

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

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

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

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

0265

ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: EXPLORANDO EL ENIGMA

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

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

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

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

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

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

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

0248

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

Sandra VILCHES

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA

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

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

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

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

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

0332

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

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

GESAR LUPUS

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

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

Métodos: estudio de corte transversal. Se evaluaron los registros nacionales de LES RELESSAR-T (2014 a 2018) y RELESSAR-P (2022 en curso). Se compararon pacientes <5 años de evolución de la enfermedad. Se dividió la muestra en pacientes con y sin daño, y se evaluaron factores asociados. Análisis descriptivo y uni/multivariado.

Resultados: Se analizaron 656 pacientes de la base RELESSAR-T 308 de RELESSAR-P. Los dominios SLICC se ven menos afectados en los pacientes del registro vigente (cutáneo 6.1% vs 0.6%, musculoesquelético 16.2% vs 5.5%, cardiovascular 6.1% vs 2.3%). Mayor proporción de pacientes con SLICC/SDI >0 en el RELESSAR-T. A su vez presentan > retraso en el diagnóstico, SLEDAI, uso de CFM y MMF $y < p = >$.

Conclusión: El daño se puede prevenir modificando factores de riesgo cardiovasculares tradicionales como la DBT y la HTA, así como evitando dosis altas de CFM y GC, controlando la actividad de la enfermedad con el uso temprano de DMARDS convencionales y biológicos, y mejorando el acceso a la salud.

0327

USO DE ESTATINAS EN PACIENTES CON MIOPATÍAS

Serenela CHULIBERT¹, Ariana RINGER¹, Florencia MARTÍNEZ¹, Dianela CARBONE¹, María Agustina GÁTICA¹, Franco LUCCHI¹, Graciela GÓMEZ², Ángela GARGIULO², Brian Marcelo ABDALA¹, Marcelo ABDALA¹

¹HOSPITAL PROVINCIAL CENTENARIO; ²INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS DR. ALFREDO LANARI

Introducción: El efecto adverso más frecuente de las estatinas (E) es la miopatía que puede presentarse como aumento asintomático de creatinfosfoquinasa (CPK), mialgias, miositis, rhabdomiólisis o miopatía necrotizante inmunomediada (MNIM). Las miopatías inflamatorias inmunomediadas (MII) cursan con debilidad muscular y elevación de CPK. Se ha reportado dislipemia y aumento de enfermedades cardiovasculares en estos pacientes. El uso de E en pacientes con MII es motivo de debate en la práctica clínica.

Objetivo: Explorar el grado de acuerdo en indicar E a pacientes con MII con riesgo cardiovascular elevado y el grado de acuerdo en discontinuar las mismas ante la aparición de síntomas musculares.

Métodos: Estudio transversal y descriptivo mediante una encuesta *online* y autoadministrada dirigida a médicos de diferentes especialidades. Se consultó acerca de la frecuencia de indicación y efectos adversos de E, y frecuencia de pacientes con MII atendidos en el último año. Para evaluar el grado de acuerdo en contraindicar o discontinuar las E se incluyeron dos casos clínicos. Las respuestas fueron evaluadas con escala de Likert de 5 puntos.

Resultados: Participaron 99 médicos, 58%, reumatólogos, 19% clínicos, 11% cardiólogos y 11% de otras especialidades. El 61% fueron mujeres. El 33% de los encuestados residía en Santa Fe, 27% en CABA, 12% en Buenos Aires y 24% en otras provincias. El 39% tenía entre 11 y 20 años de ejercicio de la profesión. Frente al caso clínico de un paciente joven con riesgo cardiovascular muy elevado, el 43% estuvo de acuerdo en contraindicar E ante CPKx2, 68% ante CPKx5, 42% frente a mialgias, 55% ante MII y 88% ante MNIM. El grado de acuerdo en discontinuar el tratamiento con E fue de 38% si presenta CPK x2, 79% con CPK x5, 60% por mialgias, 65% por MII y 89% ante MNIM. En el último año, el 42% de los encuestados trataron entre 1 y 5 pacientes con MII, el 30% ninguno, el 14% entre 5 y 10 y el 14% más de 10. Con respecto a la frecuencia de indicación de estatinas en la práctica diaria, el 32% las indica siempre, el 43% casi siempre, el 12% la mitad de las veces, el 8% casi nunca y el 5% nunca. En cuanto a la frecuencia de efectos adversos, el 16% reportó ninguno, el 77% casi ninguno, el 6% en la mitad de los pacientes y el 1% en todos los pacientes tratados.

Conclusión: Esta encuesta reveló que existe acuerdo en contraindicar E frente a MNIM o CPKx5 en pacientes con riesgo cardiovascular muy elevado. Sin embargo, no hay uniformidad de criterios ante CPKx2, mialgias o en pacientes con MII. De igual modo, existe acuerdo en discontinuar E frente a CPKx5 y ante la presencia MNIM, persistiendo controversias en el resto de las variables analizadas. Estos resultados reflejan la necesidad de consensos claros para guiar la práctica clínica en estos escenarios.

0328

COHORTE MIORA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, FUNCIONALES Y TOMOGRÁFICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON EPID ASOCIADA A MIOSITIS DE UN CONSULTORIO INTERDISCIPLINARIO REUMATOLOGÍA-NEUMONOLOGÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CABA

Isabel VERÓN, Pablo SZWARSTEIN, Marina MICELLI, Paula KAPLAN, Fabiana MONTOYA, Nicolás DAMELIO, Javier IRIARTE, Isabella PERRONE, María Pia IZAGUIRRE GERMAIN, Martín SÍVORI, Eduardo KERZBERG

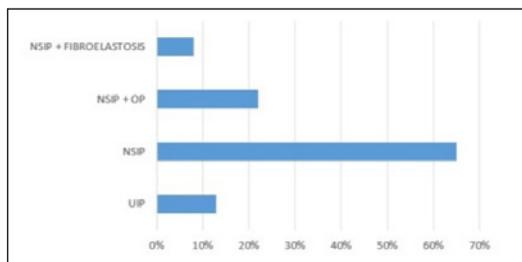
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS, RAMOS MEJÍA

Introducción: Las miopatías inflamatorias están descritas como una entidad rara, frecuentemente asociada a enfermedad pulmonar intersticial (EPID), una de las principales causas de morbilidad de esta patología.

Objetivo: Describir las características demográficas, clínicas, imagenológicas y funcionales de una cohorte de pacientes con miopatías-EPID atendidos en el período 2024-2025 en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), evaluados en forma simultánea por reumatólogos y neumonólogos.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional de base de datos de Reumatología y Neumonología de pacientes con miopatías-EPID atendidos entre 2024-2025 en el Hospital Ramos Mejía de CABA. Se definió progresión por criterios INBUILD. Se utilizó análisis estadístico descriptivo.

Resultados: Se atendieron 23 pacientes con miopatías-EPID. La mediana de edad fue 42.5 (RIQ 25-75%: 35-55), y 86% fueron de sexo femenino. Los anticuerpos más frecuentes fueron: anti-jo 1(23%), antipl7(22%) y anti-ku (18%). En cuanto a la presentación clínica, 65% de los pacientes presentaron síntomas musculares y articulares, cutáneos y CPK elevada. Todos los pacientes presentaron como síntomas respiratorios tos y disnea. En relación al compromiso funcional, la mediana de FVC fue de 2,29 L (RIQ:1,79-2,73L), FVC 63% (RIQ:55-86%), VEF1/FVC 84% RIQ: 75-95, mediana de DLCO 50% (RIQ:40-74%). Se realizó pimax y pemax encontrándose disminuidas en 10 pacientes Se encontró hipertensión pulmonar en 13,04% de los pacientes (n=3). Respecto a los patrones tomográficos, se observó UIP 13% (n=3), NSIP 65% (n=15), NSIP más OP 22% (n=5). Dos pacientes presentaron patrones combinados (NSIP más fibroelastosis) Todos los pacientes de la cohorte fueron tratados con inmunosupresores, en el 96% en combinación. Se utilizaron corticoides en pulsos en 69.56% de los pacientes (n=16), ciclofosfamida ev en 47,82% (n=11), micofenolato de mantenimiento en 43,47% (n=10) y rituximab 30,4%(n=7), gammaglobulinas 8,7%(n=2), y nintedanib en 13,04% (n=3). Ocho pacientes tuvieron progresión a lo largo de 6 meses de seguimiento y requirieron escalonamiento terapéutico, 1 paciente falleció (4,34%) y 2 se encuentran en lista de trasplante. Los restantes pacientes, 60,9% (N:14), se mantuvieron estables o mejoraron con los diversos tratamientos.



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

Figura 1: Patrones tomográficos.

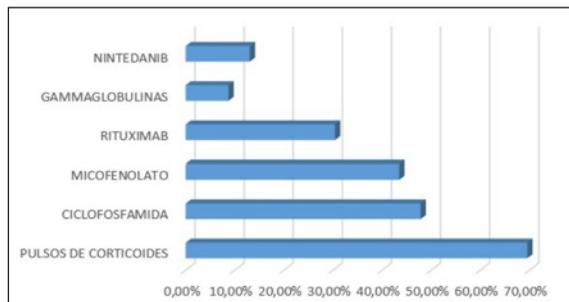


Figura 2: Tratamientos.

0276

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD AUTOINMUNE RO52 POSITIVOS

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

CEMIC

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

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

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

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

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

0209

SÍNDROME ANTISINTETASA EN ARGENTINA: REPORTE DEL GESAR MIOPATÍAS

Ignacio LÓPEZ¹, Marina GARCÍA CARRASCO², Carolina SÁNCHEZ ANDÍA³, Graciela Noemí GÓMEZ⁴, Micaela COSATTI⁵, Boris KISLUK⁶, Ana Carolina COSTI⁷, Sabrina M. ARGÜELLO⁸, Melissa Brenda SERNA GÓNGORA⁹, Anabella María RODRÍGUEZ¹⁰, Amelia GRANEL¹¹, Mariana ACIAR¹², Cristian Alejandro BENÍTEZ¹³, Ramiro GÓMEZ¹⁴, en representación del GESAR de Miositis¹⁵

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

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

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

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

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

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

0222

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

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

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

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

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

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

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

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

0231

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

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

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

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

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

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

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

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

0245

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

Ana Carolina COSTI, Mercedes GARCÍA

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA

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

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

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

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

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

0156

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

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

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS

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

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

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

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

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

0147

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

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

HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS

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

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

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

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

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

0148

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

María Belén NAVARRO, Gabriel SEQUEIRA, Eduardo KERZBERG

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

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

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

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

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

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

MASTITIS GRANULOMATOSA: EXPERIENCIA, DIAGNÓSTICO Y MANEJO INTERDISCIPLINARIO

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

HOSPITAL GRAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL DE AGUDOS RAMOS MEJÍA, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

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

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

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

Resultados: Se identificaron 272 LBA por sospecha de PJP en 236 pacientes: Oncohematología 53.8% (n=127), otros 15.7% (n=37), EIS 11% (n=26), Oncología 11% (n=26), trasplante de órgano sólido 6.8% (n=16), VIH 5.1% (n=12) e inmunodeficiencia primaria 2.9% (n=7). Algunos pertenecieron a >1 categoría. Se registraron 18 PJP en 18 pacientes (12 Groccot, 6 PCR) y solo una (5.5%) presentó EIS: una paciente con artritis reumatoidea en tratamiento con metotrexato+infiximab, sin esteroides en los 4 años previos, con <65 años y EPI, que no recibía profilaxis. Resolvió satisfactoriamente. Entre los 254 LBA negativos para PJP, 25 pacientes presentaron EIS, de quienes 16% recibían profilaxis con TMS y 68% esteroides (mediana de prednisona 10 [RIC 5-20] mg/día y tiempo de uso 84 [48-1278] meses). Once recibían terapias de riesgo. Falleció el 48% (n=12).

Conclusión: Los pacientes con EIS representaron una minoría, aunque la tinción Groccot puede no ser tan sensible en ellos y no se contó con PCR en todos los casos, con lo que podríamos subestimar casos. Además, no se incluyeron pacientes que no podían someterse a LBA. Durante el período de estudio, seguimos 2009 pacientes con EIS por lo cual, tomando la totalidad, detectamos 1 PJP en 2914 pacientes/año. Si bien el riesgo es disímil, resulta ilustrativo de una cohorte del mundo real. No podemos descartar que la baja representación de EIS sea por el uso de profilaxis, aunque el uso registrado de profilaxis fue bajo. Más estudios son necesarios para definir el riesgo real en nuestra población.

0228

USO DE LEFLUNOMIDA PARA EL TRATAMIENTO DEL PENFIGOIDE DE MEMBRANAS MUCOSAS OCULAR

Ariana RINGER¹, Andrea SMICHOWSKI², Ignacio GANDINO³, María Lorena BRANCE⁴, Ana Rosa PEREZ⁵, Ramiro GÓMEZ⁶

¹CLÍNICA DE MEDICINA Y LABORATORIO INMUNOLÓGICO ESPECIALIZADO; ²CONSULTORIO PRIVADO; ³HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES; ⁴REUMATOLOGÍA ROSARIO; ⁵INSTITUTO DE INMUNOLOGÍA CLÍNICA Y EXPERIMENTAL DE ROSARIO (DISER, CONICET); ⁶HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL, CONSULTORIO DE REUMATOLOGÍA BUENOS AIRES (CREUBA)

Introducción: El penfigoide de membranas mucosas ocular (PMMO) es una enfermedad autoinmune y crónica. Sin tratamiento, conduce a deterioro visual en el 75% de los casos. Distintas drogas han demostrado efectividad en PMMO, pero la evidencia para leflunomida (LFN) es mínima.

Objetivo: Reportar la experiencia clínica con LFN en PMMO.

Métodos: Se registraron características demográficas y clínicas. Se definió "progresión" de enfermedad al aumento del estadio de Foster, "efectividad de LFN" como supresión de inflamación y ahorro de esteroides, y "falta de tratamiento" como falta de control inflamatorio, suspensión de LFN por evento adverso o necesidad de adición de otro inmunomodulador. Se realizó estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: Se evaluaron 358 registros, incluyendo 34 pacientes que recibieron LFN. 23 mujeres, edad media al diagnóstico 64.5±8.63 años, evolución mediana al inicio de LFN 10 (RIC 5-19) meses. Mediana de seguimiento 27 (17-35) meses. Casi el 80% presentó estadio Foster ≤2. Todos los pacientes, excepto uno, comenzaron LFN como segunda línea tras fallo a metotrexato (MTX); 24 como terapia aditiva y 10 en monoterapia. Más del 80% recibía esteroides sistémicos al inicio de LFN (prednisona 10 [RIC 10-20] mg/día). Duración del tratamiento con LFN 6.5 (3-14) meses y fue efectivo en 55.8% (19/34). Quienes continuaron con LFN al final del seguimiento (n=17) se encontraban sin esteroides, 9 recibían LFN+MTX y 8 LFN monoterapia, con mediana de tratamiento 12 (6-17) meses. Un paciente discontinuó por remisión. Entre los 44.2% que fallaron, 3 discontinuaron por evento adverso y el resto por falta de efectividad, con mediana de tratamiento de 4 (3-6) meses. Estos fueron seguidos 16 (3-20) meses tras discontinuar LFN y recibieron 2 (1-3) líneas de tratamiento ulteriores. En su última consulta, 66% recibía esteroides y se encontraba en tercera a sexta línea terapéutica. A 6 meses, la persistencia de LFN fue 52.9% (18/34), con 13 suspensiones y 3 pacientes con solo 3 meses de terapia efectiva. Cuatro pacientes (8.5%) progresaron en su enfermedad: todos comenzaron LFN como terapia aditiva y discontinuaron tras 3-4 meses de tratamiento. Fueron seguidos 17 (9-22) meses tras discontinuar y requirieron 4 líneas adicionales de tratamiento. Comparando pacientes con éxito y falla terapéutica, la única diferencia fue la dosis de esteroides al inicio de LFN (9.71±11.5 mg/día vs 19.6±10.6 mg/día, p<0.01). El inicio de LFN monoterapia se asoció a éxito (OR 12.6, IC95% 1.36-115.97, p=0.02).

Conclusión: En este estudio retrospectivo, LFN parece una opción terapéutica para algunos pacientes con PMMO. Se necesitan estudios prospectivos adicionales para confirmar estos hallazgos.

0300

HIPERFERRITINEMIA EN EL PACIENTE REUMATOLÓGICO HOSPITALIZADO, ¿MARCADOR DE SEVERIDAD Y PRONÓSTICO EN EL PACIENTE AGUDO?

Juan Pablo ARAQUE MEDINA, Sofía Del Rosario MALDONADO, Ignacio LÓPEZ, Alejandro BRIGANTE

SANATORIO GÜEMES

Introducción: La ferritina es considerada la principal proteína de almacenamiento del hierro, siendo un reactante positivo de fase aguda frecuente en enfermedades reumatológicas. La hiperferritinemia (>500 ng/mL) es marcador de severidad en el paciente internado. El siguiente trabajo busca evaluar la evolución clínica de los pacientes hospitalizados por enfermedades reumáticas que cursaron con hiperferritinemia en el Sanatorio Güemes, en el período comprendido entre 01/2023 y 03/2024.

Objetivo: Determinar las características clínicas de los pacientes reumatológicos internados en el sanatorio Güemes en el período comprendido entre enero de 2023 y marzo de 2024 que debutan con hiperferritinemia durante su internación.

Métodos: Estudio retrospectivo, analítico, de cohorte transversal de pacientes internados en el lapso de 01/2023 a 03/2024 en el sanatorio Güemes, que cursaron con un resultado de ferritina >500 ng/ml, durante su internación, analizando la internación prolongada, manifestaciones sistémicas, ingreso a unidad de cuidado intensivo y mortalidad.

Resultados: De 528 pacientes internados, se obtuvieron 12 pacientes, sin diferencia entre sexos, con una mediana (m) de edad de 45 años (RIC 18 - 75 años); el motivo de ingreso más frecuente fue la disnea 58% siendo vasculitis ANCA la enfermedad de ingreso más frecuente (25%), en relación a los antecedentes, la hipertensión arterial fue el más frecuente (50%). El compromiso pulmonar estuvo presente en el 66.7%, siendo la hemorragia alveolar

difusa (HAD) la más prevalente. La m de ferritina fue de 1974 (RIC: 1549-11327), de Proteína C reactiva de 160 (RIC 34.8- 128) y de eritrosedimentación fue de 133 (RIC 12.8-83.8). El 83% de los pacientes tuvo una internación prolongada y el 66% requirió internación en unidad de cuidado intensivo, con una mortalidad del 41.7% siendo las infecciones y las complicaciones pulmonares las más frecuentemente asociadas (16% cada una).

Conclusión: En nuestra cohorte de 12 pacientes se evidenció que la vasculitis, la enfermedad de Still y la esclerosis sistémica son las patologías mayormente asociadas con hiperferritinemia, hallazgos compatibles con los descritos por Yildiz et al. Se encontró mayor mortalidad en los pacientes con Enfermedad de Still asociada a hiperferritinemia >10.000 ng/mL y dentro de las manifestaciones clínicas prevalecen las pulmonares, sobresa-liendo la hemorragia alveolar como la manifestación pulmonar más frecuente. Este hallazgo es de considerar, dado que la hiperferritinemia tiene una asociación con manifestaciones respiratorias como la EPID y en los casos de hiperferritinemia, está asociada a daño pulmonar grave. Dado el tamaño muestral, se necesitan estudios con muestras más grandes para confirmar estas asociaciones y guiar estrategias terapéuticas en la práctica clínica.

0285

EFECTO DE LA DIETA HIPOINFLAMATORIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS: ESTUDIO ANTES-DESPUÉS

Linda Grey VERGEL ORDUZ, Analía PEREZ, Micaela COSATTI

CEMIC

Introducción: La dieta hipoinflamatoria basada en alimentos libres de gluten, lácteos de origen animal y de azúcar blanca refinada, ha mostrado algunos efectos beneficiosos sobre la actividad de las enfermedades reumatológicas. No hay datos sobre pacientes en nuestro país.

Objetivo: Primario: Evaluar el efecto de dieta hipoinflamatoria en la mejoría del score de la enfermedad a los 3 meses en pacientes reumatológicos. Secundarios: evaluar el cambio de FACIT, HAQ, VAS dolor, VAS paciente, VAS médico, PCR, VSG, glucemia, LDL, TGs, HDL, e índices (INL neutrófilo/linfocito, IPL plaqueta/linfocito, IML monocito/linfocito) a los 3 meses.

Métodos: Estudio cuasi-experimental con diseño antes-después. Se incluyeron pacientes consecutivos que aceptaron hacer la dieta hipoinflamatoria evaluados por un reumatólogo en el mes -3 (antes), mes 0 y mes +3 (después). Se registraron variables sociodemográficas y de la enfermedad, y en cada visita el score de actividad, HAQ, FACIT, EVA dolor, VASp, VASm y laboratorio. En la visita 0 fueron asesorados por la nutricionista y luego seguidos mensualmente por 3 meses para llevar a cabo la dieta con o sin suplementos. Se utilizó estadística descriptiva, medias (DS), medianas (RIC 25-75) y test según la distribución de datos. Para el objetivo primario se utilizó un modelo logístico de efectos aleatorios con variable dependiente dicotómica (mejora clínica). Se incluyeron como predictores el tiempo, uso de suplementos, edad, años de enfermedad, nivel educativo y anticuerpos. Para los objetivos secundarios se empleó un modelo de regresión para análisis de datos longitudinales

Resultados: De 56 pacientes, 28 terminaron la intervención, estos tenían más años de enfermedad, mediana de 5 (3-10) vs. 7 (4-14) p 0.021. En el resto de las características no encontramos diferencias significativas. De estos 28, 26 (93%) eran mujeres, con una media de 55 (13.5) años, hipotiroidismo 10 (36%) fue la comorbilidad más prevalente, y la artritis reumatoidea (AR) 11 (39%) la enfermedad reumatológica más frecuente seguida de la artritis psoriásica 8 (14) y el lupus (LES) 8 (14). La adherencia a la dieta fue >80%. A los 3 meses, la probabilidad de mejora con la dieta fue significativamente mayor (OR= 1052, IC95%: 6.20–179541; p = 0.008), controlando por los suplementos. El uso de suplementos no mostró efecto significativo (OR=0.16, IC95%: 0.01–2.77; p = 0.209). Los objetivos secundarios significativos fueron: VASm, VASp, EVA dolor, FACIT, el peso y el IPL.

Conclusión: La dieta hipoinflamatoria mejoró el score de actividad de la enfermedad, el peso, IPL y las escalas subjetivas de fatiga, dolor y actividad. Sumarle suplementos no aportó un beneficio adicional. Se necesita una muestra mayor para mejorar la precisión de los resultados.

0331

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES

Emilio BUSCHIAZZO, Eugenia PICCO, Ana Carolina RALLE, Martín Miguel SALAS, Laura TOSO, Romina ROJAS TESSEL, Leila BELBRUNO, Vicente JUÁREZ
HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

Introducción: Las enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA) son un grupo de patologías con compromiso sistémico que requieren tratamiento específico sin el cual pueden sufrir exacerbaciones con el consiguiente daño y aumento de la morbilidad. Diferentes factores relacionados al paciente, al médico, al sistema de salud y a la naturaleza del fármaco pueden influenciar en el cumplimiento del mismo.

Objetivo: Determinar el grado de cumplimiento de tratamiento en pacientes con ERAI y variables asociadas al mismo

Métodos: Se incluyeron pacientes ≥18 años con diagnóstico de ERAI (AR, LES, SSp, ES, VS, entre otros) de un hospital público con sector de reumatología de la consulta ambulatoria consecutivos. Se utilizaron el CQR-5 y la proporción de días de suministro (MPR), considerando un 80% como adherente. Se compararon los pacientes incluidos en 2025 con aquellos pacientes incluidos en 2024, pero excluyendo aquellos de la actividad privada y de otras provincias para evitar sesgos por diferencias geográficas o demográficas. Se utilizó estadística descriptiva, comparando a los pacientes mediante Test de T de student, Mann-whitney o Chi² o Test exacto de Fisher, según la naturaleza y distribución de las variables considerando un valor de p < 0.05 como significativo.

Resultados: Se incluyeron 88 pacientes de marzo a junio de 2025, 80 (90.9%) de sexo femenino, con edad media de 52.7 años (DS 10.1), con diagnósticos de AR en 71 pacientes (80.7%) y LES 9 (10.2%). Catorce (15.9%) tenían obra social, 44 (50%) Incluir Salud y 30 (34.1%) ninguna cobertura, 80 (91%) de clase baja o media baja según GRAFFAR. Según CQR-5, 75 (85.2%) tenían buena adherencia, aunque al calcular el MPR para las diferentes csDMAR la adherencia fue baja (MTX 35 (54.7%), LFN 13 (56.5%), HCQ 10 (62.5%) y aún menor para btsDMAR (7 (31.8%). Hubo una mayor frecuencia de adherencia en aquellos pacientes que tenían algún tipo de cobertura, pero sin alcanzar significancia estadística (Tabla). Al comparar los pacientes de 2025 vs. los de 2024 (n=133), se encontró una disminución de la adherencia de 2024 a 2025 para MTX (57.1% vs. 54.7%), HCQ (71.9% vs. 62.5%) y btsDMAR (48% vs. 31.8%) y un aumento para LFN (53.8% vs. 56.3%), pero sin alcanzar significancia estadística.

Conclusión: La prevalencia de adherencia medida por MPR para todas las csDMAR tuvo un rango de 54.7 a 62.5%, siendo aún más baja para btsDMAR (31.8%), si bien poseer algún tipo de cobertura social aumentó el porcentaje de adherencia, no hubo asociaciones significativas. Para la mayoría de los tratamientos, la adherencia bajó al comparar pacientes registrados en 2024 vs. en 2025, siendo notorio el descenso en btsDMAR (de 48% a 31.8%). Teniendo en cuenta que 91% de los pacientes eran de clase baja o media baja, no se pudo comparar la influencia de los diferentes estratos sociales en la adherencia

MPR > 80% -	Alguna Cobertura	Ninguna Cobertura	Obra social	No Obra social
MTX	21 (56.8)	14 (51.9)	7 (77.8)	28 (50.9)
LFN	12 (66.7)	1 (20)	4 (100)	9 (47.4)
HCO	8 (61.5)	2 (66.7)	0 (0)	10 (66.7)
btsDMAR	6 (33.3)	1 (25)	3 (60)	4 (23.5)

Tabla

0311

EXPERIENCIA DEL USO DE ROMOSUZUMAB EN OSTEOPOROSIS DE MUY ALTO RIESGO

Daniela Alejandra PONCE¹, María Florencia GORDILLO¹, Melisa Romina LUNA¹, Julieta QUIROGA SAMPIRISI¹, Matías BENAVENTE¹, Pablo FERRADA², Silvina NASI¹, Carlos WIEDERHOLD¹, Agustín GARCIA CICCARELLI¹

¹HOSPITAL EL CARMEN; ²HOSPITAL CENTRAL

Introducción: La osteoporosis (OP) se caracteriza por la disminución de la densidad mineral ósea (DMO) y el aumento del riesgo de fracturas. Es un problema de salud pública creciente, debido al envejecimiento de la población. El riesgo de fracturas osteoporóticas (FO) se puede predecir, pesquisar y disminuir. El romosozumab es un anticuerpo monoclonal humanizado, anti-sclerostina con efecto dual, que ha demostrado una reducción eficaz y temprana del riesgo de FO y una mejora sostenida en la DMO

Objetivo: Determinar la media (M) de variación en la DMO y marcadores óseos tras un año de romosozumab. Observar la ocurrencia de MACE durante el tratamiento.

Métodos: Estudio analítico, observacional, retrospectivo. De octubre de 2022 a julio de 2025 se reclutaron pacientes, mayores de 18 años, con OP de muy alto riesgo, que hubiesen cumplido romosozumab, 210 mg SC/mes por 12 meses. Se registraron los valores de DMO y la concentración sérica de marcadores óseos, previo y postratamiento y el cambio porcentual. Se excluyeron del análisis las vértebras con >1 DE. Se consignó la presencia de antecedentes cardiovasculares (CV) previo inicio del tratamiento y MACE pre y durante la intervención. Las variables continuas fueron expresadas como M y desvío estándar (DS) y/o Me y RIC según correspondiera y fueron comparadas usando T-Test Student. Las variables categóricas fueron expresadas como frecuencias absolutas y relativas (n, %) y comparadas con chi² o Test exacto de Fisher. Una p<0,05 fue considerada estadísticamente significativo. El análisis estadístico fue realizado con Epi Info 7.

Resultados: Se reclutaron 14 pacientes, se incluyeron 9 que cumplían los criterios de inclusión, todas de sexo femenino. La M de edad fue de 66 años (DS:58-76). Presentaron incremento en la DMO tras 12 meses de tratamiento. La M del porcentaje de cambio fue: 16,6% CL, 3,9% CT, 3,8% CF y 1,2% radio 33%. Sin significación estadística. El β -crosslaps disminuyó de 248 ng/ml a 189 ng/ml (p=0,7). La osteocalcina se incrementó de 5,5 a 13,47. Tres presentaban factores de riesgo CV previo inicio de tratamiento. Ninguna presentó MACE previo ni durante intervención.

Conclusión: Se vio mejoría en la DMO tras 12 meses de tratamiento de 16,6% en CL, en comparación con lo publicado en el estudio ARCH (13.7%), aunque sin significación estadística. La osteocalcina aumentó y el β -cross disminuyó en coincidencia con el perfil dual observado en ARCH y FRAME. No se reportaron MACE ni nuevas fracturas durante el tratamiento. El tamaño de la muestra y la falta de grupo control se consideran limitaciones, pero se vio correlación entre lo publicado y nuestra experiencia, reforzando la eficacia del romosozumab y la importancia de su indicación temprana, incluso como primer fármaco en pacientes con OP con muy alto riesgo.

0270

TERAPIA MULTICOMPONENTE PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA

María Laura DE LA TORRE, Silvia CITRO, Silvana BORDAZAHAR, Micaela COSATTI

CEMIC

Introducción: La fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica manifestada por dolor crónico generalizado musculoesquelético asociado a ansiedad, fatiga, depresión, disfunción cognitiva y alteraciones del sueño. Dentro de las terapéuticas para esta enfermedad, existe evidencia de que la terapia multicomponente (TM) es una de las intervenciones más beneficiosas. Este tratamiento está definido como una intervención que incluye ejercicio asociado a una terapia psicológica y/o educación. Múltiples estudios extranjeros han demostrado una fuerte evidencia en reducción del dolor, la fatiga y la depresión junto con mejoría en la calidad de vida y el estado físico.

Objetivo: Evaluar la efectividad de la TM en pacientes con FM. Como objetivo primario se evaluó la mejoría de la capacidad funcional mediante FIQR a las 12 semanas comparado con el basal de cada paciente. Como objetivos secundarios se evaluaron: VAS de dolor del paciente, VAS global del paciente, índice de fatiga FACIT, sueño mediante *Pittsburgh Sleep Quality Index*, calidad de vida mediante el EQ5D y HADS.

Métodos: Estudio cuasiexperimental longitudinal con mediciones pre y posintervención que incluyó a pacientes consecutivos mayores de 18 años con criterios ACR 2010 para FM. La intervención fue desarrollada por el servicio de Terapia Ocupacional y constaba de un encuentro modalidad taller (programa de autogestión en dolor persistente) de 2,30 h y 10 sesiones de tratamiento presencial de 1 hora de duración. Se desarrollaron 4 temáticas: educación en dolor, escaneo corporal, ritmo (del cuerpo y en las actividades cotidianas) y movimiento global funcional sin miedo. Los pacientes fueron evaluados de forma basal y luego al fin de la intervención, a las 12 semanas y a las 24 semanas por un médico reumatólogo. Se realizó estadística descriptiva y un modelo de regresión para análisis de datos longitudinales.

Resultados: Se incluyeron 6 mujeres que finalizaron el seguimiento completo con una edad media de 63 años (DS 6). Se observó una tendencia del FIQR a descender desde la visita basal hasta la visita de la semana 12. Tanto el VAS de dolor del paciente como el VAS global del médico, FACIT y *Pittsburgh Sleep Quality Index* presentaron una tendencia a disminuir a través de todo el seguimiento de los pacientes. En contraposición se observó un aumento significativo del HADS al final del seguimiento a la semana 24. Dos pacientes (33%) disminuyeron el tratamiento farmacológico durante el seguimiento. Los efectos beneficiosos parecerían disminuir al llegar a la semana 24.

Conclusión: Estos son resultados preliminares que reflejan una tendencia a la mejoría de la capacidad funcional medida mediante FIQR a las 12 semanas en pacientes con FM luego de la TM. La tendencia a la mejoría inicial parece ir disminuyendo con el paso del tiempo.

FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR EN PACIENTES AMBULATORIOS ATENDIDOS POR REUMATÓLOGOS EN ARGENTINA: ESTUDIO PREDORAR

Nicolás Martín LLOVES SCHENONE¹, Eduardo STONSKI², Daniel WEISSBROD³, Lía INGOLOTTI⁴, Marcia ESPÓSITO⁵

¹COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA VISCA; ²HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES; ³FUNDACIÓN GADA (GRUPO DE ALIVIO AL DOLOR EN ARGENTINA); ⁴SANATORIO MÉNDEZ; ⁵FUNDACIÓN GADA

Introducción: El dolor es uno de los principales motivos de consulta en reumatología, y constituye una experiencia compleja que afecta la funcionalidad, el estado emocional y la calidad de vida. A pesar de su relevancia clínica, no existen datos locales actualizados sobre la frecuencia y las características del dolor en pacientes que consultan en forma ambulatoria en Argentina.

Objetivo: Describir la frecuencia y las características del dolor en pacientes adultos que consultan en forma ambulatoria al reumatólogo en Argentina. Describir las comorbilidades asociadas, tratamientos realizados y calidad de vida.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico y transversal realizado entre junio de 2024 y julio de 2025 en consultorios de reumatología de Argentina. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, en consultas de primera vez o seguimiento. Se recolectaron datos sociodemográficos, diagnósticos, características del dolor, patologías de base, comorbilidades, tratamientos, síntomas de ansiedad, depresión y calidad de vida.

Resultados: Se incluyeron 107 pacientes, con edad media de 55,3 años (DE 16,3), siendo 74,8% mujeres. El 81,3% consultó por dolor y el 78,2% lo presentaba al momento de la evaluación. El 93,1% refirió dolor crónico (mayor a 3 meses). Las patologías de bases más frecuentes fueron osteoartritis (40,2%) y artritis reumatoidea (31,8%). Un 56% de los pacientes refirió comorbilidades, siendo el hipotiroidismo y la diabetes mellitus las más reportadas. Las localizaciones más frecuentes del dolor fueron miembros superiores (52,9%), inferiores (48,3%) y columna lumbosacra (43,7%). La naturaleza del dolor dominante fue articular (52,9%), periarticular (41,4%) y muscular (36,8%). El tipo más común fue somático inflamatorio (52,9%), seguido de mixto (21,8%) y neuropático (17,2%). El dolor fue intermitente en 62,1%, continuo en 31,0%, diurno en 36,8% y nocturno en 33,3% de los pacientes. La intensidad media mínima según escala visual numérica (EVN) fue 4,29 (DE 1,98) y máxima 6,99 (DE 1,63). El 50,5% recibió tratamiento analgésico; los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) fueron los más indicados (56,1% orales, 54,2% tópicos), seguidos por paracetamol/dipirona (49,5%). El 31,8% recibió tratamiento no farmacológico. El 69% reportó limitaciones para caminar, el 63,2% dificultades en actividades cotidianas y el 66,3% ansiedad y/o depresión. Solo el 36,1% refirió mejoría significativa con el tratamiento recibido al momento de la consulta.

Conclusión: El dolor impactó negativamente en la funcionalidad, el estado emocional y la calidad de vida de los pacientes estudiados, evidenciando la necesidad de un abordaje integral y multidisciplinario en esta población. Estos resultados ponen en evidencia la necesidad de estrategias terapéuticas multidimensionales centradas en el paciente, que integren abordajes farmacológicos y no farmacológicos, para optimizar el manejo del dolor crónico con una mirada integral.

IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA Y RETRASO DIAGNÓSTICO

Marcos Aurelio VÁZQUEZ BÁEZ, Raquel Adela ARANDA, Santiago FERREIRA, Sebastián ALDERETE, Karin BAUMANN ESCOBAR

DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS, FCM-UNA

Introducción: La fibromialgia es una condición crónica caracterizada por dolor generalizado, fatiga y otros síntomas que impactan notablemente en la calidad de vida. El Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ) es una herramienta validada para medir la severidad multidimensional de la fibromialgia.

Objetivo: Describir las características demográficas, el retraso diagnóstico y el impacto de la fibromialgia a través del Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ), utilizando datos recolectados mediante una encuesta electrónica en una cohorte de pacientes paraguayos.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de fibromialgia que son miembros de la Asociación de pacientes con Fibromialgia del Paraguay. La selección se realizó de forma voluntaria y anónima a través de una encuesta electrónica autoadministrada a través del Formulario de Google Form®. La información recopilada incluyó datos como edad, sexo, procedencia, tiempo de retraso en el diagnóstico (en años, desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico formal) y las evaluaciones del FIQ (Total, Función, Impacto General y Síntomas) a través del software IBM SPSS versión 30.0.0.

Resultados: El análisis incluyó a 63 pacientes, predominantemente de sexo femenino (98,4%). Con una edad promedio al momento del diagnóstico de 50,24±11,40 años. Con una distribución predominante en el departamento Central (66.66%), Capital 17,46%. El tiempo promedio de retraso en el diagnóstico fue de 1,48±0,759 años. La media del FIQ total fue de 54,87±8,316. Por su parte la media para los dominios del FIQ fueron: Función: 11,16±6,705. Impacto General :14,71±4,225 y Síntomas: 29±5,79.

Conclusión: Estos hallazgos sugieren un impacto significativo de la fibromialgia en la calidad de vida de los pacientes, evidenciado también por un retraso considerable en el diagnóstico. Esto resalta la necesidad de implementar estrategias que se centren en lograr un diagnóstico temprano y con ello reducir el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de los pacientes.

IMPACTO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS CHICKUNGUNYA EN LA ACTIVIDAD DEL SÍNDROME DE SJÖGREN

Laura Jazmín MARTÍNEZ GAONA, Yanira YINDE, Marcos Aurelio VÁZQUEZ BÁEZ

DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS, FCM-UNA

Introducción: El virus Chikungunya es un alfavirus transmitido por mosquitos infectados del género *Aedes*, causante de un cuadro febril, articular inflamatorio y sistémico.

Objetivo: Investigar el impacto de la infección por el virus Chikungunya en la actividad del síndrome de Sjögren evaluada mediante el ESSDAI (Índice de Actividad de la Enfermedad del Síndrome de Sjögren de la EULAR). Identificar el dominio del ESSDAI más afectado por la infección viral. Determinar la correlación entre la edad de los pacientes y la actividad de la enfermedad.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo de corte transversal que incluyó pacientes con síndrome de Sjögren primario (según criterios ACR/

EULAR 2016) mayores de 18 años, que contrajeron la infección por el virus Chikungunya durante el período de enero de 2023 a enero de 2025. Se registraron las puntuaciones del ESSDAI antes y después de la infección. Se compararon las puntuaciones totales del ESSDAI y las de los diferentes dominios (glandular, articular, hematológico, etc.). La infección por Chikungunya se confirmó mediante RT-PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa en Tiempo Real). La información fue obtenida de historias clínicas electrónicas. Se emplearon pruebas de correlación de Pearson, según la distribución de los datos, para analizar la relación entre el evento y las variables clínicas. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. El análisis se realizó utilizando el software IBM SPSS versión 30.0.0.

Resultados: En nuestro estudio, de 34 pacientes con síndrome de Sjögren primario, 11 (32.4%), todos de sexo femenino, se infectaron con el virus Chikungunya. La edad promedio de los pacientes infectados fue de 48.78 ± 14.76 años. El análisis de correlación de Pearson reveló que la actividad global de la enfermedad mostró una correlación positiva y significativa entre las mediciones pre y posinfección ($r=0.740$, $p<0.001$). Varios dominios específicos, incluidos el constitucional ($r=0.619$), glandular ($r=0.740$), articular ($r=0.430$), pulmonar ($r=0.770$) y muscular ($r=0.770$), también presentaron correlaciones positivas significativas. Las puntuaciones de los dominios linfadenopatía, renal, sistema nervioso periférico (SNP), sistema nervioso central (SNC), hematológico y biológico se mantuvieron sin cambios. Además, se identificó una correlación positiva y significativa entre la edad de los pacientes y el puntaje total del ESSDAI ($r=0.365$, $p=0.030$). La cual fue evidente en los dominios Constitucional y Articular.

Conclusión: La infección por el virus Chikungunya aumenta significativamente la actividad global del síndrome de Sjögren. El impacto se correlacionó positivamente con la actividad previa en los dominios constitucional, glandular, articular, pulmonar y muscular. La edad de los pacientes se asoció con una mayor actividad de la enfermedad, especialmente en los dominios constitucional y articular.

0129

APLICACIÓN DE LA BIOPSIA DE GLÁNDULAS SALIVALES MENORES PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA

Lucía DEGIOANNI, Lizarraga CAMILA, Diego BAENAS, Elisa NOVATTI, Verónica SAURIT, Ana Cecilia ÁLVAREZ

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

Introducción: Entre el 15-20% de los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial (EPI) tienen una enfermedad autoinmune no diagnosticada, siendo el síndrome de Sjögren (SS) una etiología frecuente. El pronóstico de aquellos pacientes con EPI asociada a colagenopatías es mejor en relación a las formas idiopáticas. La biopsia de glándulas salivales menores (BGSm) es un procedimiento poco invasivo que nos permite arribar a un diagnóstico específico de SS.

Objetivo: Describir, en una cohorte de pacientes con EPI de etiología desconocida, los hallazgos de las BGSm y las características clínicas y serológicas de aquellos pacientes con SS de inicio pulmonar.

Métodos: Estudio analítico retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de EPI de etiología desconocida por tomografía computada de alta resolución (TACAR), a quienes se les haya realizado una BGSm desde enero de 2021 a octubre de 2024 en el servicio de Reumatología. Se excluyeron pacientes con enfermedades pulmonares previas o diagnóstico de otra enfermedad autoinmune asociada. Se definieron como positivas las biopsias con score de Chisholm y Mason modificado grado III o IV, y/o Focus score >1 . Se utilizaron los criterios de clasificación para SS ACR/EULAR 2016.

Resultados: Se realizaron BGSm a 33 pacientes con EPI de etiología desconocida, siendo positivas para SS en 19 casos (58%). Estos pacientes con SS de inicio no-sicca representaron un 7% del total de diagnósticos de SS por BGSm en el mismo período. 15 pacientes (78%) sexo femenino, la edad media al diagnóstico de EPI fue de 62 años ($DE \pm 12$). La mediana de tiempo entre el diagnóstico de EPI y el de SS fue de 10 meses (RIC 2-23). El 52% ($n=10$) tenían síntomas sicca y el 85% ($n=16$) eran seropositivos (12 ANA, 6 Anti-Ro, 6 FR). 8 pacientes cumplieron criterios de clasificación ACR/EULAR 2016 para SS. El patrón NSIP fue el patrón más prevalente en el grupo con BGSm positivas ($p=0,01$), y el UIP en el grupo de BGSm negativas ($p:0,002$).

Conclusión: Nuestro estudio mostró que la BGSm es un procedimiento sencillo y conveniente para el diagnóstico de SS en pacientes con EPI de etiología desconocida, especialmente en aquellos sin síntomas sicca o seronegativos.

0197

EL ROL DE LA MEDICIÓN DEL FLUJO SALIVAL NO ESTIMULADO EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS CLASIFICATORIOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE SJÖGREN

Lucía María CASTORINO, Micaela RODRÍGUEZ, Eliana AVILÁN RODRÍGUEZ, María Belén PALLO LARA, Gina Alejandra CAMPÓVERDE LALANGUI, Simón SIGNORIO, Anastasia SECCO

SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA HOSPITAL RIVADAVIA.

Introducción: La enfermedad de Sjögren (ES) es una enfermedad autoinmune multisistémica que se caracteriza por la hipofunción de las glándulas salivales y lagrimales, así como por posibles manifestaciones sistémicas multiorgánicas. En 2016, se desarrollaron los nuevos criterios clasificatorios ACR/EULAR para la ES. La xerostomía es uno de los síntomas más frecuentes. La prueba de flujo salival no estimulado (FSNE) es uno de los criterios objetivos de la clasificación y un resultado $\leq 0,1$ ml/min se considera positivo. Dado que se trata de un procedimiento no invasivo, rápido y fácil de realizar, nos propusimos evaluar su rol en el cumplimiento de los criterios clasificatorios en pacientes con ES.

Objetivo: Evaluar el rol del FSNE en el cumplimiento de los criterios clasificatorios en pacientes con ES. Describir la frecuencia de FSNE positivo en pacientes que cumplen criterios clasificatorios.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, con recolección retrospectiva de los datos. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que cumplieran criterios clasificatorios ACR/EULAR 2016 para ES. Se excluyeron aquellos con otro diagnóstico que pueda explicar los síntomas o con otra enfermedad reumática autoinmune. Se realizó estadística descriptiva, las variables continuas se describieron como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartílico, según distribución y tamaño muestral. Las variables categóricas se reportaron en porcentajes.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes, 96 (96%) de sexo femenino, media de edad al momento de la evaluación en años de 57 ($DE \pm 13,8$), media de tiempo de evolución de la enfermedad en años de 6 (RIC: 3-12). 61 de 89 pacientes (68.5%) presentaron un focus score ≥ 1 en la biopsia de glándula

Variable	n: 100
Género femenino, n (%)	96 (96)
Edad en años (media)	57 (DE: 13.8)
Biopsia Focus Score ≥ 1 , n (%)	61/89 (68.5)
Ro positivo, n (%)	81 (81)
Test oculares positivos, n (%)	71/97 (74.2)
FSNE positivo, n (%)	64 (64)
FSNE en ml (mediana)	1 (RIC: 0.4-2)
Tiempo de evolución de la enfermedad (mediana)	6 (RIC: 3-12)

Tabla: Características basales y demográficas.

salival menor (BGSM), 81 (81%) RO positivo, 71 de 97 (74.2 %) test oculares positivos y 64 (64%) FSNE positivo. En un 20% de los pacientes la medición del FSNE cumplió un rol fundamental en el cumplimiento de los criterios clasificatorios ACR/EULAR 2016. 14% de los pacientes alcanzaron el cumplimiento de dichos criterios gracias a la realización del FSNE. En 6% de los pacientes la decisión de realizar la BGSM hubiera estado respaldada únicamente por la presencia de test oculares positivos, por lo que la medición del FSNE fortaleció el fundamento de avanzar en la decisión.

Conclusión: La medición del FSNE se puede considerar un procedimiento de gran utilidad para alcanzar el cumplimiento de los criterios clasificatorios para ES, con ventajas claras en comparación con otras técnicas diagnósticas por ser no invasiva, de fácil reproducibilidad y simple de realizar en la práctica habitual de consultorio.

0218

FLUJO SALIVAL COMO MARCADOR DE RESERVA GLANDULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE SJÖGREN

Santiago DALTO, Simón SIGNORIO, María Belén PALLO LARA, Micaela RODRÍGUEZ, Lucia CASTORINO, Julieta MORBIDUCCI, Vanesa BEJARANO, Anastasia SECCO

HOSPITAL RIVADAVIA

Introducción: Los hallazgos de la ecografía (US) de glándulas salivales mayores y su asociación con medidas objetivas de función glandular (flujo salival no estimulado y estimulado) pueden mejorar el abordaje terapéutico de la enfermedad.

Objetivo: Primario: Establecer la relación entre los hallazgos ecográficos y las pruebas funcionales de las glándulas exocrinas: flujo salival no estimulado (FSNE) y estimulado (FSE). Secundario: establecer la relación entre los hallazgos anatomopatológicos de la biopsia de glándula salival menor con hallazgos ecográficos y las pruebas funcionales de las glándulas exocrinas.

Métodos: Estudio de corte transversal. Se realizó ecografía de ambas glándulas parótidas (GP) y submandibulares (GSS), FSNE y FSE, clinimetría (SSDI, ClinESSDAI, ESSPRI, EVA de sequedad) a pacientes consecutivos con enfermedad de Sjögren según criterios clasificatorios americano-europeos 2002 y/o ACR-EULAR 2016. El FSNE se evaluó como variable continua. El FSE se categorizó como alteración leve (>0.7 ml/min), moderada (0.1-0.7 ml/min) y severa (<0.1 ml/min). En la ecografía de GP y GSS se informó el score OMERACT, la presencia de bandas hiperecogénicas y áreas hipocogénicas. Se recolectaron autoanticuerpos y resultados de biopsias de glándula salival menor (GSM). Se utilizó estadística descriptiva: medias (DS) o mediana (25-75%) y correlación de Spearman.

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes con diagnóstico de ES. La media de edad fue 56 años (± 14), la mediana de enfermedad fue 42 meses (RIC: 8-110), 41 (93%) eran ANA positivos, 35 (80%) Ro positivos y -41% La positivos. La media del ESSPRI fue 5 (± 2), la mediana del SSDI de 2 (RIC: 1-3), la media del clinessdai 1.53 (± 3.58). 28 (62%) tenían FSNE patológicas, la mediana del volumen (ml/min) fue 1 (RIC:0.22-2). En la sialometría estimulada, 30 (67%) tuvo alteración leve, 12 (27%) moderada y 3 (7%) severa. Encontramos correlación leve entre el score OMERACT total con FSNE (Rho -0.32) y moderada con el FSE (Rho 0.42). Hubo correlación leve entre el score OMERACT de PG y el FSNE (Rho -0.35) y moderada con FSE (Rho 0.48); el OMERACT de GSS se correlacionó levemente con el FSE (Rho 0.33). Las áreas hipocogénicas en PG y GSS se correlacionaron con el FSE en forma moderada y leve, respectivamente (Rho 0.52 y 0.34). Se halló correlación moderada entre el focus score (FS) y el volumen de FSNE (Rho -0.43).

Conclusión: El presente estudio encontró correlación moderada entre la presencia de áreas hipocogénicas y el flujo salival estimulado lo cual sugiere un vínculo entre la inflamación y la función salival y el menor correlación con el daño. Estos hallazgos tendrían implicancias terapéuticas.

0284

EVALUACIÓN DEL DAÑO TEMPRANO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE SJÖGREN

Deyner AGUILAR MEDINA¹, Vanesa BEJARANO¹, Aixa Lucía MERCÉ¹, María Belén PALLO LARA¹, Gina CAMPOALEGRE¹, Santiago DALTON¹, Emily DÍAZ¹, Cecilia ASNAL², Paula PUCCI², Cristina AMITRANO², Laura RAITI³, Jimena YAHUITA³, Anastasia SECCO¹

¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA; ²HOSPITAL ALEMÁN, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA; ³CONSULTORIO PRIVADO

Introducción: La enfermedad de Sjögren (ES) es una patología autoinmune sistémica caracterizada por disfunción de glándulas exocrinas, pero con alta prevalencia de manifestaciones extraglandulares. El daño acumulado es un factor pronóstico relevante, aunque su aparición temprana (<5 años desde el diagnóstico) ha sido poco explorada. El *Sjögren Syndrome Disease Damage Index* (SSDDI) permite cuantificar el daño irreversible y fue validado en español en el año 2022 para Argentina. Comprender la utilización e interpretación de esta herramienta en etapas tempranas de ES nos puede guiar a intervenciones más eficaces.

Objetivo: 1) Evaluar la presencia de daño acumulado temprano en pacientes con diagnóstico de ES <5 años, mediante el SSDDI, e identificar sus asociaciones clínicas y serológicas; 2) determinar la frecuencia y distribución del daño en los diferentes dominios evaluados por el SSDDI en pacientes con diagnóstico ES <5 años; 3) analizar la relación entre el daño temprano y variables clínicas: sexo, edad, manifestaciones iniciales, serologías, tratamientos previos.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, transversal, utilizando la base de datos GESSAR (SAR). Se incluyeron pacientes > 18 años con diagnóstico de ES <5 años, según criterios ACR/EULAR 2016. Se excluyeron casos secundarios y con registros incompletos. Se utilizó estadística descriptiva y análisis bivariado. Se consideró daño precoz la puntuación SSDDI >1 .

Resultados: Se analizaron 39 pacientes, de los cuales 37 (95%) presentaban daño temprano (SSDDI >1). La mediana del SSDDI fue de 2 (RIC: 2-3). El 97.3% fueron mujeres, con edad media al diagnóstico de 49.1 años. Los dominios más frecuentemente afectados fueron el oral (73%) y ocular (73%), pérdida de dientes (subdominio oral) (21.6%). No se halló asociación estadísticamente significativa entre el SSDDI > 1 y sexo, presencia de comorbi-

lidades, uso de antimaláricos, corticoides, hipocomplementemia ni positividad serológica (anti-Ro, anti-La, ANA). Tampoco se asoció con actividad acumulada (ESSDAI) o percepción de síntomas por parte del paciente (ESSPRI).

Conclusión: La mayoría de los pacientes con ES presentó daño en los primeros 5 años de diagnóstico, teniendo mayor compromiso en los dominios glandulares. En este análisis, aunque no se identificaron factores clínicos o serológicos asociados a daño, los hallazgos enfatizan la necesidad de una evaluación temprana y sistemática con herramientas validadas apropiadas como el SSDDI. Este enfoque puede permitir el uso de estrategias más proactivas en forma precoz, utilizando terapias destinadas a prevenir daños irreversibles.

0263

APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DEL SÍNDROME DE SJÖGREN "SSSQ SCORE" EN ARGENTINA

José Manuel DÍAZ OCHOA¹, Raúl SUELDO¹, Luciana GONZÁLEZ LUCERO¹, Pablo Nicolás VECE¹, María Constanza BERTOLACCINI¹, Ana Lucía BARBAGLIA NAVARRO¹, Blanca Carolina LÓPEZ¹, Fernanda LA MARCA¹, Liliana María GALINDO², Natalia SÁNCHEZ², Verónica BELLOMIO¹

¹HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA; ²FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN

Introducción: La xeroftalmía es un motivo de consulta frecuente en oftalmología y uno de los principales síntomas del síndrome de Sjögren (SS). En 2022 se desarrolló el cuestionario SSSQ (*Screening Questionnaire for Sjögren's Syndrome*) que consta de 5 preguntas y una puntuación mayor o igual a 7 puntos (sobre un máximo de 11) identifica a los pacientes con SS.

Objetivo: Determinar la confiabilidad del cuestionario SSSQ en pacientes con xeroftalmía. Evaluar las variables asociadas

Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal durante mayo a junio de 2025. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, alfabetos que consultaban de manera consecutiva por xeroftalmía al Servicio de Oftalmología. Los criterios de exclusión fueron: uso de antidepresivos, antipsicóticos, benzodiacepinas, colirios de timolol, diuréticos y enfermedades de exclusión dentro de los criterios ACR/EULAR 2016. El cuestionario original fue traducido por 2 reumatólogos argentinos a la versión en español obteniéndose una versión final consensuada y retro-traducida. El oftalmólogo aplicó el cuestionario SSSQ y realizó Test de Schirmer y Rosa de Bengala a todos los pacientes. Para evaluar la concordancia interobservador el reumatólogo aplicó nuevamente el cuestionario y realizó la prueba de flujo salival no estimulado (FSNE). Se evaluaron variables demográficas, tiempo de evolución de la xeroftalmía, comorbilidades (Hipertensión arterial, Diabetes mellitus tipo 2, Hipotiroidismo y otros), ESSPRI (EULAR *Sjögren's Syndrome Patient Reported Index*), variables de laboratorio (anti Ro, anti La y factor reumatoideo) y biopsia de glándulas salivales menores. Se consideró Gold Standard a los criterios clasificatorios ACR/EULAR 2016.

Resultados: Se incluyeron 56 pacientes, 86% mujeres, edad media de 50.2±11.4 años, 62.5% amerindios. El 38% presentaba un tiempo de evolución de xeroftalmía menor a 6 meses y 63% tenía comorbilidades. La media del score SSSQ fue 5.9±2.7 y la media del score ESSPRI fue de 5.5±2.5. El 29% tuvo test de Schirmer disminuido, 55% de Rosa de Bengala positivo y 43% con FSNE patológico, 7% eran anti-Ro positivos. Veintitrés pacientes (41%; IC95%= 28.2; 54) presentaron un puntaje SSSQ mayor o igual a 7, y 4 pacientes (7.1%) clasificaron para SS según criterios ACR/EULAR 2016 por laboratorio. Se evaluó la confiabilidad del SSSQ, se calculó coeficiente de concordancia Kappa de Cohen con resultado K=0,92 con (IC95%= 0.82; 1). Los pacientes con anti Ro y prueba de Rosa de Bengala positivos presentaron SSSQ mayor o igual a 7 (p=0.029 y 0.024 respectivamente).

Conclusión: El cuestionario SSSQ demostró ser un instrumento confiable y observador independiente.

0269

IMPLICANCIAS CLÍNICAS DEL COMPROMISO EXTRACRANEAL EN ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

Jeremy SANTIAGO, María Victoria CHIARVETTO PERALTA, Romina TANTEN, Alfredo Leiber VARGAS CASELLES, Diana Carolina FERNÁNDEZ ÁVILA, Marina SCOLNIK, Javier ROSA

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: Dentro del espectro de pacientes con arteritis de células gigantes (ACG) el tipo de compromiso vascular pareciera influir en el comportamiento a largo plazo.

Objetivo: Evaluar las características clínicas y desenlaces de pacientes con ACG según su fenotipo (craneal, extracraneal, o mixto).

Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de ACG en seguimiento en un Hospital Universitario entre 2002 y 2024. Se clasificaron en 3 fenotipos: craneal (C-ACG), extracraneal (GV-ACG), y mixto (M-ACG) según su localización, determinada por manifestaciones clínicas e imágenes. Se recolectaron variables demográficas, hallazgos de laboratorio e imágenes, tratamientos recibidos y complicaciones. Se efectuó análisis descriptivo y comparativo de desenlaces entre fenotipos.

Resultados: Se incluyó un total de 120 pacientes, con una edad media al diagnóstico de 76.5 años (DE 6.8), 80.8 % mujeres, que fueron seguidos una mediana de 4.6 años (RIC 1.9 - 8.6 años). La mediana de dosis inicial de prednisona fue de 50 mg (RIC 25-75) con una mediana de duración del tratamiento con corticoides de 33.0 meses (RIC 18.7-55.4). 64 pacientes (53.3%) presentaron un fenotipo craneal, 12 (10.0%) extracraneal y 44 (36.7%) un fenotipo mixto. Del total de la muestra, 47 pacientes (39.2%) presentaron PMR asociada. Se realizó biopsia de temporal en 65 pacientes (54.2%), eco Doppler de arterias temporales en 85 (70.8%) y en 96 (80.0%) se realizó una imagen de grandes vasos (angioTAC, angioRMN o PET). Al inicio de la enfermedad los pacientes con ACG extracraneal presentaron significativamente más fiebre, pérdida de peso, artritis periférica y PMR asociada. Del total de pacientes, 9 (7.5%) quedaron con ceguera permanente, 15 (12.5%) desarrollaron un aneurisma de aorta torácica en el seguimiento, 36 (30.0%) presentaron fracturas osteoporóticas, 51 (42.5%) una infección seria y 11 (9.2%) insuficiencia suprarrenal. Los pacientes con compromiso extracraneal requirieron en el tiempo más uso de DMARD (MTX y/o tocilizumab) (33.9% vs. 14.1%, p=0.01) y desarrollaron aneurismas de aorta con mayor frecuencia (19.6% vs. 6.3%, p=0.03) que aquellos con fenotipo craneal. No hubo diferencias en cuanto a la duración del tratamiento con corticoides ni en la frecuencia de recaídas.

Conclusión: Los pacientes con ACG con compromiso extracraneal mostraron una mayor necesidad de uso de DMARDs en el seguimiento y una mayor frecuencia de desarrollo de aneurismas de aorta torácica que aquellos con compromiso exclusivamente craneal.

0341

EVALUACIÓN DE LA SUPERVIVENCIA SEGÚN EL GRUPO ETARIO EN PACIENTES CON POLIANGEÍTIS MICROSCÓPICA, GRANULOMATOSIS CON POLIANGEÍTIS Y GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA

Agostina BONICATTO, Ignacio LÓPEZ, Alejandro BRIGANTE

SANATORIO GÜEMES

Introducción: Las vasculitis asociadas a anticuerpo antineutrófilo (VAA-ANCA), granulomatosis con poliangéitis (GPA) poliangéitis microscópica (PAM) y granulomatosis eosinofílica con poliangéitis (EGPA) son enfermedades caracterizadas por inflamación de pequeño vaso. Estas entidades presentan alta morbilidad y mortalidad con desenlaces clínicos heterogéneos según el momento del diagnóstico, la presencia de complicaciones y la respuesta al tratamiento inmunosupresor. Estudios previos han reportado que el envejecimiento se asocia con un peor pronóstico y mayor cantidad de recaídas, en parte debido a la mayor carga de comorbilidades y la menor tolerancia a la inmunosupresión.

Objetivo: Evaluar factores que intervengan en el tiempo de evolución al primer brote desde el diagnóstico y la respuesta al tratamiento en función de grupos etarios.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, se analizaron las características clínicas, tratamiento, perfiles serológicos y evolución de pacientes que cumplan criterios ACR/EULAR 2023 para GPA, EGPA y PAM.

Resultados: Se evaluaron 47 pacientes, el 55% (n=26) fueron hombres, con una mediana (m) de edad de 54 años (RIC 41-64), la mayoría fueron GPA 51% (n=24). Con respecto a las comorbilidades, las más frecuentes fueron HTA, DBT y DLP con 62%, 28% y 23% respectivamente, se observaron similares porcentajes de MPO y PR3 en nuestra base y al igual que las m observadas tanto para FFS, BVAS y VDI Se evaluó el tiempo al primer *flare* dividiendo los pacientes en grupos etarios (<60 y >60) donde se observó una m de tiempo en meses de 25 en los <60 y de 41 meses en >60, observando una asociación estadísticamente significativa con enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular.

Conclusión: En este análisis retrospectivo de 47 pacientes con vasculitis se observó, en concordancia con la literatura revisada, que los mayores de 60 años que tenían antecedentes de enfermedad coronaria y ACV previos, presentaron una tendencia estadísticamente significativa a realizar un brote, mientras que en los menores de 60 años hubo una tendencia menor de tiempo de evolución entre el diagnóstico y el primer brote. Estos datos refuerzan la importancia de realizar un enfoque personalizado y estratificado de pacientes donde la edad y las comorbilidades pueden influir en la toma de decisiones terapéuticas y tiempo de seguimiento de nuestra población.

0214

POLIMIALGIA REUMÁTICA Y RIESGO DE CÁNCER EN UN ESTUDIO DE COHORTE

María Sol IRAGOLA IELMINI, Iván NAGY, Nicolás ALVARADO, Marina SCOLNIK, Enrique R. SORIANO, Javier ROSA, Álvaro LEIVA, Marioly FUERTES

HIBA

Introducción: Los estudios sobre la relación entre polimialgia reumática (PMR) y cáncer han arrojado resultados contradictorios y se han visto limitados por múltiples factores.

Objetivo: Estimar la incidencia de cáncer en pacientes con PMR y compararla con controles emparejados. Identificar factores de riesgo asociados al desarrollo de neoplasias.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de PMR (criterios ACR/EULAR 2012) afiliados a un Plan de Salud de un Hospital Universitario de Buenos Aires entre el 1/01/2002 hasta el 31/12/2023 con al menos 1 año de seguimiento, y se emparejaron 1:2 con controles según edad y sexo. Se definió como fecha índice el momento del diagnóstico de la PMR y se excluyeron a los individuos con diagnóstico de cáncer previo a la misma. Los participantes fueron seguidos desde la fecha índice hasta la última consulta en el hospital, su desafiliación al Plan de Salud, su fallecimiento o la fecha de finalización del estudio (31/12/2024). Se calculó la densidad de incidencia de cáncer y la razón de tasas de incidencia (IRR) entre grupos. Se realizó análisis uni y multivariado de regresión de Cox para identificar factores asociados con desarrollo de cáncer.

Resultados: Se incluyeron 168 pacientes con PMR y 336 controles, un 75,6% mujeres, con una edad media al diagnóstico de 76 años (DE 7,8) con una mediana de seguimiento de 7,8 años (DE 4,7). 60 (11,9%) de 504 pacientes desarrollaron cáncer, con una media de edad al diagnóstico oncológico de 82 años (DE 7), siendo el 90% tumores sólidos. La densidad de incidencia (por 100 pacientes-año) fue de 50,9 en los pacientes con PMR y 31,2 en los controles, con un IRR de 1,63 (IC95%: 0,90–2,88). En cuanto a la sobrevida libre de cáncer no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos (p=0,38). En el modelo multivariado de Cox, ajustado por edad, sexo masculino y tabaquismo, la PMR no se asoció de manera significativa con el desarrollo de cáncer (HR 1,37; IC95%: 0,73–2,58; p=0,326). Las recaídas de PMR y el diagnóstico de vasculitis de grandes vasos no se asociaron con un mayor riesgo de cáncer. La mortalidad global y por cáncer fue similar en ambos grupos.

Conclusión: El diagnóstico de PMR no se asoció con una mayor incidencia de cáncer en comparación con controles. No se identificaron factores predictores de cáncer en pacientes con PMR.

0205

DE LAS ARTRALGIAS A LA POLIMIALGIA REUMÁTICA DE PRESENTACIÓN PERIFÉRICA: ANÁLISIS COMPARATIVO CON LA ARTRITIS REUMATOIDEA Y CON LA POLIMIALGIA REUMÁTICA CLÁSICA

Jessica SOLIS, Nataly MEJÍA, Gisel REYES, Carolina BARDINI, Juan ARGUELLO, Álvaro RUTA, Rodrigo MAGRI, Sebastián GARCÍA SALINAS

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, LA PLATA

Introducción: La polimialgia reumática (PMR) es una enfermedad inflamatoria del adulto mayor caracterizada por dolor y rigidez en la cintura escapular y pelviana, junto con elevación de reactantes de fase aguda. En contextos de evaluación de síntomas articulares periféricos, puede observarse una forma atípica, denominada aquí PMR de presentación periférica (PMRp), cuyo diagnóstico diferencial es con la artritis reumatoidea (AR).

Objetivo: Estimar la frecuencia y las características clínicas de pacientes con PMRp identificados en un programa estructurado de evaluación de artrosis. Compararlos con pacientes diagnosticados con AR durante el mismo período. Comparar pacientes con PMRp con un grupo control con PMR clásica diagnosticados en la práctica habitual.

Métodos: Estudio transversal que incluyó pacientes con artrosis sin diagnóstico previo evaluados en un modelo estructurado con laboratorio (VSG,

Variable	PMR (20)	AR (249)	p-valor	OR (IC 95%)
CCP +	0%	50%	-	ND
FR+	12%	66%	0.001	0.07 (0.02-0.33)
FR (UI/ml) (DS)	8.72 (5.72)	86.32 (149.12)	0.001	
Edad (DS)	63.15 (8.41)	54.92 (13.62)	0.0004	
NAI (DS)	0.71 (1.16)	1.76 (2.51)	0.0029	
ECOGRAFIA: SINOVITIS	0%	27%	0.0048	ND
TIEMPO INICIO SINTOMAS Y Diagnostico (Meses)	20.84 (41.42)	38.27 (54.51)	0.0988	
PCR positivo	68.4%	48.1%	0.0998	2.33 (0.86-6.36)
CDAI	13.50 (7.31)	18.01 (8.06)	0.1309	
Años estudio	12.29 (3.17)	13.68 (3.71)	0.1346	
DAS28 ERS	3.38 (1.31)	3.80 (1.48)	0.1916	
Severidad de síntomas en la mañana	53	69	0.2018	0.51 (0.20-1.30)
HTA	15	27	0.2996	0.48 (0.14-1.69)
NAD	3.88 (3.12)	4.72 (3.53)	0.3043	
ECO TENOSINOVITIS	11	16	0.3158	
Síntomas articulaciones MCP	50	62	0.3233	0.61 (0.23-1.58)
Familiar de 1° grado con AR	5	17	0.3269	0.27 (0.04-2.09)
PCR (mg/l)	10.32 (11.69)	14.05 (41.93)	0.3386	
VAS	58.00 (15.68)	54.48 (21.27)	0.4231	
Dificultad para cerrar el puño	21	29	0.6005	0.65 (0.21-2.01)
TBQ	0.30 (0.47)	0.39 (0.49)	0.6327	0.68 (0.25-1.84)
PCR positivo	68	48	0.6375	
DBT	17	13	0.7123	1.37 (0.37-5.06)
ECO TENOSINOVITIS	10	15	0.747	0.64 (0.14-2.88)
Síntomas articulares < 1 año	0.37	37	0.9957	
COMORBILIDADES	60	58	1.0	1.07 (0.42-2.72)

Tabla: Diferencias entre PMR de inicio articular y AR.

PCR, FR, ACPA), ecografía musculoesquelética, radiografías y clinimetría, se establecieron luego los diagnósticos de PMRp o AR. Se realizaron análisis bivariados y regresión logística para diferenciar PMRp de AR. Además, se compararon casos con un grupo pareado por edad y sexo con PMR clásica diagnosticada en consultorios externos.

Resultados: De 1900 pacientes evaluados por artralgias, se identificaron 20 casos de PMRp (1,05%) y 249 de AR (13,1%). Las características diferenciales entre PMRp y AR se resumen en la Tabla. En el análisis multivariado, el FR fue la única variable asociada independientemente con el diagnóstico de PMRp (OR=0,74; IC 95%: 0,58-0,96; p=0,022). En la comparación entre pacientes con PMRp (n=20) y aquellos con PMR clásica (n=55), se observó que el sexo masculino fue significativamente más frecuente en el grupo PMRp (OR=0,12; IC95 %: 0,04–0,38; p=0,0004). Además, los pacientes con PMRp fueron significativamente más jóvenes, media de edad: 63,1 (8,4) vs. 73,8 (8,4) años; p<0,001, y presentaron menor velocidad de eritrosedimentación (ERS) al momento del diagnóstico: 22,1 (16,6) vs. 44(33); mm/h; p = 0,0002.

Conclusión: La PMRp se diferencia de la AR en diversos aspectos clínicos y el factor reumatoideo se asoció inversamente con su diagnóstico en el análisis multivariado. Además, los pacientes con PMR clásica fueron distinto a la PMRp respecto a la edad sexo y reactivos de fase aguda.

USO DE RITUXIMAB Y FRECUENCIA DE HIPOGAMMAGLOBULINEMIA E INFECCIONES EN PACIENTES CON VASCULITIS ASOCIADA A ANTICUERPO ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CENTRO ÚNICO

Alfonsina Maitén SARDE, Lucila GARCÍA, Máximo COSENTINO, Juan Manuel RODRIGUEZ GRAMAZZA, Amira BUGANEM, Mercedes GARCÍA HIGA SAN MARTÍN, LA PLATA

Introducción: Rituximab (RTX) es un anticuerpo monoclonal quimérico anti-CD20 que genera depleción de las células B pre plasmáticas, lo que puede causar reducción de las inmunoglobulinas (Ig) y mayor susceptibilidad a infecciones.

Objetivo: Describir la presencia de hipogammaglobulinemia (HG) e infecciones en pacientes con vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (VAA) tratados con RTX.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de centro único en el que se incluyeron pacientes con granulomatosis con poliangeítis (GPA), poliangeítis microscópica (PAM) o granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA) según criterios ACR-EULAR 2022 que hayan recibido su primer ciclo de RTX entre enero/2017 y diciembre/2024 en Hospital de Día. Se excluyeron pacientes con menos de 6 meses de seguimiento post RTX que recibieron ciclofosfamida (CFM) dentro de los 3 meses previos, plasmaféresis o IGEV dentro del mes previo y/o que no presenten dosaje de Ig basales. Se evaluó la presencia de HG e infecciones serias y no serias a los 6 meses (+/- 3 meses). Se definió como HG IgG leve 700-450 mg/dl, moderada 450-200 mg/dl y severa <200 mg/dl e HG IgM <40 mg/dl. Se entendió como HG el descenso de IgG, IgM o ambas.

Variable	Categoría	Resultados N=12
Sexo N, (%)	Femenino	9 (75%)
Etnia N, (%)	Mestizo	10 (83.3%)
Edad al diagnóstico (años) Mediana [Q1, Q3]		39.5 [32.5, 45]
Tiempo de evolución de la enfermedad (meses) Mediana [Q1, Q3]		122.5 [87.5, 166]
Tiempo de retardo en el diagnóstico (meses) Mediana [Q1, Q3]		2.5 [0, 8.5]
Edad al momento de RTX (años) Mediana [Q1, Q3]		49 [43, 58]
GPA N, (%)		9 (75%)
MPA N, (%)		3 (25%)
Valores de IgG previo a RTX (mg/dl) Mediana [Q1, Q3]		928 [800, 1078]
Valores de IgM previo a RTX (mg/dl) Mediana [Q1, Q3]		53 [39, 74]
BVAS v3 Mediana [Q1, Q3]		8 [6, 14]
VDI Mediana [Q1, Q3]		1 [0, 3]
Indicación de RTX N, (%)	Enfermedad refractaria	5 (41.66 %)
	Enfermedad severa	5 (41.66 %)
	Recaída	2 (16.66 %)
IgG a los 6 meses de RTX (mg/dl) Mediana [Q1, Q3]		907 [885, 937]
IgM a los 6 meses de RTX (mg/dl) Mediana [Q1, Q3]		35 [32, 36]

Tabla: Características de los pacientes con VAA tratados con rituximab.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes quedando para el análisis 12 por cumplir con los criterios de inclusión. Las características de la población se encuentran en la Tabla. De los pacientes analizados, 3 presentaron HG previa a la infusión de RTX: 1 IgG moderado e IgM y 2 IgM. Posterior a los 6 meses (+/- 3), 4 pacientes presentaron HG IgM. Llamativamente, el paciente con HG IgG e IgM no la presentaba a los 6 meses. Un paciente presentó infección leve que ocurrió a los 7 meses post-RTX, sin necesidad de internación ni rescate microbiológico; el paciente tenía Ig normales previas y desarrolló HG IgM posteriormente.

Conclusión: En este registro de pacientes con VAA que reciben el primer ciclo con RTX se observó descenso de las inmunoglobulinas en 25% de los casos. Ningún caso fue severo ni requirió reposición de inmunoglobulinas o suspensión de la medicación. Tampoco se detectaron infecciones graves asociadas.

VASCULITIS Y SU ASOCIACIÓN CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL. DIAGNÓSTICO CLÍNICO, LABORATORIO Y ECOGRÁFICO

Enrique PÉREZ ARAÑA¹, Oneida PAEZ MENA¹, Valeria GINOVOLLI²

¹CLÍNICA UNIVERSITARIA ACONCAGUA; ²HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD PTE. JUAN DOMINGO PERÓN

Introducción: Las vasculitis asociadas a los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) están asociadas a las granulomatosis con poliangeítis (GPA), la poliangeítis granulomatosis eosinofílica (GPEA) y la poliangeítis microscópica. generando múltiples complicaciones como la enfermedad pulmonar intersticial (EPI), llegando a tener gran morbimortalidad.

Objetivo: 1) Determinar la frecuencia y las principales características de las vasculitis con ANCA positivo asociado a la enfermedad pulmonar intersticial; 2) comparar las características clínicas, laboratorio y ecográficas del pulmón, en pacientes con ANCA + en pacientes que no han desarrollado EPI.

Métodos: Se realizó un estudio observacional en pacientes diagnosticados con una vasculitis ANCA, identificando a los pacientes que hayan desarrollado enfermedad pulmonar intersticial secundaria a dicha patología. El diagnóstico de vasculitis fue de acuerdo a los criterios ACR/EULAR 2022, la enfermedad pulmonar intersticial fue descrita por neumonólogo experto en función de las pruebas de imagen y las funciones respiratorias, así como la ecografía de pulmón, siendo esta última explorada por reumatólogo. Se utilizó la prueba exacta de Fisher para comparar las variables cualitativas y la correlación de Pearson para las variables cuantitativas, utilizamos un ecógrafo GE con los diferentes transductores acordes a la zona a explorar, con un transductor y la impresión de las imágenes guardadas para posterior estudio.

Resultados: De una cohorte de 28 pacientes con vasculitis ANCA, un total de 8 (4%) han desarrollado una EPI, la PAM fue la vasculitis más frecuente (n=5), seguidos de la GPA (n=3). La mediana del tiempo a desarrollar dicha complicación fue de 18 meses, los pacientes al momento del diagnóstico de EPI

Conclusión: Hemos encontrado EPI relacionada con vasculitis ANCA+ en un 4% de los pacientes estudiados especialmente con poliangeítis microscópica. Al realizar laboratorio ANCA+ manifestaciones pulmonares y hallazgos ecográficos en regiones anatómicas debidamente exploradas, buscaremos bajar el riesgo de complicaciones al tener dicha asociación.

IMPACTO DE LA REDUCCIÓN GRADUAL DE LOS GLUCOCORTICOIDES EN LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

Frank BUTTGEREIT¹, Kevin WINTHROP², Leonard CALABRESE³, Iván LAGUNES GALINDO⁴, Aditi KADAKIA⁴, Ana ROMERO⁴, Shaofei ZHAO⁴, Weihao ZHAO⁴, Arathi SETTY⁴, Juan Manuel MORENO LUBERTINO⁵, Jeffrey CURTIS⁶

¹CHARITÉ-UNIVERSITÄTSMEDIZIN; ²OREGON HEALTH AND SCIENCE UNIVERSITY; ³CLEVELAND CLINIC LERNER COLLEGE OF MEDICINE; ⁴ABBVIE INC.;

⁵ABBVIE S.A.; ⁶UNIVERSITY OF ALABAMA AT BIRMINGHAM

Introducción: El manejo de la arteritis de células gigantes (ACG) en general implica el uso de glucocorticoides (GC) en dosis altas. Sin embargo, su uso prolongado puede provocar eventos adversos (EA), incluido un mayor riesgo de infecciones. Upadacitinib (UPA), 15 mgQD, combinado con una reducción gradual (RG) de GC de 26 semanas (S), demostró un perfil beneficio-riesgo favorable en el ensayo fase 3 SELECT-GCA frente a placebo (PBO) con una RG de GC de 52S

Objetivo: Evaluar la aparición de EA durante el tratamiento (tto) concomitante con GC y luego de su RG en pacientes (PT) con ACG que reciben UPA o PBO en SELECT-GCA

Métodos: Se incluyeron PT con ACG con exposición previa a ≥40mg prednisona (o equivalente). Los PT recibieron 7,5 mg o 15 mg UPA QD con una RG de GC de 26 S o PBO QD con una RG de GC de 52S. Los EA hasta la S 52 se analizaron mediante el método de Kaplan-Meier

Resultados: 428 PT fueron asignados al azar: UPA7,5 mg, N=107; UPA15 mg, N=209; PBO, N=112. Las dosis basales de GC se distribuyeron de forma homogénea entre los grupos (Tabla). Las tasas de infección grave fueron menores con ambas dosis de UPA que con PBO hasta la S 52. Las tasas de herpes zóster (HZ) fueron más altas con 15mg UPA frente a PBO. En los PT en tto con UPA, las tasas de infección grave fueron comparables en todos los grupos durante el período de RG y fueron más bajas en el período posterior a la RG con 7,5 mg o 15 mg UPA frente a PBO. Las tasas de HZ fueron similares en los PT en tto con UPA durante y después de la RG de GC. Pocos PT tuvieron recurrencia del mismo evento y, en general, los resultados de los análisis de Kaplan-Meier fueron consistentes. En los PT en tto con UPA se observaron menos casos de infección grave luego de la RG que durante el período de RG, mientras que las infecciones graves fueron en aumento en el grupo PBO. La incidencia de HZ fue mayor con UPA que con PBO (Tabla).

Conclusión: La tasa de infección grave durante 52S fue menor en los PT en tto con UPA en RG de GC de 26S versus PBO con una RG de GC de 52S, con tasas más bajas con UPA frente a PBO luego de la suspensión de GC, sugiriendo que los GC aumentarían el riesgo de infección grave. La RG de GC no pareció afectar la aparición de HZ en los grupos UPA. 15 mg UPA podría ser un enfoque adecuado para la RG de GC en PT con alto riesgo de infección.

Tabla: Infecciones graves emergentes del tratamiento hasta la semana 52 por período de tiempo y dosis inicial de reducción de glucocorticoides.

n (%) [Subgrupo N]	PBO + 52 semanas GC-R N = 112	UPA 7,5 mg + 26 semanas GC-R N = 107	UPA 15 mg + 26 semanas GC-R N = 209
Total	12 (10.7) [112]	6 (5.6) [107]	12 (5.7) [209]
20 mg	1 (0.9) [30]	2 (1.9) [33]	1 (0.5) [62]
30 mg	3 (2.7) [29]	2 (1.9) [22]	5 (2.4) [48]
40 mg	4 (3.6) [31]	1 (0.9) [31]	2 (1.0) [60]
50 mg	2 (1.8) [16]	1 (0.9) [13]	2 (1.0) [19]
60 mg	2 (1.8) [6]	0 [8]	2 (1.0) [20]
≤ Semana 26	4 (3.6) [112]	4 (3.7) [107]	6 (2.9) [209]
20 mg	0 [30]	2 (1.9) [33]	0 [62]
30 mg	1 (0.9) [29]	1 (0.9) [22]	3 (1.4) [48]
40 mg	2 (1.8) [31]	1 (0.9) [31]	0 [60]
50 mg	0 [16]	0 [13]	1 (0.5) [19]
60 mg	1 (0.9) [6]	0 [8]	2 (1.0) [20]
> Semana 26	8 (7.1) [112]	2 (1.9) [107]	7 (3.3) [209]
20 mg	1 (0.9) [30]	0 [33]	1 (0.5) [62]
30 mg	2 (1.8) [29]	1 (0.9) [22]	3 (1.4) [48]
40 mg	2 (1.8) [31]	0 [31]	2 (1.0) [60]
50 mg	2 (1.8) [16]	1 (0.9) [13]	1 (0.5) [19]
60 mg	1 (0.9) [6]	0 [8]	0 [20]

CASOS CLÍNICOS

0213

MONONEURITIS MÚLTIPLE EN ARTRITIS REUMATOIDEA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Eliana AVILÁN, Simón SIGNORIO, Lucas GRAZIANO, Lucía María CASTORINO, Vanesa BEJARANO, Julieta MORBIDUCCI, Anastasia SECCO

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA

Presentación del caso: Paciente masculino de 50 años, con artritis reumatoidea (AR) doble seropositiva de 3 años de evolución, tratado con metotrexato 15 mg/semanal, ácido fólico y glucocorticoides (GC). Decidió por su cuenta suspender metotrexato. Posteriormente, inicia seguimiento en Servicio de Reumatología de un hospital público donde se evidencia paciente con moderada actividad de la enfermedad (NAD:3; NAT:1; EVAp: 9, EVAm: 6; CDAI: 10.9) y se solicitan exámenes complementarios para reiniciar DMARDcs. Previo al inicio de terapia DMARDcs, consulta a guardia por poliartralgias, parestesias y debilidad en miembros inferiores (MMII) de 72 h de evolución que progresa a impotencia funcional. En el examen físico se encuentra paciente en silla de ruedas, hipoestesia de miembros superiores (MMSS), lesiones vasculíticas en pulpejos de los dedos, anestesia plantar bilateral e hipoestesia en dorso de ambos pies que asciende a región infrarotuliana en MI derecho; se constata disminución de la fuerza muscular en forma bilateral (Kendall 1/5 en ambos MMII). En el laboratorio presenta reactantes de fase aguda elevados (ERS 122, PCR 13.1), anticuerpos para SAF, PR3 y MPO con resultados negativos, y eco Doppler de ambos MMSS normal. El electromiograma informa marcada degeneración axonal en tronco peroneal con inexitabilidad de troncos sensitivos distales, peroneo superficial bilateral, sural bilateral, safeno derecho, preservación de safeno izquierdo y plantar izquierdo, sugestivo de patrón de mononeuropatía múltiple. Es evaluado en conjunto por Neurología diagnosticándose mononeuritis múltiple por lo que se interna, se indican pulsos de glucocorticoides 1 g/día por 3 días y ciclofosfamida 1 g mensual con resolución progresiva del cuadro y es dado de alta. En control posterior se evidencia mejoría de la fuerza muscular en MMII (Kendall 5/5) y del recuento articular, además, de ausencia de lesiones vasculíticas. En contexto de patología de base, se rota tratamiento a rituximab 1 g (esquema día 0 y 15). Actualmente se halla en remisión sostenida de la enfermedad por índices de actividad.

Discusión: La vasculitis reumatoidea es una complicación infrecuente que suele presentarse en pacientes con AR refractaria, siendo una complicación rara que afecta a vasos de pequeño a mediano calibre. Una de las manifestaciones de la misma es la mononeuritis múltiple, siendo su principal causa. Se ha evidenciado que el tratamiento de la AR con DMARDcs (agentes de primera línea) pueden disminuir la incidencia de vasculitis reumatoidea. Sin embargo, se requiere de un tratamiento con inmunosupresores potentes (como ciclofosfamida o rituximab) en combinación con glucocorticoides a altas dosis, siendo eficaz en la mayoría de los casos.

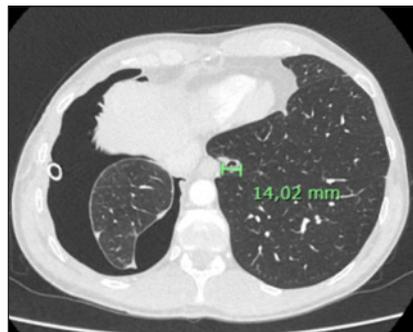
0252

NÓDULOS PULMONARES REUMATOIDEOS CAVITADOS REFRACTARIOS AL TRATAMIENTO

María Belén CARRANZA, Cecilia Andrea ZAFFARANA, Cecilia ASNAL, Walter Jacinto VALLEJO CARRASCO, Damián DUARTES NOE

HOSPITAL BRITÁNICO

Presentación del caso: Paciente masculino de 43 años, con antecedentes de tabaquismo severo y dislipemia, diagnosticado con artritis reumatoidea (AR) seropositiva: FR en bajo título, anti-CCP en alto título, con nódulos subcutáneos y pulmonares. Por falla a leflunomida, inicia tratamiento con abatacept. Ante la persistencia de actividad articular, con DAS28 de moderada actividad, se decide rotar tratamiento a rituximab, cuyo inicio se retrasa en contexto de una nueva TAC de tórax que muestra nódulos pulmonares de mayor tamaño y aparición de nuevos nódulos cavitados, asociados a derrame pleural derecho leve y viraje positivo de la PPD. En conjunto con los servicios de Infectología y Neumonología, se inicia tratamiento para tuberculosis (TBC) latente. Evolucionan con neumotórax y fístulas broncopleurales. Se realizan fibrobroncoscopia con BAL, descartándose TBC y neoplasia pulmonar. Se intenta el cierre de la fístula broncopleural por VATS y tratamiento con metacrilato endoscópico sin éxito, requiriendo lobectomía y decorticación pleural. Se inicia tratamiento con rituximab y se decide suspender leflunomida debido a la tórpida evolución pulmonar. Actualmente, el paciente presenta buena evolución articular y estabilidad pulmonar, sin recurrencia de eventos de neumotórax.



Discusión: El tratamiento de los nódulos pulmonares reumatoideos consiste principalmente en controlar la AR subyacente. Se presenta el caso de un paciente con debut de AR, con nódulos subcutáneos y posterior evolución con nódulos pulmonares complicados de difícil manejo. Estudios observacionales muestran que algunos DMARDb, en particular rituximab, pueden conducir a una mejoría significativa en estos nódulos. También hay reportes de mejoría de los nódulos pulmonares con tocilizumab. Es controvertido el efecto de leflunomida y otros tratamientos sobre la evolución de los nódulos pulmonares.

Comentarios Finales: Este caso describe la complejidad del manejo de la artritis reumatoidea con afectación pulmonar grave, destacando los desafíos en el tratamiento de nódulos pulmonares reumatoideos cavitados, neumotórax recurrentes y complicaciones quirúrgicas.

TROMBOSIS DEL SENO TRANSVERSO EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDEA Y PROBABLE SÍNDROME DE SJÖGREN SECUNDARIO. REPORTE DE UN CASO

Amanda Gabriela RODAS GUARACA, Juliana PADRÓN, Anabel GONZÁLEZ MÁRQUEZ, Abel Gastón REITICH, Giuliano IBAÑEZ, Julio César URRUTIA, María Laura QUISPE VILLANUEVA, Verónica Cecilia WERNICKE, María Nieves LOJO

H.I.G.A. PROF. DR. ROSSI

Presentación del caso: Mujer de 48 años, con diagnóstico de artritis reumatoidea (AR) doble seropositiva erosiva y posible síndrome de Sjögren secundario (SS) en seguimiento desde 2013. Debutó 2 años antes con poliartritis de articulaciones pequeñas y grandes, xerofthalmía con test de Schirmer <5 mm en 5 min, FR 20 UI/ml, anti-CCP 152 UI/ml y FAN 1/640 homogéneo. Antecedente: cefalea migrañosa crónica de larga data. Extabaquista. Recibió triple terapia con metotrexato, hidroxicloroquina, leflunomida y meprednisona hasta 4 mg/día, con buena respuesta hasta 2018. Por brote articular (DAS28 5.1), se rotó a etanercept 50 mg/s + metotrexato, con mejoría clínica. Persistió xerofthalmía y apareció dispareunia. El 2/2025 ingresó a la guardia por presentar una semana de cefalea intensa atípica con cambio de patrón (por lo que requería uso abusivo de ergotamínicos), vómitos, pérdida de memoria a corto plazo y síncope, sin artritis (DAS28 2.70). TAC y RMN 02/25: trombosis de senos venosos cerebrales (transverso y sigmoideo izquierdo) asociada a proceso isquémico venoso y edema. FAN: 1/160 homogéneo; ENA, anticuerpos antifosfolípidos (anticardiolipina y β2-GPI) y anti-DNA negativos. Luego del alta evolucionó con cuadro de cefalea intermitente. RMN 05/25: ausencia de señal de flujo en senos venosos transverso y sigmoideo izquierdos, visualizando estructuras vasculares adyacentes de menor calibre que podrían corresponder a circulación colateral. El servicio de Hematología tiene pendiente estudio de trombofilias.

Discusión: La trombosis del seno transverso (TSVC) representa el 0.5-1% de todos los ictus. Sus factores predisponentes incluyen estados protrombóticos, infecciones, traumatismos y enfermedades autoinmunes. La AR y el SS elevan el riesgo trombótico mediante la inflamación crónica, la activación endotelial y/o la presencia de autoanticuerpos antifosfolípidos o anticoagulante lúpico; el uso prolongado de corticoides puede aumentar la coagulabilidad. Nuestra paciente, con AR erosiva y de larga evolución, podría representar un modelo clínico con alta propensión a alteraciones vasculares inmunomediadas. Estudios de etanercept no mostraron aumento de eventos cardiovasculares mayores en comparación con metotrexato u otros biológicos (Rungapiromnan et al., 2020). Datos del Registro Británico de Biológicos indican que etanercept se asoció con mejor supervivencia, menor incidencia de eventos cardiovasculares y reducción de neoplasias linfoproliferativas, versus FARME convencionales (Morgan et al., 2013).

Comentarios Finales: Este caso ilustra la convergencia de múltiples factores de riesgo para TSVC. En pacientes con AR y SS, la presencia de cefalea nueva o cambio en su patrón de presentación deben valorarse como alertas de eventos vasculares inminentes. Su reconocimiento y manejo oportuno pueden modificar positivamente el pronóstico clínico.

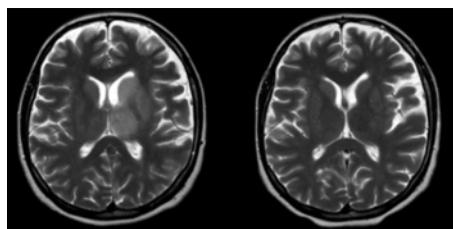


Figura 1: RMN de encéfalo en secuencia T2: febrero de 2025 (izquierda), mayo de 2025 (derecha).

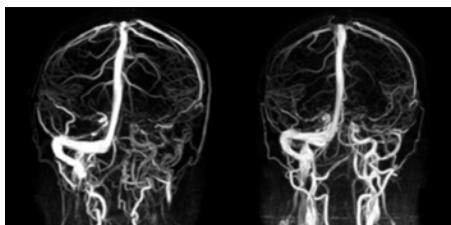


Figura 2: Reconstrucción 3D de angioRMN en corte coronal: febrero de 2025 (izquierda), mayo de 2025 (derecha).

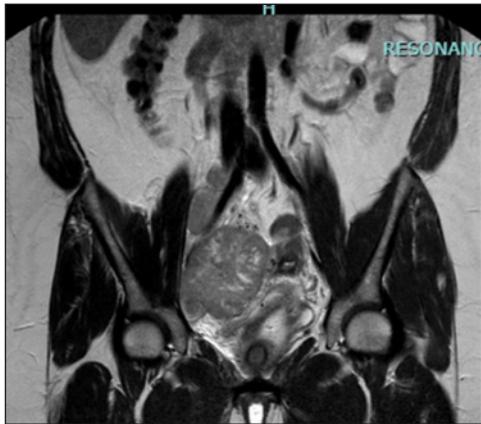
DIFICULTAD DIAGNÓSTICA DE ENFERMEDAD ONCOLÓGICA EN PACIENTE CON HALLAZGOS SUGESTIVOS DE ENFERMEDAD RELACIONADA CON IgG4

María Belén CARRANZA, Anabella María RODRÍGUEZ, Cecilia ASNAL, Hugo LABORDE, Damián DUARTES NOE

HOSPITAL BRITÁNICO

Presentación del caso: Paciente femenina de 46 años que presentó episodios de ginecorragia. Los estudios por imágenes revelaron una masa uterina de 8 cm de diámetro, con bordes irregulares y zonas de necrosis central, que infiltraba útero, vejiga, trompas de Falopio, ovario y el extremo distal del uréter. Ante la sospecha de una enfermedad oncológica, se realizó una laparoscopia exploradora con toma de biopsia, cuyos resultados iniciales fueron inespecíficos. En una segunda laparoscopia, las biopsias mostraron fragmentos de tejido fibroadiposo, fibrosis e infiltrados linfoplasmocitarios, con marcación positiva para IgG4. La paciente desarrolló edema en el miembro inferior izquierdo y se observó un crecimiento brusco de la masa, asociado a trombosis venosa profunda. Durante la tercera biopsia, realizada también por laparoscopia, se identificaron células fusiformes sin atipia y estroma colágeno, con infiltrado inflamatorio mononuclear y marcación positiva para IgG4. A pesar de estos hallazgos, la sospecha clínica de enfermedad oncológica persistió debido a la rápida progresión y la infiltración a los órganos, por lo que se realizó una biopsia por laparotomía que finalmente evidenció células malignas de probable origen escamoso o urotelial, con un comportamiento infiltrante de alto grado.

Discusión: La enfermedad relacionada con IgG4 es una entidad clínica rara que puede manifestarse de diversas formas, generalmente con características inflamatorias. Sin embargo, su diagnóstico puede ser desafiante cuando presenta características clínicas y radiológicas que sugieren otras patologías, como enfermedades oncológicas. Este caso describe la dificultad diagnóstica en una paciente que inicialmente presentó hallazgos sugestivos de enfermedad por IgG4, pero cuyo diagnóstico final fue de malignidad. Aunque los hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos indicaban una posible enfermedad relacionada con IgG4, el comportamiento agresivo de la masa y su infiltración en órganos vecinos sugerían la presencia de una neoplasia subyacente. El difícil diagnóstico, que demandó 9 meses, resalta la complejidad de diferenciar entre enfermedades inflamatorias y neoplásicas, especialmente cuando los estudios iniciales son ambiguos. Es importante señalar que la positividad para IgG4 en biopsias no es patognomónica de enfermedad relacionada con IgG4 y debe considerarse dentro de un contexto clínico más amplio.



Comentarios Finales: Este caso pone de manifiesto la importancia de un enfoque diagnóstico integral, considerando no solo los hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos, sino también la clínica y la evolución de la enfermedad. A pesar de los hallazgos sugestivos de enfermedad por IgG4, el diagnóstico definitivo de malignidad no debe descartarse, especialmente cuando existen características clínicas y radiológicas que sugieren una enfermedad oncológica.

0239

ENFERMEDAD POR IgG4 Y ENFERMEDAD DE SJÖGREN: REPORTE DE UN CASO

Walter Jacinto VALLEJO CARRASCO, María Belén CARRANZA, Yina Paola ARIAS CISNEROS, Anabella María RODRÍGUEZ, Cecilia ASNAL, Damián DUARTES NOE

HOSPITAL BRITÁNICO

Presentación del caso: Paciente femenina de 48 años con un cuadro de 2 años de evolución, caracterizado por tumoración submaxilar bilateral asociada a sudoración nocturna. Se realizó biopsia de glándula submaxilar que informó "extensa distorsión y pérdida acinar por zonas de fibrosis e infiltrados linfoplasmocitarios que conforman frecuentes folículos linfoides. Algunos ductos y acinos glandulares se encuentran permeados por los infiltrados descriptos." Inmunomarcación: IgG4: expresión en numerosos plasmocitos presentes (relación IgG4/IgG mayor al 40%). Posteriormente, se realizaron estudios complementarios con los siguientes resultados: FAN 1/80 moteado, anti-Ro positivo, hipergammaglobulinemia policlonal e IgG4: 199. La paciente recibió tratamiento con corticoides sistémicos, con buena evolución a la fecha.



Discusión: La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) consiste en la infiltración tisular linfoplasmocitaria y fibrosis en múltiples órganos, asociada a niveles séricos elevados de IgG4. Se reconoce además el compromiso de las glándulas salivales y lacrimales, territorio donde frecuentemente la enfermedad de Sjögren se manifiesta clínicamente. Se presenta una paciente con diagnóstico histopatológico compatible con ER-IgG4, que además presenta anti-SSA positivo. Se ha descrito a nivel patogénico una relación entre estas dos entidades, inicialmente en la infiltración linfocítica con perfil Th2 y Treg, e incluso a nivel inmunohistoquímico, con mayor expresión de IL-10 (que promueve la diferenciación de IgG4) y TGF- β , lo que induce fibrosis.

Comentarios Finales: Se presenta un caso con diagnóstico histopatológico de ER-IgG4, con presencia en laboratorio de anticuerpos asociados a enfermedad de Sjögren (SSA). Se revisa la literatura sobre componentes patogénicos de ambas entidades, donde se describe inicialmente un infiltrado linfocitario con perfil Th2, Treg y citocinas asociadas, y en donde, a nivel inmunohistoquímico, se observa una mayor expresión de ARNm de IL-10 y TGF- β , asociada a ER-IgG4.

0192

ESCLEROSIS SISTÉMICA CON AFECTACIÓN CARDÍACA: REPORTE DE DOS CASOS

Marianela NICOLA, Guillermina MOINE, Lucía CICHILLITTI, Carolina Solange GALLO, Lucas Jorge LONDERO, Ivana Belén SANTOLAYA, Nahuel BLANDO, Keila KLAUS MAC KELLAR, María Gimena RAU, Lucía MERCÉ, María Florencia MARTÍNEZ, Mariano PALATNIK, María Noel CORTESE, Dianela CARBONE, Ariana RINGER, Marcelo ABDALA

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

Presentación del caso: **Caso 1:** Hombre de 47 años. Esclerosis sistémica cutánea difusa (dcSSc) de 2 años. Hizo micofenolato y nifedipina. TAC: enfisema centrolobulillar y dilatación esofágica. Patrón SD tardío en capilaroscopia. Espirometría y ecocardiograma (ECCG) normales. FAN, Scl70, PO y U1RNP positivos, CPK y LDH aumentadas, reactivos normales. Agregó disnea, palpitaciones, edemas y rales bibasales. ECCG: FEVI 35%, hipoquinesia difusa, PSAP 40 mmHg, cavidades derechas (CD) dilatadas y derrame pleural (DP) moderado. Troponinas y NT-proBNP aumentados. Se interpretó como insuficiencia cardíaca aguda secundaria a dcSSc. Recibió pulsos de metilprednisolona, ciclofosfamida y prednisona vía oral más tratamiento cardiológico. A los 3 meses nueva descompensación con FEVI 30% y troponinas elevadas. Resonancia cardíaca: hipoquinesia difusa y realce tardío compatible con miocardiopatía infiltrativa. Suspendió ciclofosfamida e inició rituximab. Evolución desfavorable falleciendo a los 3 meses. **Caso 2:** Mujer de 37 años, dcSSc de 2 años de evolución y ASIA por ruptura de prótesis mamarias. Hizo metotrexato, nifedipina y micofenolato. TACAR: adeno-patías, neumonía intersticial no específica, dilatación esofágica. ECCG: FEVI 70%, hipocontractilidad leve, DP leve. Espirometría: patrón restrictivo moderado-severo y DLCO: obstructivo severo. Capilaroscopia: patrón SD tardío. FAN y Scl70 +. Se retiraron prótesis con mejoría transitoria de dcSSc. Por progresión respiratoria y cutánea recibió ciclofosfamida sin mejoría. Agregó edemas, disnea, rales y ascitis. ECCG: FEVI 25%. Resonancia cardíaca: fibrosis transmural segmentario antero-inferoapical y apex. Cinecoronariografía: sin isquemia. Se interpretó como fibrosis secundaria a dcSSc. Inició rituximab falleciendo luego del primer ciclo.

Discusión: La afección cardíaca en la dcSSc ocurre en un 15-44% de los casos, principalmente como resultado de miocarditis y fibrosis. Esta puede

presentarse de forma subclínica, contribuyendo a un peor pronóstico. Por ello, la detección precoz, el seguimiento sistemático y el tratamiento oportuno resultan fundamentales. Fármacos como micofenolato, rituximab y/o ciclofosfamida han demostrado eficacia en la reducción de inflamación miocárdica y de biomarcadores asociados.

Comentarios Finales: Estos casos ilustran el impacto del compromiso cardíaco en dcSSc destacándose la importancia de un monitoreo proactivo y terapias inmunosupresoras eficaces.

0171

RITUXIMAB TRAS TRASPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS MADRE HEMATOPOYÉTICAS EN ESCLEROSIS SISTÉMICA DIFUSA RECIDIVANTE: REPORTE DE UN CASO

Verónica SAURIT¹, Camila LIZÁRRAGA², Ana María BERTOLI³, Vanesa ABRATE²

¹INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGÍA; ²HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA; ³CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA

Presentación del caso: El trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas (TAMO) es una estrategia terapéutica eficaz en esclerosis sistémica (ES) difusa progresiva; sin embargo, las recaídas a menudo requieren terapia adicional. El uso de rituximab tras TAMO representa una opción emergente con resultados promisorios. **Caso clínico:** mujer de 49 años con ES difusa, ANA nucleolar 1:320, anti-topoisomerasa I positivo, patrón SD activo en capilaroscopia y neumonía intersticial no específica (NINE) con compromiso funcional leve (FVC 78%, DLCO 60%) y ecocardiograma con baja probabilidad de hipertensión pulmonar. Bajo tratamiento con micofenolato 1g/día y sildenafil presentó un patrón rápidamente progresivo (mRSS 36/51), por lo que se realizó TAMO con acondicionamiento de ciclofosfamida + ATG y movilización con ciclofosfamida + G-CSF. Post-TAMO, el mRSS se redujo a 24, los anticuerpos se negativizaron y normalizó las pruebas funcionales respiratorias (CVF 80%, FEV1 86%). A los 14 meses post-TAMO, la paciente presentó progresión cutánea mRSS 28 y empeoramiento del compromiso pulmonar con incremento de lesiones en vidrio esmerilado, reticulaciones y broquioectasias; no se observó en ese momento deterioro funcional. Dada esta evolución, se inició tratamiento con rituximab semestral (esquema de 1g en dos ciclos quincenales). A los 6 meses del primer ciclo de rituximab, la paciente estabilizó el mRSS (28) además de mostrar mejoría de los hallazgos tomográficos en pulmón: disminución del vidrio esmerilado con persistencia de cambios fibrosantes crónicos. La función pulmonar se mantuvo dentro de parámetros normales.

Comentarios Finales: Rituximab puede ser una opción eficaz y segura tras la recaída de ES tras TAMO, alcanzando estabilización cutánea y mejoría imagenológica pulmonar sin deterioro de la función, reforzado por la evidencia de tal beneficio en cohortes post TAMO.

0175

ESCLEROSIS SISTÉMICA CON COMPROMISO BUCAL COMO MANIFESTACIÓN INICIAL

Keila KLAUS MAC KELLAR, María Gimena RAU, Guillermina MOINE, Ivana Belén SANTOLAYA, Nahuel Gabriel BLANDO, Lucas Jorge LONDERO, Lucía MERCÉ, Marianela NICOLA, Carolina Solange GALLO, Lucía CICHILLITTI, Brian Marcelo ABDALA, Franco LUCCI, Florencia MARTÍNEZ, Nadia CUADRANTI, Mariano PALATNIK, María Noel CORTESE, Juan Pablo RUFINO, Ariana RINGER, Dianela CARBONE, Marcelo ABDALA

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

Presentación del caso: Mujer 27 años, derivada de Odontología por úlceras bucales a repetición en paladar duro y blando, con engrosamiento de la mucosa yugal y xerostomía. Negó síntomas constitucionales, poliartalgias, fenómeno de Raynaud y otras lesiones. Se indicó tratamiento con nistatina y fluconazol, interpretado como candidiasis orofaríngea. EF: limitación de la apertura bucal (3 traveses de dedo) secundaria a lesiones bucales, placa blanquecina indolora en paladar duro, escaso lago salival, caries dentales, sin *puffy fingers*. Por persistencia de lesiones se realizó biopsia de mucosa yugal que informó extensa esclerosis, principalmente a nivel perivascular con infiltrado linfocitario disperso, siendo estos hallazgos compatibles con esclerodermia. Laboratorio sin anemia, reactantes de inflamación bajos, con hepatograma y función renal normal. Inmunológico: ANA 1/40 patrón moteado, complemento normal, ENA, anticentrómero y Scl-70 negativos. El resto del inmunológico no fue posible. Videocapilaroscopia del lecho ungueal: capilares arborificados, con megacapilares y disminución generalizada de la densidad capilar, compatible con patrón SD tardío activo. Rx tórax, abdomen, ecocardiograma doppler y videoendoscopias digestivas sin hallazgos patológicos. Inició tratamiento con metotrexato 15 mg/semana con desaparición de las lesiones

Discusión: La esclerosis sistémica (ES) tiene manifestaciones orofaríngeas: microstomía, xerostomía, caries, telangiectasias, retracción gingival y periodontitis. Estas no han sido bien estudiadas y se estima que suceden en un 20-80%. Los problemas reportados: fibrosis de la lengua y paladar, daño de la mucosa oral, daño cutáneo perioral, engrosamiento fibroso ligamentario periodontal, reabsorción ósea, telangiectasias orales, neuropatía del trigémino, aumento significativo de caries, microstomía y xerostomía, siendo estos 2 últimos los más frecuentes

Comentarios Finales: Presentamos este caso de ES sin esclerodactilia ni fenómeno de Raynaud, cuya biopsia de mucosa yugal describe un epitelio hiperplásico, corion con extensa esclerosis, principalmente a nivel perivascular, con un infiltrado de linfocitos dispersos y una videocapilaroscopia fueron determinantes para arribar al diagnóstico. Las manifestaciones orofaríngeas son muy frecuentes en los pacientes con ES y es mínima la evidencia en la literatura de compromiso exclusivo de cavidad oral sin otra signo-sintomatología típica de ES.

0257

ESCLEROSIS SISTÉMICA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA PARANEOPLÁSICA

María Josefina MOLINA¹, Alejandro NITSCHÉ²

¹CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA; ²HOSPITAL ALEMÁN, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Presentación del caso: Varón de 73 años con diagnóstico de esclerosis sistémica rápidamente progresiva (ESRP) difusa diagnosticada en diciembre de 2023, presenta fenómeno de Raynaud trifásico en manos y pies, induración cutánea proximal, manos *puffy*, puño incompleto, prurito generalizado, hiperpigmentación cutánea difusa, telangiectasias en cara, tórax y dorso y artritis en manos. FAN (+). Previamente, en mayo 2022 refiere pérdida de peso de 20 kg y disnea progresiva clase funcional III. Extabaquista severo y exenolista. TC TORAX: múltiples imágenes ganglionares mediastinales, opacidad nodular de bordes espiculados con tractos densos pleuroparenquimatosas en lóbulo pulmonar superior izquierdo (LPSI) y nodulillos en lóbulo pulmonar superior derecho (LPSD). Score de Rodnan modificado (sRM) en abril de 2024: 27 puntos. Espirometría: CVF: 82% del valor predicho y

DLCO: 35% del valor predicho. TC6M: distancia recorrida: 360 mts, desaturación 85%, escala de Borg 3. Ecocardiograma Doppler: cavidades derechas dilatadas, VRT 3.7 mts/seg. Se confirma hipertensión arterial pulmonar por CCD. Inicia tratamiento con macitentan y tadalafilo. PET-TC corporal total: en LPSI opacidad focal pseudonodular hipercaptante, de contornos irregulares, de 21 mm de diámetro con tractos densos fibrociatrizales contactan con pleura marginal, adenopatías mediastinales. Foco hipercaptante en sector posterolateral izquierdo de la glándula prostática y adenopatía hipercaptante iliaca externa izquierda. Se interpreta la ESRP como paraneoplásica secundaria a 2 cánceres primarios: CA de pulmón y CA de próstata. Se confirma adenocarcinoma de próstata por biopsia iniciando tratamiento con bicalutamida y acetato de luprolide. Al mes de iniciado el mismo presenta menor prurito, menor induración cutánea: sRM 16 puntos con mejoría de contractura en flexión de manos. A los 6 meses: importante mejoría en induración cutánea: sRM 9 puntos, casi completa puño y menor hiperocrómica cutánea.

Discusión: Pacientes con esclerosis sistémica (ES) tienen elevado riesgo de desarrollar cáncer (CA): 1.5 a 4 veces más que la población general. Los principales factores predisponentes son el incremento del tejido fibroso secundario a la inflamación crónica y el uso de drogas inmunosupresoras. Las neoplasias malignas más frecuentes en ES son pulmón, mama, piel y linfoma. Pacientes con anti-RNA polimerasa III positivo tienen 5 veces más riesgo de desarrollar CA. La ES, en un subgrupo de pacientes con estrecha relación temporal entre el diagnóstico de CA y el inicio de la ES, puede considerarse como un síndrome paraneoplásico.

Comentarios Finales: Presentamos un paciente con ESRP difusa paraneoplásica secundario a 2 cánceres primarios. Observamos una notable y rápida mejoría de la induración cutánea luego de iniciar el tratamiento oncológico. Este caso evidencia la compleja asociación entre ES y malignidad, y pone de manifiesto la importancia del rastreo de neoplasias en ES de rápida progresión a fin de iniciar rápidamente el tratamiento oncológico que impactaría en la mejoría de la ES.

0277

EVOLUCIÓN FUNCIONAL PULMONAR Y CUTÁNEA EN ESCLEROSIS SISTÉMICA DIFUSA TRATADA CON RITUXIMAB Y MICOFENOLATO: REPORTE DE CASO CON SEGUIMIENTO A 12 MESES

Karín Natali SARAVIA CHOCOBAR¹, Verónica MALAH², Juan Pablo VINICKI¹

¹UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL ISIDORO IRIARTE DE QUILMES; ²SANATORIO MODELO DE QUILMES

Presentación del caso: Paciente femenina de 67 años con diagnóstico de esclerosis sistémica difusa (ESD). Presenta anticuerpos antinucleares positivos (FAN 1/320, patrón nucleolar) y anti-SCL-70 positivo. Clínicamente cursa con esclerosis cutánea extensa (mRSS: 17), fenómeno de Raynaud no complicado y crepitantes bibasales a la auscultación. La tomografía computada de tórax inicial evidencia un patrón compatible con neumonitis intersticial inespecífica, caracterizado por vidrio esmerilado subpleural, atrapamiento aéreo y bronquiectasias por tracción. Ante el compromiso pulmonar y cutáneo, se inició tratamiento inmunosupresor con micofenolato mofetil (MMF) 1000 mg/día y rituximab (RTX) 1000 mg intravenoso en ciclos a los 0, 6 y 12 meses.

Discusión: La esclerosis sistémica difusa es una enfermedad autoinmune caracterizada por fibrosis cutánea y compromiso visceral, siendo la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) una de sus principales causas de morbimortalidad. En este contexto, el inicio temprano de un tratamiento inmunosupresor puede modificar favorablemente su evolución clínica. En este caso, la paciente presentó compromiso cutáneo extenso y signos clínicos y tomográficos de EPI. La combinación de rituximab (RTX) y micofenolato mofetil (MMF) se implementó como estrategia terapéutica con el objetivo de frenar la progresión de la enfermedad. Durante el seguimiento se observó una mejoría sostenida del engrosamiento cutáneo (mRSS: 2 al mes 6 y 12), junto con una evolución favorable de los parámetros funcionales respiratorios y sin progresión en los hallazgos tomográficos. El tratamiento fue bien tolerado y no se reportaron eventos adversos graves. En cuanto a la evidencia disponible, un ensayo aleatorizado demostró que los pacientes que recibieron RTX en combinación con MMF presentaron una mejora significativa de la función pulmonar en comparación con aquellos que recibieron MMF más placebo, con una diferencia media del 3,60% en la capacidad vital forzada (CVF) a los 6 meses. Aunque a los 12 meses los beneficios funcionales no fueron estadísticamente significativos, la combinación mostró una mejora en la supervivencia libre de progresión, lo que sugiere posibles ventajas a largo plazo. Estos hallazgos respaldan el uso de esta terapia combinada como una opción eficaz y segura en pacientes con ESD y compromiso pulmonar en etapas tempranas.

Comentarios Finales: Este caso ilustra la eficacia y buena tolerancia del tratamiento combinado con RTX y MMF en una paciente con ESD y EPI en estadio inicial. El monitoreo clínico, funcional y por imágenes resultó clave para guiar la toma de decisiones terapéuticas. Los datos actuales respaldan el potencial beneficio de esta combinación a largo plazo.

Mes	CVF (L)	VEF1 (L)	DLCO (%)	mRSS
0	2.25	1.89	52	17
6	2.41	2.11	67	2
12	2.47	2.12	86	2

Tabla: TAC de pulmón 8/1/2024.

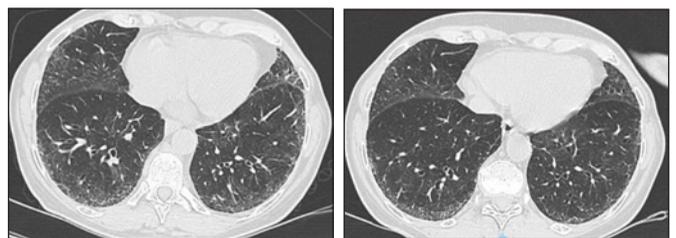


Figura: TAC de pulmón 3/4/2025.

0314

MÁS ALLÁ DE LA SERONEGATIVIDAD: EVIDENCIA INFLAMATORIA EN UNA ARTROPATÍA PERIFÉRICA

Isaac CADILE, Jorge Luis GONZÁLEZ, María Laura GOÑI, Cristian LARA BENALCAZAR, Eduardo MUSSANO, Rocío Fernanda NAZHA SEGUI, Laura ONETTI, Matías PALOMINO

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

Presentación del caso: Las artropatías periféricas seronegativas pueden ser difíciles de diagnosticar en ausencia de compromiso axial o marcadores serológicos. El ultrasonido con Power Doppler permite detectar inflamación activa y es recomendado por las guías EULAR y PANLAR como herramienta clave en estos contextos. **Caso clínico:** varón de 61 años, periodista, consulta por pérdida de peso >10 kg, anemia y poliartritis asimétricas de 2 meses de evolución. Examen: dactilitis en 2° y 3° dedo, sinovitis de IFP, MCF, muñeca y tobillo derecho, además de sinovitis de hombros y rodillas. Laboratorio con anemia microcítica hipocrómica (Hb 9 g/dl, VCM 79 fL), trombocitosis (421.000/μl), VSG 92 mm/h, PCR 17 mg/L. Gastroscopía: gastritis erosiva; colonoscopia: diverticulosis. Se confirma ferropenia severa con ferritina aumentada (ferremia 17 μg/dl, saturación de transferrina 8,9%) e hipotiroidismo primario (TSH 37 μU/ml, T4L 0,9 ng/dl). ANA, FR, anti-CCP y serologías virales no reactivas. Marcadores tumorales negativos. Ecografía Power Doppler: sinovitis activa en muñecas, MCF, IFP y rodillas, dactilitis de 2 y 3 dedo derecho y signos de tenosinovitis y entesopatía. Se inicia levotiroxina, prednisona, hierro y seguimiento por Reumatología. Se agrega metotrexato 15 mg/semana con buena tolerancia. Control endocrinológico: se diagnostica tiroiditis de Hashimoto. La función tiroidea y la citología mejoran progresivamente. En controles hasta julio de 2025 el paciente permanece sin sinovitis, con movilidad conservada, reactantes inflamatorios normales, anemia en resolución (Hb 12,9 gr/dl), y sin síntomas constitucionales.

Discusión: Una artritis periférica seronegativa con dactilitis y entesitis plantea un desafío diagnóstico frecuente. Se descartaron conectivopatías y enfermedad de Still. Por la anemia severa y edad se consideró síndrome paraneoplásico, sin hallazgos relevantes. La ecografía evidenció inflamación activa compatible con espondiloartritis periférica. Las guías EULAR y PANLAR recomiendan su uso en pacientes seronegativos y los criterios ASAS permiten clasificar EspA sin necesidad de HLA-B27.

Se descartaron conectivopatías y enfermedad de Still. Por la anemia severa y edad se consideró síndrome paraneoplásico, sin hallazgos relevantes. La ecografía evidenció inflamación activa compatible con espondiloartritis periférica. Las guías EULAR y PANLAR recomiendan su uso en pacientes seronegativos y los criterios ASAS permiten clasificar EspA sin necesidad de HLA-B27.

Comentarios Finales: El uso precoz del ultrasonido con Power Doppler permitió objetivar inflamación, orientar el diagnóstico y optimizar la estrategia terapéutica.



0247

TRES HISTORIAS, UN DILEMA: VIH Y ENFERMEDAD PSORIÁSICA

Priscila SERRAVALLE¹, Cecilia Alejandra COSTA¹, Nadia BENZAQUÉN², Pablo AMBROSELLI³

¹INVESTIGADORES DEL REGISTRO NACIONAL DE ENFERMEDAD PSORIÁSICA (RENAEPSO); ²SANATORIO DIAGNÓSTICO; ³HOSPITAL GENERAL ESPECIALIZADO EN ONCOLOGÍA JB ITURRASPE

Presentación del caso: **Caso 1:** Masculino de 51 años, tabaquista, diagnóstico de VIH en contexto de histoplasmosis mucocutánea (Feb 2024) sin tratamiento, 7 meses después comienza con lesiones cutáneas tipo eritematoescamosas, pruriginosas, en cuello, brazos y miembros inferiores. Se toma biopsia para anatomía patológica y cultivo de gérmenes atípicos, resultado negativo. Se solicita carga viral: 44600 copias/mL (log 6.0) y recuento de CD4 absolutos 8 cel/ul. Anatomía patológica: dermatitis de patrón psoriasiforme. Luego de 3 meses de tratamiento antirretroviral, las lesiones se resuelven. **Caso 2:** Masculino de 50 años, diagnóstico de VIH en 2017 en contexto de psoriasis cutánea extensa. El paciente abandona el tratamiento y los controles. Luego de 5 años, consulta por psoriasis extensa más poliartritis bilateral y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones. Se solicita carga viral: 99 copias/mL y recuento de CD4 absolutos 478 cel/ul. Inicia tratamiento con TARGA y metotrexato 20 mg/semana IM con buena respuesta clínica. **Caso 3:** Masculino de 53 años, diagnóstico de psoriasis cutánea a los 18 años de edad. Luego de 4 años se realiza el diagnóstico de VIH positivo en contexto de una enfermedad oportunista. A los 31 años evoluciona con artritis psoriásica, inicia tratamiento con sulfasalazina 1 g/día. Evoluciona con artritis mutilante de articulaciones DIF. El paciente no presenta adherencia médica, se lo cita para programar inicio de terapia biológica (secukinumab) y abandona el seguimiento clínico.

Discusión: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria heterogénea que afecta a pacientes con psoriasis o antecedentes familiares de la misma. En el contexto de la infección por el virus VIH, la APs adquiere características particulares. La prevalencia de psoriasis en pacientes VIH positivos es similar a la de la población general. La presentación clínica suele ser más severa y de curso progresivo, pudiendo ser la primera manifestación de la infección por VIH. El pilar del tratamiento es la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), la cual puede mejorar las manifestaciones clínicas. A pesar de ello, un subgrupo de pacientes requiere terapias modificadoras de la enfermedad convencionales (DMARcs), aunque su uso ha sido cauteloso por el riesgo de inmunosupresión adicional. Las terapias biológicas en pacientes con recuentos de CD4 controlados son una opción segura y eficaz en casos refractarios, aunque la evidencia se limita a series de casos y reportes. La forma más grave, la artritis mutilante (AM), es poco frecuente pero muy destructiva. Describimos 3 clínicos y presentamos la diversidad de la enfermedad psoriásica en pacientes con VIH.

Comentarios Finales: El manejo de la enfermedad psoriásica en pacientes con VIH requiere un enfoque interdisciplinario. La TARGA es la piedra angular del tratamiento y puede ser suficiente en algunos casos. Sin embargo, algunos pacientes necesitarán DMARcs o biológicos para controlar la actividad inflamatoria y prevenir el daño estructural. La artritis mutilante es rara; representa la máxima expresión de severidad y marca la necesidad de un diagnóstico y tratamiento tempranos y de una adherencia sostenida.

0240

USO DE ANIFROLUMAB EN UN ESCENARIO DEL MUNDO REAL: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Santiago CATALÁN PELLET, Ramiro GÓMEZ, Pablo MAID

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Presentación del caso: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por la producción de autoanticuerpos y la formación de inmunocomplejos que generan daño tisular multisistémico. Su fisiopatología involucra múltiples vías del sistema inmune, entre ellas la activación persistente del interferón tipo I. Anifrolumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra el receptor del interferón tipo I que bloquea su señalización. En ensayos clínicos ha mostrado efectividad clínica y reducción del uso crónico de glucocorticoides. Se evaluaron todos los pacientes que iniciaron anifrolumab entre 01/2023 y 05/2025, y se identificaron tres pacientes: todas mujeres, con LES de varios años de evolución y serologías específicas positivas. Presentaban manifestaciones predominantemente cutáneo-articulares y habían mostrado respuesta subóptima o falla a terapias previas convencionales y biológicas. Una paciente tenía antecedente de nefritis lúpica clase V con proteinuria <1 g/día en 2017, tratada con esteroides y azatioprina, con respuesta completa sostenida. Al inicio del tratamiento con anifrolumab, todas eran corticodependientes y presentaban actividad leve a moderada de la enfermedad. Durante el seguimiento, las tres alcanzaron remisión según SLEDAS, con reducción progresiva de glucocorticoides y suspensión completa en dos de ellas. Dos pacientes presentaron dolor crónico tipo sensibilización central, sin cambios significativos tras la introducción de anifrolumab. No se registraron eventos adversos graves, y las tres pacientes continuaban el tratamiento al cierre del seguimiento.

Discusión: En esta pequeña serie del mundo real, anifrolumab mostró un perfil de eficacia y seguridad consistente con los resultados de los ensayos TULIP. El hallazgo de ausencia de mejoría sobre el dolor crónico refuerza la necesidad de un enfoque multidisciplinario en pacientes con síntomas de sensibilización central. Entre las limitaciones del estudio se destacan el bajo número de casos, el seguimiento limitado y la falta de evaluación de biomarcadores de respuesta. Sin embargo, ante la escasez de datos locales, la consideramos un aporte valioso para el posicionamiento de esta nueva terapia en la práctica clínica.

Comentarios Finales: Anifrolumab demostró un perfil de efectividad y seguridad favorable, con mejoría clínica y ahorro de corticoides en pacientes con LES refractario. Estos resultados preliminares respaldan su incorporación como opción terapéutica en escenarios seleccionados. Estudios multicéntricos con mayor número de pacientes y seguimiento prolongado serán fundamentales para consolidar la evidencia local y optimizar la selección de candidatos para esta terapia.

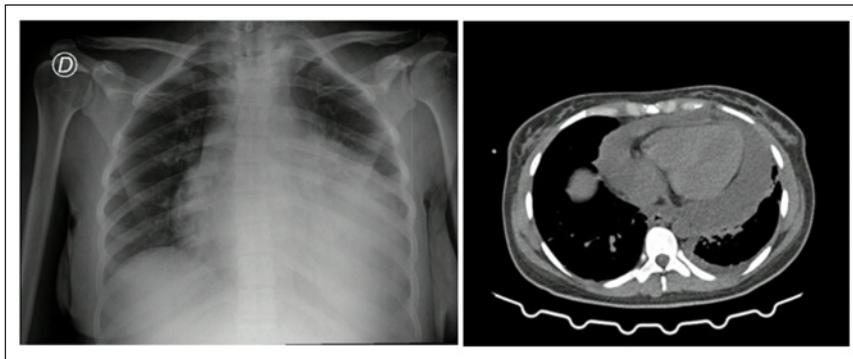
0233

DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON NEFRITIS LÚPICA Y TAPONAMIENTO CARDÍACO. A PRÓPOSITO DE UN CASO

Lucía Magdalena ARMOCIDA, Virginia HUHN, Mariana LAGRUTTA, Julieta MARQUARDT, Roberto PARODI

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

Presentación del caso: Paciente mujer de 23 años, sin antecedentes de jerarquía, presentó cuadro de 3 meses de evolución de poliartritis simétricas, interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, en muñecas y rodillas bilaterales, asociado a astenia y dolor torácico en punta de costado. De 4 días de evolución refirió tos seca y disnea clase funcional III, con exacerbación de síntomas previos. En radiografía de tórax se evidenció consolidación en base pulmonar izquierda comenzando tratamiento antibiótico con piperacilina/tazobactam empíricamente. Asociado presentó falla renal (Cr 2.8 mg/dl), proteinuria de rango no nefrótico en orina de 24 horas y hematías dismórficos en sedimento urinario, además signos de sobrecarga derecha (distensión venosa yugular, edemas en miembros inferiores). Se evidenció derrame pericárdico severo, con posterior taponamiento cardíaco, realizándose pericardiocentesis, drenaje de urgencia y ventana pericárdica. Las características del líquido eran: amarillo opalescente, proteínas 44.9 mg/dl, leucocitosis 24300 mm³ (PMN 88%, MN 12%), sin aislamiento de microorganismos en examen directo y cultivos de dicho líquido, y genXpert negativo. Se realizó un laboratorio inmunológico (FAN 1/5120, Anti Sm, C3 36 mg/dl, C4 4 mg/dl, Anti ADN+) confirmando diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, VES 78 mm/h, PCR 20.5 mg/L, con SLEDAI de 18 puntos. También se realizó biopsia renal, evidenciando como resultado glomerulonefritis proliferativa difusa clase IV. Realiza pulso de metilprednisolona, pulso de ciclofosfamida, hidroxycicloroquina y colchicina, presentando buena respuesta clínica, sin evidencia de derrame pericárdico en controles posteriores y mejoría de función renal (Cr 1.4 mg/dl).



Discusión: La serositis es frecuente en el lupus, aunque es infrecuente que se presente con taponamiento pericárdico severo. Si bien la poliartritis y el compromiso renal orientaban a la etiología autoinmune, es fundamental realizar diagnóstico diferencial con cuadros infecciosos u oncológicos, sin retrasar el tratamiento.

Comentarios Finales: En este caso, la presentación con alta actividad y compromiso vital se puede plantear que la infección pulmonar pudo haber sido un desencadenante para esta presentación tan agresiva. El tratamiento oportuno permitió una buena respuesta clínica.

0187

MIELITIS TRANSVERSA EXTENSA EN LES: ¿COMPLICACIÓN LÚPICA O NMO?

Marcela Alejandra ROMERO CABALLERO, Natalia Andrea PERROTTA, Maximiliano FENUCCI

HOSPITAL CÉSAR MILSTEIN

Presentación del caso: Paciente femenina de 35 años, con LES, enfermedad de Sjögren asociada y enfermedad de Graves-Basedow, consulta por hipoestesia crural derecha e inestabilidad de la marcha progresiva de 1 semana de evolución. EF: parestesia crural izquierda, hipoestesia desde el dermatoma L2 en adelante derecho, apalestesia rotuliana derecha, alteración del tacto epicrítico en miembros inferiores y signo de Lhermitte positivo. Se realiza una resonancia magnética nuclear de columna se observa en proyección del cordón medular y en los niveles C7-T4 múltiples hiperintensidades espontáneas en T2 y STIR. En la punción lumbar se obtiene líquido cefalorraquídeo con hipertropeinorraquia. Se asume como mielitis transversa

longitudinalmente extensa, recibe pulsos de corticoides con metilprednisolona 1 g endovenoso por 5 días e infusión de rituximab 1 g. La paciente evoluciona con mejoría clínica sensitivo-motora. Posteriormente se reciben resultados positivos para AQP4, por lo que se asume como espectro NMO.



Discusión: La relación entre el espectro NMO (NMOSD) y LES ha sido objeto de múltiples estudios recientes. Ambos son trastornos autoinmunes que pueden afectar el SNC y en ocasiones coexisten, generando desafíos diagnósticos y terapéuticos. Entre los diagnósticos diferenciales se debe tener en cuenta la mielitis transversa lúpica (SLE-TM). Un estudio retrospectivo indicó que los pacientes con SLE-TM que cumplen criterios de NMOSD presentan menor incidencia de erupciones cutáneas, serositis y nefritis lúpica, pero tienen mayor frecuencia de anticuerpos anti-AQP4. El manejo de pacientes con LES y espectro NMO es complejo debido a la posibilidad de exacerbaciones autoinmunes de ambas entidades. Según los estudios, los pacientes con NMOSD requieren tratamientos inmunosupresores más agresivos en comparación con los tratamientos estándar de LES.

Comentarios Finales: Actualmente no se cuenta con datos exactos con respecto a la incidencia y prevalencia del NMOSD en pacientes con LES y/o síndrome de Sjögren, principalmente a causa de que solo se cuenta con pequeños estudios de cohorte o reportes de casos. Los hallazgos recientes sugieren que el espectro NMO y LES pueden coexistir debido a mecanismos inmunológicos comunes, pero es importante reconocerlos como entidades clínicas distintas debido a que influye en el pronóstico y tratamiento posterior.

Figuras: RMN de columna total. Se observa en ambos cortes sagitales T2 y STIR tren los niveles C7 y T4 múltiples hiperintensidades espontáneas que no evidencia realce luego de la administración de gadolino.

0180

INFECCIÓN AGUDA POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE CON DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REPORTE DE UN CASO

Sofía CHEREY, Patricia Belén DOMÍNGUEZ LEIVA, Juan Manuel BANDE, María Alejandra MEDINA, Javier Federico FLORES TREJO, José Ángel CARACCILO, Gladys Vanesa SOTO, Marcelino LINARES, Silvia PAPASIDERO

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ

Presentación del caso: Las infecciones pueden actuar como desencadenantes o factores que empeoran el lupus eritematoso sistémico (LES). Presentamos el caso de una paciente de 24 años, que consultó al servicio de urgencias por padecer fiebre, diarrea, poliartalgias y muguet oral de 20 días de evolución, siendo derivada a la unidad de terapia intensiva por inestabilidad hemodinámica con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) y vasopresores. En estudios de imágenes presentó hepatoesplenomegalia, adenopatías axilares y retroperitoneales, y derrame pleural. El laboratorio evidenció pancitopenia, reactantes de fase aguda elevados y prueba de Coombs positiva. Se solicitaron serologías y perfil inmunológico que informaron serología para citomegalovirus (CMV) IgM positiva, FAN positivo (título 1/1280, patrón Nuclear Homogéneo, AC-1), anti ADN positivo 1/640, anti-Ro, ribosomal P y anti-histonas positivos, anti-Sm y anti-U1RNP indeterminados, hipocomplementemia y proteinuria en orina de 24 h elevada. Descartada la patología oncohematológica, se interpretó el cuadro clínico como LES con compromiso articular, hematológico, de serosas y renal. Se indicaron pulsos de metilprednisolona, con buena respuesta inicial evolucionando sin requerimiento de vasopresores ni ARM. Posteriormente presentó registros febriles sin rescate microbiológico en muestras de cultivos, realizando múltiples esquemas antibióticos, con persistencia de registros térmicos. Clínicamente se constató hipotonía generalizada y desarrolló un cuadro clínico compatible con miocarditis. Ante la evolución tórpida, en conjunto con Infectología se decidió solicitar carga viral para CMV la cual resultó positiva a altos títulos, por lo que se inició tratamiento con ganciclovir. Evolucionó afebril, con resolución del cuadro clínico y negativización de la carga viral. La paciente fue dada de alta y continúa seguimiento actualmente en forma ambulatoria.

Discusión: La infección por CMV puede simular en ocasiones las manifestaciones clínicas propias del LES. En inmunodeprimidos, la reactivación de la infección latente por CMV puede causar síntomas constitucionales, trastornos hematológicos (pancitopenia) o afectación orgánica grave. La antigenemia de CMV es el principal método para el diagnóstico de la infección. Los antivirales pueden mejorar el pronóstico

Comentarios Finales: La infección aguda por CMV, al igual que otras infecciones virales, se ha asociado tanto a la presentación como a las exacerbaciones del LES. Considerarla dentro de los diagnósticos diferenciales, junto con un abordaje multidisciplinario, resulta fundamental para el éxito terapéutico.

0106

HIPERTENSIÓN PULMONAR COMO PRESENTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Nahuel Gabriel BLANDO, Ivana Belén SANTOLAYA, Dianela CARBONE, Guillermina MOINE, Keila KLAUS MAC KELLAR, Lucas Jorge LONDERO, Carolina Solange GALLO, Lucía CICHILLITTI, Lucía MERCÉ, María Gimena RAU, Brian Marcelo ABDALA, Franco LUCCI, Mariano PALATNIK, María Noel CORTESE, Juan Pablo RUFFINO, Nadia CUADRANTI, María Florencia MARTÍNEZ, Ariana RINGER, Marianela NICOLA, Marcelo ABDALA

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

Presentación del caso: Mujer de 21 años sin antecedentes, familiar con lupus eritematoso sistémico (LES), cursando puerperio inmediato, ingresa a Unidad Coronaria por disnea, palpitaciones y edemas en miembros inferiores. EF: TA 140/90 mmHg, FC 110 lpm, FR 19 rpm, SAT O2 95% (0.21), T° 36.5 °C. R1-R2 normofonéticos. Soplo holosistólico 5/6 pulmonar. Rales crepitantes bibasales. Edemas godet ++ infrapatelar. ECGG: cavidades derechas severamente dilatadas, función sistólica del VD conservada, tronco pulmonar dilatado (43 mm), regurgitación tricuspídea y pulmonar, derrame pericárdico leve, FEY 45%. AngioTAC de tórax: defectos de relleno en ramas subsegmentarias bilaterales. Cateterismo derecho: PSAP 83 mmHg, patrón precapilar e imágenes compatibles con TEP crónico. Espirometría: FVC disminuida (69,6%), VEF1 disminuida (56,6%), VEF1/FVC conservada,

patrón restrictivo moderado. Se inicia tratamiento con enoxaparina, furosemida, sildenafil, ivabradina y bosentán. Luego de 3 meses agrega eritema malar, poliartralgias y Raynaud bifásico. Laboratorio: 3900 leucocitos/mm³, 123000/mm³, FAN 1/160 moteado, C3 107, C4 7, Anti-ADN negativo, anticoagulante lúpico, anti B2GP1 y anticardiolipinas: negativos. Anti-SSA/Ro60 kD: positivo. Capilaroscopia normal. Se arriba al diagnóstico de LES asociado a hipertensión pulmonar (HP) severa, se agrega hidroxycloquina y prednisona. En control con angioTAC y centellograma V/Q, al año de tratamiento no se observan lesiones tromboembólicas, persistiendo síntomas de insuficiencia cardíaca derecha con CF-OMS IV, PSAP estimada de 60 mmHg y TAPSE de 12 mm, Pro-BNP 7580 pg/ml. Se adiciona al tratamiento bomba de infusión de treprostnil SC, con mejoría parcial de los síntomas. Se plantea la evaluación para trasplante cardiopulmonar.

Discusión: La HP tiene una prevalencia del 0,5-17% en pacientes con LES y puede ser secundario al trastorno inmunitario de base o a EPID, disfunción del VI o TEP. En contexto de HP severa y síntomas a pesar de resolución del TEP, se interpreta como HP grupo 1. Los mecanismos implicados en su desarrollo incluyen vasoconstricción pulmonar funcional y cambios histopatológicos en la vasculatura pulmonar.

Comentarios Finales: La HP severa asociada a disfunción ventricular derecha es una manifestación infrecuente del LES, pero con una mortalidad elevada a pesar del tratamiento que requiere un manejo multidisciplinario.

0116

MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS COMO DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ASOCIADO A SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO: REPORTE DE UN CASO

Ricardo MÉNDEZ, Sabrina PORTA, María Natalia TAMBORENEA

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND

Presentación del caso: Paciente femenina de 15 años, sin antecedentes clínicos que presenta convulsión tónico clónica. No responde a benzodiazepinas y difenilhidantoina, requiriendo impregnación con fenobarbital ev. Al interrogatorio refiere fatiga y poliartralgias de 3 meses de evolución. Al examen físico se evidencian úlceras orales, sin sinovitis articular, al examen neurológico presencia de adinamia, bradilalia, bradipsiquia, alucinaciones visuales, disgrafía con aumento de la proporción en las letras, con pérdida de alineación y forma, fuerza muscular 5/5, sin signos piramidales, romberg negativo, marcha eubásica, episodios marcados de desorientación y comportamiento desorganizado de tipo fluctuante, se realizó citoquímico y bacteriológico de LCR negativo para meningitis, estudios de imagen RNM simple y con contraste de encéfalo, angioRNM de encéfalo, electroencefalograma, todos estos estudios sin alteración, laboratorio datos positivos; plaquetas 81.000 ktp 76 (no corrige con plasma normal), FAN 1:1280 patrón nuclear moteado discreto, Anti-Ds DNA 1:20 c3: 95 mg/dl c4: 4, Anticuerpo Anti P ribosomal: positivo, Anti beta 2 glicoproteína IgG: 207, Anticoagulante lúpico: positivo (se realiza segundo set a las 12 semanas confirmando diagnóstico de SAF), se confirma el diagnóstico de LES con síntomas neuropsiquiátricos graves, se calculó la actividad de la enfermedad con SLEDAI 2 K, con puntaje de 39 (brote severo), recibió dos ciclos de pulsos de corticoide con metilprednisolona 500 mg/d ev por 3 días, con desaparición de las úlceras en mucosa oral, artralgias, pero con persistencia de sintomatología neurológica. Se decide iniciar asa 100 mg/d, terapia biológica con rituximab, se infunde 1 g endovenoso en el día 0 y 15, posterior al segundo pulso se constata de desaparición de la clínica neuropsiquiátrica, con mejoría de la caligrafía y negativización de parámetros de actividad del LES.

Discusión: La heterogeneidad de los síntomas neuropsiquiátricos (NPSLE) es amplia en el LES, y el diagnóstico sigue siendo un desafío en ausencia de marcadores diagnósticos fiables para cada tipo de manifestación clínica. A pesar del creciente número de biomarcadores y autoanticuerpos que han sido probados, además de avances en técnicas de imagen, todavía no hay un estándar de oro para el diagnóstico de NPSLE, el cual sigue siendo de exclusión luego de haber descartado infecciones, causas metabólicas y psiquiátricas puras.

0146

SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA + LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: ASOCIACIÓN INFRECUENTE

Lucila ALBERT, Carolina SÁNCHEZ ANDÍA, María Mercedes CROCE, Verónica Inés ZARATE BARTOLOMEO, Miurika CORONELL, Delys TORRES MEJÍA, Claudia RAMÍREZ MORA

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JOSÉ MARÍA PENNA

Presentación del caso: Varón de 17 años, sin antecedentes, presenta cuadro clínico de 6 meses de evolución caracterizado por deterioro del estado general, palidez mucocutánea, mioartralgias y fiebre vespertina. Laboratorio con anemia mixta (ferropenia+trastorno crónico), leucopenia, trombocitopenia, eritrosedimentación aumentada, hiperferritinemia e hipertransaminasemia. Dosajes de vitaminas B9 y B12 normales. Serologías virales, VDRL, Chagas negativas; hemocultivos, urocultivo y cultivos de esputo y procalcitonina negativos. Sedimento urinario con leucocitos y hematíes abundantes. Se realiza tomografía de tórax, abdomen y pelvis con doble contraste que reporta esplenomegalia, y una ecografía abdominal con esplenomegalia y múltiples adenopatías perihepáticas y periesplénicas. Ecocardiograma sin particularidades. Se realiza orina de 24 h con hallazgo de proteinuria en rango no nefrótico, sedimento de orina en fresco con presencia de hematíes dismórficos. Dado el contexto de síndrome de repercusión del estado general, fiebre, citopenias, compromiso renal (hematuria glomerular), se solicita laboratorio inmunológico constatando FAN positivo 1/1280 granular fino, DNA nativo positivo 1/20, hipocomplementemia, RNP mayor a 200, Ro, La y Sm negativos. Por presentar profundización de citopenias con requerimiento transfusional, fiebre persistente y empeoramiento del estado general, se realiza punción aspiración de médula ósea constatándose actividad macrofágica. Se revisan criterios HLH-2004 para síndrome hemofagocítico, cumpliendo 5/8 criterios necesarios. Se decide iniciar tratamiento inmunosupresor agresivo. Con sospecha de debut de lupus eritematoso sistémico + sospecha de nefritis lúpica, se indican pulsos de metilprednisolona, micofenolato mofetil e hidroxycloquina, presentando mejoría clínica y bioquímica sustancial, con disminución franca de la proteinuria de 24 horas, logrando su externación y seguimiento ambulatorio.

Discusión: El síndrome de activación macrofágica (SAM) alude a un cuadro hiperinflamatorio sistémico derivado de la disregulación del sistema inmune, de causa reumatológica, dentro de las cuales las más ampliamente documentadas son la artritis idiopática juvenil sistémica, el lupus eritematoso sistémico (LES) y las vasculitis.

Comentarios Finales: Aunque la asociación de LES con SAM es infrecuente (5% casos), puede darse tanto en el debut como en el curso de la enfermedad y la mortalidad asociada ronda el 20-30% de las series.

0164

PACIENTE CON RHUPUS, HERPES ZÓSTER DISEMINADO Y VASCULITIS: UNA COMPLICACIÓN INFECCIOSA CON DESENLAJE FATAL

Catalina PIZARRO, Romina NIETO, Rosana QUINTANA, Boris KISLUK, Florencia TKACZUK, Leonel Ariel BERBOTTO, Guillermo BERBOTTO

HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, GRANADERO BAIGORRIA

Presentación del caso: Mujer de 44 años con Rhupus desde 2020, tratada con metotrexato, hidroxiclороquina, mofetil micofenolato y prednisona. Laboratorio inicial: FAN 1/1280, FR 126 UI/ml, anti CCP 415 UI/ml, anti-DNA positivo, C3 y C4 consumidos. En 2024 se interna por disnea y anasarca. Hallazgos: Hcto 29,8%, PCR 1 mg/l, proBNP 258 pg/ml, función renal y hepática normales, albúmina 4,1 mg/dl y alfa-1 antitripsina en materia fecal 68 mg/dl. Ecocardiograma con FEVI 62%, hipertensión pulmonar leve. Cateterismo cardíaco: hipertensión pulmonar leve a moderada (PSAP 43 mmHg). Requiere silde-nafil y diuréticos con mejoría clínica. En abril de 2025 presenta herpes zóster en hemicinturón abdominal derecho, tratado inicialmente con aciclovir oral. Evoluciona con diseminación de lesiones vesiculosas y ulceradas en extremidades, rostro y pie izquierdo. La biopsia de piel mostró vasculitis leucocitoclástica y PCR positiva para virus herpes zóster (VVZ), confirmando compromiso viral diseminado. Recibe aciclovir EV por 15 días con mejoría, pero 20 días luego del alta desarrolla dolor torácico opresivo y muerte súbita.

Discusión: El VVZ puede actuar como desencadenante de vasculitis en huéspedes inmunosuprimidos, con afectación cutánea y potencial compromiso vascular sistémico. La diseminación viral, sumada a la disfunción endotelial mediada por inmunidad alterada, puede precipitar eventos cardiovascularmente graves. Existen evidencias científicas que avalan la asociación de infección por VVZ y accidente cerebrovascular, infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca, incluso en pacientes sin enfermedad cardiovascular previa. En este caso, la evolución fatal podría vincularse a un compromiso vascular por VVZ.

Comentarios Finales: La infección por VVZ en pacientes con enfermedades autoinmunes complejas como Rhupus puede evolucionar a formas diseminadas y vasculíticas, con riesgo de complicaciones cardiovasculares severas. Este caso refuerza la importancia de una vigilancia estricta en pacientes inmunosuprimidos ante la aparición de infecciones por VVZ y su prevención con vacunas recombinantes cuando sea posible.

0330

ANTICOAGULACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES. SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO TROMBÓTICO EN VARÓN CON CIRROSIS

Candelaria AUDISIO¹, Martín Alberto CASTILLO¹, Juan Manuel MIRANDA BAZÁN¹, Paula ALBA¹, Verónica SAVIO¹, Alejandro ALBIERO¹, Carla Gimena ALONSO¹, Carla Andrea GOBBI¹, Fabián Eduardo ZÁRATE², Alejandra BABINI¹

¹HOSPITAL CÓRDOBA; ²HOSPITAL ITALIANO DE CÓRDOBA

Presentación del caso: Varón de 45 años y antecedentes de lupus eritematoso sistémico (LES), síndrome antifosfolipídico (SAF) con triple positividad de anticuerpos y cirrosis hepática (CH) de etiología incierta y diagnóstico de trombosis portal (TP) en el año 2022, asociado a várices esofágicas, por lo que es sometido a tratamiento con bandas de dichas várices y posteriormente inicia tratamiento con enoxaparina para TP. Al inicio de seguimiento, presenta laboratorio con Hb 9,9- GB: 2800, plaquetas de 48000, APP 53% eritrosedimentación 24 mm, hepatograma normal, albúmina de 3,8. Durante su evolución presenta recaída de LES con compromiso renal y proteinuria de 1,9 g en 24 horas, función renal normal, C3: 68-C4: 9. Se inicia tratamiento con corticoides, micofenolato mofetil seguido de infusión de rituximab para tratamiento de nefritis lúpica. En semanas siguientes evoluciona con neutropenia febril con empeoramiento de recuento de plaquetas por lo que se suspende anticoagulación con HBPM. En control posterior con imagen tomográfica se constata progresión de trombo de vena porta por lo que se evalúa riesgo y beneficio, y se decide iniciar nuevamente anticoagulación con enoxaparina 1 mg/kg una vez el recuento de plaquetas alcanza valores habituales con seguimiento estricto de recuento plaquetario e imagenológico de trombosis portal.

Discusión: Históricamente se ha creído que los pacientes que presentan cirrosis poseen un riesgo aumentado de hemorragia, pero en realidad estos pacientes tienen un estado de alteración de la hemostasia que puede predisponer a la trombosis y a hemorragia. La TP puede ser una complicación en la CH e hipertensión portal, incrementado la mortalidad en un 26% y en un 10% por su sola presencia. Diversos estudios han demostraron que el tratamiento anticoagulante en pacientes con TP mejora la sobrevida y el pronóstico, y en este caso la presencia de SAF requiere un tratamiento a largo plazo. Con respecto a la elección del anticoagulante, las guías recomiendan el uso de heparinas de bajo peso molecular (HBPM) y anticoagulantes orales directos (DOACS) sobre el tratamiento con antagonistas de vitamina K. La presencia de triple positividad de AAF en este paciente contraindica el uso de DOACS, por lo que luego de una evaluación estricta del riesgo y beneficio se decide mantener anticoagulación con HBPM. Es importante el tratamiento con bandas para várices esofágicas previo a la anticoagulación.

Comentarios Finales: En pacientes con SAF, CH y TP el tratamiento anticoagulante se recomienda para la prevención de recurrencia y reducción de la mortalidad. La HBPM es una opción en pacientes con contraindicación a DOACS y el tratamiento de várices previo es vital para la prevención de complicaciones.

0244

LUPUS NEUROPSIQUIÁTRICO COMO FORMA DE INICIO DE LUPUS MUY GRAVE: IMPACTO DEL TRATAMIENTO EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA Y FUNCIONAL

Karín Natali SARAVIA CHOCOBAR¹, Carla Valeria COLLADELLO², Juan Pablo VINICKI¹

¹UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL ISIDORO IRIARTE DE QUILMES; ²HOSPITAL ISIDRO IRIARTE, QUILMES

Presentación del caso: Paciente mujer de 30 años que consultó por poliartritis simétrica severa de pequeñas y grandes articulaciones, acompañada de alopecia, rash malar y úlceras orales indoloras. Como antecedentes, se destacaba compromiso cognitivo significativo y pancitopenia en estudio. Los análisis de laboratorio revelaron anticuerpos antinucleares (FAN) de título alto con patrón homogéneo nuclear, anticuerpos anti-DNA positivos, complemento disminuido y pancitopenia (anemia, leucopenia/linfopenia y plaquetopenia severa). La biopsia de médula ósea mostró hipocelularidad sin displasia ni infiltrado. Asimismo, se identificaron hallazgos compatibles con nefritis lúpica en fase inicial (proteinuria subnefrótica persistente y sedimento urinario activo), aunque no se realizó biopsia renal por negativa de la paciente. Ante los antecedentes de deterioro cognitivo, se solicitó resonancia magnética cerebral, que evidenció imágenes hiperintensas puntiformes en sustancia blanca subcortical y regiones frontoparietales, com-

patibles con lesiones microangiopáticas. La evaluación neurocognitiva previa al diagnóstico reveló un compromiso cognitivo generalizado, con afectación marcada en funciones atencionales, visuoespaciales, de lenguaje y ejecutivas, sin un patrón demencial típico, pero con trastorno cognitivo significativo. Se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona intravenosa (500 mg IV por 3 días), seguido de meprednisona oral (1 mg/kg/día), asociado a hidroxicloroquina y micofenolato mofetil (MMF) como esquema inmunosupresor.

Discusión: Tras el tratamiento, se evidenció remisión clínica del compromiso articular, mucocutáneo y hematológico, con negativización de la proteinuria. La evolución neurocognitiva fue favorable, con mejoría en múltiples dominios. Las funciones visuoespaciales, atencionales y de lenguaje mostraron recuperación parcial; persisten algunas dificultades ejecutivas leves que no interfieren significativamente con el funcionamiento global. El deterioro cognitivo es frecuente en LES, afectando al 50% de los pacientes, con compromiso de memoria, aprendizaje (46%) y funciones ejecutivas (39%). En el LES neuropsiquiátrico (NPSLE), el deterioro es más marcado, especialmente en atención y funciones ejecutivas. Estas alteraciones se asocian a cambios estructurales cerebrales, como aumento de hiperintensidades en sustancia blanca (particularmente en NPSLE inflamatorio) y reducción del volumen cerebral total y de la materia gris, lo que apoya un origen orgánico del deterioro cognitivo.

Comentarios Finales: Este caso resalta la posibilidad de reversión del deterioro cognitivo en LES, especialmente con el diagnóstico y el tratamiento oportuno. La detección precoz de la actividad sistémica, el abordaje interdisciplinario y un tratamiento inmunomodulador adecuado pueden modificar las manifestaciones neurológicas. En pacientes jóvenes, esto mejora el pronóstico funcional y la calidad de vida.

0274

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y DERMATOSIS AMPOLLAR: DESAFÍO DIAGNÓSTICO

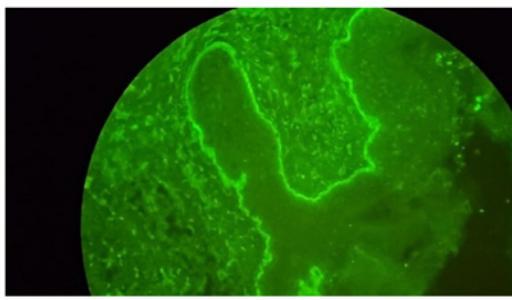
Emilce Del Milagro GARCÍA NÚÑEZ, José Manuel DIAZ OCHOA, Pablo Nicolás VECE, María Constanza BERTOLACCINI, Luciana GONZÁLEZ LUCERO, Ana Lucía BARBAGLIA NAVARRO, Raúl SUELDO, Verónica BELLOMI

HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA

Presentación del caso: Se describe una paciente de 21 años con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES), (ACR/EULAR 2019) desde 2022 que presentó lupus cutáneo agudo, ANA+, anti-DNA+ y compromiso hematológico severo (púrpura trombocitopénica) con respuesta insuficiente a diversos esquemas terapéuticos: altas dosis de corticosteroides, azatioprina, micofenolato mofetil y rituximab. Ante refractariedad de trombocitopenia, en diciembre de 2024 se inicia anifrolumab 300 mg mensual; última dosis en febrero de 2025. En abril de 2025 presenta lesiones vesículo-ampollares de distribución generalizada en piel y mucosas, dolorosas, pruriginosas, algunas con contenido hemorrágico, rash malar y plaquetopenia (SLEDAI 3). En conjunto con Dermatología se plantean diagnósticos diferenciales: reacción adversa medicamentosa (RAM) por anifrolumab, lupus bulloso (LB), penfigoide ampollar (PA) y dermatosis IgA lineal. Se realiza biopsia cutánea que evidencia ampolla subepidérmica con infiltrado inflamatorio

mixto con eosinófilos. La inmunofluorescencia directa muestra depósito lineal de IgG en la membrana basal, hallazgo compatible con penfigoide ampollar. Recibe tres pulsos de metilprednisolona 125 mg y dapsona 100 mg/día con respuesta parcial y posterior empeoramiento de lesiones ampollares con extensión a vía aérea y hemoptisis. Por severidad del cuadro, recibe meprednisona 40 mg/día y rituximab (2 g) con respuesta subóptima. En julio de 2025 presenta recaída y se indica gammaglobulina endovenosa.

Discusión: El caso se presentó como un desafío diagnóstico entre lupus bulloso, penfigoide ampollar, dermatosis IgA lineal y RAM, así como un reto terapéutico frente a la falta de respuesta a los tratamientos instaurados. El LB suele afectar áreas fotoexpuestas y mucosas, con resolución rápida de las lesiones y asociación con autoanticuerpos dirigidos contra el colágeno tipo VII (COL7A1). Por su parte, el PA presenta ampollas subepidérmicas con infiltrado eosinofílico y patrón de depósito lineal de IgG y/o C3. Si bien el PA inducido por fármacos está documentado, no se han reportado casos vinculados al uso de anifrolumab hasta la fecha. Además, en esta paciente la relación temporal entre la administración del fármaco y la aparición de las lesiones cutáneas superó las 2 vidas medias.



Comentarios Finales: Este caso resalta la importancia de considerar diagnósticos diferenciales en presencia de lesiones ampollares en pacientes con LES. Asimismo, subraya la necesidad de integrar los hallazgos clínicos, histopatológicos e inmunológicos para arribar a un diagnóstico preciso y orientar el manejo terapéutico.

0299

INFECCIÓN OPORTUNISTA POR HISTOPLASMA CAPSULATUM CON COMPROMISO NEUROLÓGICO EN DERMATOMIOSITIS JUVENIL: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL

Eva Victoria JAVIER GELATTI, Graciela BETANCUR, Mayra ETCHEVERRY, Patricia Tatiana VELASCO, Adrián ESTÉVEZ, Alejandra Inés ABALO, Matías Hernán GARCÍA HERNÁNDEZ, María Julia PAPAGNO, Sabrina Marta ARGÜELLO, Agustina LLARENS, Lucía PEIRANO

HOSPITAL EL CRUCE

Presentación del caso: Paciente de 22 años, con diagnóstico de DMJ en mayo de 2024. Presentó debilidad muscular proximal, disfagia, disnea y exantema cutáneo. Hallazgos: anti-PM/Sc100 positivo, CPK 50 UI/L, RM muscular compatible. Inició tratamiento con metilprednisolona EV, meto-

traxato SC, ácido fólico y prednisona VO. Evoluciona con mejoría muscular y persistencia de lesiones cutáneas. En febrero de 2025 presenta recaída con aumento de CPK y aldolasa, y recibe nuevo pulso de corticoides y rituximab EV. En abril de 2025 consulta por cefalea intensa, vómitos, convulsión tonicoclónica, parálisis del III par, nistagmus y paresia crural izquierda. TAC cerebro s/cte muestra hidrocefalia. RMN de cerebro c/cte lesiones con realce en anillo, edema transependimario y lesiones subcorticales. LCR: glucorraquia 19 mg/dL, proteinorraquia 255 mg/dL, 117 células/mm³. Inicia tratamiento empírico antibiótico, antiviral y antifúngico por sospecha de meningitis tuberculosa. Evoluciona con deterioro neurológico y convulsiones, ingresando a UTI con drenaje lumbar y anticonvulsivantes. El cultivo de LCR confirma histoplasma *capsulatum*, iniciándose tratamiento con anfoterina B liposomal, con buena evolución.

Discusión: Histoplasma *capsulatum* es un hongo dimórfico endémico en América, con afectación del SNC en un 5-10% de los casos de histoplasmosis diseminada, principalmente en pacientes inmunocomprometidos como aquellos con VIH/SIDA. El compromiso neurológico en pacientes inmunocomprometidos no VIH, como bajo tratamiento inmunosupresor en enfermedades reumatológicas, es infrecuente. Sus manifestaciones clínicas son variables: meningitis crónica, encefalitis, lesiones focales o cuadros subclínicos. El diagnóstico suele ser complejo, ya que las imágenes y el LCR pueden ser normales. Si bien la detección de antígenos y anticuerpos son útiles, el cultivo sigue siendo el estándar. La inespecificidad clínica y la demora diagnóstica aumentan la morbimortalidad. La histoplasmosis del SNC es rara fuera del contexto de VIH, pero debe considerarse en pacientes con inmunosupresión por enfermedades autoinmunes. El caso presentado ilustra una presentación atípica y grave en una paciente con DMJ. El cuadro clínico neurológico fue inicialmente inespecífico, retrasando el diagnóstico. En estudios, hasta un 28% de los pacientes tienen LCR normal y más del 20% RM sin alteraciones. En este caso, los hallazgos imagenológicos (realce en anillo, hidrocefalia, edema subcortical) fueron sugestivos. La sospecha clínica, sumada al cultivo micológico, permitió confirmar el diagnóstico y orientar el tratamiento específico.

Comentarios Finales: Este caso destaca la necesidad de incluir la histoplasmosis del SNC en el diagnóstico diferencial de síntomas neurológicos en pacientes bajo inmunosupresión, incluso sin factores de riesgo clásicos. La detección precoz con estudios micológicos específicos y el inicio oportuno de antifúngicos son fundamentales para reducir la morbimortalidad y las secuelas neurológicas.

0166

DISFERLINOPATÍA SIMULANDO MIOPATÍA INFLAMATORIA IDIOPÁTICA REFRACTARIA: ROL DE LA BIOPSIA MUSCULAR

Verónica Inés ZÁRATE BARTOLOMEO¹, Mercedes CROCE¹, Lucila ALBERT¹, Barreto Lara ENRIQUE JOHAN¹, Verónica VARGAS¹, Facundo NOBLE², Carolina SÁNCHEZ ANDÍA¹

¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JOSÉ MARÍA PENNA; ²HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA

Presentación del caso: Mujer de 27 años consulta por debilidad muscular progresiva de 4 meses de evolución y disnea clase funcional II. Refiere dificultad para entrenar, incorporarse del piso y elevar los brazos. No presenta lesiones cutáneas ni síntomas sistémicos. Antecedentes: dislipidemia, intolerancia al gluten, madre con esclerodermia, padre fallecido por muerte súbita a los 36 años. Laboratorio inicial: CPK 6534 U/L, transaminasas elevadas, VSG normal, FAN y serologías virales negativas. Al examen físico presenta debilidad proximal simétrica. Se sospecha miopatía inflamatoria idiopática (MII) y se solicita resonancia magnética musculoquelética que evidencia edema miofibrilar y reemplazo graso parcial en músculos psoas-iliaco (predominio distal derecho), complejo aductor, glúteos, cuádriceps y sartorio. EMG sin alteraciones patológicas. El panel miopático informa anti-Ku indeterminado. Evoluciona con disfagia alta, se decide internación. Inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona con mejoría de la disfagia, pero persiste con ligera debilidad muscular. Se externa con MPD 40 mg/d y metotrexato. Persistencia de enzimas musculares elevadas. Se agrega azatioprina con respuesta parcial. Se indica rituximab. Se solicita biopsia muscular y valoración por servicio de Neurología, se plantea posible distrofia muscular. Se solicita test genético e inicia descenso de esteroides de forma progresiva. La biopsia muscular informa necrosis y regeneración de fibras sin infiltrado linfocitario significativo, expresión focal de MHC-I y depósito difuso de C5b-9, hallazgos compatibles con disferlinopatía. El estudio inmunohistoquímico confirma ausencia de expresión de disferlina. El panel genético identifica mutaciones bialélicas patogénicas en el gen DYSF confirmando el diagnóstico de distrofia muscular de cinturas tipo 2B (LGMD2B). Se deriva a la paciente para rehabilitación.

Discusión: Las disferlinopatías, entre ellas la distrofia muscular de cinturas tipo 2B (LGMD2B), son miopatías genéticas autosómicas recesivas causadas por mutaciones en el gen DYSF, que codifican la disferlina, una proteína fundamental para la reparación del sarcolema y la homeostasis del calcio intracelular. Pueden simular cuadro de miopatía inflamatoria idiopática (MII), en particular polimiositis. Esta superposición clínica ha llevado en múltiples casos a diagnósticos erróneos y tratamientos inmunosupresores prolongados e ineficaces. La histopatología e inmunohistoquímica son claves para el diagnóstico. Se confirma mediante estudios moleculares que identifican variantes patogénicas bialélicas en DYSF.

Comentarios Finales: Se presenta un caso de distrofia muscular en una paciente joven con sospecha inicial de MII. La falta de respuesta a los tratamientos instaurados y la ausencia de manifestaciones extramusculares establecen sospecha de distrofia muscular. El uso adecuado de la RMN, la biopsia muscular y los estudios moleculares permiten un diagnóstico preciso, evitando tratamientos innecesarios y favoreciendo un seguimiento acorde y un asesoramiento genético adecuado.

0133

SÍNDROME DE MAZABRAUD: DISPLASIA FIBROSA ÓSEA Y MIXOMAS INTRAMUSCULARES

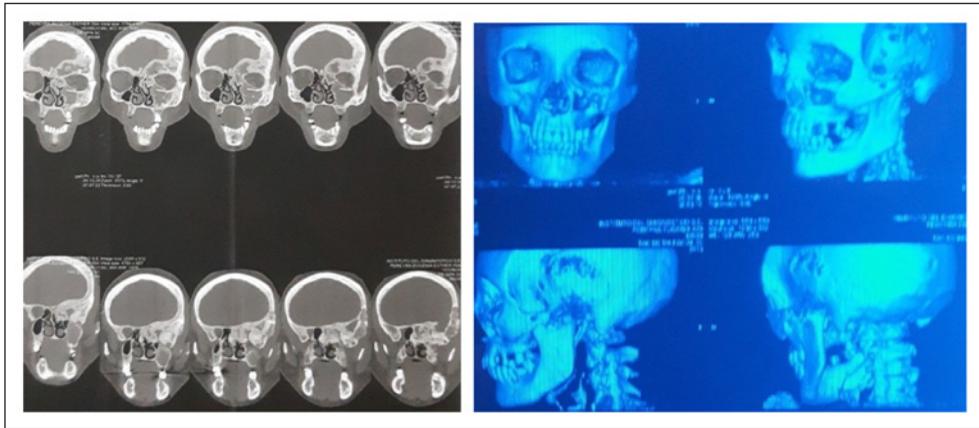
Gonzalo RODRÍGUEZ FALABELLA, María Elena SZYRMA, Federico Luján BENAVIDEZ, Bianca Agustina BASSO, Alejandro ORDOÑEZ, Camila MAISONAVE, Jesica MORALES, Tomas BUSQUETS

HIGA PEDRO FIORITO DE AVELLANEDA

Presentación del caso: Paciente femenina de 56 años, con diagnóstico en su adolescencia de displasia fibrosa ósea a nivel de macizo facial, para lo cual requirió colocación de prótesis, consulta por omalgia izquierda de un año de evolución con severa limitación funcional. Al examen físico presentaba dolor y limitación en todos los rangos de movimiento, tanto activos como pasivos a nivel del hombro izquierdo. Se realizó laboratorio con aumento de Fal total y ósea, y resonancia que evidenció compromiso de húmero y omoplato asociados a la presencia de lesiones intramusculares en subescapular, deltoides y dorsal ancho. Se tomó biopsia ósea y muscular que informó displasia fibrosa ósea asociado a mixomas, confirmando así el diagnóstico de síndrome de Mazabraud.

Discusión: Se comparte este caso dada la baja frecuencia de presentación de la asociación de DFO y tumores musculares (mixomas) en el consultorio del reumatólogo, debiendo sospechar el mismo en pacientes con diagnóstico previo de DFO que presenten dolor o masas musculares a lo largo de su vida, ya que se sabe que las lesiones óseas pueden preceder en años a la aparición del compromiso muscular.

Comentarios Finales: El síndrome de Mazabraud es una asociación infrecuente que debe tenerse en cuenta en pacientes con DFO y tumores de partes blandas. Su reconocimiento permitirá diagnosticarlo oportunamente y así realizar el abordaje multidisciplinario que este síndrome requiere.



0203

VEXAS: UNA ENFERMEDAD AUTOINFLAMATORIA NUEVA Y NO RARA

María Laura LEWIN¹, María Marcia STURNO¹, Marcelo Leonardo NENKIES¹, Jessica NÚÑEZ¹, Elizabeth ROJAS¹, María Cecilia POLI², Marcela FERRADA³, Emilce SCHNEEBERGER⁴

¹HOSPITAL MUNICIPAL RAMÓN SANTAMARINA TANDIL; ²FACULTAD DE MEDICINA CLÍNICA ALEMANA; ³UNIVERSITY OF MARYLAND; ⁴INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

Presentación del caso: Paciente de 71 años que en 2019 debuta con nódulos eritematosos, dolorosos en miembros superiores (MMSS) e inferiores (MMII) y fiebre, compatibles por biopsia con dermatosis neutrofilica febril (DNF), es tratado con glucocorticoides (GC) a baja dosis. En 2023, se detecta una anemia macrocítica (Hb10.2 grs%, VCM 102 u3), ERS elevada, FAN y ANCA negativos. La biopsia de médula ósea (BMO) resulta normal. En octubre de 2023 presenta isquemia arterial aguda en MI izquierdo como consecuencia de trombosis de la arteria poplítea con consecuente amputación supracondílea y anticoagulación con acenocumarol. En enero de 2024 manifiesta cuadro de disnea aguda secundaria a tromboembolismo pulmonar y trombosis venosa profunda (TVP) en MI derecho (D). No se estudia la causa de trombofilia. Ante la sospecha de síndrome de VEXAS se decide revisar BMO previa, detectándose vacuolas intracitoplasmáticas en células progenitoras eritroides (Figura 1). Por esta razón, se solicita estudio genético que informa mutación somática 21A>C (p. Met41Leu) en el exón 3 del gen UBA1. El paciente evoluciona con brotes de DNF cada 20 días que responden favorablemente a meprednisona 20-30 mg/d y recae al intentar reducir la dosis. En mayo de 2025 se interna por placas eritematosas y necróticas en el cuello, tórax y región posterior del hombro derecho compatible con celulitis necrotizante granulomatosa subaguda (Figura 2). Se trata con GC a altas dosis y antibióticos en forma empírica. Cultivos de sangre, orina y piel: negativos para gérmenes comunes y hongos. El paciente intercorre con TVP MID por suspensión transitoria de anticoagulación para realización de biopsia y colocación de acceso venoso central. Se inicia tratamiento con azacitidine 75 mg/m²/d durante una semana en forma mensual.

Discusión: El síndrome de VEXAS (vacuolas, enzima E1, ligada al X, autoinflamatoria, somática) es una enfermedad autoinflamatoria de inicio en la edad adulta descrita por Beck et al. en 2020. Actualmente, es más común que lo previamente reportado y es raro en mujeres y jóvenes. Entre las manifestaciones clínicas se destacan: fiebre, DNF, condritis, vasculitis, infiltrados pulmonares, tromboembolia y citopenias. El pronóstico es malo, con una mortalidad a 5 años del 30 al 40%.

Comentarios Finales: Los médicos debemos estar familiarizados con las manifestaciones clínicas y hematológicas que sugieren VEXAS con el fin de diagnosticar tempranamente a estos pacientes para tratarlos en forma oportuna y así evitar complicaciones y reducir la alta tasa de mortalidad de esta enfermedad.

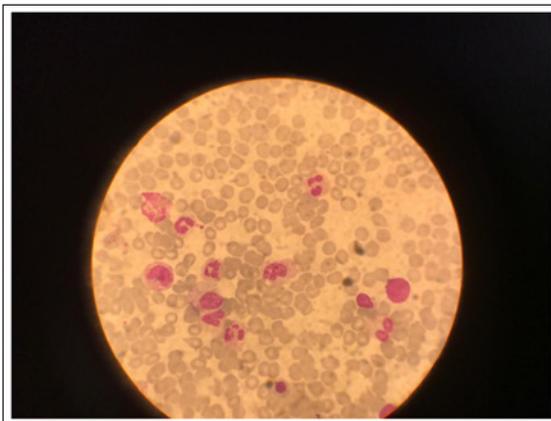


Figura 1



Figura 2

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE CASOS DE NECROSIS ÓSEA AVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Cecilia Andrea TORREJÓN ROMERO, Ignacio LÓPEZ, Alejandro BRIGANTE

SANATORIO GÜEMES

Presentación del caso: La necrosis ósea avascular (NOA) es la muerte del tejido óseo por compromiso vascular, con riesgo de colapso articular y pérdida funcional. Puede ser idiopática o secundaria a enfermedades autoinmunes (EAI), en especial lupus eritematoso sistémico (LES), donde la frecuencia reportada oscila entre el 5% y 44%. Su patogénesis es multifactorial y aún no del todo esclarecida. El objetivo fue analizar las características clínicas y los factores de riesgo asociados a la presencia de NOA en pacientes con EAI en una serie de casos. Se trató de un estudio retrospectivo, de cohorte transversal, realizado en un centro de tercer nivel entre el 1/1/2024 y 1/6/2025. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con enfermedades reumatológicas y diagnóstico de NOA confirmado por imagen. Se excluyeron casos de NOA traumática. Se recopilaron y clasificaron los datos clínicos para su análisis.

Discusión: Se revisaron 1339 historias clínicas, se incluyeron 9 pacientes con diagnóstico de NOA en EAI, el 78% (n=7) eran mujeres, un 44% (n=4) presentaban diagnóstico de LES, con una mediana de edad al diagnóstico de 40 años (RIC 31-60) del total de los pacientes. El síntoma más frecuente

Edad al diagnóstico NOA mediana (RIC)	40 (31-60)
Tiempo de diferencia EAI-NOA mediana, meses (RIC)	46 (17-72)
Síntomas	
Dolor Articular	8 (89%)
Asimetría de Miembros	1 (11%)
Localización de NOA	
Cabeza Fémur n(%)	9 (100%)
Tobillo n(%)	1 (11%)
Numero de Sitios Afectados	
2 Sitios n(%)	5 (56%)
1 Sitios n (%)	3 (33%)
4 Sitios n (%)	1 (11%)
Tratamiento	
Corticoides en EAI n (%)	7 (78%)
Corticoides al momento de NOA n (%)	4 (44%)

fue dolor en un 78% (n=7). La afectación más frecuente fue la cabeza de fémur con un 100% (n=9) acompañada en un 56% (n=5) de una segunda articulación. La mediana de tiempo fue de 46 meses (RIC:17-72) entre el diagnóstico de la EAI y la presencia de NOA. Con respecto al tratamiento, el 78% (n=7) utilizó corticoides durante la enfermedad con una mediana de 84 meses (RIC de 18-132) de empleo de esta droga, de los cuales n=4 (44%) se encontraban con corticoides al momento del diagnóstico de la NOA.

Comentarios Finales: En esta serie de casos de necrosis ósea avascular (NOA) en enfermedades autoinmunes, observamos predominio de mujeres y del lupus eritematoso sistémico sin síndrome antifosfolipídico como patología más frecuente. El uso de corticoides fue el principal factor de riesgo identificado, en concordancia con la literatura previa, por lo que consideramos que es importante realizar trabajos con mayor cantidad de pacientes para evaluar la presencia de los mismos.

HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA, INFECCIONES COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Leandro MADDALENA, María Eugenia URROZ, Salazar Soto FABIO, Malena VIOLA, María Gimena GÓMEZ, Darío MATA, Augusto Martín RIOPEDE, Narda Krupskaja CHILÁN SANTANA, Edith Iris GIRÓN, Marina QUARLERI, Lionel WACHS, Marina PENALBA, Griselda REDONDO, María Celina DE LA VEGA

HOSPITAL COSME ARGERICH

Presentación del caso: Paciente masculino de 45 años consulta en guardia externa por malestar general, disnea progresiva, dolor abdominal y mialgias de 5 días de evolución. Ingresa lúcido, taquicárdico, hipotenso, con insuficiencia renal aguda (creatinina 9.7 mg/dl y urea 125 mg/dl). Se realiza Tc de tórax sugestiva de hemorragia alveolar difusa. Evoluciona con requerimiento de cánula de alto flujo de oxígeno y hemodiálisis. Se interpreta como posible síndrome pulmón-riñón. Inicia tratamiento con ceftriaxona y pulsos de metilprednisolona 250 mg/día por 3 días. Cultivos e inmunoserología negativos. Se realiza biopsia renal que informa nefropatía extracapilar con 1 semiluna epitelial circunferencial (1/10 glomérulos), no concluyente. Se recibe serología positiva para Leptospirosis. Presenta mejoría clínica y de laboratorio por lo que se externa.

Discusión: El síndrome pulmón-riñón (SPR) se caracteriza por la coexistencia de hemorragia alveolar difusa e insuficiencia renal aguda (IRA), generalmente de origen inmunomediado. Las principales causas incluyen vasculitis ANCA, lupus eritematoso sistémico, enfermedad anti-MBG y crioglobulinemia. Sin embargo, también existen causas infecciosas como la leptospirosis, la cual puede producir SPR mediante una respuesta inflamatoria sistémica con disfunción endotelial, daño en la barrera alveolo-capilar y glomerular generando hemorragia pulmonar e IRA. En este caso, la evolución clínica y la exclusión de causas autoinmunes orientaron a una patología infecciosa.

Comentarios Finales: Este caso resalta la importancia de considerar etiologías infecciosas en el diagnóstico diferencial del SPR, especialmente en regiones endémicas o en contexto de brotes. La leptospirosis debe sospecharse ante cuadros de disfunción multiorgánica con fallo respiratorio y renal. La intervención precoz con soporte vital, inmunosupresión y antibióticos permite una recuperación favorable. En Argentina, hasta un 10% de los casos de leptospirosis puede evolucionar a formas graves con compromiso pulmón-riñón, lo cual refuerza la necesidad de una detección y manejo oportunos.

SACROILEÍTIS SÉPTICA Y MIOSITIS DEL PSOAS EN PACIENTE JOVEN SIN FACTORES PREDISPONENTES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Verónica SAURIT, María Amelia ISA, Walter QUIROGA CASTRO, Mauro Andrés QUIROGA, Victoria MORENO, Félix ZELAYA, Eduardo CONCI

INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGÍA

Presentación del caso: La sacroileítis séptica (SIS) es una patología infrecuente, y su diagnóstico constituye un reto debido a su rareza relativa y la diversa presentación clínica, que frecuentemente imitan otros trastornos más prevalentes originados en estructuras vecinas. El estafilococo es el responsable del 80-90% de los casos. Se requiere un alto índice de sospecha y un examen físico acucioso para un diagnóstico oportuno a fin de evitar

complicaciones y secuelas a corto y mediano plazo. **Caso clínico:** hombre de 25 años sin antecedentes patológicos previos, sin historia de traumatismos, no enfermedades de transmisión sexual, no contacto con animales, no viajes previos o consumo de drogas. Es derivado a la institución por cuadro de fiebre de 38.5 grados acompañado de dolor intenso e incapacitante en la región glútea izquierda con irradiación a la región lumbar de 2 semanas de evolución, leucocitosis 10 uk/l, Hb 9 mg/dl, ferritina 2677, PCR 17 mg/dl, velocidad de sedimentación globular (VSG) de 75 mm/h, bilirrubina total 2.6 (1,53/1.07). TAC de abdomen: esplenomegalia leve litiasis vesicular. RNM abdomino pelviana con contraste: miositis musculillo ilio psoas izquierdo sin colección, sacroileítis izquierda. Los cultivos de sangre fueron positivos para *Estafilococo aureus* multisensible. Recibió tratamiento con cefadroxilo 2 g/d, ciprofloxacina 400 mg cada 12 h con buena evolución clínica sin secuelas funcionales. En la evolución se realiza diagnóstico de esferocitosis hereditaria.

Discusión: La sacroileítis séptica es una entidad infrecuente (1-2% de las artritis sépticas), en general asociada a factores comórbidos. En la mayoría de los casos es unilateral y en un 90% de los casos la infección llega por vía hematogena. El diagnóstico inicial es difícil y suele confundirse con otras entidades como la espondilodiscitis o incluso con una espondiloartropatía. El diagnóstico precoz es muy importante para no retrasar el inicio de la antibioterapia y evitar la aparición de complicaciones como sepsis, abscesos o cambios estructurales irreversibles en la articulación.

0242

LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA CRÓNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

María OLMEDO, Silvana CONTI, Lara ESQUIVEL, Álvaro SANABRIA, Sandra NAVARRO, Débora GUAGLIANONE, Gabriela SÁNCHEZ

HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO

Presentación del caso: Se presenta el caso de un paciente masculino con diagnóstico de leishmaniasis mucocutánea crónica con afectación de faringe, hipofaríngea y laríngea, en contexto de diagnóstico diferencial con enfermedad de IGG4. Se trata de un paciente de 51 años, de nacionalidad peruana, que consulta por disfonía de 3 meses de evolución en 2023 en seguimiento con el servicio de Otorrinolaringología. Por sospecha de enfermedad asociada a IgG4 se solicita interconsulta a servicio de Reumatología. Al examen físico presentaba lesiones en empedrado en región orofaríngea y perforación del tabique nasal. Se realizó tomografía de cuello que evidenció tejido sólido heterogéneo hipofaríngeo con obliteración de los senos piriformes. En el laboratorio se constató FAN 1/160, proteinograma por electroforesis con hipergammaglobulinemia leve (21%) con inmunofijación en orina policlonal, IgG 2372 (VR 600-1600) con subclase IGG 3 y 4 aumentadas, HIV en 2 determinaciones negativo. Se biopsiaron lesiones de hipofaríngeo que informaron lesión inflamatoria crónica inespecífica, predominantemente plasmocítica. Sin signos de malignidad. Inmuno-histoquímica con escasas células IGG4. A pesar de presentar valores elevados de IGG, no reúnía los criterios clínicos de clasificación para enfermedad de IgG4. Al no ser concluyente, se solicitó nueva toma de biopsia para anatomía patológica, bacteriología, micología y parasitología. Histopatología: informó infiltrado linfoplasmocitario, ausencia de fibrosis esteriforme y vasculitis, no sugestivo de enfermedad asociada a IGG4. Inmuno-histoquímica descartó linfoma, cultivos bacteriológicos y micológicos negativos y PCR para leishmaniasis positiva. El Servicio de Infectología interpretó el cuadro como leishmaniasis mucocutánea crónica, realizó la denuncia epidemiológica e inició tratamiento (antimoniato de meglumina).



Discusión: La leishmaniasis mucocutánea crónica representa una entidad de difícil diagnóstico. Se requiere demostrar la presencia de los amastigotes en frotis o cultivo de aspirados o muestra de biopsia. La densidad de los microorganismos disminuye a medida que la lesión tiende a la cronicidad, las pruebas serológicas solo muestran títulos elevados de anticuerpos en pacientes con leishmaniasis cutánea difusa. En los casos avanzados puede desarrollar pancitopenia, hipergammaglobulinemia e hipoalbuminemia, conllevando un desafío y demora para el diagnóstico sobre todo en zonas no endémicas donde la presentación es infrecuente.

Comentarios Finales: En ausencia de manifestaciones clínicas sugestivas de enfermedad autoinmune sistémica, el hallazgo positivo de un FAN /IGG4 en un paciente con leishmaniasis mucocutánea crónica debe tomarse con cautela y considerarlo como un epifenómeno de la activación inmunitaria secundaria a la infección.

0335

NEUROMIELITIS EN EL EMBARAZO

Martín Alberto CASTILLO¹, Pamela DORREGO², Paula ALBA¹, Carla Andrea GOBBI¹, Verónica SAVIO¹, Candelaria AUDISIO¹, Mariana BRANCIFORTI³, Juan Manuel MIRANDA BAZÁN¹, Marina LEROUX³, Martín José OCHANDORENA³, Maite CARRERAS³, Mauro BOTASSO³

¹HOSPITAL CÓRDOBA; ²HOSPITAL ITALIANO DE CÓRDOBA; ³HOSPITAL MATERNO NEONATAL

Presentación del caso: Mujer de 23 años que cursa embarazo de 16 semanas refiere iniciar meses previos con pérdida aguda de la visión del ojo izquierdo sin otro síntoma. Evoluciona con cuadro de constipación, parestesias, disestesias, en miembros inferiores asociado a dolor abdominal. Posteriormente agrega debilidad en el miembro inferior derecho, empeoramiento de la constipación y retención urinaria. Ingresa y es valorada por Neurología que evidencia clínica de visión bulto en ojo izquierdo, con fuerza disminuida en miembro inferior derecho 1/5, miembro inferior izquierdo 3/5 con sensibilidad termoalgésica disminuida en miembro inferior derecho y nivel sensitivo T1-T7. Se realiza laboratorio con Hb:10-GB:9720-Pla: 293000- VSG:19, punción lumbar con LCR: cristal de roca, Prot totales: 46.6-Gluc: 43-Leucocitos: 38-PMN: 32% Mononucleares: 68% y neuro imágenes con hiperintensidad de señal en T2 completa de la sección transversal de la medula espinal cervico-torácica con extensión craneocaudal mayor a 3 segmentos (C7 a D6), con contornos irregulares, indicativos de signos inflamatorios. Durante su internación recibe tratamiento con pulsos de metilprednisolona durante 5 días y por falta de respuesta inicia plasmaféresis y completa 5 sesiones. Se recibe resultado de perfil inmunológico con inmunología negativa y LCR con Anti-AQP4 positivo. Es valorada multidisciplinariamente y se decide continuar tratamiento con azatioprina y corticoides con posterior alta de internación por mejoría de clínica neurológica.

Discusión: El trastorno del espectro neuromielitis óptica (NMOSD) es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central, caracterizada por episodios de neuritis óptica, a menudo bilateral, recurrente, y mielitis transversa longitudinal extensa. Hallazgos recientes respaldan el papel patoló-



gico de la inmunidad humoral con la producción de anticuerpos acuaporina-4 (anti-AQP4), una proteína del canal de agua, que produce activación del complemento, llevando a disfunción del astrocito y pérdida de oligodendrocitos. Ante la sospecha de NMOSD es importante realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades que pueden presentar clínica similar como enfermedades autoinmunes, metabólicas, infecciosas o paraneoplásica. La presencia de anticuerpos antinucleares, Ro y La es frecuente en pacientes con NMO y se han descrito entre un 50 y 17% respectivamente. En 2015 se actualizaron los criterios diagnósticos para NMOSD. Existen algunos reportes de casos de NMOSD de presentación en el embarazo y se observó mayor riesgo de recurrencias durante el mismo. Existen pocos datos sobre el tratamiento que incluye pulsos de esteroides y ante la falta de respuesta plasmáferesis. El tratamiento de mantenimiento se realizó con azatioprina ya que paciente se negó a tratamiento con rituximab.

Comentarios Finales: El NMOSD puede estar asociada con otros autoanticuerpos y requiere alta sospecha en el embarazo para realizar tratamiento precoz. La presencia de autoanticuerpos requiere seguimiento materno y fetal estrecho.

0275

PERFIL CLÍNICO E INMUNOSEROLÓGICO DE PACIENTES CON RHUPUS EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Agostina BONICATTO, Ignacio LÓPEZ, Alejandro BRIGANTE

SANATORIO GÜEMES

Presentación del caso: El Rhupus, caracterizado por la superposición de artritis reumatoidea (AR) y lupus eritematoso sistémico (LES), carece de una definición universal y presenta un espectro clínico heterogéneo que dificulta el diagnóstico precoz y el abordaje terapéutico. La evidencia en América Latina es limitada y las particularidades de la población argentina podrían influir en su expresión clínica. Este análisis retrospectivo describe las características clínicas, inmunológicas y terapéuticas de pacientes con Rhupus en un hospital privado de CABA. Fue un estudio retrospectivo, de cohorte transversal, realizado en un centro de tercer nivel entre 1/1/2024 y 1/6/2025. Se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de Rhupus realizado por un reumatólogo, con criterios de clasificación ACR/EULAR 2019 para LES y ACR/EULAR 2010 para AR. Se recopilaron y clasificaron los datos clínicos para su análisis.

Discusión: Se revisaron 1339 historias clínicas, incluyendo 5 pacientes con Rhupus, el 80% eran mujeres. La AR fue la primera enfermedad diagnóstica con una mediana de edad 37 años (RIC 34-41) presentando una diferencia de inicio de segunda enfermedad (LES) de 24 meses (RIC 22-96). El 100% (n=5) presentó compromiso articular, seguida de cutáneo mucoso y hematológico en el 40% (n=2) El 100% (n=5) presentó positividad para factor reumatoide (FR), anticuerpos antipéptidos citrulinados cíclicos (aCCP) y anticuerpos antinucleares (FAN), la positividad para anti-DNA y anti-SM fue del 40%. El 80% de los pacientes presentó anemia, eritrosedimentación elevada y PCR elevada. El 20% presentó erosiones en Rx. El 80% (n=4) requirió corticoterapia vía oral, MTX e HCQ y solo el 20% recibió tratamiento con terapia biológica.

Comentarios Finales: En esta cohorte de pacientes con Rhupus predominó el sexo femenino, con AR como diagnóstico inicial y serología positiva para aCCP y FR, en concordancia con lo descrito previamente. A diferencia de otras series, la mediana de edad al diagnóstico y el tiempo hasta el desarrollo de la segunda patología fueron menores. Se documentó presencia de erosiones en una paciente. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de estudios con mayor número de casos para caracterizar con mayor precisión esta entidad. Asimismo, la identificación temprana de Rhupus resulta clave para optimizar el abordaje diagnóstico y terapéutico, dada su potencial mayor agresividad clínica.

0308

EIM-CHESTER: DESCRIPCIÓN CLÍNICA E IMÁGENES EN CADA DOMINIO DE ESTA ENFERMEDAD

Jesica GALLO¹, Graciela GÓMEZ², Romina Andrea CALVO³, Luisina Victoria ZUNINO³, Alberto ORTIZ³, Sergio PAIRA³

¹HOSPITAL CENTRAL DE RECONQUISTA; ²INSTITUTO LANARI, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES; ³HOSPITAL J.M. CULLEN DE SANTA FE

Presentación del caso: El objetivo fue describir las manifestaciones clínicas e imagenológicas de cada dominio de una serie de 31 casos con diagnóstico de EEC. Para ello se realizó un estudio descriptivo donde se evaluaron datos demográficos, compromiso clínico (dominios), laboratorio e imágenes, histológicas, inmunohistoquímica, tratamiento.

Discusión: Se analizó una serie de 31 pacientes con EEC, predominó el sexo femenino (64%). La edad media de consulta de los pacientes fue de 45,6 años, mientras que la edad media de inicio de los síntomas se ubicó en 40,2 años. Esto indica que, en promedio, existió un intervalo de aproximadamente 6,7 años entre la aparición de los primeros síntomas y la consulta médica. La mayoría de los pacientes presentó afectación multiorgánica (17/31 casos). Solo el 33,3% presentó síntomas como fiebre, 40% pérdida de peso y 33,3% artralgias. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron el dolor óseo en el 51,6% de los pacientes con predominio de los miembros inferiores, compromiso pulmonar 48% (vidrio esmerilado 37% y 33,3% engrosamientos de septos interlobulares, broncoalveolar y bronquiectasias), compromiso de piel 48% (xantomas 29% y xantelasmas 25,8%), compromiso mamario 26% (nódulos mamaros) y renal y retroperitoneo en un 26% (riñón peludo y fibrosis retroperitoneal 22,6%, 19% insuficiencia renal. Pseudotumor renal, estenosis ureteral e hidronefrosis <10%), sistema nervioso central 19,4%, y por último compromiso oftálmico 16,7% (exoftalmos 13,3%, dacrioadenitis 7,1% queratitis 3%) de los cuales el 16,6% fue bilateral. Además de los órganos evaluados en detalle, se observaron otros compromisos: cardíaco en 4/31 y el sistema coronario en 1/30. Manifestaciones endocrinometabólicas como diabetes insípida, polidipsia y poliuria fueron infrecuentes. Las radiografías óseas fueron patológicas en el 62,1% de los casos. Todos los pacientes presentaron biopsia, hallándose histiocitos espumosos (79,3%), células gigantes multinucleadas de Touton (69,0%), infiltrado linfoplasmocitario 24,1% y fibrosis (48,3%). La presencia de CD68 fue reportada en el 96,6%, S100 72,4%, CD1a 13,8%. La mayoría recibieron esteroides asociado a otra droga inmunosupresora. La mortalidad fue del 6,9%.

Comentarios Finales: En nuestra serie los dominios más frecuentes fueron el compromiso óseo, pulmonar, piel, mama, renal y retroperitoneo. Las manifestaciones clínicas de cada dominio fueron dolor óseo y cambios radiográficos, vidrio esmerilado y engrosamientos de septos interlobulares, broncoalveolar y bronquiectasias, xantomas y xantelasmas, nódulos mamaros, riñón peludo y fibrosis retroperitoneal, insuficiencia renal respectivamente.

COMPROMISO MAMARIO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD DE ERDHEIM CHESTER

Jesica GALLO¹, Graciela GÓMEZ², Romina Andrea CALVO³, Luisina Victoria ZUNINO³, Alberto ORTIZ³, Sergio PAIRA³

¹HOSPITAL CENTRAL DE RECONQUISTA; ²INSTITUTO LANARI, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES; ³HOSPITAL J.M. CULLEN DE SANTA FE

Presentación del caso: El compromiso mamario de la enfermedad de Erdheim Chester (EEC) es muy poco frecuente, con menos de 20 casos publicados hasta el momento. De los casos comunicados aproximadamente el 81% de los pacientes eran mujeres, y la presentación general más común fue un bulto mamario palpable unilateral en el 77% de los casos, y en casi todos se halló una afectación extramamaria asociada. En 2017 publicamos cuatro casos con este compromiso. Actualmente, con un total de 31 pacientes con EEC, 8 presentaron el mismo. El objetivo fue describir 4 nuevos casos (n=8) de esta forma de presentación. Fue un estudio descriptivo de una serie de 8 casos con compromiso mamario en EEC como forma de presentación. Se evaluaron las variables como: datos demográficos, compromiso clínico, laboratorio e imágenes, histológicas, inmunohistoquímica, tratamiento.

Discusión: 8/31 pacientes con EEC tuvieron compromiso mamario como forma de presentación. Todos fueron derivados por Ginecología como mastitis granulomatosa idiopática por falta de respuesta al tratamiento. Todos de sexo femenino, edad media al diagnóstico 39±2 años, edad media de inicio de los síntomas de 35±2 años, la demora al diagnóstico fue de 3,8 años. El 3/8 presentó síntomas como fiebre, pérdida de peso. La forma de presentación más frecuente fueron nódulos palpables y dolorosos, en su mayoría unilateral. En 5/8 el compromiso fue monorgánico solo 3 pacientes comprometieron otro órgano 1/pulmón, 1/piel y otra piel, sistema nervio central y cardiológico. Si bien el dolor óseo no estuvo presente en estos pacientes, 5/8 pacientes presentaron alteraciones óseas por imagen. Histológicamente la mama presentó: células gigantes multinucleadas de Toutton (100%) histiocitos espumosos (75%), infiltrado linfoplasmocitario (25%) y fibrosis (12.5%). La presencia de CD68 fue comunicada en el 87.5%, S100 50%, CD1a ninguno. La mayoría recibieron esteroides asociado a otra droga inmunosupresora (MTX).

Comentarios Finales: Tener en cuenta el compromiso mamario como forma de presentación de esta enfermedad, sobre todo en aquellas pacientes con diagnóstico de mastitis granulomatosa sin respuesta al tratamiento. Además de este último diagnóstico, tener en cuenta otros diagnósticos diferenciales como vasculitis de único órgano, histiocitosis de células de Langerhans y no Langerhans (Rosai Dorfman), Er-IgG4.

OSTEOMALACIA SECUNDARIA A HIPOFOSFATEMIA INDUCIDA POR INFUSIÓN ENDOVENOSA DE HIERRO SACARATO: REPORTE DE UN CASO

Silvina Ayelén CASARES DIAZ, María José LÓPEZ PÉREZ, Florencia GAZZONI, Cecilia BRAXS, María Celina PEREYRA

CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA

Presentación del caso: Varón de 63 años consulta por artralgiás, lumbociatalgia y coxalgia. Antecedentes: anemia ferropénica crónica sin causa hallada en endoscopia o enteroRMN, tratada con múltiples infusiones de hierro sacarato EV durante un año, EPOC, HBP y enfermedad vascular periférica. En la evaluación inicial, presenta dolor óseo difuso sin sinovitis ni deformidades. Laboratorio: anemia microcítica hipocrómica, deficiencia severa de vitamina D y ferropenia. Fosfato 2,3, FAL 449 U/l, FAL isoenzima ósea 103 U/L, PTH, calcio iónico, creatinina y reactantes de fase aguda dentro de límites normales. RMN lumbar reveló schwannoma, resecaado sin complicaciones. Radiografías sin alteraciones, centellografía con hipercaptación vertebral y costal confirmadas como fracturas costales mediante PET-TC, que también informaba hipermetabolismo osteomedular difuso. Biopsia de médula ósea descartó causas hematológicas. Posteriormente presentó hipofosfatemia severa secundaria a infusión de hierro EV. Se indicó calcitriol y sales de fosfato con buena evolución. Las imágenes fueron reinterpretadas como pseudofracturas, compatibles con osteomalacia. Se recibió resultado de FGF23 elevado. Capsuloendoscopia mostró angioectasias duodenales y yeyunales, tratadas con argón plasma. Recibió además tratamiento con vitamina D, calcio y reposición de sales de fosfato, con buena evolución clínica.

Discusión: La osteomalacia es un trastorno caracterizado por una disminución de la mineralización del osteoide recién formado. Las formulaciones de hierro EV que contienen fracciones de carbohidratos pueden aumentar la excreción de fosfato al causar un aumento de iFGF23. El mismo se encuentra implicado fisiológicamente en la homeostasis del fosfato a través de dos mecanismos: la supresión de la activación de la 25(OH)D (mediante la inhibición de la 1 alfa hidroxilasa) y la promoción de la fosfatúria (mediante la inhibición de la expresión de los transportadores de fosfato dependientes de sodio). La ferropenia *per se* puede inducir un aumento en la expresión del gen FGF-23, mediado por la activación de los factores inducibles por hipoxia. Normalmente, este exceso se ve regulado por la escisión del FGF-23 en fragmentos inactivos (N-terminal y C-terminal). Esta fragmentación se ve interrumpida con la administración de hierro EV, elevando consecuentemente el iFGF23 e induciendo a la hipofosfatemia. Clínicamente, se manifiesta con dolor óseo, debilidad y pseudofracturas (líneas de Looser-Milkman), visibles en radiografías, centellografía o RMN.

Comentarios Finales: El hierro EV puede desencadenar hipofosfatemia severa y osteomalacia consecuente. Resulta fundamental mantener un alto índice de sospecha clínica y considerar la monitorización regular de las concentraciones séricas de fosfato.

SÍNDROME DE SJÖGREN Y PULMÓN: ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES CON COMPROMISO PULMONAR

Elías Emanuel DUFAU, Ignacio LÓPEZ, Alejandro BRIGANTE

SANATORIO GÜEMES

Presentación del caso: En el síndrome de Sjögren (SSj), la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) tiene una prevalencia de hasta un 20% asociada a significativa morbilidad y mortalidad. Los patrones tomográficos predominantes son NINE y NIL. El compromiso pulmonar incluye además hiperplasia nodular linfoide, bronquiectasias y bronquiolitis folicular u obliterante. Los objetivos fueron analizar las características clínicas, tomográficas, de laboratorio en pacientes con SSJ con compromiso pulmonar. Para ello, se realizó un estudio retrospectivo, de cohorte transversal, en un centro de referencia entre el 1/1/2024 y 1/6/2025. Se incluyeron pacientes adultos que cumplían criterios de clasificación para SSJ para con compromiso pulmonar diagnosticado por TAC y/o Espirometría. Se recopilaron y clasificaron los datos clínicos para su análisis.

Discusión: Se incluyeron 6 pacientes con SSj, el 83% (n=5) fueron mujeres con una mediana de edad al diagnóstico de 55 años (RIC 51-63) y un retraso diagnóstico de 13 meses (RIC 12-29), el 50% (3) presentó biopsia de glándula salival menor compatible, acompañado de test de Schirmer positivo en el 100% (n=6). Se registraron enfermedad de reflujo gastroesofágico y exposición al tabaco en 3 pacientes (n=50%). Todos los pacientes presentaron síndrome sicca. Se observó compromiso articular en el 50% (n=3) y fenómeno de Raynaud en el 33% (n=2). El compromiso pulmonar apareció tras una mediana de 33 meses (RIC 4-74), iniciando con tos seca en el 83% (n=5). Las bronquiectasias fueron el hallazgo más frecuente presentes en el 50% (n=3). Los hallazgos inmunoserológicos mostraron anticuerpos anti-Ro/SSA y anti-La/SSB positivos en el 100% de los pacientes. Además, el 33% (n=2) presentó factor reumatoide positivo y el 50% (n=3) hipergammaglobulinemia. El tratamiento incluyó hidroxicloroquina en todos los casos y corticoterapia en el 33% (n=2).

Comentarios Finales: En esta serie de SSj con compromiso pulmonar se observó predominio femenino y síntomas respiratorios en todos los casos, hallazgo que difiere de lo reportado en otras cohortes. Todos presentaron anticuerpos anti-Ro/SSA y anti-La/SSB, previamente vinculados al compromiso pulmonar. La asociación de ERGE y tabaquismo, descritos como posibles factores contribuyentes, refuerza la necesidad de estudios con mayor número de pacientes para confirmar estos hallazgos.

0172

AMILOIDOSIS PULMONAR NODULAR ASOCIADA A SÍNDROME DE SJÖGREN

Verónica SAURIT¹, Verónica FARIERI², Hugo RAMOS¹, Ana María LÓPEZ², María Elisa URIBE ECHEVARRIA¹, Vanesa ABRATE², Gabriela SAMBUELI¹, Tania VALLONE¹, Silvana GUENDULAIN¹, Marcos ELIAS¹

¹INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA; ²HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

Presentación del caso: La amiloidosis comprende un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por el depósito extracelular de proteínas fibrilares anómalas. La amiloidosis pulmonar tiene formas habituales de presentación descriptas: amiloidosis traqueobronquial, alveolo-septal difusa y nodular pulmonar. Puede estar asociada o no a neoplasias hematológicas o enfermedades del tejido conectivo (ETC) y en raras ocasiones con la presencia de quistes pulmonares aislados. Su asociación con ETC se da particularmente con el síndrome de Sjögren, donde la neumonía intersticial linfocítica (LIP) con presencia de quistes constituye la manifestación específica, pero poco frecuente de la enfermedad. **Caso 1:** mujer de 55 años con Sjögren primario (xerostomía, xeroftalmia, bronquitis recurrente, púrpura, EPID), autoanticuerpos múltiples positivos (ANA, Ro y LA) TC con nódulos y quistes pulmonares (uno de 12 mm). PET-TC con hipercaptación nodular; biopsia pulmonar: nódulo rojo congo + e infiltrado intersticial linfocítico. Estudios ampliados sin compromiso cardíaco ni amiloidosis hereditaria; biopsia glándulas salivales: Rojo Congo negativo, sialoadenitis linfocitaria grado 4. Hipergammaglobulinemia. VSG: 83. Elevación leve de cadenas livianas K y L con relación K/L normal. IF negativas en suero y orina. Tratamiento: Rituximab con estabilidad clínica y radiológica. **Caso 2:** mujer de 74 años, extabaquista (30 paquetes/año), estenosis aórtica severa e insuficiencia cardíaca. Nódulos pulmonares resecados (bisegmentectomía 2014): rojo Congo positivo. Serologías: ANA +, VSG/IgG elevadas; síntomas sicca leves y artralgias; biopsia glándula salival: sialoadenitis. TC: múltiples quistes bilaterales, parches de vidrio esmerilado y engrosamiento septal. Tratamiento: corticoides en altas dosis; actualmente en evaluación cardiológica (TAVI).

Comentarios Finales: Estos casos ilustran la superposición poco frecuente entre nódulos amiloides, enfermedad pulmonar quístico-intersticial y síndrome de Sjögren (SS). En pacientes con SS y hallazgos pulmonares atípicos, la confirmación histológica mediante coloración con rojo Congo y birrefringencia a la luz polarizada es esencial para distinguir amiloidosis de neoplasias o linfomas, especialmente en presencia de LIP o quistes pulmonares. En estos casos, la positividad en el PET-CT puede generar falsos positivos. El tratamiento debe ser individualizado, dependiendo de cada caso en particular, desde la vigilancia activa hasta la inmunosupresión con corticoides o terapias dirigidas contra células B.

0182

LESIONES DESTRUCTIVAS DE LA LÍNEA MEDIOFACIAL INDUCIDAS POR COCAÍNA: REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON VASCULITIS SISTÉMICA

Alfonsina Maitén SARDE, Claudia PENA, Ana Carolina COSTI, Amira BUGANEM, Mercedes GARCÍA

HIGA SAN MARTÍN LA PLATA

Presentación del caso: **Caso 1:** Paciente masculino de 49 años, con antecedentes de diabetes y consumo de cocaína inhalada desde los 35 años de edad. Consulta por lesión perforante de línea media con fístula muconasal de 3 meses de evolución (Figura). Presentó secreción nasal purulenta y múltiples infecciones locales con aislamiento de *P. aeruginosa*, *C. albicans* y *Streptococcus* betahemolítico del grupo A. La TAC y RMN evidenciaron extensa destrucción del tabique nasal y comunicación bucosinusal. Los estudios inmunológicos mostraron anticuerpos ANCAc y PR3 elevados. La anatomía patológica reveló infiltrado inflamatorio mixto con necrosis. Se indicó como única medida terapéutica la suspensión del consumo de exotóxicos, sin requerir tratamiento inmunosupresor ni intervención quirúrgica. Al mes del seguimiento, se observó mejoría clínica sin nuevas lesiones.

Caso 2: Paciente femenina de 54 años con consumo de cocaína inhalada desde los 40 años que consultó por odinodisfagia, voz nasal, úlcera en miembro inferior derecho y perforación palatina, evolucionando a necrosis nasal. La TAC evidenció destrucción del tabique nasal y ocupación pansinusal, con compromiso palatino y nódulos pulmonares bilaterales. Se rescató *Rhizomucor pusillus* en biopsia cutánea y se inició tratamiento antifúngico. Los nódulos pulmonares se interpretaron de origen infeccioso. El perfil inmunológico mostró ANCAc y PR3+, reactantes de fase aguda elevados y ANA 1/80. Se interpretó como CIMDL con sobreinfección fúngica. Requirió intervención quirúrgica de urgencia con maxilectomía bilateral, pero evolucionó desfavorablemente y falleció.

Discusión: El proceso diagnóstico de las CIMDL puede ser difícil debido a la superposición clínica, radiológica y serológica con las vasculitis primarias. La presencia de ANCAc y PR3 elevado en ambos pacientes genera un solapamiento inmunológico con GPA, aunque en la CIMDL suele existir un patrón menos específico en la anatomía patológica, como infiltrado inflamatorio mixto sin formación de granulomas, hallazgo compatible con lo observado en el primer caso.

Comentarios Finales: Si bien es prioritario en lesiones destructivas de la línea media realizar estudios para descartar patologías autoinmunes, oncológicas e infecciosas, remarcamos la importancia de considerar el origen exotóxico.



Figura: Lesión perforante de línea media con fístula muconasal.

ENFERMEDAD DE TAKAYASU Y ASOCIACIÓN CON AC APL

Lucía MERCE, Lucas Jorge LONDERO, Nahuel BLANDO, Ivana Belén SANTOLAYA, Keila KLAUS MAC KELLAR, Guillermina MOINE, Mariana NICOLA, Carolina GALLO, María Gimena RAU, Lucía CICHILLITTI, Dianela CARBONE, Brian Marcelo ABDALA, Franco LUCCI, Mariano PALATNIK, María Noel CORTESE, Nadia CUADRANTI, Juan Pablo RUFFINO, Florencia MARTÍNEZ, Ariana RINGER, Marcelo ABDALA

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

Presentación del caso: Varón de 22 años sin antecedentes de jerarquía consulta por cuadro de un mes de evolución de dolor continuo en el miembro superior derecho, disminución de temperatura y cianosis distal en 3° y 4° dedos. EF: TA 110/70 mmHg en brazo izquierdo, FC 105 lpm FR 16 RPM, T 36° C, SatO2 99 % (0,21). Pulso radial derecho no palpable. Coloración azulada con moteado en 3° y 4° dedos de mano derecha. Laboratorio: Hto 52 % Hb 17,5 g/dl GB 11 060 /mm plaquetas 353000 urea 35 mg/dl Cr 0,90 mg/dl CPK 51 UI/l VES 12 mm/h PCR 8,7 mg/l. FAN negativo. C3 189 C4 31. ANCA negativo, inhibidor lúpico positivo. Determinación confirmatoria de anti B2GP1 IgG: 90 u/ml. Angio TAC tórax: la arteria subclavia derecha presenta a 3 cm del nacimiento, engrosamiento parietal segmentario con flujo filiforme de una extensión de 5 cm con obstrucción de la luz del vaso de 2 cm de extensión, con opacificación distal. Arteria radial derecha: calibre reducido en tercio medio y distal. Aorta abdominal a nivel diafragmático con engrosamiento parietal circunferencial del vaso reduciendo su luz. Angio RMI abdominal normal. ECG sin alteraciones. Se realizó tratamiento con pulsos de metilprednisona por 3 días continuando con prednisona en pauta descendente, metotrexato 20 mg semana y aspirina, con posterior mejoría clínica y tomográfica (arteria subclavia derecha con menor engrosamiento parietal y repermeabilización con flujo filiforme hacia distal).

Discusión: La arteritis de Takayasu (AT) es una enfermedad inflamatoria de las arterias de mediano y gran calibre con predilección por la aorta y sus ramas. Las lesiones producidas suelen ser segmentarias, estenóticas, oclusivas o aneurismáticas. La positividad de los Ac antifosfolípidicos en pacientes con AT ha sido descrita sin conocerse claramente si su presencia tiene algún rol en el curso de la enfermedad, si se asocian a mayor número de complicaciones vasculares o su implicancia en su tratamiento.

Comentarios Finales: La AT es una enfermedad rara en nuestro medio que exige un alto índice de sospecha. Su asociación con la positividad de Ac aPL ha sido documentada, siendo la coexistencia de las manifestaciones clínicas de ambas patologías extremadamente rara. Si bien se sugiere que la positividad de los Ac podría incrementar el daño vascular en el curso de la vasculitis, el significado etiopatogénico y clínico de la presencia de Ac aPL sigue siendo incierto.

RESPUESTA EFECTIVA DE LA VASCULOPATÍA LIVEDOIDE REFRACTARIA CON TOFACITINIB: REPORTE DE CASO

Verónica SAURIT¹, Andrés GUIDI², Ricardo CAMPANA³

¹INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGÍA; ²UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA; ³FUCDIM

Presentación del caso: La vasculopatía livedoide (VL) es una enfermedad vascular trombotica crónica poco frecuente. Se manifiesta clínicamente con *livedo reticularis*, úlceras dolorosas recurrentes y cicatrices atróficas en miembros inferiores. Su etiopatogenia es multifactorial y su manejo terapéutico continúa siendo un desafío, especialmente en casos refractarios. **Caso clínico:** mujer de 49 años sana previamente, con historia de 4 años de cuadro de vasculopatía livedoide (VL) con compromiso a nivel de tobillos y región dorsal de pies. El diagnóstico se realizó en base a la clínica característica, biopsia de piel (patrón de reacción vasculopática trombotogénica, con oclusión de pequeños vasos por trombos blandos de fibrina). Estudios de coagulación y serología negativa. Tratamiento con pentoxifilina 800 mg/d, clopidrogel 75 mg y ácido acetilsalicílico 100 mg. Evolucionó con períodos de remisión y recaídas con necesidad de uso de prednisona en dosis de 5-20 mg durante las crisis. No se llegó a la resolución completa de las lesiones, con importante impacto sobre la calidad de vida de la paciente. Un mes antes de su evaluación en nuestro centro presentó reagudización severa sin respuesta a su esquema terapéutico habitual. El examen físico reveló úlceras purpúricas focales dolorosas, cicatrización atrófica, telangiectasias, hiperpigmentación y múltiples úlceras en sacabocados rodeadas de eritema purpúrico en región maleolar y tercio distal de ambas piernas, algunas con costras serohemáticas y resto cubierto por fibrina. Otras lesiones estaban evolucionadas con cicatrices atróficas cicatrizales de bordes eritemato-parduzcos. Ante la refractariedad al tratamiento convencional, se inició prednisona 20 mg/día con respuesta parcial. Se discutió el caso con dermatólogo de cabecera y se decide añadir tofacitinib 5 mg cada 12 horas. A los 15 días del inicio del tratamiento con tofacitinib, se observó cicatrización progresiva y desaparición del dolor en miembros inferiores. Luego de 3 meses se observó resolución completa de las úlceras. Se redujo la dosis de corticoides hasta su suspensión. La paciente no presentó recaídas ni efectos adversos.



Comentarios Finales: Tofacitinib demostró ser una opción terapéutica efectiva y bien tolerada en una paciente con vasculopatía livedoide refractaria. Este caso resalta su potencial como alternativa en casos resistentes al tratamiento convencional, destacando la necesidad de mayores estudios controlados para validar su eficacia y seguridad a largo plazo.

CARACTERÍSTICAS DE UNA SERIE DE CASOS DE PACIENTES CON HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA: SU TRATAMIENTO Y DESENLACE

Juan Manuel MIRANDA BAZÁN, Juan Pablo ÁVILA, Candelaria AUDISIO, Martín CASTILLO, Alejandro ALBIERO, Verónica SAVIO, Carla ALONSO, Carla Andrea GOBBI, Paula ALBA

HOSPITAL CÓRDOBA, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Presentación del caso: La hemorragia alveolar difusa (HAD) es una afección potencialmente mortal, caracterizada por hemoptisis, descenso de hemoglobina, insuficiencia respiratoria, infiltrados alveolares difusos, que en la mayoría de los casos requieren asistencia respiratoria mecánica. Las enfermedades autoinmunes constituyen entre un 30-40% de las causas de HAD y un motivo frecuente de ingresos a unidad de cuidados intensivos.

El lavado bronco alveolar es un procedimiento necesario para la confirmación del diagnóstico además de poder descartar infecciones. LA HAD es un desafío diagnóstico y terapéutico debido a las posibles etiologías y a su alta mortalidad, en donde se deben evaluar tratamiento inmunosupresor y sus riesgos, antibióticos, plasmaféresis, y el correcto manejo de la ventilación. El objetivo fue describir una serie de casos de HAD en un hospital de la Ciudad de Córdoba. Se evaluaron retrospectivamente 11 pacientes, de los cuales 3 fueron de sexo masculino y 8 femenino. Presentaron lupus eritematoso sistémico (LES) 4 pacientes; en 3 durante el debut de la enfermedad, y en 1 complicación de LES activo. Siete pacientes presentaron vasculitis, 4 asociados a PR3 (2 de los cuales presentaban compromiso renal previo, y en 2 fue la manifestación inicial de la vasculitis); y 3 asociados a MPO (todas con compromiso renal previo con necesidad de hemodiálisis). 3 pacientes fallecieron 1 LES (debut), 1 PR3 (debut), 1 MPO.

Discusión: La HAD puede ser la forma de presentación de enfermedades autoinmune siendo el LES y las vasculitis ANCA las más frecuentes en esta serie y requiere un alto índice de sospecha para su tratamiento precoz. La mortalidad fue similar a la frecuencia descrita en la literatura.

0256

VASCULITIS ANCA ASOCIADA A TÓXICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

María Belén CARRANZA, Yina Paola ARIAS CISNEROS, Cecilia ASNAL, Belén María VIRASORO, Andrea Susana GÓMEZ, Hugo LABORDE, Damián DUARTES NOE

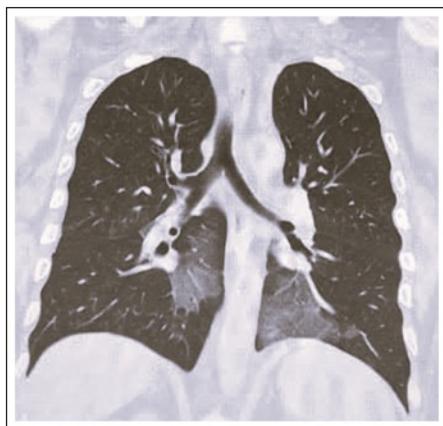
HOSPITAL BRITÁNICO

Presentación del caso: Paciente masculino de 37 años, con antecedentes de consumo de cocaína y marihuana, rinosinusitis atrófica y perforación del tabique nasal, consultó por síntomas progresivos: disnea, fiebre, dolor en miembros inferiores y dorsalgia. Durante el seguimiento, desarrolló episodios recurrentes de edema de glotis y dificultad respiratoria, y presentó signos de neuropatía (parestias y debilidad en las extremidades inferiores). Posteriormente, agregó trastorno de la marcha y dolor crónico. Se sospechó un proceso inflamatorio sistémico y se realizó una biopsia del nervio sural, cuya anatomía patológica no informó anomalías. Con diagnóstico presuntivo de vasculitis sistémica, se solicitó ANCA, que fue positivo para ANCA-P 1/80. Los anticuerpos contra MPO y PR3 fueron negativos. Se asociaron imágenes pulmonares mediante TAC, que mostraron un patrón

en vidrio esmerilado y consolidación en las bases, compatibles con neumonía lipoidea, hallazgo relacionado con la inhalación de sustancias. Sus síntomas presentaron mejoría luego del cese del consumo y los anticuerpos se negativizaron.

Discusión: El consumo de cocaína se ha asociado cada vez más con el desarrollo de vasculitis positiva para ANCA, principalmente debido a la presencia de levamisol, un adulterante común en la cocaína. Este es conocido por sus propiedades inmunomoduladoras, que pueden desencadenar la formación de ANCA con una alta prevalencia de ANCA-P positivo. La incidencia de positividad de ANCA entre los consumidores de cocaína no está cuantificada con precisión en la literatura, pero varios estudios de casos y revisiones destacan su presencia. Se presenta el caso de un paciente con vasculitis sistémica asociada al consumo de cocaína. No se tuvo en cuenta la biopsia de nervio sural, dado que puede ser negativa hasta en un 56% de los casos, lo cual suma desafíos diagnósticos y terapéuticos. Es esencial un monitoreo continuo y un tratamiento adaptado a la evolución clínica, especialmente en pacientes con antecedentes de consumo de sustancias.

Comentarios Finales: Este caso expone la complejidad del diagnóstico y del manejo de la vasculitis secundaria a tóxicos, y subraya la importancia de un enfoque multidisciplinario para su tratamiento.



0188

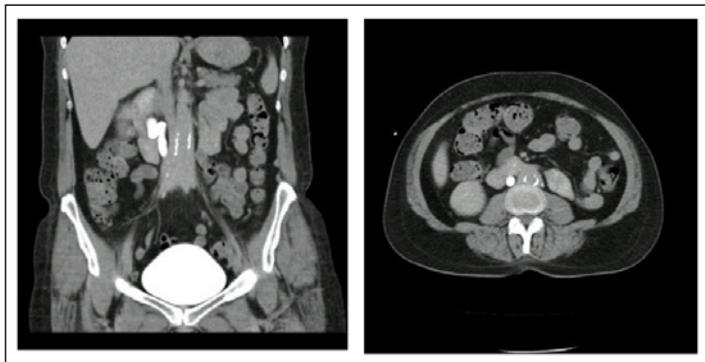
SÍNDROME DE ORMOND EN PACIENTE ADULTA CON VASCULITIS POR IGA. REPORTE DE UN CASO

Rodrigo AUGSBURGER, Julieta MARQUARDT, Virginia HUH, Mariana LAGRUTTA, Roberto PARODI

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

Presentación del caso: Paciente femenina diagnosticada a los 47 años de vasculitis de Schönlein-Henoch en contexto de oligoartritis, diarrea sanguinolenta y púrpura, confirmándose vasculitis leucocitoclástica con depósitos capilares de C3 y fibrinógeno en biopsia cutánea. Perfil inmunológico completo y serologías virales negativos. Durante el mismo año se confirmó por biopsia renal glomerulopatía mesangial (proteinuria 1.25 g/día), y polineuropatía axonal leve por electromiografía realizada por parestias y dolor en miembros inferiores. Inició tratamiento con azatioprina 150 mg/día, prednisona 40 mg/día, enalapril 10 mg/día y pregabalina 150 mg/día. Al año siguiente presentó periaortitis abdominal sin compromiso en estructuras adyacentes por lo que realizó pulso de metilprednisolona continuando posteriormente con prednisona 1 mg/kg/día, que luego suspendió por psicosis farmacológica, continuando azatioprina. Por dolor abdominal intenso se realizó videocolonoscopia, encontrándose úlceras en íleon, con biopsia compatible con vasculitis leucocitoclástica con depósitos de IgA, y se agregó metotrexato 15 mg/sem el cual se suspendió a los 6 meses por pancitopenia y mucositis severa. Por 2 años presentó buen control de su enfermedad hasta que, a los 5 años del diagnóstico, tras suspender tratamiento en contexto de falta de disponibilidad en pandemia, se internó por dolor abdominal, diarrea y vómitos, con lesión renal aguda AKI III (creatininemia 8.97 mg/dl), con componente ureteral obstructivo secundario a progresión de fibrosis retroperitoneal, que generó atrofia renal izquierda y dilatación piélica derecha. Inició rituximab y corticoides, con marcada mejoría de la función renal (G3a) y control ecográfico a los 4 meses con riñón izquierdo atrófico y el derecho de tamaño conservado sin dilatación piélica. Posteriormente no presentó nuevas reactivaciones de su enfermedad, continuando con azatioprina 150 mg/día y prednisona 2.5 mg/día.

Discusión: La púrpura de Schönlein-Henoch o vasculitis por IgA es una enfermedad sistémica con incidencia mayor al 90% entre los 3 y 15 años. El compromiso frecuente suele ser gastrointestinal, cutáneo, renal y articular, no siempre estando presente todos ellos y pudiendo afectar otros órganos. La histopatología suele mostrar depósitos capilares de IgA, C3 y/o fibrinógeno. La enfermedad de Ormond (periaortitis crónica o fibrosis retroperitoneal) es una enfermedad rara, de tipo inflamatoria, pudiendo clasificarse de forma idiopática en más del 70% o secundaria a otras entidades como enfermedades autoinflamatorias. Suele hallarse una masa retroperitoneal mediante diagnóstico imagenológico en pacientes con deterioro de la función renal, que puede también comprometer otras estructuras adyacentes.



Comentarios Finales: Se destaca el diagnóstico a edad adulta de una enfermedad mayormente pediátrica, con extenso y severo compromiso asociado a una manifestación secundaria poco frecuente, y la evolución favorable con el tratamiento inmunosupresor.

0338

MÁS ALLÁ DE LO HABITUAL: GRANULOMATOSIS CON POLIANGEÍTIS CON AFECTACIÓN PANCREÁTICA. REPORTE DE DOS CASOS

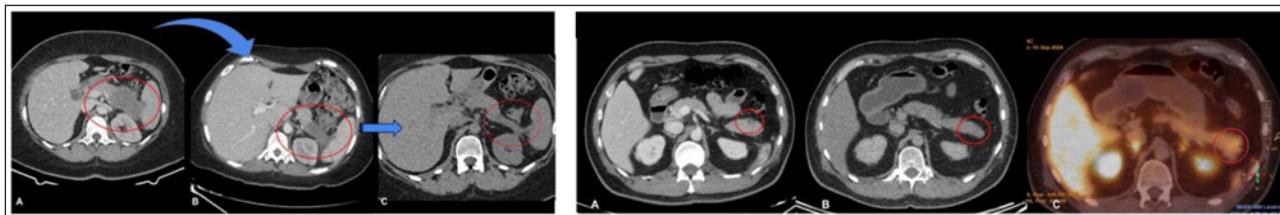
Silvina Ayelén CASARES DIAZ, Ana María BERTOLI, María José LÓPEZ PÉREZ, Diego RIGO, Juan Pablo ALDAO, Facundo MANDOJANA, Fernando ÁLVAREZ, Julio BARTOLI

CLINICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA

Presentación del caso: **Caso 1:** Mujer de 41 años, con sobrepeso y masa pancreática en estudio, consulta por dolor abdominal. En laboratorio: hemoglobina: 8,6g%, leucocitos: 15,8miles/ul, creatinina: 6,17mg/dl, orina con sedimento activo y proteinuria en rango nefrótico (10614 mg/g). VSG: 139 mm/hora y PCR: 246 mg/l, PxE: hipoproteinemia con hipoalbuminemia. Ante oligoanuria inicia hemodiálisis. Se realiza biopsia renal y pancreática. Evolucionada con insuficiencia respiratoria, TC con lesiones nodulares bilaterales. Por alta sospecha de vasculitis ANCA se inicia pulso de corticoides. A las 72 horas intercorre con hemorragia alveolar con requerimiento de intubación orotraqueal. Se recibe ANCA-C y PR3 positivos. Se inicia plasmáferesis y se espera biopsia para indicar mayor inmunosupresión. AP de páncreas confirma vasculitis necrotizante granulomatosa. Se indica rituximab y corticoides VO, con recuperación completa de la función renal, remisión de la hemorragia pulmonar y desaparición de la masa pancreática. **Caso 2:** Varón de 47 años con antecedentes de HTA. Consulta por poliartralgias migratorias, fenómeno de Raynaud, epiescleritis y parestesias en MMII. Examen físico: hemorragias en astilla e hipoestesia en MI izquierdo. Laboratorio: hemoglobina: 13,2 g%, leucocitos: 23,3 miles/ul, plaquetas: 640 miles/ul, creatinina: 0,85 mg/dl, G.G.T.: 180 U/l, G.O.T.: 29 U/l, G.P.T.: 65 U/l, VSG: 47 mm/hora, PCR: 138 mg/l, orina: hematuria aislada, aumento de gammaglobulinas con patrón policlonal. Por fiebre se realiza TC de tórax, abdomen y pelvis que evidencia imagen nodular hipodensa en cola de páncreas. Se solicitaron marcadores tumorales: CEA, CA 19-9 (negativos) y cromogranina A (elevada). Por sospecha de mononeuritis múltiple se realiza EMG que confirmó el diagnóstico y se efectúa biopsia de nervio sural. Se recibió ANCA C: (+)1/160 PR3 (+). Ante fuerte presunción clínica de vasculitis ANCA, realiza tratamiento con pulso de corticoide y rituximab. La AP informó infiltrado inflamatorio con linfocitos y neutrófilos en pared de vasos sanguíneos, con engrosamiento de la misma en algunos sectores, compatible con vasculitis. PET - TC post tratamiento: sin evidencia de captación patológica.

Discusión: La GPA es una vasculitis necrotizante sistémica que afecta vasos pequeños, con predilección por vía aérea superior, inferior y riñones. El compromiso pancreático es excepcional y puede simular entidades malignas, lo que conlleva a demoras diagnósticas o procedimientos quirúrgicos innecesarios. Reconocer esta posibilidad resulta clave para indicar estudios dirigidos y tratamiento inmunosupresor oportuno.

Comentarios Finales: La afectación pancreática, aunque infrecuente, debe considerarse como presentación inicial de GPA ante lesiones atípicas. Su inclusión en el diagnóstico diferencial permite evitar cirugías innecesarias y mejora el pronóstico mediante un abordaje precoz.



PEDIATRÍA

0119

AFECTACIÓN PULMONAR EN ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO EN LA EDAD PEDIÁTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gabriel Ignacio BARILLA, Lorena FRANCO

HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL DE CÓRDOBA

Presentación del caso: Niña de 11 años, con antecedente de parotiditis a repetición, derivada desde el servicio de Infectología luego de la detección de anticuerpos antinucleares (ANA) positivo, patrón moteado fino y grueso >1/1280 y ENA positivos: anti-U1 RNP, anti-Ro 52/60 y anti-La. Refería un cuadro clínico de un año de evolución caracterizado por pérdida de peso, astenia marcada, disnea de esfuerzo, intolerancia al ejercicio y fenómeno de Raynaud. Al examen físico: palidez cutaneomucosa, hipotonía generalizada, piel esclerodactilia, apertura bucal disminuida (≤ 35 mm), limitación articular en IFP/IFD de manos y pies, hipertrofia parotídea bilateral, adenopatías cervicales y occipitales, y a nivel respiratorio, roncus bibasales. Se internó por sospecha de enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC). Durante la internación se realizó TAC de tórax consolidación subpleural en lóbulo inferior izquierdo y engrosamiento pleural. La espirometría informó patrón restrictivo leve; test de marcha de 6 minutos: desaturación significativa. Ecocardiograma: normal. Evaluación oftalmológica: ojo seco bilateral (test de Schirmer alterado). Evaluación fonaudiológica: disfunción mastoideológica y deglutoria secundaria a xerostomía y limitación de apertura oral. Capilaroscopia: patrón SD tardío. Biopsia de glándulas salivales menores: Chisholm y Mason: grado 4. Se realizó diagnóstico de EMTC con afectación pulmonar. Comenzó con tratamiento (meprednisona, micofenolato, sildenafil, hidroxicloroquina, dieta húmeda y lágrimas/saliva artificiales) Actualmente la paciente continúa en seguimiento multidisciplinario, con mejoría clínica y funcional sostenida, mejora del fenómeno de Raynaud, de la apertura bucal y de la limitación de IFP/IFD. Persiste esclerosis cutánea en manos, y capilaroscopia con patrón SD tardío. En mayo de 2025, la espirometría fue normal, sin infecciones oculares ni orales.

Comentarios Finales: En la EMTC pediátrica, las alteraciones de la función pulmonar son frecuentes y pueden constituir la única manifestación del compromiso pulmonar en etapas iniciales. Este caso resalta la importancia de realizar un abordaje diagnóstico sistemático y precoz, que incluya pruebas funcionales respiratorias y TCAR, ya que el reconocimiento oportuno permite instaurar tratamiento adecuado, lo cual puede evitar la progresión y favorecer una evolución clínica favorable.

0128

ESCORBUTO EN TIEMPOS MODERNOS: UNA CAUSA OLVIDADA DE MANIFESTACIONES REUMATOLÓGICAS EN LA INFANCIA

Guissela Glenda LACUADRA, Camila Belén GONZÁLEZ, Federico de Jesús VARGAS CADENAS, María Emilia LACAPRA, Valeria GONZÁLEZ OSLER, María Jimena GÓMEZ SOSA, Vanesa Laura CERVETTO, María MARCANTONI, María Isabel BRUSCO

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

Presentación del caso: El escorbuto es una enfermedad carencial secundaria a la deficiencia de ácido ascórbico (vitamina C), esto provoca una formación anormal del colágeno, especialmente en los vasos sanguíneos. Produce manifestaciones como anemia, gingivorragia, dolor abdominal y musculoesquelético, que pueden simular enfermedades del tejido conectivo. Su espectro clínico va de formas leves hasta cuadros graves, como hipertensión pulmonar (HP). Existen poblaciones con mayor riesgo, como niños con conductas alimentarias selectivas, frecuentes en pacientes con trastornos del espectro autista (TEA). Se describen 5 pacientes con diagnóstico final de escorbuto definido a través del cuadro clínico y radiológico, que consultaron al Servicio de Reumatología desde el 1° de agosto de 2023 al 1° de agosto de 2025. La edad media fue de 5.4 años, el 80% varones. Todos presentaban TEA y alimentación selectiva. El 100% presentó dolor musculoesquelético que impedía su deambulación y compromiso cutáneo

como hematomas (1 caso con hematoma subdural) y petequias. En 4 pacientes, las radiografías de los miembros inferiores mostraron signo de Frankel, despegamiento del periostio, espolones metafisarios y osteopenia generalizada (Figura). Se evidenció anemia y, en algunos casos, elevación de reactantes de fase aguda. Un caso presentó HTP severa. Todos recibieron suplementación con vitamina C. La respuesta clínica fue favorable, con recuperación del dolor y la marcha entre 1 semana y 2 meses.

Discusión: El escorbuto sigue vigente en pediatría, especialmente en poblaciones con TEA y selectividad alimentaria severa. Coincidiendo con la bibliografía, nuestros pacientes se presentaron con impotencia funcional de miembros inferiores, dolor osteoarticular persistente, hematomas espontáneos y antecedentes nutricionales restrictivos. Sus radiografías mostraron los hallazgos descritos en la literatura y fueron clave para orientar el diagnóstico al no disponer del dosaje plasmático de vitamina C. La recuperación con vitamina C es completa si el tratamiento es precoz, pero el retraso diagnóstico puede asociarse a complicaciones sistémicas.

Comentarios Finales: Se destaca la importancia de incluir el escorbuto dentro de los diagnósticos diferenciales de dolor osteoarticular en la infancia. La vigilancia nutricional activa en las poblaciones vulnerables, como niños con TEA, es clave para la detección precoz y prevención de esta enfermedad.



Figura: Radiografía de miembros inferiores con signo de Frankel, despegamiento del periostio, espolones metafisarios y osteopenia generalizada.

MÁS ALLÁ DE LA INFLAMACIÓN SISTÉMICA: QUISTES SINOVIALES BRAQUIALES BILATERALES EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE STILL PEDIÁTRICA

Paola Marcela JUÁREZ¹, Silvia Mónica²

¹HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL; ²HOSPITAL GUTIÉRREZ

Presentación del caso: El quiste sinovial poplíteo es un hallazgo común en niños con artritis idiopática juvenil (AIJ), sin embargo, su formación en otras localizaciones, como en miembros superiores, es poco frecuente. El quiste sinovial braquial suele ser unilateral, causa tumefacción repentina e indolora en la porción superior del brazo, y debe diferenciarse del compromiso inflamatorio de tejidos blandos circundantes no relacionados con la articulación. Los objetivos fueron describir el cuadro clínico de un niño con enfermedad de Still pediátrica y ocurrencia de quistes braquiales bilaterales y realizar una revisión de la literatura. **Caso clínico:** paciente varón de 8 años con diagnóstico de enfermedad de Still pediátrica de 2 años de evolución, respondedor al tratamiento combinado con meprednisona, metotrexato y tocilizumab SC. Luego de un año de evolución con estado de enfermedad inactiva (s-JADAS 0), comenzó con episodios breves de tumefacción súbita y recurrente en la región bicipital del miembro superior derecho, sin afectar la movilización del hombro, de resolución espontánea. Mediante ecografía se identificó la presencia de colección subaponeurótica en bíceps junto con tenosinovitis del tendón de la porción larga del músculo homónimo. Posteriormente, presentó dos episodios con diferente patrón: tumefacción asociada a eritema, dolor y de mayor duración. La RMN demostró líquido en articulación glenohumeral discurriendo por el brazo e infiltrando el bíceps. En su Hospital de origen, a fin de descartar origen infeccioso, se efectuaron varios abordajes quirúrgicos para el drenaje de la colección. Habiéndose descartado causas infecciosas y traumáticas, e interpretándose esta manifestación como de origen inflamatorio, se realizó infiltración con acetoniado de triamcinolona del hombro derecho, con resolución de esta complicación. Ante la aparición de la lesión quística sinovial de características semejantes en bíceps contralateral, se procedió con igual abordaje terapéutico, observándose un rápido control de esta intercurencia inflamatoria.

Discusión: Existen escasos reportes de esta complicación en niños con AIJ en la literatura. Al igual que en nuestro paciente, solo en dos casos el desarrollo de los quistes braquiales fue bilateral, y en su mayoría se describen durante el curso de la enfermedad. La etiología exacta es controvertida, pero se piensa que la inflamación crónica local provoca daño a la cápsula articular con flujo de líquido sinovial hacia la vaina del tendón bicipital (no necesariamente correlaciona con la inflamación sistémica), lo cual sugiere que la formación del quiste sinovial braquial puede ser también de naturaleza mecánica.

Comentarios Finales: El quiste sinovial braquial se presenta con mayor frecuencia en pacientes con enfermedad de Still comparado con otras categorías de AIJ. Especialmente en este grupo de pacientes, la sinovitis subclínica de hombros debería monitorizarse estrechamente mediante ecografía.

USO DE SECUKINUMAB COMO PRIMER BIOLÓGICO EN UNA SERIE DE PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL REFRACTARIOS A METOTREXATO

Luz CARDOZO, Ayelén OJEDA SILVA, María Laura BARZOLA, Silvia MEIORIN

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ), la enfermedad reumática más común en la infancia, continúa siendo una causa significativa de morbilidad, en particular en pacientes con espondiloartropatías como artritis psoriásica (APs) y artritis relacionada con entesitis (ERA). Secukinumab fue aprobado para su uso en niños y adolescentes con estas categorías de artritis, demostrando una eficacia sostenida y mayor tiempo a la ocurrencia de *flares*.

Objetivo: Describir nuestra experiencia con la utilización de secukinumab como primer biológico en una serie de pacientes pediátricos con subtipos ERA y APs refractarios a metotrexato.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. Pacientes con diagnóstico de espondiloartropatías seronegativas tratados con secukinumab, con seguimiento clínico mínimo de 6 meses. Se evaluaron variables demográficas, clínicas, clinimétricas y respuesta al tratamiento. Análisis estadístico. SPSS 19.0

Resultados: Se incluyeron 4 pacientes, todos varones, con edad X al diagnóstico (DS) 11.9 (±0.6) años y tiempo X (DS) de seguimiento 2.0 (±1.3) años. En cuanto a las categorías de AIJ: 2 pacientes presentaban diagnóstico de APs y los 2 restantes de ERA. Se adicionó tratamiento con secukinumab por refractariedad a MTX (20 mg/m²/semana) a dosis standard según peso luego de tiempo mediano 0.9 años (RIC 0.3-1,8) desde el diagnóstico. La respuesta clínica se observó rápidamente al finalizar el período de inducción. El tiempo X (DS) de exposición a secukinumab fue de 1.3 años (±1.4), ningún paciente desarrolló eventos adversos serios.

Conclusión: En nuestra pequeña serie de pacientes con ERA y APs refractarios a MTX se observó que todos alcanzaron inactividad clínica (articular y cutánea) luego del tratamiento con secukinumab como primer agente biológico, sin presentar eventos adversos. La rápida introducción de bloqueantes de IL-17 puede prevenir la discapacidad funcional y el daño extraarticular a largo plazo en este grupo de pacientes.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO EN UNA COHORTE DE NIÑOS CON DERMATOMIOSITIS JUVENIL SEGÚN LA EDAD DE PRESENTACIÓN

Clara MARINONI, Ayelén OJEDA SILVA, María Laura BARZOLA, Silvia Mónica MEIORIN

HOSPITAL RICARDO GUTIÉRREZ

Introducción: La dermatomiositis juvenil (DMJ) es una vasculopatía autoinmune multisistémica que afecta principalmente la piel y el músculo. Tanto el debut como el curso de la enfermedad pueden ser muy heterogéneos, especialmente en formas de inicio precoz. Algunos autores sostienen que este grupo de niños pueden presentar una enfermedad más grave.

Objetivo: 1) Describir la forma de presentación, evolución y abordaje terapéutico de una cohorte de pacientes con DMJ; 2) Analizar las diferencias según edad de inicio (antes o después de 5 años de edad).

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Revisión de historias clínicas de pacientes (ptes.) con DMJ (Bohan-Peter), <16 años de edad y seguimien-

to >6 meses en HNRR (período 2000-2025). Se evaluaron variables demográficas, clínicas, de laboratorio y modalidades de tratamiento (requerimiento terapia de 2-3° línea por enfermedad severa/refractaria). Clinimetría: MMT-8, DAS, CMAS, C-HAQ. Se identificaron para el análisis 2 grupos etarios: <5 años (Inicio temprano) o ≥5 años. Estadística descriptiva, Chi², T-test. SPSS 21.0

Resultados: Se incluyeron 138 pacientes (ptes) con diagnóstico de DMJ, 94 mujeres (68.1%), con edad X al Dx 7.7 (DE±3.3) años, tiempo X seguimiento 5.7 (DE±3.8) años y Md de retraso al Dx 0.22 (RIC 0.1–0.5) años. El debut fue temprano en 32 niños (23.2%), sin hallarse diferencias entre los grupos respecto de la demografía. La mayoría de los niños inició con afectación cutánea y musculoesquelética simultánea (89.8%). En 87 ptes la fuerza muscular global fue <3 (63.0%), Md MMT8 Dx 34 (RIC 25.5-45.7) y CMAS Dx 24 (RIC 14-35). El compromiso cutáneo clásico se observó en 119 ptes: Gottron y rash en heliotropo los prevalentes. Solo 6 ptes presentaron formas amioptáticas (4.4%). El 73.2% manifestó compromiso visceral, en orden de frecuencia (%): disfagia (35.6), alteración de pruebas funcionales respiratorias (26.7), disfonía (20.1) y vasculopatía severa con úlceras (18.8). En un subgrupo de 42 ptes se efectuó panel de anticuerpos específicos de miositis, siendo NXP2 19% y TIF-1 16.6% los prevalentes. El tratamiento más frecuentemente utilizado fue corticoide y metotrexato (83.3%);

ante enfermedad severa/refractaria, 87 ptes adicionaron terapia de 2 ó 3° línea: 36.7% ciclofosfamida (alteración deglución 62.5%), ciclosporina en 28.7% y 14 ptes. terapia biológica (rituximab 42,8%) a tiempo X 1,29 años (DE±1.06) años. Durante un tiempo X seguimiento de 4.61 (DE± 2.8) años, el 45,6% experimentó curso monocíclico. A la última consulta, el 24,6% se encontraba en remisión sin medicación.

Conclusión: En nuestra cohorte de 138 pacientes con DMJ, el 23.2% inició antes de los 5 años. No se observaron diferencias estadísticas en cuanto a la presentación, severidad o tratamiento entre grupos según edad de presentación (excepto nivel CPK al debut p .01). A pesar de ello, el diagnóstico y el abordaje en este grupo etario constituyen un verdadero desafío.

	Inicio temprano n=32	Inicio tardío n=106	p
Debilidad musc. severa < 3 n (%)	17 (53.1)	70 (66.0)	ns
Enf. Ulcerativa n (%)	7 (21.9)	12 (11.3)	ns
Calcinosis n (%)	7 (21.9)	20 (18.9)	ns
CPK U/L, X (SD)	947,20 (±1847,1)	3383,53 (±9055,9)	.010
DAS X (SD)	10.7 (± 4.6)	10.6 (± 4.4)	ns
Tto 2°-3° línea n (%)	16 (50)	71(66.9)	ns
Curso crónico persistente n (%)	7 (24.1)	30 (31.2)	ns
Recaídas n (%)	13 (40.6)	35 (33.01)	ns

Tabla

0230

PENFIGOIDE DE MEMBRANAS MUCOSAS OCULAR DE INICIO INFANTOJUVENIL. REPORTE DE 4 CASOS

Ariana RINGER¹, Serenela CHULIBERT¹, María MARCANTONI¹, Carlos SIEGRIST¹, Yoshie KONNO², Gonzalo CHORZEPA³, Ramiro GÓMEZ⁴, Ignacio GANDINO⁵, Andrea SMICHOWSKI⁶, María Lorena BRANCE⁷, Ana Rosa PÉREZ⁸

¹CLÍNICA DE MEDICINA Y LABORATORIO INMUNOLÓGICO ESPECIALIZADO; ²CASA ALVEAR; ³GRUPO OROÑO; ⁴HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL, CONSULTORIO DE REUMATOLOGÍA BUENOS AIRES (CREUBA); ⁵HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES; ⁶CONSULTORIO PRIVADO; ⁷REUMATOLOGÍA Y ENFERMEDADES ÓSEAS, ROSARIO; ⁸INSTITUTO DE INMUNOLOGÍA CLÍNICA Y EXPERIMENTAL DE ROSARIO (IDICER/CONICET)

Presentación del caso: Se describen cuatro casos de penfigoide de membranas mucosas ocular (PMMo) de inicio en población infantojuvenil. **Caso 1:** Femenina, inicio de síntomas a los 13 años: conjuntivitis recurrente, triquiasis, distiquiasis y queratopatía. Biopsia: PMMo. Foster II. Tratamiento: ciclosporina, suero autólogo y metotrexato. Retraso diagnóstico 45 meses. **Caso 2:** Femenina, inicio de síntomas a los 11 años: conjuntivitis recurrente. Biopsia: PMMo. Foster I. Tratamiento: ciclosporina y suero autólogo. Retraso diagnóstico 18 meses. **Caso 3:** Femenina, inicio de síntomas a los 15 años: conjuntivitis recurrente, triquiasis, xeroftalmia y obstrucción de conductos lagrimales. Biopsia: PMMo. Foster II. Tratamiento ciclosporina, suero autólogo y metotrexato. Retraso diagnóstico 14 meses. **Caso 4:** Femenina, inicio de síntomas a los 16 años: conjuntivitis recurrente, xeroftalmia, úlceras corneales y obstrucción de conductos lagrimales. Biopsia: PMMo. Foster II. Tratamiento ciclosporina, suero autólogo y metotrexato. Retraso diagnóstico 126 meses. En los cuatro casos presentados, las pacientes no presentaron alteración de la agudeza visual, enfermedades autoinmunes asociadas, atopia o cáncer. En todos los casos se descartaron otras causas de conjuntivitis cicatrizales, arribando al diagnóstico definitivo por biopsia de conjuntiva. Recibieron seguimiento conjunto entre Reumatología y Oftalmología.

Discusión: El PMMo es una enfermedad ampollar, subepitelial, crónica, inmunomediada comprendida dentro del espectro de penfigoides de membranas mucosas (PMM). Aproximadamente un 32-48% de los PMM tienen compromiso ocular. Se ha reportado una incidencia de 0.7-0.8/millón. Su mayor incidencia es entre los 50-60 años, aunque se han reportado variaciones de edad entre los 20 y 80 años, y una predominancia femenina 2-3:1. La etiopatogenia del PMMo no se conoce exactamente, se postula que factores genéticos y ambientales estarían involucrados, produciéndose una respuesta de hipersensibilidad tipo II. Se han reportado pocos casos en la población infantojuvenil. El PMM es poco común en pediatría, con aproximadamente 30 casos reportados en la literatura mundial, de los cuales 5 presentaron compromiso ocular aislado. La edad media reportada al diagnóstico varía entre 1 y 17 años, con un retraso entre 2 meses y 5 años. Comparte características similares al adulto, siendo necesario descartar otras causas de conjuntivitis cicatrizales, con cultivos de gérmenes y biopsia de conjuntiva.

Comentarios Finales: El PMMo de inicio infantojuvenil es una entidad poco frecuente, que representa un desafío diagnóstico y terapéutico a corto y largo plazo. Es necesario un alto índice de sospecha para su identificación temprana y consecuente tratamiento con el fin de evitar secuelas.

0236

ESCLERODERMIA LOCALIZADA JUVENIL: ANÁLISIS CLÍNICO Y EVOLUTIVO DE UNA COHORTE DE 135 PACIENTES EN LA SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Catalina BENAVIDES MUÑOZ, Marcela ÁLVAREZ, Ayelén OJEDA SILVA, María Laura BARZOLA, Silvia Mónica MEIORIN

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ

Introducción: La esclerodermia localizada juvenil (ELJ) es la forma más frecuente de esclerosis en la infancia. El proceso inflamatorio de la piel y de los tejidos blandos puede provocar diferentes complicaciones, con impacto funcional y cosmético/psicológico. Alrededor del 20% de los pacientes presenta manifestaciones extracutáneas. El manejo terapéutico se basa en el subtipo clínico, la localización de las lesiones y el grado de actividad.

Objetivo: Analizar la prevalencia de subtipos y características clínico-evolutivas en una cohorte de pacientes con ELJ.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional. Se revisaron historias clínicas de pacientes con diagnóstico de ELJ seguidos en nuestro servicio entre 2000 y 2024. El diagnóstico de ELJ se efectuó según clínica o biopsia cutánea, y los subtipos fueron clasificados según criterios Padua 2004. Se determinaron variables demográficas, clínicas, de laboratorio y terapéuticas. Se realizó evaluación clínica basal y en la última consulta LoSSI y LoSDI para cuantificar actividad y daño, respectivamente. Estadística descriptiva. SPSS 19.0.

Resultados: Se incluyeron 135 pacientes con ELJ, 100 mujeres (74%), con tiempos medianos (RIC) de edad al diagnóstico y de seguimiento 8,5 (4,9-11,5) y 5,4 (3,4-8,5) años, respectivamente; y tiempo X de demora al diagnóstico de 0,92 años (DE±0,91). Los subtipos prevalentes fueron las formas lineales 72 pacientes: 38 miembros y 34 cabeza (53,3%) y las circunscriptas 35 pacientes (25,9%). Manifestaciones extracutáneas se observaron en 22 pacientes (16,2%): cefaleas, convulsiones y ACV en 17/34 por clínica e imágenes en pacientes con golpe de sable/Parry Romberg y además 5 niños con artritis. El tratamiento más utilizado fue metotrexato en el 83,7% de la cohorte (n=113/135). En 88 casos (65,1%) se observó progresión de la enfermedad por incremento de LoSSI, por lo tanto, requirieron optimización de la dosis/vía de metotrexato en 74 pacientes, y los 14 restantes *switch* terapéutico a micofenolato/biológicos. Se efectuaron intervenciones quirúrgicas en 8 pacientes: en 2 se colocaron tutores externos por discrepancia severa de miembros y alteración de la marcha y en 6 casos lipotransferencia en subtipo lineales (Parry Romberg/golpe de Sable). A la última consulta, el 65% de los pacientes (n=89/135) se encontraba inactivo (LoSSI=0) y el 96,2% (n=130/135) presentaba daño con una media de LoSDI 7,4 (DE±6,7).

Conclusión: En nuestra cohorte de pacientes con ELJ el subtipo prevalente fue la lineal en el 53,3%. La droga más utilizada fue el metotrexato en el 83,7% de los pacientes y, debido a progresión/recaída de la enfermedad más de las dos terceras partes de la cohorte requirió optimización de metotrexato o adición de una droga de segunda línea. A la última consulta, el 65% de los pacientes se encontraba inactivo, sin embargo, con un *score* de daño con una media 7,4 (DE±6,7).

0250

UNA MIRADA DE LAS VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Georgina DEL GIORGIO, Luciana VASCONCELLOS, Francisco CANO, Luciana LANCIONI, María Emilia PUENTES, Juan Pablo PORTIGLIATTI, María Giselle VILLARREAL, María Martha KATSICAS

HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

Introducción: Las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (VAA) constituyen un grupo infrecuente, pero potencialmente grave de enfermedades autoinmunes en la población pediátrica. Incluyen la granulomatosis con poliangeítis (GPA), la poliangeítis microscópica (MPA) y la granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA). La evidencia descrita en la literatura pediátrica es escasa.

Objetivo: Describir una cohorte de pacientes con diagnóstico de vasculitis ANCA en un centro de tercer nivel.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo con recolección prospectiva de datos. Se incluyeron pacientes con diagnóstico VAA según criterios de expertos, clasificados como GPA según los criterios de EULAR/PRINTO/PRES 2008, diagnosticados y seguidos en un hospital de tercer nivel entre enero de 2013 y diciembre de 2024. Se analizaron variables demográficas, clínicas, de laboratorio, tratamiento y medidas de resultado: actividad (PVAS) y daño (PVDI), en tres momentos: basal, T1 (18 meses ±3 meses) y T2 (36 ±3 meses). Tanto la presencia de remisión como de recaída se definieron según las recomendaciones de EULAR 2022. Se utilizó estadística descriptiva, ANOVA y Mc Nemar.

Resultados: De 22 pacientes, 14 (63%) cumplieron criterios de inclusión. La presentación clínica predominante fue pulmo-renal con requerimiento de diálisis en el 42%. Se evidenció mejoría significativa en relación a las medidas de actividad (PVAS basal/T2 p<0.0001). Un paciente presentó recaída renal con requerimiento de reinducción con rituximab.

Conclusión: La granulomatosis con poliangeítis representa la forma más frecuente de vasculitis ANCA en esta cohorte pediátrica. El diagnóstico y tratamiento oportuno evidenciaron una mejoría significativa en las medidas de actividad y una supervivencia del 100% a los 3 años de seguimiento. La mayor morbilidad se observó en el impacto renal, por lo que creemos necesarias nuevas terapéuticas que prevengan el daño a largo plazo.

0259

ENFRENTANDO EL DESAFÍO DE LA DERMATOMIOSITIS JUVENIL EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Francisco César Augusto CANO, Georgina DEL GIORGIO, Luciana LANCIONI, María Emilia PUENTES, Juan Pablo PORTIGLIATTI, Luciana VASCONCELLOS, María Giselle VILLARREAL, María Martha KATSICAS

HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

Introducción: La dermatomiositis juvenil (DMJ) es la miopatía inflamatoria más frecuente en pediatría. Se caracteriza por debilidad muscular proximal y lesiones cutáneas típicas. Su curso es crónico y requiere un enfoque multidisciplinario.

Objetivo: Describir una cohorte de pacientes con DMJ atendidos en un centro de tercer nivel.

Métodos: Estudio observacional de cohorte retrospectiva con recolección de datos prospectiva. Se incluyeron pacientes con DMJ según criterios de Bohan y Peter y/o EULAR/ACR 2017, diagnosticados y seguidos en nuestra institución entre enero de 2014 y enero de 2024. Se excluyeron aquellos con otra enfermedad autoinmune asociada. Se analizaron variables clínicas, bioquímicas, imagenológicas, funcionales y de tratamiento. Se utilizaron MMT-80, CMAS-52, DAS, CHAQ, escalas visuales análogas (EVAp, EVAm, EVAd) y MDI. Se aplicó estadística descriptiva, ANOVA y McNemar.

Resultados: De la cohorte total de 53 pacientes se incluyeron 35 (66%). El 63% fueron mujeres. La mediana de edad al diagnóstico fue de 6,78 años y el tiempo desde el inicio de los síntomas al diagnóstico fue de 3 meses. El 97% presentó debilidad muscular. Se realizó capilaroscopia en el 57% (capilaropatía en el 100%). La totalidad de los pacientes presentó elevación de enzimas musculares. El 100% de los pacientes realizó kinesioterapia motora. A los 18 meses las medidas de resultado evidenciaron diferencias estadísticamente significativas. La morbimortalidad asociada reveló daño acumulado en el 31% y mortalidad en 1 paciente.

Conclusión: La cohorte descrita demuestra heterogeneidad clínica. Se evidencia una respuesta efectiva a la terapéutica implementada a los 18 meses. A pesar del tratamiento instaurado, una proporción de pacientes presentó daño acumulado, por lo que se requieren nuevas estrategias para mejorar los índices de morbimortalidad.

VASCULITIS POR IgA EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Camila GONZÁLEZ, Federico de Jesús VARGAS CADENAS, Guissela Glenda LACUADRA, María Emilia LACAPRA, Valeria GONZÁLEZ OSLER, María Jimena GÓMEZ SOSA, Vanesa Laura CERVETTO, María MARCANTONI, Ezequiel ZACAÑINO, María Isabel BRUSCO

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

	N = 169 ¹
Edad al inicio (años)	8.1 ± 3.5
Género	
Femenino	94 (56%)
Masculino	75 (44%)
Tiempo de seguimiento (meses)	3 [1-8]
Infección previa	76 (45%)
Extensión cutánea	
Atípica	79 (47%)
Típica	90 (53%)
Severidad cutánea	
Leve	158 (93%)
Moderada	11 (6.5%)
Púrpura persistente	50 (30%)
Recurrencia cutánea	19 (11%)
Compromiso renal	75 (44%)
Hematuria persistente	29 (39%)
Proteinuria	41 (55%)
Compromiso gastrointestinal	90 (53%)
Severidad GI	
Leve	65 (72%)
Moderada	19 (21%)
Severa	6 (6.7%)
Orquitis	11 (6.5%)
Compromiso neurológico	2 (1.2%)
Compromiso cardíaco	0 (0%)
Hipertensión arterial	15 (9.1%)
Otro compromiso	99 (58%)
Edema doloroso de partes blandas	50 (51%)
Artralgias	37 (37%)
Otros	12 (12%)
Internación	80 (47%)
Uso de corticoides	106 (63%)
Uso de inmunosupresores	3 (1.8%)

¹ Media ± DE; n (%); Mediana [Q1-Q3]

Introducción: La vasculitis por IgA (IgAV) es la vasculitis de pequeños vasos más frecuente en pediatría. Se caracteriza fundamentalmente por púrpura palpable, artritis/artralgia, compromiso gastrointestinal (GI) y renal. La mayoría de los casos es autolimitado; el compromiso GI severo y la nefritis determinan el pronóstico.

Objetivo: Evaluar las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas en una cohorte de pacientes pediátricos con IgAV, y explorar los posibles factores de riesgo asociados al compromiso renal y GI.

Métodos: Estudio observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo y analítico. Se incluyeron pacientes menores de 16 años con diagnóstico de IgAV según criterios EULAR/PRINTO/PreS 2008 atendidos por el Servicio de Reumatología entre enero 2019 y diciembre 2024. Se excluyeron aquellos con enfermedades autoinmunes reumatológicas asociadas. Se recolectaron datos mediante revisión de historias clínicas electrónicas. Se realizó análisis descriptivo e inferencial, ajustando modelos de regresión logística entre variables clínicas y riesgo de compromiso renal o GI, utilizando R (4.4.2).

Resultados: De un total de 169 pacientes, predominó el sexo femenino (relación 1,27:1) con edad media al diagnóstico de 8 años (DE 3,49). La mediana de tiempo de seguimiento fue de 3.43 meses [1.10-7.77]. Las características demográficas y clínicas se resumen en la Tabla. Las complicaciones GI se vieron en 7 pacientes (4%): 1 hematoquecia, 1 adenitis mesentérica, 4 invaginación intestinal, y de éstos 3 requirieron intervención quirúrgica. En el análisis univariado, la púrpura persistente se asoció de forma significativa con el compromiso renal (RR=1,8; IC95%: 1,21-2,30; p=0,0048), y en el modelo de regresión logística multivariado, se mantuvo como único predictor independiente y significativo de compromiso renal tras ajustar por edad, sexo, recurrencia cutánea, extensión cutánea, compromiso GI y genital. La orquitis se comportó como predictor de riesgo (ORa=8,92; p=0,045) para el compromiso GI, mientras que la edad >10 años fue factor protector (OR = 0,35; p=0,008). Se evidenció un aumento progresivo en la incidencia anual de casos, mayor en invierno (38,5%), reflejado en la curva de tendencia suavizada.

Conclusión: En nuestro trabajo la frecuencia del compromiso renal y GI fue similar a las publicaciones revisadas. La púrpura persistente se identificó como un predictor independiente de compromiso renal, coincidiendo con la bibliografía. La orquitis como factor asociado a afectación GI es una relación poco reportada. A diferencia de lo publicado, observamos una relación inversa entre la edad >10 años y el riesgo de compromiso GI. El aumento de casos en invierno podría sugerir un posible rol ambiental o infeccioso como desencadenante. Nuestros resultados aportarían evidencia clínica útil para el seguimiento y estratificación del riesgo en pacientes con IgAV.

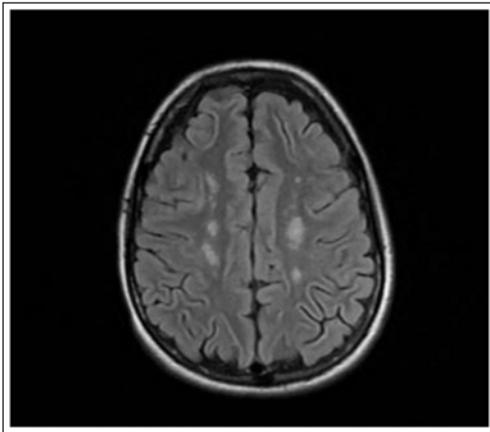
Tabla: Características demográficas y clínicas (n=169).

LUPUS NEUROPSIQUIÁTRICO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

María Agustina GEYMONAT, Ivana ROJAS, María Elena RAMA

HOSPITAL DE NIÑOS LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA

Presentación del caso: Paciente femenina de 12 años, comienza 5 días previos a la consulta con alucinaciones auditivas, movimientos anormales, discinesias orolinguales y afasia, comunicándose mediante escritura. Refiere esguince de tobillo derecho de un año de evolución, alopecia y cefalea de 3 meses de evolución. Al examen físico, la paciente está irritable, consciente, glasgow 15, pupilas isocóricas reactivas, movimientos anormales incontrolados de miembros superiores e inferiores, afasia, reflejos osteotendinosos normales, Babinski bilateral positivo. Placas de alopecia en el cuero cabelludo y palidez mucocutánea generalizada. Ingresa por guardia por sospecha de encefalitis, se realizan: -Laboratorio: pancitopenia, hipocomplementemia, ANA 1/640, antifosfolípidos positivos (anticoagulante lúpico, anticardiolipinas, anti b2 glicoproteínas). -Orina: índice proteinuria/creatininuria de 1.74. -RMN: imágenes hiperintensas en T2 y FLAIR en sustancia blanca. -LCR normal. Panel encefalitis autoinmune negativo. -Biopsia



renal: nefritis lúpica difusa tipo IV. Actividad 13, cronicidad 2. Se realiza diagnóstico de lupus con compromiso renal, neurológico y hematológico. SLEDAI: 40. Se indica tratamiento con pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida. Por compromiso hematológico persistente se realiza rituximab.

Discusión: El lupus neuropsiquiátrico ocurre en el 13,5-51% de los pacientes pediátricos, es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en pacientes con lupus eritematoso sistémico. El diagnóstico representa un desafío y es principalmente de exclusión. Las pruebas serológicas actuales no son lo suficientemente precisas para el diagnóstico ni para evaluar la gravedad de la enfermedad. El tratamiento sigue siendo empírico y en función de la experiencia clínica, la elección depende de la identificación del mecanismo patogénico subyacente.

0267

AUTOANTICUERPOS EN PACIENTES CON MIOSITIS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS JUVENILES

Lucía CASTELLANO, Maximiliano Ezequiel FRÍAS, Mónica ANTOLÍN, Verónica GONZALÉZ, María Elena RAMA, María Agustina GEYMONAT, Ivana Daniela ROJAS, María Luz MARTÍN

HOSPITAL DE NIÑOS LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas juveniles (MIJ) son un grupo de desórdenes inflamatorios crónicos infrecuentes, caracterizados por compromiso muscular y cutáneo. La identificación de autoanticuerpos específicos de miositis (MSA) y asociados a miositis (MAA) ha permitido mejorar el diagnóstico, pronóstico y manejo terapéutico. Desde el descubrimiento de nuevos autoanticuerpos (AutoAcs) como a-TIFg1, a-NXP2, a-MDA5 y a-CN1-A se ha incrementado su prevalencia en población pediátrica, resaltando la importancia de su determinación sistemática. No obstante, la evidencia en esta población es limitada.

Objetivo: Describir los AutoAcs presentes en una cohorte pediátrica con diagnóstico de MIJ y su posible asociación con manifestaciones clínicas.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo retrospectivo. Se incluyeron pacientes menores a 16 años clasificados como MIJ (criterios de Bohan y Peter) atendidos entre diciembre de 2012 y octubre de 2024. Se analizaron variables clínicas, de laboratorio, escalas de compromiso muscular (MMT8) y cutáneo (aCAT) y exámenes complementarios (TAC, estudio de deglución y espirometría). El análisis estadístico se realizó con SPSS v21.0.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes: 81,3% dermatomiositis juvenil, 12,5 % miositis de superposición (MS) y 6,3 % polimiositis juvenil. La edad media al diagnóstico fue de 6,3 años. El 68,8% presentó debilidad muscular severa y el 62,5% lesiones cutáneas severas. Se detectaron calcificaciones en el 31,3% de los casos. Cuatro pacientes presentaron TAC alterada, 3 estudio de deglución alterado y 3 espirometría de patrón restrictivo. La incorporación de los nuevos AutoAcs permitió aumentar la tasa de positividad del 25% al 68,8% (71,4% MSA y 28,6% MAA). Los MSA más frecuentes fueron a-Mi2 (31,3%), a-NXP2 (25%) y a-MDA5 (12,5%). Además, un 18,8% presentó 2 MSA a la vez. Los MAA detectados fueron a-U1RNP, a-Pm-Sci 75/100, presentes en pacientes con MS. Un 31,2 % de pacientes fueron negativos para MSA/MAA. Se observó asociación estadísticamente significativa entre AutoAcs a-MDA5 y menor compromiso muscular ($\chi^2=5,029$; $p=0,025$), así como entre AutoAcs a-MDA5 y una escala MMT8 mayor ($Rho=0,580$; $p=0,018$). Por otro lado, se encontró asociación estadísticamente significativa entre AutoAcs a-Mi2 y niveles elevados de CPK ($Rho=0,746$; $p=0,001$) y entre AutoAcs a-Mi2 y una menor escala aCAT asociada a daño ($p=0,013$).

Conclusión: En este estudio se destaca la importancia de incluir la detección temprana de MSA y MAA en el abordaje clínico de las MIJ. La detección de AutoAcs como a-Mi2, a-NXP2 y a-MDA5 resulta fundamental para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con un enfoque más personalizado. Se requiere validar estos resultados en cohortes más amplias mediante estudios multicéntricos.

0293

NÓDULOS PULMONARES COMO MANIFESTACIÓN DE INFECCIÓN OPORTUNISTA EN UN PACIENTE CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Micaela MONTECUCO, María HORTAS, Romina LARROULET, Viviana MASTRI, Mariana FABI

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA DE LA PLATA

Introducción: Los nodulares pulmonares en la artritis idiopática juvenil (AIJ) son infrecuentes, pero significativos, existiendo pocos reportes. Su presencia puede deberse a diferentes causas, entre ellas infecciosas. El riesgo de adquirir infecciones, comunes u oportunistas, está aumentado tanto por la autoinmunidad como por el uso de agentes biológicos. Dentro de las infecciones oportunistas, la histoplasmosis, micosis granulomatosa endémica en América del Sur, producida por *histoplasma capsulatum* presente en suelos contaminados. La forma de presentación depende del estado inmunológico, la carga fúngica inhalada y la virulencia. En inmunocompetentes produce enfermedad pulmonar asintomática y autolimitada, pero en inmunosuprimidos formas diseminadas y crónicas. En estas últimas se describen nódulos únicos o múltiples, de paredes gruesas, a veces con cavitación y calcificaciones, predominando en lóbulos superiores, difícil de diferenciar de la tuberculosis (TB) en imágenes. El tratamiento temprano evita las formas progresivas y diseminadas.

Objetivo: Presentación de caso clínico de paciente con AIJ poliarticular y nódulos pulmonares por histoplasmosis.

Caso clínico: Paciente femenina de 11 años, con diagnóstico de AIJ poliarticular FR negativo de 2 años de evolución en tratamiento con metotrexato (23 meses) y adalimumab (4 meses) en remisión clínica, con síndrome febril prolongado. Al examen físico, presentaba buen estado general, febril, asténica, tos seca leve, sin compromiso mucocutáneo, articular, sin adenopatías ni visceromegalias. Inicialmente presentaba leucocitosis, anemia y aumento de reactantes de fase aguda. En la radiografía de tórax, foco de consolidación derecho interpretándose como neumonía e iniciando trata-

miento antibiótico endovenoso. Por persistir febril se realiza TACAR (Figura 1) de tórax que informa en segmento apical de lóbulo inferior derecho, nódulo cavitado de 10x12 mm con signo de la medialuna y pared gruesa, y otro de 6x5 mm, ambos en relación con tractos vasculares sin realce con contraste junto a adenopatía pretraqueal de 12 mm con realce periférico. Se realizó BAL con toma de muestra para gérmenes comunes, micobacterias, geneXpert, PCR panfúngica, serología y antígeno urinario para *Histoplasma capsulatum* mientras inicia tratamiento empírico para TB. Por falta de respuesta clínica, resultado de BAL negativos y progresión radiológica se efectuó biopsia pulmonar que informó en parénquima múltiples lesiones granulomatosas con necrosis central, células gigantes multinucleadas y numerosas estructuras levaduriformes dispersas en la necrosis, correspondientes con *Histoplasma Capsulatum*. Recibió tratamiento con Itraconazol vía oral por 12 meses, con evolución favorable (Figura 2).

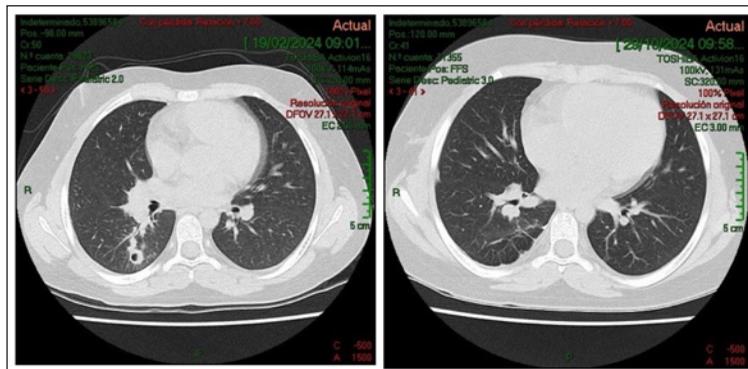


Figura 1

Figura 2

Conclusiones: Ante un paciente con ALJ, inmunosuprimido y con nódulos pulmonares es importante pensar en infecciones oportunistas para mejorar el tiempo diagnóstico y evitar formas severas.

Conclusiones: Ante un paciente con ALJ, inmunosuprimido y con nódulos pulmonares es importante pensar en infecciones oportunistas para mejorar el tiempo diagnóstico y evitar formas severas.

0294

VASCULITIS IgA PEDIÁTRICA CON COMPROMISO CUTÁNEO RECURRENTE. EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CON COLCHICINA

Romina LARROULET, Micaela MONTECUCO, María HORTAS, Viviana MASTRI, Mariana FABI

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA DE LA PLATA

Introducción: La vasculitis IgA (VIgA) es la vasculitis sistémica más frecuente en pediatría que afecta vasos de pequeño calibre con depósitos de IgA. La mayoría se autolimita en 4 semanas y el tratamiento es de soporte. El 30% presenta recaídas cutáneas que pueden requerir terapias prolongadas con corticoides, con efectos adversos e impacto en la calidad de vida. Aunque el uso de otros fármacos es controversial, existen reportes de buena respuesta al tratamiento con colchicina.

Objetivo: Describir una serie de casos de pacientes pediátricos con diagnóstico de vasculitis IgA y compromiso cutáneo recurrente tratados con colchicina.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, con revisión de historias clínicas en pacientes <16 años con diagnóstico de VIgA (EULAR/PRINTO/PRES 2008) desde 6/2021 a 6/2024, seguidos en el servicio de Reumatología de nuestro hospital que presentaban manifestaciones cutáneas recurrentes, tratados con colchicina. Recurrencia: nuevo brote cutáneo en un paciente con diagnóstico de VIg luego de al menos 4 semanas asintomático. Respuesta clínica: desaparición del compromiso cutáneo. Evaluamos datos demográficos, clínicos, estudios complementarios, tratamientos y respuesta clínica.

Resultados: Se incluyeron 5 pacientes con edad media al diagnóstico de 11.2 años, 3 eran varones. Dos tenían antecedentes de infecciones. Todos presentaron púrpura palpable en miembros inferiores y en el 60% fue generalizada. Al inicio 3 tenían artralgias y 2 dolor abdominal con engrosamiento de la pared intestinal. En un caso el compromiso fue severo con hemorragia digestiva que requirió inmunosupresión (corticoide sistémico y gammaglobulina). Cuatro pacientes desarrollaron hematuria microscópica, 2 al inicio con resolución posterior y 2 en la evolución. Todos tuvieron FAN y ANCA negativos con C3/C4 normal. Biopsia cutánea se realizó en 4 resultando en vasculitis leucocitoclástica IgA positiva. El promedio de recaídas cutáneas fue de 3.2. El 100% recibió ciclos cortos de meprednisona previo al uso de colchicina, 2 pacientes corticoides sistémicos y 2 recibieron azatioprina con buena respuesta inicial y recaída cutánea posterior. El tiempo medio desde el inicio de la enfermedad hasta el comienzo de la colchicina fue de 9 meses (4-21). La dosis fue de 0.5-1 mg/día por 12 meses. Se obtuvo respuesta clínica en todos los pacientes en promedio a los 11.6 días del inicio, solo 1 paciente suspendió por presentar efectos adversos gastrointestinales.

Conclusión: Describimos 5 pacientes que presentaron respuesta clínica favorable, con efecto ahorrador de corticoide y suspensión de la colchicina luego de 12 meses. Existen escasos reportes en la literatura sobre el tratamiento del compromiso cutáneo recurrente en pacientes VIgA. Aunque nuestra experiencia con colchicina fue positiva, son necesarios estudios con mayor número de pacientes para valorar las diferentes opciones terapéuticas.

0301

DOS CARAS DE UNA MISMA LINFADENOPATÍA: KIKUCHI-FUJIMOTO Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Patricia Tatiana VELASCO, Mayra ETCHEVERRY, Eva Victoria JAVIER GELATTI, Matías Hernán GARCÍA HERNÁNDEZ, Adrián ESTÉVEZ, Alejandro ABALO, Graciela BETANCUR, María Julia PAPAGNO, Sabrina ARGÜELLO, Agustina LLARENS, Lucía PEIRANO

HOSPITAL EL CRUCE. FLORENCIO VARELA

Presentación del caso: **Caso 1:** Paciente masculino de 13 años, con antecedente de cefalea intensa, vómitos e hipertensión arterial. Resonancia magnética cerebral con lesión ocupante en la región pineal, que requirió neurocirugía. Evoluciona con síndrome febril sin foco, adenomegalias cervicales, faringitis, esplenomegalia, exantema eritematoso, bicitopenia, hiperferritinemia y elevación de transaminasas. Se descartan causas infectológicas, punción de médula ósea normal. Se realizó biopsia de ganglio cervical: histoarquitectura distorsionada áreas pálidas de forma irregular compuestas por histiocitos, células dendríticas plasmocitoides, material granular eosinofílico y abundantes restos cariorrepticos (polvo nuclear), que rodean zona central de necrosis, linfocitos mezclados con inmunoblastos y grupos de células dendríticas plasmocitoides, apariencia de cielo estrellado. Compatible con linfadenitis necrotizante histiocítica. Presenta excelente evolución postexeresis, se diagnóstica EKF. **Caso 2:** Paciente masculino de 16 años, con antecedentes de supuración pleuropulmonar y trasplante de córnea (queratocono), consultó por síndrome febril prolongado acompañado de adenopatía axilar izquierda y anemia, FAN+. Tomografía axial computarizada: derrame pleural laminar bilateral, adenopatías axilares bilaterales, e iliacas,

derrame pericárdico laminar. Se descartaron procesos infecciosos. Biopsia de adenopatía axilar: hiperplasia linfática folicular reactiva con pequeños focos de necrosis con cuerpos hematocíclicos. Diagnóstico linfadenitis lúpica. Se inició tratamiento con metilprednisolona e hidroxiquina, con buena evolución.

Discusión: La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EKF) es una entidad inflamatoria infrecuente y autolimitada. El lupus eritematoso sistémico (LES) es la enfermedad autoinmune más asociada con EKF, se han descrito también casos asociados a síndrome de activación macrofágica. Representa un desafío diagnóstico debido a la variedad de diagnósticos diferenciales, que incluyen infecciones, inmunodeficiencias, procesos autoinmunes y neoplasias. En este trabajo se presentan dos entidades clínicas que, aunque diferentes en su fisiopatología, pueden compartir hallazgos clínicos similares.

Comentarios Finales: Destacamos la importancia de una evaluación clínica integral, el papel fundamental del estudio histopatológico y la necesidad de un abordaje interdisciplinario para el diagnóstico y el manejo adecuado de las linfadenopatías reactivo-necróticas. Es fundamental el seguimiento ya que según reportes hasta el 53% podría desarrollar alguna enfermedad del tejido conectivo.

0305

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUTIVAS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL EN UN HOSPITAL DE CUARTO NIVEL DE SALTA

Paola Marcela JUÁREZ, Javier Maximiliano FARFAN

HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune multisistémica, 20-30% de los pacientes comienzan en edad pediátrica, el inicio temprano (<5 años) puede estar asociado con presentaciones atípicas, mal pronóstico y curso más grave.

Objetivo: 1) Determinar la prevalencia de LES juvenil (LESj); 2) describir las características clínicas, de laboratorio, y evolutivas de pacientes con LESj; 3) comparar en los diferentes grupos etarios (≤ 7 años, 8-12 años, ≥ 13 años).

Métodos: Estudio retrospectivo observacional analítico. Se revisaron historias clínicas de pacientes (ptes) <18 años con LESj (ACR-EULAR 2019), entre 1/2009- 5/2025 seguidos en Salta. Se analizaron variables demográficas, clínicas, bioquímicas, clinimétricas, terapéuticas y complicaciones. ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Descriptivo, T test, χ^2 .

Resultados: 49 ptes con LESj, 83% femeninos. Al debut: edad media 12.1 años ($DS \pm 2.5$), 4 eran ≤ 7 años, 22 entre 8-12 años y 23 ≥ 13 años, promedio de demora al diagnóstico de 5.4 meses. Mediana criterios de diagnóstico ACR-EULAR: 21 puntos y SLEDAI: 16 puntos. Las manifestaciones clínicas más frecuentes al debut: 82% artritis, 71% síntomas constitucionales, 67% enfermedad renal (51.5% Nefropatía Clase VI), 43% enfermedad cutánea, 1 pte taponamiento cardíaco, 1 pte pancreatitis aguda, 4 ptes debutaron con SAM. Lab: 94% con hipocomplementemia, 71% DNA, 36% RO y Sm, 14% La y AFL, 10% RNP. Tiempo X de seguimiento 3.9 años. Última consulta: 41% en remisión y 10% con LDA, 84% aun recibían CTC (dosis X 8 mg/d). Durante seguimiento 5 ptes hicieron enfermedad renal de novo, el 49% presentó toxicidad al uso de CTC (22% cataratas, 20% glaucoma, 18% osteoporosis, 6% NOA, 4% PRES y pseudotumor cerebral), 49% tuvo infecciones, las más severas predominaron en ptes ≤ 7 años. En cuanto a abordaje terapéutico, el 100% recibió CTC (53% de inicio EV), 65% CFM EV, mantenimiento: 54% recibió MMF como primera elección, de ellos en 24% se rotó o se agregó un segundo IS (refractoriedad/mala tolerancia), 31% usó biológicos. En última consulta, 2 ptes tenían ERCT y 1 fue a trasplante renal, 2 ptes fallecieron: 1 al debut y otro en seguimiento (< 7 años). No hubo diferencias significativas en cuanto a sexo, enfermedad renal al debut, terapéutica utilizada ni tasa de remisión en los diferentes grupos etarios ($P > 0.01$), en debut ≤ 7 años se observó mayor positividad de Autoatc comparada con el resto ($p < 0.0003$).

Conclusión: Nuestra cohorte de ptes tuvo como principales manifestaciones al debut síntomas constitucionales, enfermedad renal y artritis, 4 debutaron con SAM (complicación poco frecuente en LES). Los ptes <7 años al debut se destacaron por mayor severidad del cuadro clínico, infecciones más severas, mayor positividad de autoatc y mayor mortalidad. La mayoría de nuestros ptes recibía CTC en última consulta, pero a dosis seguras, sin embargo, un gran porcentaje presentaba comorbilidades asociado a uso de CTC.

0307

ENFERMEDAD DE KAWASAKI RECURRENTE EN UN LACTANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Agustina SHARRUE, Susana CHICCO CAMPOS, Susana GALINDO

HOSPITAL DE NIÑOS JESÚS DE TUCUMÁN

Presentación del caso: La enfermedad de Kawasaki (EK) en lactantes menores de 6 meses presenta desafíos diagnósticos y terapéuticos, con mayor riesgo de formas refractarias y complicaciones cardiovasculares. Reportamos el caso de una paciente de 4 meses con EK recurrente con aneurisma coronario, previamente sana, que presenta cuadro de fiebre de más de 5 días, irritabilidad, rash maculopapular en tronco y extremidades, conjuntivitis no exudativa, adenopatía cervical izquierda y edema en pies. Se asume como EK completo por lo que se indica IVIG (2 gr/kg) y AAS en dosis antiinflamatorias. Se realiza ecocardiograma: normal. Persiste febril y tras descartar infección sobreagregada, se considera como EK refractaria. Evaluada por Pediatría, se administra segunda dosis de IVIG con buena respuesta y defervescencia de la fiebre. Ambulatoriamente continúa con controles por Cardiología (ecocardiogramas normales) y es derivada a Reumatología para valoración. Dado el cuadro clínico, con factores de riesgo de resistencia a la IVIG, se añade al tratamiento de la paciente esteroides (1 mg/kg/d). Dicho tratamiento es discontinuado a la semana por decisión materna. Cinco meses después presenta recaída con fiebre, conjuntivitis, rash en manos y pies, irritabilidad y en el laboratorio anemia (Hb 9,5) neutrofilia (72%), elevación de reactantes de fase aguda (VSG 52, PCR 237). Ante la sospecha de EK se realiza ecocardiograma mostrando aneurisma en coronaria derecha y derrame pericárdico leve. Se asume como EK recurrente y se indica tratamiento con IVIG+pulsos de metilprednisolona (30 mg/kg/d por 3 días consecutivos). Posteriormente se indica descenso gradual de prednisona con mejoría clínica y analítica. Mantiene controles periódicos con Cardiología con ecocardiograma, evidenciando mejoría imagenológica de los aneurismas. A los 3 meses, el ecocardiograma de control evidenció remisión completa de las dilataciones coronarias.

Comentarios Finales: Los lactantes con EK requieren alto índice de sospecha, tratamiento oportuno con IVIG+esteroides en pacientes con factores de riesgo de resistencia a gammaglobulina y seguimiento ecocardiográfico prolongado para monitorizar complicaciones coronarias y/o cardíacas.

COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN NIÑOS CON ESCLERODERMIA LOCALIZADA LINEAL EN CABEZA

Diego Ignacio GONZÁLEZ MÁRQUEZ, Catalina BENAVIDES, Marcela ÁLVAREZ, María Laura BARZOLA, Ayelén OJEDA SILVA, Silvia Mónica MEIORIN
HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ

Introducción: La esclerodermia en Golpe de Sable (GS) y el síndrome de Parry-Romberg (PR) son variantes de morfea lineal localizadas en cabeza que pueden asociarse con afectación neurológica (siendo las convulsiones y cefaleas las manifestaciones prevalentes); sin embargo, pueden constituir hallazgos incidentales en las neuroimágenes de rutina.

Objetivo: Describir el compromiso del sistema nervioso central (SNC) en una cohorte de pacientes pediátricos con esclerodermia localizada lineal en cabeza, y realizar una revisión de la literatura.

Métodos: Estudio retrospectivo, con revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de GS y PR seguidos en nuestro Servicio (período 2000-2024). Se definió como afectación del SNC a la ocurrencia de manifestaciones clínicas y/o alteraciones en RMN de SNC. Se determinaron variables demográficas, clínicas, imágenes y terapéuticas. Análisis estadístico descriptivo, SPSS 19.0

Resultados: En una cohorte de 135 pacientes (ptes) con esclerodermia localizada, 34 de ellos presentaron subtipo GS y/o PR (25,2%), con edad X (\pm DS) al diagnóstico de 10,5 años (\pm 4,6) y tiempo X (\pm DS) de seguimiento 6,4 años (\pm 3,7). La mitad de los pacientes presentó compromiso del SNC (17 ptes), sin diferencias respecto de las variables demográficas con el grupo no afectado (edad y retraso al diagnóstico en años, valores X (\pm DS): 7,9 (SD 5,7) y 0.7 (0,5) vs. 8,2 (3,3) y 0.9 (0.8), respectivamente). Trece pacientes (38,2%) presentaron manifestaciones neurológicas, n ptes (%): cefaleas 8 (23,5), convulsiones 3 (8,8), y hemiparesia 2 (5,8) (1 paciente con vasculitis SNC y 1 sangrado por cavernoma). Se efectuaron neuroimágenes en forma sistemática en todos los pacientes, siendo patológicas en 10 (29,4%), observándose (n): cavernoma 3, vasculitis frontal 1 (arteria cerebral media), calcificaciones 1, quiste aracnoideo 1, hipotrofia frontal 1 y neuropatía óptica por atrapamiento 1, todas ipsilaterales a la esclerodermia, mientras que los pacientes con síndrome convulsivo presentaron afectación difusa de sustancia blanca. En 2 casos (5,9%), los cavernomas representaron hallazgos incidentales en niños asintomáticos. Todos los pacientes recibieron tratamiento con MTX por su esclerodermia. Abordaje terapéutico del compromiso neurológico, n ptes: 1 recibió pulsos de CFM por vasculitis de SNC, anticomiciales en 3 y exéresis quirúrgica en 1 paciente con cavernoma.

Conclusión: En nuestra cohorte de 34 pacientes con esclerodermia localizada juvenil lineal en cabeza, el 50% presentó compromiso del SNC (el 38% con síntomas clínicos, mientras que las imágenes fueron patológicas en 1/3 de ellos). Las neuroimágenes, tanto al diagnóstico como durante la evolución, son esenciales para identificar esta frecuente manifestación extracutánea.

COEXISTENCIA ENTRE ESCLERODERMIA LOCALIZADA JUVENIL Y VITILIGO EN UNA SERIE DE 10 PACIENTES

Carmen MENDOZA LLERENA, Marcela ÁLVAREZ, Andrés BURKETT, Silvia Mónica MEIORIN
HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ

Introducción: La esclerodermia localizada y el vitiligo son dos condiciones autoinmunes que afectan la piel y raramente coexisten en el mismo paciente, especialmente en la etapa pediátrica. Se ha sugerido que podrían compartir mecanismos inmunológicos similares. Son limitados los reportes sobre la coexistencia de estas dos entidades en pacientes pediátricos en la literatura

Objetivo: Caracterizar el cuadro clínico y terapéutico en pacientes con esclerodermia localizada juvenil (ELJ) y vitiligo concomitantes.

Métodos: Serie de casos. Revisión de historias clínicas de pacientes con co-ocurrencia de ELJ y vitiligo, seguidos en forma conjunta por Reumatología y Dermatología (período 2000-2025). Se analizaron variables demográficas, clínicas, de laboratorio y terapéuticas. Análisis estadístico descriptivo, Excel.

Resultados: En nuestra cohorte de 135 pacientes (ptes.) con ELJ, se identificaron 10 ptes. con vitiligo (7,4%), 8 mujeres (80%), con edades X (DS) al diagnóstico de 7,4 años (\pm 3,8) y de 6,9 años (\pm 2,9), para ELJ y vitiligo, respectivamente. Según clasificación Padua 2004, las formas identificadas fueron: 6 lineales (4 en banda), 3 mixtas y 1 circunscripta. El vitiligo antecedió al diagnóstico de morfea en 4 ptes. (40%), con un tiempo medio de 1,9 años (\pm 1,4), siendo prevalentes las formas segmentarias. En solo 2 ptes. (20%) se observó coincidencia en el sitio de afectación anatómica entre ambas entidades. Perfil de autoinmunidad con ANA + (rango título 1/160-1280) se observó en 7 niños (70%), sin autoanticuerpos específicos. En ningún caso se reconocieron otras patologías autoinmunes concomitantes. Las drogas inmunomoduladoras más utilizadas para el abordaje terapéutico fueron: metotrexato para ELJ en 9 ptes. (90%) y tacrolimus local en 4 niños. A la última consulta, 6 ptes. permanecían con tratamiento estable, sin evidenciar progresión de ningún tipo de lesión.

Conclusión: En nuestra serie de pacientes pediátricos, el 7,4% mostró la coexistencia de esclerodermia localizada y vitiligo. Las formas prevalentes fueron lineales y segmentarias en cada entidad, respectivamente. El 70% presentó ANA positivo, sin embargo, no se registró asociación con otras enfermedades autoinmunes.

CENSO REUMA-ARG EN PEDIATRÍA

Marcela Beatriz ÁLVAREZ¹, Nieves CAPOZZI², Víctor D. CAPUTO², María Flavia CEBALLOS RECALDE³, Leandro FERREYRA GARROTT³, Javier Federico FLORES TREJO², María Olga LEAL², Fabiana MONTOYA², Ingrid PETKOVIC², Verónica SAURIT²

¹GESAR DE PEDIATRÍA; ²COMITÉ DE EDUCACIÓN A PACIENTES SAR; ³HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: Con la experiencia del Censo ReumaARG en la población adulta se realizó la misma encuesta adaptada para la población pediátrica. En Argentina no hay datos de prevalencia de enfermedades reumáticas en esta población ni sobre el tiempo de demora al diagnóstico. Se conoce el impacto que tienen estas patologías en la calidad de vida y sobrevida más aún en los niños y adolescentes.

Objetivo: Determinar la frecuencia de las enfermedades reumáticas en la población pediátrica, y analizar su distribución por provincias, áreas, acceso al sistema de salud y el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico.

Métodos: Estudio observacional, transversal, multicéntrico, mediante encuesta (mayo de 2025) en pacientes con diagnóstico antes de los 18 años residentes en Argentina. Recolección mediante un cuestionario estructurado en *Google Form*, distribuido por las asociaciones de pacientes y GESAR pediátrico. Se excluyeron pacientes ≥ 18 años, sin diagnóstico confirmado y datos incompletos. Se realizó análisis descriptivo para variables numéricas (media, DS y rangos), distribución de frecuencias y % para variables categóricas y dicotómicas. Se utilizó pruebas de χ^2 ($p < 0.05$) para evaluar asociaciones entre las variables analizadas mediante Stata.

Resultados: Se obtuvieron 506 respuestas válidas. El 91.2% fueron mujeres, con edad media actual de 9.7 años (DS:4.4) y edad media al diagnóstico de 6.4 años (DS:4.3). El nivel educativo más alto alcanzado fue secundario 54.3%. El 86.6% residían en áreas urbanas. Filiales SAR con mayores respuestas: ARBA (28.8%) ARCba (13.6%) y Noroeste (12%). Las enfermedades más frecuentes: AIJ (58.1%), LES (18.6%), DMJ (6.9%), SCL (5.3%), vasculitis (3.7%) y enfermedades autoinflamatorias (2.4%). Los pacientes con fibromialgia (n=3), Sjögren (n=5), uveítis (n=14) y EMTC (n=3) fueron el 4.9%. El 62.5% accedía a salud privada. El 53.6% consultó primero al pediatra general. El 41.9% contaba con un reumatólogo en su localidad. El tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas al diagnóstico más frecuente fue < 3 meses en forma global (49.6%) sin embargo un 22.3% fue diagnosticado > 1 año. El 61.7% sintió que hubo una demora en el diagnóstico. La misma demora global se observó en la mayoría de las filiales, pero > 1 año en la del Noroeste y Tucumán. En el análisis bivariado solo se observó asociación entre vivir en zona urbana con tiempo al diagnóstico ($p=0.02$). Las enfermedades autoinflamatorias y la esclerodermia mostraron asociación significativa con tiempos extremos de diagnóstico ($p < 0.05$).

Conclusión: Aunque casi la mitad de los pacientes accedió a un diagnóstico oportuno, persisten demoras relevantes en un subgrupo, especialmente en patologías menos frecuentes o de presentación atípica. La disponibilidad de un reumatólogo infantil local no garantizó una reducción significativa en los tiempos al diagnóstico. Resaltamos la necesidad de estrategias de derivación temprana y educación médica continua para mejorar el acceso oportuno al diagnóstico en enfermedades reumáticas pediátricas en Argentina.

0339

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 15 AÑOS EN UN CENTRO DE REUMATOLOGÍA INFANTIL

María Jimena GÓMEZ SOSA, Valeria GONZÁLEZ OSLER, Guissela Glenda LACUADRA, María Emilia LACAPRA, Camila Belén GONZÁLEZ, Federico de Jesús VARGAS CADENAS, María MARCANTONI, Vanesa Laura CERVETTO, María Isabel BRUSCO

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

Introducción: El síndrome antifosfolipídico (SAF) es una enfermedad autoinmune caracterizada por trombosis y/o manifestaciones hematológicas o cutáneas, asociadas a anticuerpos antifosfolípidos. En pediatría, su diagnóstico es desafiante por la baja frecuencia de trombosis y la presentación clínica variable, que incluye manifestaciones no contempladas en los criterios actuales. Puede ser primario o secundario, asociado comúnmente a lupus eritematoso sistémico (LES).

Tabla 1	SAF Total n=12		Primario n=3		Secundario n=9	
Sexo femenino	8 (66.6%)		1 (33%)		7 (77%)	
Edad diagnóstico SAF (años)	14.6		11.3		14.8	
Evento trombotico arterial	2 (17%)		2 (67%)		0	
Evento trombotico venoso	7 (58%)		1 (33%)		6 (67%)	
Localización						
SNC	4		1		3	
MI/MI	4		1		3	
Miocardio	1		1		-	
Criterio plaquetopenia	8 (67%)		1 (33%)		7 (77%)	
Presencia AHAI	7 (58%)		1 (33%)		6 (67%)	
Livido reticularis	3 (25%)		0		3 (33%)	
Recurrencia trombotica	5 (42%)		1 arterial (33%)		4 venosas (44%)	
AAF	1ra	2da	1ra	2da	1ra	2da
Anticoagulante lúpico (AL)	8	7	2	2	6	5
Anticardiolipinas (aCL) Ig M	8	5	1	1	7	4
Anticardiolipinas (aCL) Ig G	7	5	2	3	5	2
Anti-beta2-glicoproteína I (anti-β2GPI) Ig M	7	5	1	2	6	3
Anti-beta2-glicoproteína I (anti-β2GPI) Ig G	8	5	2	2	6	3
Triple positividad	1 (8%)		0		1 (11%) sin recurrencia trombotica	
Tratamiento	12 (100%)		3 (100%)		9 (100%)	
Anticoagulación	9 (75%)		3 (100%)		6 (67%)	
AAS	5 (42%)		1 (33%)		4 (44%)	
Hidroxicloroquina	10 (84%)		1 (33%)		9 (100%)	
Inmunosupresores	9 (75%)		2 (67%)		7 (78%)	
Tabla 2	Corea con AAF+ Total n= 5		Primario n=3		Secundario n=2	
Sexo femenino	5 (100%)		3 (100%)		2 (100%)	
Edad media diagnostico SAF (años)	11.6		11.6		13.9	
Presencia AHAI	1 (20%)		0		1 (50%)	
Recurrencia de corea	3 (60%)		1 (33%)		2 (100%)	
Triple positividad	1 (20%)		1 (33%)		0	

Objetivo: Primario: describir las características clínicas, de laboratorio y evolución del SAF primario y secundario, su prevalencia y los tratamientos utilizados. Secundario: analizar la presencia de corea como manifestación neurológica no trombótica y su asociación con el perfil inmunológico.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico basado en la revisión de historias clínicas de pacientes con SAF o corea y AAF positivos, atendidos entre junio de 2010 y junio de 2025. Se incluyeron pacientes ≤ 18 años que cumplieran criterios clasificatorios de SAF (Sidney 2006 y/o ACR/EULAR 2023), con datos clínicos completos. Se recolectaron variables sociodemográficas, clínicas, inmunológicas, terapéuticas y evolutivas. Se realizó análisis univariado y bivariado con pruebas estadísticas según el tipo de variable, y regresión logística multivariada. El análisis se realizó con el software R.

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes con SAF: 9 secundarios a LES y 3 primarios. En los secundarios, 7/9 fueron mujeres; en los primarios, 1/3. La edad media al diagnóstico fue de 14,6 años. El tiempo medio entre el diagnóstico de LES y SAF fue de 4 meses. La prevalencia de SAF secundario a LES fue del 5,9%. Hubo 5 recurrencias tromboticas en el mismo tipo de vaso afectado inicialmente. La triple positividad se observó en el 8%, sin relación con recurrencia. Todos los casos de SAF primario recibieron anticoagulación, frente al 67% de los secundarios. El seguimiento medio fue de $7,7 \pm 4,6$ años. Además, se incluyeron 5 pacientes con corea y AAF positivos: 2 secundarios a LES y 3 primarios, todas mujeres, con edad media al diagnóstico de 11,6 años. Una paciente presentó anemia hemolítica autoinmune asociada. Tres tuvieron recurrencias de corea. La triple positividad se evidenció en un solo caso (20%). El análisis estadístico no arrojó resultados significativos.

Conclusión: En nuestra cohorte, el SAF secundario fue más frecuente que el primario, con predominio femenino en los casos secundarios. Se observó alta frecuencia de anemia hemolítica autoinmune y trombocitopenia. La anticoagulación fue el tratamiento principal. La corea se presentó como manifestación neurológica relevante en ambos tipos de SAF; sin embargo, a pacientes con corea aislada y AAF positivos no se los pudo clasificar como SAF, lo que resalta la importancia de considerar manifestaciones neurológicas no trombóticas en el seguimiento pediátrico.

0340

HOSPITALIZACIÓN Y MORTALIDAD RELACIONADAS A INFECCIONES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL

Marcela Beatriz ÁLVAREZ, Laura Lorena GUERINI, Silvia Mónica MEIORIN

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ

Introducción: Las infecciones en pacientes con lupus eritematoso sistémico juvenil (LESj) son una causa importante de hospitalización y morbimortalidad, tanto al diagnóstico como en el curso de la enfermedad. La identificación de factores de riesgo permite crear estrategias de prevención y tratamiento oportuno que mejoren el pronóstico de estos pacientes.

Objetivo: Determinar la frecuencia de hospitalización y mortalidad por infecciones graves en niños con LESj e identificar factores de riesgo asociados.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron niños con LES <18 años (SLICC´12), período 2000-2025. Se definió infección grave a aquella que requirió internación y/o tratamiento ev., y/o riesgo de vida. Se analizaron variables demográficas, clínicas, localización, germen aislado y tratamiento. Se determinó al inicio, al momento de la infección y a la última consulta la actividad de LESj (SLEDAI-2K), laboratorio, inmunosupresión (IS), daño (por SLICC) y mortalidad. A. Estadístico: Descriptivo, Chi2 y T test. Multivariado (regresión) SPSS. 19.0.

Resultados: Se incluyeron 302 pacientes (pts) con LESj, 84% mujeres, con una edad X al diagnóstico: 13.4 años (RIC:11-14.9) y tiempo X seguimiento: 3.8 años (RIC:1.8-6.1). El 43 % de los pts (n=129) requirió 266 hospitalizaciones, con un total de 282 infecciones. Los sistemas más afectados: respiratorio 66 pts (51%), mucocutáneo 51 (40%) y tracto urinario 22 (17%). Tasa rescate microbiológico 64%, identificándose n (%), germen prevalente): bacterianas 79 (28, *E. Aureus*), virales 55 (20, V. Zóster), fúngicas 19 (7, *Cándida Albicans*). Tuberculosis 10 pts, y 9 infecciones oportunistas. Desarrollaron sepsis 32 pts (25%), shock séptico 7 (5%) y requirieron UTI 28 pts (22%). Recibieron tratamiento antimicrobiano 259 (92%) infecciones, con tiempo X de internación: 9 días (RIC:4-17). Los pts hospitalizados por infecciones severas asociaron al diagnóstico: mayor actividad (SLEDAI X: 14,3 vs. 12.3 p.008), compromiso renal (55 vs 40% p.014), hipocomplementemia (92 vs 84% p.012) y linfopenia (34 vs. 23% p.008). Presentaron mayor dosis acumulada de esteroides (X: 25.5 vs 12,1 g p.01), de ciclofosfamida (X: 14.1 vs. 7.9 g p.0001, OR 2.1 IC 95% 1.2-3.9) y uso de rituximab (19.4 vs. 5.2% p. 05). Los niños hospitalizados tuvieron mayor tasa de mortalidad: 12 % (16 vs. 1 paciente, p. 0001) con tiempo X desde Dx de LES: 2.6 años (RIC:0.7-4.4). En 40 pts (31%) la infección fue concomitante al Dx de LESj y 3 de ellos (2%), tuvieron una muerte temprana con una mediana de 10 días (RIC: 8.5-12).

Conclusión: En nuestra cohorte de pacientes con LESj, la tasa de hospitalización por infecciones fue del 43%. Las infecciones prevalentes fueron respiratorias y cutáneas, asociadas a *Estafilococo Aureus* y herpes zóster. El desarrollo de infecciones severas se asoció con mayor actividad de LESj, compromiso renal, hipocomplementemia, linfopenia y con mayor dosis acumulada de esteroides. Dosis mayores acumuladas de ciclofosfamida fue factor de riesgo asociado a infección grave. La tasa de mortalidad relacionada fue del 12%.

Índice de Autores

Siglas:

O: orales; **P:** pósteres; **CC:** caso clínico; **PD:** pediatría

Autor Responsable	Modalidad	Nº Trabajo	Pág.
ABALO, AI	CC	299	79
ABALO, AI	PD	301	96
ABBAS, L	P	135/141/235	15, 30
ABDALA, BM	P	135/141/327	30, 52
ABDALA, BM	CC	106/175/179	72, 76, 87
ABDALA, M	P	135/141/327	30, 52
ABDALA, M	CC	106/175/179/192	71, 72, 76, 87
ABRATE, V	CC	171/172	72, 86
ACEVEDO, M	P	131	44
ACIAR, M	P	209/222/237/279/280	16, 39, 40, 53, 54
ACOSTA RODRÍGUEZ, EV	O	295	8
ACOSTA, CV	O	295	8
AESCHLIMANN, C	O	162	4
AESCHLIMANN, C	P	332/110/152/168/174	43, 44, 45, 46, 51
ÁGUILA MALDONADO, R	P	211/185	48, 49
ÁGUILAR MEDINA, D	P	284/193	19, 64
AIROLDI, C	O	271	8
AIROLDI, C	P	105/291/321	28, 34, 38
ALAMINO, VA	O	295	8
ALBA, P	O	162/302	4, 9
ALBA, P	P	110/152/155/168/174/266/298/303/332	31, 37, 43, 44, 45, 46, 50, 51
ALBA, P	CC	251/330/335	78, 83, 87
ALBERT, L	CC	146/166	77, 80
ALBERTON, V	P	219	47
ALBIERO, A	O	302	9
ALBIERO, A	P	266/155/298/303	31, 37, 50
ALBIERO, A	CC	251/330	78, 87
ALDAO, JP	CC	338	89
ALDERETE, S	P	160	62
ALETAHA, D	P	114	29
ALFARO, MA	O	181	5
ALFARO, MA	P	143/144/145/147/165/234/246/266/318	18, 20, 23, 35, 37, 56, 57,
ALLE, G	O	150/151/162	3, 4
ALLE, G	P	110/152/168/174/332	43, 44, 45, 46, 51
ALLENDE, GE	P	298	50
ALLENDE, S	P	298	50
ALONSO LÓPEZ, MD	P	222	54
ALONSO, C	P	266/303/155	31, 37, 50
ALONSO, C	CC	251/330	78, 87
ALONSO, D	O	304	10
ALPIZAR-RODRÍGUEZ, D	O	181	5
ALPIZAR-RODRÍGUEZ, D	P	165/225	14, 18
ALTIERI, HH	P	265	51
ALVARADO, N	O	150/151/232/268	3, 4, 7
ALVARADO, N	P	156/214/215/260	15, 19, 55, 66
ÁLVAREZ FERREIRA, MC	O	295	8
ÁLVAREZ, AC	P	129	63

ÁLVAREZ, AP	P	231	54
ÁLVAREZ, F	CC	338	89
ÁLVAREZ, M	P	220	21
ÁLVAREZ, M	PD	236/317/315/323/340	92, 98, 99
ÁLVARO, R	O	124	3
ALVES, DM	O	151	4
AMARILLA, A	O	181	5
AMBROSELLI, P	CC	247	74
AMITRANO, C	P	284	64
AMOREO, E	P	288/241/254/258	33, 32, 35, 36
ANASTASIA, S	P	225	14
ANDREAU, M	P	286	22
ANGAROLA, E	P	154	18
ANTOLÍN, M	PD	267	95
ANTONIEWICZ, LB	P	196	13
ANTONIOL, MN	O	304	10
APPECEIX, JS	O	268	7
ARANDA, R	P	165/225/160	18, 14, 15
ARAQUE MEDINA, JP	P	300	59
ARGÜELLO, J	O	124	3
ARGÜELLO, J	P	123/205	12, 66
ARGÜELLO, S	P	209	53
ARGÜELLO, S	CC	299	79
ARGÜELLO, S	PD	301	96
ARIAS CISNEROS, Y	O	201	6
ARIAS CISNEROS, Y	P	140	12
ARIAS CISNEROS, Y	CC	239/256	71, 88
ARIAS, TG	P	117	28
ARINGER, M	P	111	43
ARIZPE, F	O	271	8
ARIZPE, F	P	105/291/318/321	28, 34, 23, 38
ARMOCIDA, LM	CC	233	75
ARTURI, V	P	211	48
ASNAL, C	O	201	6
ASNAL, C	P	140/284	12, 64
ASNAL, C	CC	239/252/253/256	71, 69, 70, 88
AUDISIO, C	O	302	9
AUDISIO, C	P	298/303	50
AUDISIO, C	CC	251/330/335	87, 78, 83
AUDISIO, M	O	302	9
AUDISIO, M	P	153/336	42, 38
AUGSBURGER, R	CC	188	88
ÁVILA, G	O	181	5
ÁVILA, G	P	165/225	18, 14
ÁVILA, JP	P	298/303	50
ÁVILA, JP	CC	251	87
AVILÁN RODRÍGUEZ, E	P	197/273	63, 23
AVILÁN RODRÍGUEZ, E	CC	213	69
AVILES CRESPO, LA	P	143/144/145/147/234	56, 57, 20
BABINI, A	CC	330	78
BAENAS, D	P	129	63
BAIGORRIA, M	P	241/254/258	32, 35, 36
BANDE, JM	O	195/201/271	5, 6, 8
BANDE, JM	P	105/196/199/273/291/321	28, 13, 14, 23, 34, 38
BANDE, JM	CC	180	76

BARBAGLIA NAVARRO, AL	O	310	10
BARBAGLIA NAVARRO, AL	P	263/265	65, 51
BARBAGLIA NAVARRO, AL	CC	274	79
BARBICH, T	O	310	10
BARDINI, C	O	124	3
BARDINI, C	P	123/205	12, 66
BARILLA, GI	PD	119	90
BARLOW, S	P	114	29
BARTEL, GG	O	201	6
BARTEL, GG	P	140	12
BARTOLI, J	CC	338	89
BARZOLA, ML	PD	216/217/236/315	91, 92, 98
BASNAK, JV	O	271	8
BASSO, BA	CC	133	80
BATTAGLIA, MG	P	196	13
BAUMANN ESCOBAR, K	P	160	62
BEFANI BERNAL, A	P	246	35
BEJARANO, V	P	194/218/284/325	19, 64, 39
BEJARANO, V	CC	213	69
BELBRUNO, L	P	222/237/279/280/331	54, 40, 16, 39, 60
BELLOMIO, V	O	162	4
BELLOMIO, V	P	110/152/168/174/263/265/332	43, 46, 44, 45, 65, 51
BELLOMIO, V	CC	274	79
BENAVENTE, M	P	311	61
BENAVIDES MUÑOZ, C	PD	236/315	92, 98
BENAVIDEZ, FL	CC	133	80
BENEGAS, M	O	271	8
BENEGAS, M	P	105/199/291/321/344	28, 14, 34, 38, 24
BENÍTEZ, CA	O	271/310	8, 10
BENÍTEZ, CA	P	105/143/144/145/147/209/234/291/321	28, 56, 57, 53, 20, 34, 38
BENZAQUÉN, N	P	266/246	37, 35
BENZAQUÉN, N	CC	247	74
BERBOTTO, G	P	174	45
BERBOTTO, G	CC	164	78
BERBOTTO, LA	P	174	45
BERBOTTO, LA	CC	164	78
BERNARDO, M	P	241/254/258/288	32, 35, 36, 33
BERTOLACCINI, MC	P	263/265	65, 51
BERTOLACCINI, MC	CC	274	79
BERTOLI, AM	CC	171/338	72, 89
BERTOLO, M	P	165	18
BETANCUR, G	O	310	10
BETANCUR, G	CC	299	79
BETANCUR, G	PD	301	96
BLANCO, R	O	162	4
BLANCO, R	P	110/174	43, 45
BLANDO, N	CC	179/192/106/175	87, 71, 76, 72
BONICATTO, A	P	341	66
BONICATTO, A	CC	275	84
BORDAZAHAR, S	P	270	61
BOTASSO, M	CC	335	83
BOTELHO, R	O	181	5
BOTTONE, D	P	222	54
BOVEA, G	P	235	15

BRANCE, ML	P	228	59
BRANCE, ML	PD	230	92
BRANCIFORTI, M	CC	335	83
BRÁVIS LÓPEZ, ME	P	288/241	33, 32
BRAXS, C	CC	337	85
BRENER, A	P	131	44
BRENOL, C	P	225	14
BRIGANTE, A	O	162/310	4, 10
BRIGANTE, A	P	110/152/168/174/189/225/226/ 243/300/332/341	43, 46, 44, 45, 28, 14, 47, 26, 59, 51, 66
BRIGANTE, A	CC	207/275/297	82, 84, 85
BRUEGO, C	P	225	14
BRUNEGO, C	P	165	18
BRUNENGO, C	O	181	5
BRUSCO, MI	PD	128/261/339	90, 94, 99
BUGANEM, A	O	162	4
BUGANEM, A	P	110/168/174/184/186/211/332	43, 44, 45, 49, 67, 48, 51
BUGANEM, A	CC	182	86
BURKETT, A	PD	317	98
BUSCHIAZZO, E	O	271/304/310	8, 10
BUSCHIAZZO, E	P	105/222/226/237/273/279/280/ 291/321/331	28, 54, 47, 40, 23, 16, 39, 34, 38, 60
BUSQUETS, T	CC	133	80
BUSTAMANTE, M	P	225	14
BUTTGEREIT, F	P	134	68
CAAMAÑO, M	P	220	21
CABRERA, S	O	181	5
CABRERA, S	P	165/225	18, 14
CÁCERES, A	O	150	3
CÁCERES, A	P	154	17
CACHEDA, AP	P	110/174	43, 45
CADILE, I	O	295	8
CADILE, I	P	336/153	38, 42
CADILE, I	CC	314	73
CALABRESE, L	P	134	68
CALLE MONTUORO, C	P	238	58
CALVO, ME	P	220/246	21, 35
CALVO, RA	CC	308/309	84, 85
CALVO-ALÉN, J	O	162	4
CALVO-ALÉN, J	P	110/174	43, 45
CAMACHO, C	P	220/226	21, 47
CAMILA, L	P	129/183	63, 27
CAMPANA, R	CC	170	87
CAMPOALEGRE, G	P	284	64
CAMPOVERDE LALANGUI, GA	P	193/197/219	19, 63, 47
CANO, F	PD	250/259	93
CAPELLI, Lucía	P	246/266	35, 37
CAPELLI, Luciano	O	310	10
CAPOZZI, N	PD	323	98
CAPUTO, V	PD	323	98
CAR, J	P	131/163/249	44, 58, 25
CARACCILOLO, JA	O	195	5
CARACCILOLO, JA	P	199/196/273	14, 13, 23
CARACCILOLO, JA	CC	180	76
CARBONE, D	P	327	52

Índice de Autores

Siglas: O: orales; P: pósteres; CC: caso clínico; PD: pediatría

CARBONE, D	CC	106/175/179/192	76, 72, 87, 71
CARDOZO, L	PD	216	91
CARLEVARIS, L	P	246	35
CARLOMAGNO, A	P	278	16
CARRANZA, MB	O	201	6
CARRANZA, MB	P	140	12
CARRANZA, MB	CC	239/252/253/256	71, 69, 70, 88
CARRERAS, M	CC	335	83
CARRILLO VÁZQUEZ, S	P	165	18
CARRIZO, C	P	231/276	54, 53
CARROZZA, MF	P	324	24
CASALLA, L	O	271	8
CASALLA, L	P	105/291/321	28, 34, 38
CASARES DIAZ, SA	CC	337/338	85, 89
CASASOLA VARGAS, JC	P	225	14
CASTELLANO, L	PD	267	95
CASTELLANOS POSSE, ML	P	246	35
CASTILLO ORTÍZ, A	P	165	18
CASTILLO, M	P	298	50
CASTILLO, M	CC	251/330/335	87, 78, 83
CASTORINO, L	P	193/218/197/219	19, 64, 63, 47
CASTORINO, L	CC	213	69
CASTRILLÓN, ME	P	155	31
CATALÁN PELLET, S	P	238	58
CATALÁN PELLET, S	CC	240	74
CATAY, E	P	165	18
CEBALLOS RECALDE, MF	P	334	24
CEBALLOS RECALDE, MF	PD	323	98
CERDA, O	P	266/246	37, 35
CERVETTO, VL	PD	128/261/339	90, 94, 99
CHENG, L	P	111	43
CHEREY, S	CC	180	76
CHI, JY	P	324	24
CHIARVETTO PERALTA, MV	O	151	4
CHIARVETTO PERALTA, MV	P	125/130/137/138/202/269	42, 12, 17, 41, 65
CHICCO CAMPOS, S	PD	307	97
CHICHOTKY, Y	O	296	9
CHILÁN SANTANA, NK	P	227	21
CHILÁN SANTANA, NK	CC	229	82
CHILÁN, N	P	264	22
CHORZEPA, G	PD	230	92
CHULIBERT, S	P	327	52
CHULIBERT, S	PD	230	92
CICHILLITTI, L	CC	106/175/179/192	76, 72, 87, 71
CISTERNA GUZMAN, LB	P	199	14
CITERA, G	O	181/333	5, 11
CITERA, G	P	319	37
CITRO, S	P	270	61
CIUCI, J	P	241/254/258/288	32, 35, 36, 33
CLAROS, J	P	131	44
COLLADELLO, CV	CC	244	78
COLUNGA-PEDRAZA, IJ	O	181	5
CONCI, E	CC	173	82
CONDORCETT, O	P	221	40
CONSAN, S	P	225	14

CONTI, S	CC	242	83
CORBALAN, PM	P	152	46
CÓRDOBA, L	P	258	36
CORDOVILLA, D	O	181	5
CORDOVILLA, D	P	165	18
CORONA, Lfv	P	225	14
CORONELL, M	P	231	54
CORONELL, M	CC	146	77
CORTESE, MN	CC	106/175/179/192	76, 72, 87, 71
COSATTI, M	P	152/168/193/194/209/231/246/ 266/270/276/285/332	46, 44, 19, 53, 54, 35, 37, 61, 53, 60, 51
COSENTINO, M	P	169/183/184/186/185/211	45, 27, 49, 67, 49, 48
COSENTINO, V	P	223/246/266	33, 35, 37
COSTA, CA	P	246/266	35, 37
COSTA, CA	CC	247	74
COSTI, AC	P	209/245	53, 55
COSTI, AC	CC	182	86
CROCE, MM	P	231	54
CROCE, MM	CC	146/166	77, 80
CUADRANTI, N	CC	106/175/179	76, 72, 87
CUCCHIARO, N	O	310	10
CURTIS, J	P	134	68
D'AMICO, A	P	174	45
DA SILVEIRA DE CARVAHO, HM	P	165	18
DAL PRA, F	O	333	11
DAL PRA, F	P	319	37
DALTO, S	P	218	64
DALTON, S	P	284	64
DAMELIO, N	P	328	52
DAMICO, A	O	162	4
DAMICO, A	P	110/152/168/332	43, 46, 44, 51
DANZA, A	P	278	16
DAPEÑA, JM	O	162/195/201/271	4, 5, 6, 8
DAPEÑA, JM	P	105/110/152/168/174/199/246/ 273/286/291/321/332/344	28, 43, 46, 44, 45, 14, 35, 23, 22, 34, 38, 51, 24
DARWIN, C	P	225	14
DE ABREU TRIGUEROS, P	O	181	5
DE ABREU TRIGUEROS, P	P	165/225	18, 14
DE LA TORRE, ML	P	270	61
DE LA VEGA, MC	O	181	5
DE LA VEGA, MC	P	110/136/225/227/264	43, 58, 14, 21, 22
DE LA VEGA, MC	CC	229	82
DEGIOANNI, L	P	129	63
DEL GIORGIO, G	PD	250/259	93
DELGADO, M	P	260	15
DELTIN, EK	P	125/156	42, 55
DERMACHI, M	P	155/303/298	31, 50
DÍAZ MIRANDA, EB	P	219	47
DÍAZ OCHOA, JM	O	201	6
DÍAZ OCHOA, JM	P	263/265	65, 51
DÍAZ OCHOA, JM	CC	274	79
DÍAZ, C	O	181	5
DIAZ, E	P	284	64
DIEGUEZ, C	P	246	35
DIMOTTA, V	P	241/254/258	32, 35, 36

Índice de Autores

Siglas: O: orales; P: pósteres; CC: caso clínico; PD: pediatría

DOLLY, L	P	241	32
DOMINGUEZ LEIVA, PB	CC	180	76
DOMÍNGUEZ LEIVA, PB	O	195/333	5, 11
DOMÍNGUEZ LEIVA, PB	P	196/199/273	13, 14, 23
DOMINGUEZ, N	P	223	33
DORREGO, P	CC	335	83
DUARTE, A	O	181	5
DUARTES NOE, D	O	201	6
DUARTES NOE, D	P	140	12
DUARTES NOE, D	CC	239/252/253/256	71, 69, 70, 88
DUFAU, EE	P	225	14
DUFAU, EE	CC	297	85
DULBECCO, M	P	183	27
ECHEVERRIA, C	P	266/246	37, 35
EDWARDS, M	P	114	29
EIMER, L	P	246	35
ELIAS, M	CC	172	86
EN REPRESENTACIÓN DEL, GM	P	209	53
ENGHELMAYER, J	O	310	10
ENRIQUE JOHAN, BL	CC	166	80
ERAS, N	O	271	8
ERAS, N	P	105/291/321	28, 34, 38
ESCOBAR FERNÁNDEZ, R	P	344	24
ESPÓSITO, M	P	158	62
ESQUIVEL, L	CC	242	83
ESTEL, GP	P	225	14
ESTÉVEZ, A	CC	299	79
ESTÉVEZ, A	PD	301	96
ETCHEVERRY, M	CC	299	79
ETCHEVERRY, M	PD	301	96
EXENI, IE	P	266/246	37, 35
EZQUER, A	O	333	11
FABI, M	PD	293/294	95, 96
FABIO, SS	CC	229	82
FACCIPIERI, E	P	241/258	32, 36
FAELO, F	P	156	55
FARFAN, JM	PD	305	97
FARIERI, V	CC	172	86
FASSOLA, L	O	304	10
FASSOLA, L	P	325	39
FENUCCI, M	P	135/141/235	30, 15
FENUCCI, M	CC	187	75
FERNANDES, V	P	225	14
FERNÁNDEZ AVILA, DC	P	269	65
FERNÁNDEZ NEBRO, A	P	110	43
FERNÁNDEZ, A	P	225	14
FERNÁNDEZ, C	O	304	10
FERNÁNDEZ, C	P	325	39
FERNÁNDEZ, G	P	136	58
FERNÁNDEZ, M	P	136	58
FERNÁNDEZ, P	O	162	4
FERNÁNDEZ, P	P	110/152/168/174/184/332	43, 46, 44, 45, 49, 51
FERNÁNDEZ-NEBRO, A	O	162	4
FERNÁNDEZ-NEBRO, A	P	174	45

FERRADA, M	CC	203	81
FERRADA, P	P	311	61
FERREIRA, S	P	160/165	62, 18
FERRERO, F	P	325	39
FERRERO, PV	O	295	8
FERREYRA GARROTT, L	PD	323	98
FERREYRA ROMEA, JL	P	147	57
FERRI, JM	O	333	11
FERRONI, GV	P	241	32
FIRVIDA, S	P	344	24
FLORES TREJO, JF	O	195	5
FLORES TREJO, JF	P	196/199/273/318	13, 14, 23
FLORES TREJO, JF	CC	180	76
FLORES TREJO, JF	PD	323	98
FRANCO, L	PD	119	90
FREIRE GONZÁLEZ, M	O	162	4
FREIRE GONZÁLEZ, M	P	110/174	43, 45
FRÍAS, ME	PD	267	95
FUERTES, M	P	214	66
FURIE, R	P	111	43
GALINDO, LM	P	263	65
GALINDO, S	PD	307	97
GALINDO-IZQUIERDO, M	O	162	4
GALINDO-IZQUIERDO, M	P	110/174	43, 45
GALLARDO PÉREZ, DE	O	333	11
GALLARDO PÉREZ, DE	P	319	37
GALLO, CS	CC	179/106/175/192	87, 76, 72, 71
GALLO, J	CC	309	85
GÁLVEZ ELKIN, MS	P	246/266	35, 37
GAMARRA, A	O	310	10
GAMBA, J	O	271	8
GAMBA, J	P	105/143/144/147/234/291/321/145	28, 56, 57, 20, 38, 56
GANDINO, I	P	228	59
GANDINO, I	PD	230	92
GANIRO, P	O	181	5
GARCÍA CARRASCO, M	P	209	53
GARCÍA CICCARELLI, A	P	311/312	61, 26
GARCÍA FERRONI, V	P	254/288	35, 33
GARCÍA HERNÁNDEZ, MH	CC	299	79
GARCÍA HERNÁNDEZ, MH	PD	301	96
GARCÍA NÚÑEZ, EM	CC	274	79
GARCÍA SALINAS, R	O	124	3
GARCÍA SALINAS, R	P	123/135/141/205/235	12, 30, 66, 15
GARCÍA, L	O	162	4
GARCÍA, L	P	332/110/152/168/169/174/183/184/185/186/211	51, 43, 46, 44, 45, 27, 49, 67, 48
GARCÍA, M	O	162	4
GARCÍA, M	P	110/152/168/169/174/183/184/185/186/211/245/332	43, 46, 44, 45, 27, 49, 67, 48, 55, 51
GARCÍA, M	CC	182	86
GARGIULO, A	P	327	52
GARINO, P	P	165	18
GARROTE, S	O	162	4
GARROTE, S	P	110/174	43, 45
GASER, A	O	310	10

Índice de Autores

Siglas: O: orales; P: pósteres; CC: caso clínico; PD: pediatría

GASTELUM-STROZZI, A	P	193	19
GATICA, MA	P	327	52
GAZZONI, F	CC	337	85
GENTILETTI, J	P	246/266	35, 37
GEYMONAT, MA	PD	262/267	94, 95
GIANI, MP	P	143/144/145	56
GIARDINA, D	P	143/144/145	56
GIMÉNEZ, Y	P	288/254/258/241	33, 35, 36, 32
GINOVOLLI, V	P	121	68
GIRÓN, EI	P	227/264	21, 22
GIRÓN, EI	CC	229	82
GLAUCIO, Castro	P	225	14
GOBBI, CA	O	162	4
GOBBI, CA	P	266/110/152/155/168/174/298/303/332	37, 43, 46, 31, 44, 45, 50
GOBBI, CA	CC	251/330/335	87, 78, 83
GODIN, JI	P	169/183/184/185/211	45, 27, 49, 48
GOLDENBERG, J	P	199	14
GÓMEZ SABATER, S	O	162	4
GÓMEZ SABATER, S	P	110/174	43, 45
GÓMEZ SOSA, MJ	PD	128/261/339	90, 94, 99
GÓMEZ, A	O	201	6
GÓMEZ, A	P	273/140	23, 12
GÓMEZ, A	CC	256	88
GÓMEZ, G	P	199/220/327/209	14, 21, 52, 53
GÓMEZ, G	CC	308/309	84, 85
GÓMEZ, MG	P	136/227/264	58, 21, 22
GÓMEZ, MG	CC	229	82
GÓMEZ, R	P	209/228/238	53, 59, 89
GÓMEZ, R	CC	240	74
GÓMEZ, R	PD	230	92
GONZÁLEZ LUCERO, L	P	263/265	65, 51
GONZÁLEZ LUCERO, L	CC	274	79
GONZÁLEZ MARQUEZ, A	P	149	41
GONZÁLEZ MÁRQUEZ, A	CC	306	70
GONZÁLEZ MARQUEZ, DI	PD	315	98
GONZÁLEZ OSLER, V	PD	128/261/339	90, 94, 99
GONZÁLEZ, CB	PD	261/339/128	94, 99, 90
GONZÁLEZ, E	P	131	44
GONZÁLEZ, JL	P	153/336	42, 38
GONZÁLEZ, JL	CC	314	73
GONZÁLEZ, M	P	241/288	32, 33
GONZÁLEZ, P	O	271	8
GONZÁLEZ, P	P	105/291/321	28, 34, 38
GONZÁLEZ, V	PD	267	95
GONZÁLEZ-SAPIENZA, G	P	278	16
GOÑI, L	P	336/153	38, 42
GOÑI, L	CC	314	73
GORDILLO, MF	O	162/310	4, 10
GORDILLO, MF	P	110/152/168/174/246/266/311/312/332	43, 46, 44, 45, 35, 37, 61, 26, 51
GRANEL, A	O	271	8
GRANEL, A	P	105/209/291/321	28, 53, 34, 38
GRAZIANO, L	P	193/194	19
GRAZIANO, L	CC	213	69

GROSSO DI GIORGIO, M	P	276	53
GRUPPI, A	O	295	8
GUAGLIANONE, D	CC	242	83
GUARACHA BASAÑEZ, G	O	181	5
GUENDULAIN, S	CC	172	86
GUERINI, LL	PD	340	99
GUIDI, A	CC	170	87
GUZMÁN, CD	P	286	22
GUZMÁN, G	P	115	30
HAYE SALINAS, M	P	165/225	18, 14
HELLIWELL, P	P	281	34
HERMELO, ME	P	114	29
HERNÁNDEZ, C	P	184	49
HONERI, A	P	220	21
HORCADA, L	O	162	4
HORCADA, L	P	110/174	43, 45
HORTAS, M	PD	293/294	95, 96
HOYOS CALDERON, LF	P	143/144/145/147/234	56, 57, 20
HUHN, V	CC	188/233	88, 75
HUICI ROJAS, AG	P	144/145/147/234/143	56, 57, 20
IBAÑEZ ZURLO, Leticia	P	222	54
IBAÑEZ, G	P	149	41
IBAÑEZ, G	CC	306	70
IBARGUENGOITIA, O	O	162	4
IBARGUENGOITIA, O	P	110/174	43, 45
INGOLOTTI, L	P	158/344	62, 24
IRAGOLA IELMINI, MS	O	268	7
IRAGOLA IELMINI, MS	P	214	66
IRAZOQUE, F	O	181	5
IRAZOQUE, F	P	165	18
IRIARTE, J	P	328	52
ISA, MA	CC	173	82
ISNARDI, C	O	181	5
ISNARDI, C	P	165/225/226/234	18, 14, 47, 20
IVANOV, A	P	288	33
IVANOV, M	P	241/254/258	32, 35, 36
IZAGUIRRE GERMAIN, MP	O	162	4
IZAGUIRRE GERMAIN, MP	P	131/198/223/328	44, 48, 33, 52
JÁCOME CUSME, RD	O	333	11
JALDIN, R	P	258	36
JARA, P	P	225	14
JAVIER GELATTI, EV	CC	299	79
JAVIER GELATTI, EV	PD	301	96
JAYNE STIGLER, JS	P	114	29
JUÁREZ, PM	PD	142/305	91, 97
JUÁREZ, V	P	221/222/226/237/279/280/331	40, 54, 47, 40, 16, 39, 60
KADAKIA, A	P	134	68
KAPLAN, D	P	246/266	35, 37
KAPLAN, P	P	328	52
KATERINE, O	P	286	22
KATSICAS, MM	PD	250/259	93
KERZBERG, E	O	162	4
KERZBERG, E	P	131/148/163/198/223/243/249/328/189	44, 57, 58, 48, 33, 26, 25, 52, 28
KHOURY, M	P	264	22

KIRMAYR, K	O	181	5
KISLUK, B	P	174/209	45, 53
KISLUK, B	CC	164	78
KLAJN, D	P	273	23
KLAJN, DK	O	195	5
KLAJN, DS	P	196/199	13, 14
KLAUS MAC KELLAR, K	CC	106/175/179/192	76, 72, 87, 71
KLUWAK, G	P	246/266	35, 37
KNUDSEN, B	P	241/254/258	32, 35, 36
KOHAN, MP	P	199/273/238	14, 23, 58
KONNO, Y	PD	230	92
KORNOSKI, E	P	281	34
KREIMER, J	P	246/266	35, 37
LA MARCA, F	P	263	65
LABORDE, H	P	140	12
LABORDE, H	CC	253/256	70, 88
LACAPRA, ME	PD	128/261/339	90, 94, 99
LACUADRA, GG	PD	128/261/339	90, 94, 99
LAGRUTTA, M	CC	188/233	88, 75
LAGUNES GALINDO, I	P	134	68
LALLOPIZZO, C	O	333	11
LALLOPIZZO, C	P	199/246/266	14, 35, 37
LANCIONI, L	PD	250/259	93
LARA BENALCAZAR, CD	P	153/336	42, 38
LARA BENALCAZAR, CD	CC	314	73
LARES, AJ	P	169	45
LARROUDE, M	P	223/225	33, 14
LARROULET, R	PD	293/294	95, 96
LASSABE, G	P	278	16
LEAL, MO	PD	323	98
LEIVA, A	P	214	66
LEIVA, C	P	254/288/241	35, 33, 32
LENA, E	P	266	37
LEROUX, M	CC	335	83
LEWIN, M	P	215	19
LEWIN, M	CC	203	81
LEWIS, D	P	155	31
LINARES, M	CC	180	76
LITEWKA, D	O	304	10
LITEWKA, D	P	325	39
LIZÁRRAGA, C	CC	171	72
LLARENS, A	CC	299	79
LLARENS, A	PD	301	96
LLOVES SCHENONE, NM	O	310	10
LLOVES SCHENONE, NM	P	158	62
LO GIUDICE, L	P	156	55
LOJO, MN	P	149	41
LOJO, MN	CC	306	70
LOMBARDI, GG	P	344	24
LONDERO, LJ	CC	106/175/179/192	76, 72, 71
LÓPEZ MEILLER, MJ	P	117/324	28, 24
LÓPEZ MEILLER, MJ	CC	337/338	85, 89
LÓPEZ, AM	CC	172	86
LÓPEZ, BC	P	263	65
LÓPEZ, I	P	209/300/318/341/225	53, 59, 23, 66, 14

LÓPEZ, I	CC	207/275/297	82, 84, 85
LOURES, M	P	165	18
LUCCI, F	P	327	52
LUCCI, F	CC	106/175/179	76, 72, 87
LUCINI, D	P	254/258/288	35, 36, 33
LUNA, MR	P	311/312	61, 26
LUNA, P	P	246/266	35, 37
MACHADO ESCOBAR, M	P	246/266	35, 37
MACHADO RIVIS, M	P	189/223/243/249/324	28, 33, 26, 25, 24
MADDALENA, L	P	227/246/264	21, 35, 22
MADDALENA, L	CC	229	82
MAGALHÃES LAURINDO, IM	O	181	5
MAGALHÃES LAURINDO, IM	P	165/225	18, 14
MAGRI, S	O	124	3
MAGRI, S	P	123/135/141/205	12, 30, 66
MAID, P	P	238	58
MAID, P	CC	240	74
MAISONAVE, C	CC	133	80
MAITA ROMERO, G	O	232	7
MALAH, V	CC	277	73
MALDINI, C	P	155	31
MALDONADO FICCO, H	O	333	11
MALDONADO, F	P	238	58
MALDONADO, SR	P	300	59
MALVAR, A	P	219	47
MALVIDO, K	P	246/266	35, 37
MANCUSO, ME	P	136	58
MANDOJANA, F	CC	338	89
MARCANTONI, M	PD	128/230/261/339	90, 92, 94, 99
MARECO, JM	P	241/254/258/288	32, 35, 36, 33
MARÍA JOSÉ, Otero	P	241	32
MARIN ZUCARO, N	P	125/138/202	42, 41, 17
MARINO, DA	P	115	30
MARINONI, C	PD	217	91
MARQUARDT, J	CC	188/233	88, 75
MARTIN, ML	O	310	10
MARTÍN, ML	PD	267	95
MARTÍNEZ BARRIO, J	P	110	43
MARTÍNEZ GAONA, LJ	P	157	62
MARTÍNEZ LOZANO, MN	P	243/189	26, 28
MARTÍNEZ MUÑOZ, A	O	310	10
MARTÍNEZ MUÑOZ, A	P	199/246/266/273	14, 35, 37, 22
MARTÍNEZ, C	P	241/254/258/288	32, 35, 36, 33
MARTÍNEZ, F	P	327	52
MARTÍNEZ, F	CC	175/179	72, 87
MARTÍNEZ, JE	O	181	5
MARTÍNEZ, JE	P	225	14
MARTÍNEZ, L	P	165	18
MARTÍNEZ, M	P	249	25
MARTÍNEZ, MF	CC	106/192	76, 71
MARTÍNEZ-BARRIO, J	O	162	4
MARTÍNEZ-BARRIO, J	P	174	45
MARTINI, AC	P	155	31
MARTINI, MD	O	150	3
MARTIRE, MV	O	271	8

MARTIRE, MV	P	105/246/266/291/321	28, 35, 37, 34, 38
MAS, AJ	O	162	4
MAS, AJ	P	174/110	45, 43
MASRI, K	P	111	43
MASTRI, V	PD	293/294	95, 96
MATA, D	P	110/136/227/246/264/266	43, 58, 21, 35, 22, 37
MATA, D	CC	229	82
MATELLÁN, CE	P	246	35
MATTOS, I	P	241/258	32, 36
MEASE, P	P	114	29
MEDEIROS-RIBEIRO, AC	P	165	18
MEDINA, G	P	115/117/135/141/165	30, 28, 31, 18
MEDINA, MA	O	201/195	6, 5
MEDINA, MA	P	199/273/196	14, 23, 13
MEDINA, MA	CC	180	76
MEIORIN, SM	PD	216/340/142/217/236/315/317	91, 99, 91, 98
MEJIA, N	P	123/205	12, 66
MEJÍA, N	O	124	3
MELA, M	P	241	32
MELGAREJO, P	P	165/225	18, 14
MÉNDEZ AVELLANEDA, A	P	265	51
MÉNDEZ AVELLANEDA, M	P	265	51
MÉNDEZ, R	CC	116	77
MENDOZA LLERENA, C	PD	317	98
MENDOZA MARTÍNEZ, LM	O	162	4
MENDOZA MARTÍNEZ, LM	P	110/152/168/174/332	43, 46, 44, 45, 51
MENOR-ALMAGRO, R	O	162	4
MENOR-ALMAGRO, R	P	110/174	43, 45
MERCÉ, AL	P	183/193/284	27, 19, 64
MERCÉ, AL	CC	175/106/179/192	72, 76, 87, 71
MERRILL, J	P	111	43
MICELLI, M	O	162	4
MICELLI, M	P	110/131/152/168/174/198/328/332	43, 44, 46, 45, 48, 52, 51
MINETTO, J	P	211	48
MIRANDA BAZÁN, JM	O	302	9
MIRANDA BAZÁN, JM	P	266/298/303	37, 50
MIRANDA BAZÁN, JM	CC	251/330/335	87, 78, 83
MIRANDA, JR	P	165	18
MITRE, MB	P	183	27
MOAVRO, DE	P	184	49
MOINE, G	CC	106/175/179/192	76, 72, 87, 71
MOLINA, MJ	CC	257	72
MONTECUCO, M	PD	293/294	95, 96
MONTEROS, MH	P	246	35
MONTOYA, F	O	310	10
MONTOYA, F	P	189/243/249/324/328	28, 26, 25, 24, 52
MONTOYA, F	PD	323	98
MORALES, J	CC	133	80
MORAN DIAZ, D	O	268	7
MORAND, E	P	111	43
MORBIDUCCI, J	O	271	8
MORBIDUCCI, J	P	189/105/193/218/219/243/291/321/325	28, 19, 64, 47, 26, 34, 38, 39
MORBIDUCCI, J	CC	213	69

MORENO LUBERTINO, JM	P	111/134	43, 68
MORENO MARTÍNEZ, LOSA, M	O	162	4
MORENO MARTÍNEZ, LOSA, M	P	110/174	43, 45
MORENO, V	CC	173	82
MORIANO-MORALES, C	O	162	4
MORIANO-MORALES, C	P	110/174	43, 45
MUÑOZ MONROY, OE	P	165	18
MUÑOZ TORRES, CA	P	115	30
MUSSANO, E	O	295	8
MUSSANO, E	P	153/336	42, 38
MUSSANO, E	CC	314	73
NADIR, ME	P	222	54
NAGY, I	O	268	7
NAGY, I	P	214	66
NARVÁEZ-GARCÍA, J	O	162	4
NARVÁEZ-GARCÍA, J	P	110/174	43, 45
NASI, S	P	311	61
NAVARRO, MB	P	148/198/249	57, 48, 25
NAVARRO, S	O	310	10
NAVARRO, S	CC	242	83
NAZHA SEGUI, RF	P	336/153	38, 42
NAZHA SEGUI, RF	CC	314	73
NEME, V	P	298	50
NENKIES, ML	CC	203	81
NICOLA, M	CC	106/175/179/192	76, 72, 87, 71
NIETO, R	P	174/226	45, 47
NIETO, R	CC	164	78
NIGRA, N	O	310	10
NITSCHKE, A	CC	257	72
NOBLE, F	CC	166	80
NOVATTI, E	P	129	63
NÓVOA, J	O	162	4
NÓVOA, J	P	110/174	43, 45
NÚÑEZ, J	CC	203	81
OCHANDORENA, MJ	CC	335	83
OJEDA SILVA, A	PD	216/217/236/315	91, 92, 98
OLANO, D	P	241/254/288	32, 35, 33
OLIVER, M	O	310	10
OLIVIERI, FD	P	147	57
OLMEDO, M	CC	242	83
ONETTI, L	O	302/295	9, 8
ONETTI, L	P	153/336	42, 38
ONETTI, L	CC	314	73
ONOFRIO, LI	O	295	8
ORDÓÑEZ, A	CC	133	80
ORTÍZ, A	CC	308/309	84, 85
ORTÍZ, AC	P	225	14
ORTUÑO LOBO, RG	P	117/324	28, 24
OTERO, MJ	P	254/258/288	35, 36, 33
PACHECO, G	O	310	10
PADRÓN, J	P	149	41
PADRÓN, J	CC	306	70
PAEZ MENA, O	P	121	68

PAIRA, S	CC	308/309	84, 85
PALACIOS-SANTILLÁN, E	P	130	12
PALATNIK, M	CC	106/175/179/192	76, 72, 87, 71
PALLO LARA, MB	P	193/194/197/218/284	19, 19, 63, 64
PALOMBO, M	P	336	38
PALOMINO, M	CC	314	73
PAPAGNO, M	PD	301	96
PAPAGNO, MJ	O	310	10
PAPAGNO, MJ	CC	299	79
PAPASIDERO, S	O	162/181/195	4, 5
PAPASIDERO, S	P	110/174/196/199/273	43, 45, 13, 14, 23
PAPASIDERO, S	CC	180	76
PAPPALARDO, C	P	235	15
PARIKH, B	P	114	29
PARIS, NJ	P	131	44
PARODI, R	CC	188/233	88, 75
PAULA-CACHEDA, A	O	162	4
PAULIN, F	O	304	10
PAULIN, F	P	325	39
PEDERNERA, AJ	P	221	40
PEGO-REIGOSA, JM	O	162	4
PEGO-REIGOSA, JM	P	110/174	43, 45
PEIRANO, L	CC	299	79
PEIRANO, L	PD	301	96
PENALBA, M	CC	229	82
PENDÓN, G	O	162	4
PENDÓN, G	P	152/168/174/183/332/110	46, 44, 45, 27, 51, 43
PENNINI, GT	P	241/254/288	32, 35, 33
PEÑA AYALA, A	P	165	18
PEÑA, C	O	162/310	4, 10
PEÑA, C	P	110/152/168/174/332	43, 46, 44, 45, 51
PEÑA, C	CC	182	86
PEON, C	P	143/144/145/147/234	56, 57, 20
PERANDONES, CE	O	304	10
PERANDONES, M	O	304	10
PEREYRA, MC	CC	337	85
PÉREZ ALAMINO, R	O	333	11
PÉREZ ARAÑA, E	P	121	68
PÉREZ BALLESTER, G	P	325	39
PÉREZ CEPAS, B	P	246/131	35, 44
PÉREZ, A	P	285	60
PÉREZ, AR	P	228	59
PÉREZ, AR	PD	230	92
PERRONE, I	P	328	52
PERROTAT, L	P	246/266	35, 37
PERROTTA, NA	P	235	15
PERROTTA, NA	CC	187	75
PETKOVIC, I	PD	323	98
PETRUCCELLI, S	P	273	23
PIATIS, S	P	281	34
PICCO, E	P	221/222/237/279/280/331	40, 54, 40, 16, 39, 60
PILMAIQUEN BRIZUELA, JP	P	344	24
PINHEIRO, M	P	225	14
PINO, M	P	117	28
PISONI, C	O	162	4

PISONI, C	P	110/152/168/174/332	43, 46, 44, 45, 51
PISSANI, MP	P	235	15
PIZARRO, C	P	174	45
PIZARRO, C	CC	164	78
POLERI, PE	O	271	8
POLERI, PE	P	105/291/321	28, 34, 38
POLI, MC	CC	203	81
PONCE, DA	P	312/311	26, 61
PONS-ESTEL, B	P	226	47
PONS-ESTEL, G	O	181	5
PONS-ESTEL, G	P	165/226	18, 47
PORTA, S	P	324	24
PORTA, S	CC	116	77
PORTIGLIATTI, JP	PD	250/259	93
PRESAS, JL	P	325	39
PRETINI, J	P	131	44
PUCCI, P	P	189/243/284	28, 26, 64
PUNTES, ME	PD	250/259	93
PUGLIESE, N	P	136	58
PUSINERI, P	P	225	14
PY, G	P	336	38
QUAGLIA, MI	P	155	31
QUARLERI, M	CC	229	82
QUINTANA, R	O	310	10
QUINTANA, R	P	152/168/174/184/220/226/332	46, 44, 45, 49, 21, 47, 51
QUINTANA, R	CC	164	78
QUIROGA CASTRO, W	CC	173	82
QUIROGA SAMPIRISI, J	P	311	61
QUIROGA, MA	CC	173	82
QUISPE VILLANUEVA, ML	P	149	41
QUISPE VILLANUEVA, ML	CC	306	70
RACCA, A	P	155/298/303	31 50
RAITI, L	P	284	64
RALLÉ, AC	P	222/237/279/280/331/189	54, 40, 16, 39, 60, 28
RAMA, ME	PD	262/267	94, 95
RAMÍREZ MORA, C	CC	146	77
RAMOS, H	CC	172	86
RAMOS, Z	P	189/243	28, 26
RAU, MG	CC	106/175/179/192	76, 72, 87, 71
REDONDO, G	P	227/264	21, 22
REDONDO, G	CC	229	82
REITICH, AG	P	149	41
REITICH, AG	CC	306	70
RETA, N	P	281	34
REYES, G	O	124	3
REYES, G	P	205/123	66, 12
RIGO, D	CC	338	89
RINGER, A	P	228/327	59, 52
RINGER, A	CC	106/175/179/192	76, 72, 87, 71
RINGER, A	PD	230	92
RIOPEDRE, AM	P	227/264	21, 22
RIOPEDRE, AM	CC	229	82
RIVERA TERÁN, V	O	181	5
RIVERA TERÁN, V	P	165	18
ROBERTS, K	P	152/184	46, 49

RODAS GUARACA, AG	CC	306	70
RODAS, A	P	149	41
RODRÍGUEZ FALABELLA, G	CC	133	80
RODRÍGUEZ G., M	P	152	46
RODRÍGUEZ GRAMAZZA, JM	O	162	4
RODRÍGUEZ GRAMAZZA, JM	P	110/168/169/183/184/185/186/211/174/332	43, 44, 45, 27, 49, 67, 48, 45, 51
RODRÍGUEZ, AM	O	201	6
RODRÍGUEZ, AM	P	140/209	12, 53
RODRÍGUEZ, AM	CC	239/253	71, 70
27, RODRÍGUEZ, L	P	115	30
RODRÍGUEZ, M	P	193/197/218	19, 63, 64
RODRÍGUEZ, S	P	238	58
ROJAS TESSEL, IR	O	162	4
ROJAS TESSEL, IR	P	189/222/237/279/280/110/152/168/174/331/332	28, 54, 40, 16, 39, 43, 46, 44, 45, 60, 51
ROJAS, E	CC	203	81
ROJAS, ID	PD	262/267	94, 95
ROLÓN CAMPUZANO, R	O	181	5
ROLÓN CAMPUZANO, R	P	165	18
ROMÁN RUÍZ, L	O	181	5
ROMÁN RUÍZ, L	P	165	18
ROMERO CABALLERO, MA	P	235	15
ROMERO CABALLERO, MA	CC	187	75
ROMERO, A	P	134	68
ROMERO, MC	P	115/117/324	30, 28, 24
ROSA, J	O	150/151/232/268	3, 4, 7
ROSA, J	P	125/130/137/138/154/156/202/214/215/260/269	42, 12, 17, 41, 18, 55, 66, 19, 15, 65
ROSSI, P	P	286	22
ROSTÁN, S	O	181	5
ROSTÁN, S	P	225/165	14, 18
RÚA-FIGUEROA, I	O	162	4
RÚA-FIGUEROA, I	P	110/174	43, 45
RUFFINO, JP	CC	106/179/175	76, 87, 72
RUÍZ, M	P	222	54
RUTA, A	P	123/205	12, 66
RUTA, S	O	124	3
RUTA, S	P	123	12
SACNUN, M	P	225	14
SAFFORE, C	P	111/114	43, 29
SAINT MARTIN, E	P	235	15
SALAS TOLABA, MMA	P	237/279/280	40, 16, 39
SALAS, A	P	249	25
SALAS, M	P	222/331	54, 60
SALAZAR, F	P	227/264	21, 22
SALDARINI, F	P	286	22
SALGADO-PÉREZ, E	O	162	4
SALGADO-PÉREZ, E	P	110/174	43, 45
SALINAS MEJÍA, LM	P	276	53
SALINAS, MAS	P	225	14
SALTOS VELASCO, ZD	O	333	11
SAMBUELI, G	CC	172	86
SANABRIA, A	CC	242	83
SÁNCHEZ ANDÍA, C	P	209/231	53, 54

SÁNCHEZ ANDÍA, C	CC	146/166	77, 80
SÁNCHEZ, A	P	222	54
SÁNCHEZ, G	P	246/266	35, 37
SÁNCHEZ, G	CC	242	83
SÁNCHEZ, N	P	263	65
SANDOBAL, C	O	271	8
SANDOBAL, C	P	105/291/321	28, 34, 38
SANGÜESA, C	O	162	4
SANGÜESA, C	P	110/174	43, 45
SANTIAGO, J	P	269	65
SANTILLÁN, MM	P	298	50
SANTOLAYA, IB	CC	106/175/192/179	76, 72, 71, 87
SANTOS-SOLER, G	O	162	4
SANTOS-SOLER, G	P	110/174	43, 45
SARAVIA CHOCOBAR, KN	P	281	34
SARAVIA CHOCOBAR, KN	CC	244/277	78, 73
SARDE, AM	O	162	4
SARDE, AM	P	110/152/168/169/174/183/184/185/186/332	43, 46, 44, 45, 27, 49, 67, 51
SARDE, AM	CC	182	86
SARDI, BS	O	162	4
SARDI, BS	P	110/152/168/174/183/184/185/211/332	43, 46, 44, 45, 27, 49, 48, 51
SATURANSKY, E	O	271	8
SATURANSKY, E	P	105/291/321	28, 34, 38
SAUMA, MF	O	181	5
SAURIT, V	P	129	63
SAURIT, V	P	165/183/246/266	18, 27, 35, 37
SAURIT, V	CC	170/171/172/173	87, 72, 86, 82
SAURIT, V	PD	323	98
SAVARECE, L	P	220	21
SAVIO, V	O	302	9
SAVIO, V	P	155/266/298/303	31, 37, 50
SAVIO, V	CC	251/330/335	87, 78, 83
SCAFATI, J	O	201	6
SCAFATI, J	P	169/184/185/211	45, 49, 48
SCHMIDT, A	P	219	47
SCHNEEBERGER, E	O	333	11
SCHNEEBERGER, E	P	319	37
SCHNEEBERGER, E	CC	203	81
SCOLNIK, M	O	150/151/232/268	3, 4, 7
SCOLNIK, M	P	125/130/137/138/156/202/214/215/260/269	42, 12, 17, 41, 55, 66, 19, 15, 65
SECCO, A	P	189/193/194/197/218/219/243/284/325	28, 19, 63, 64, 47, 26, 64, 15
SECCO, A	CC	213	69
SEHRINGER, I	P	136	58
SEQUEIRA, G	P	131/148/163	44, 57, 58
SERNA GÓNGORA, MB	P	131/209	44, 53
SERRANO, E	O	271/195	8, 5
SERRANO, E	P	105/273/291/321/344	28, 23, 34, 38, 24
SERRATE, I	P	194	19
SERRAVALLE, P	P	246/266	35, 37
SERRAVALLE, P	CC	247	74
SETTY, A	P	134	68
SEVERINA, A	P	246/266	35, 37

SHARRUF, A	PD	307	97
SICSIK AYALA, S	O	181	5
SIEGRIST, C	PD	230	92
SIGNORIO, S	P	197/218	63, 64
SIGNORIO, S	CC	213	69
SINIUK, FM	P	147	57
SIQUEIRA, MV	O	181	5
SIRERA, A	P	241/254/258/288	32, 35, 36, 33
SIVORI, M	P	328	52
SMICHOWSKI, A	P	228	59
SMICHOWSKI, A	PD	230	92
SOLIS MAYORGA, J	P	123/205	12, 66
SOLIS, J	O	124	3
SOMMERFLECK, F	O	271	8
SOMMERFLECK, F	P	105/291/321	28, 34, 38
SORIANO GUPPY, ER	O	232/151/150	7, 4, 3
SORIANO GUPPY, ER	P	156/214/125/130/137/202/138/260	55, 66, 42, 12, 17, 41, 15
SOSA, MJ	O	195	5
SOSA, MJ	P	199/273	14, 23
SOTO, GV	CC	180	76
SOTO, M	P	165/225	18, 14
SPINELLI, J	P	241/258	32, 36
SPINELLI, M	P	254	35
STADLER KAHLOW, B	P	165	18
STONSKI, E	P	158	62
STURNO, MM	CC	203	81
SUELDO, R	P	263/265	65, 51
SUELDO, R	CC	274	79
SZWARSTEIN, P	P	328	52
SZYRMA, ME	CC	133	80
TAITO VICENTI, I	P	156	55
TAMBORENEA, MN	P	189/243/324	28, 26, 24
TAMBORENEA, MN	CC	116	77
TANTEN, R	P	260/269	15, 65
TÉLLEZ NORIEGA, JL	O	310	10
TERÁN, RV	P	225	14
TESTI, A	P	105/321	28, 38
TILLET, W	P	114	29
TKACZUK, F	CC	164	78
TOLEDO, AL	P	221/237/280	40, 39
TOMERO MURIEL, E	O	162	4
TOMERO MURIEL, E	P	110/174	43, 45
TORREJÓN ROMERO, CA	CC	207	82
TORRENTE-SEGARRA, V	O	162	4
TORRENTE-SEGARRA, V	P	110/174	43, 45
TORRES MEJÍA, D	CC	146	77
TORRES RUÍZ, JJ	O	181	5
TORRES RUÍZ, JJ	P	165/225	18, 14
TORRES, D	P	231	54
TOSO, L	P	331/222/237/279/280	60, 54, 40, 16, 39
TOUMA, Z	P	111	43
TROYANO, Z	P	246/266	35, 37
TRUMAN, I	P	114	29
TUDOR, M	P	243/249	26, 25

URIBE ECHEVARRÍA, ME	CC	172	86
URROZ, ME	P	227/264	21, 22
URROZ, ME	CC	229	82
URRUTIA, JC	P	149	41
URRUTIA, JC	CC	306	70
VACAFLOR DURAN, AK	P	163/198	58, 48
VALDATA, M	P	220	21
VALDÉZ DONELLI, F	O	333	11
VALDÉZ DONELLI, F	P	319	37
VALIM, V	O	181	5
VALINOTTI, V	O	181	5
VALLEJO CARRASCO, WJ	O	201	6
VALLEJO CARRASCO, WJ	P	140	12
VALLEJO CARRASCO, WJ	CC	239/252	71, 69
VALLONE, T	CC	172	86
VALLUZZI, L	P	254	35
VALLUZZI, M	P	254	35
VAN VOLLENHOVEN, R	P	111	43
VARELA, CF	O	151/232	4, 7
VARGAS CADENAS, FJ	PD	128/261/339	90, 94, 99
VARGAS CASELLES, AL	P	269	65
VARGAS, V	P	231	54
VARGAS, V	CC	166	80
VASCONCELLOS, L	PD	250/259	93
VÁSCONEZ SWETT, MA	O	195	5
VÁSQUEZ VELASQUEZ, MM	P	163	58
VÁSQUEZ, G	O	296	9
VÁZQUEZ BÁEZ, MA	P	157/160	62
VÁZQUEZ, SC	P	225	14
VECE, PN	P	263/265	65, 51
VECE, PN	CC	274	79
VEGA MORALES, D	O	181	5
VEGA, Y	P	249/223	25, 33
VELASCO ZAMORA, JL	O	310	10
VELASCO, PT	CC	299	79
VELASCO, PT	PD	301	96
VELÁZQUEZ, P	O	181	5
VELEZ MACIAS, T	P	189/243/249	28, 26, 25
VELOZO, E	O	271	8
VELOZO, E	P	105/291/321	28, 34, 38
VERGEL ORDUZ, LG	P	285	60
VERON, I	P	198/249/328	48, 25, 52
VERONICA, L	P	222	54
VIEIRA MIÑO, RD	P	147	57
VIGLIANO, M	P	303	50
VILA, D	P	246	35
VILCHES, S	P	248	51
VILLAMIZAR PÉREZ, S	P	131	44
VILLARREAL, MG	PD	250/259	93
VILTE, JC	P	288/241/258	33, 32, 36
VINICKI, JP	P	281	34
VINICKI, JP	CC	244/277	78, 73
VIOLA, M	O	162	4
VIOLA, M	P	110/136/152/168/174/227/264/332	43, 58, 46, 44, 45, 21, 22, 51

VIOLA, M	CC	229	82
VIRASORO, BM	O	201/310	6, 10
VIRASORO, BM	P	140	12
VIRASORO, BM	CC	256	88
VIVERO, F	O	310	10
VULCANO, A	P	183	27
WACHS, L	CC	229	82
WEIHAN, Z	P	134	68
WEISSBROD, D	P	158	62
WERNICKE, VC	P	149	41
WERNICKE, VC	CC	306	70
WIEDERHOLD, C	P	311	61
WINTHROP, K	P	134	68
YAHUITA, J	P	284	64
YAMPA VEDIA, Y	P	143/144/145/147/234	56, 57, 20
YE, X	P	114	29
YINDE, Y	P	157	62
ZACAÑINO, E	PD	261	94
ZACARÍAZ H., J	P	125/138	42, 41
ZAFFARANA, CA	O	201	6
ZAFFARANA, CA	P	140	12
ZAFFARANA, CA	CC	252	69
ZÁRATE BARTOLOMEO, VI	CC	146/166	77, 80
ZÁRATE, FE	CC	330	78
ZÁRATE, L	O	271	8
ZÁRATE, L	P	291/105/321	34, 28, 38
ZARZA, M	P	165	18
ZELAYA, F	CC	173	82
ZHAO, S	P	134	68
ZUNINO, LV	CC	308/309	84, 85
ZÚRZOLO, A	P	241/254/288	32, 35, 33

