SAR2026

59° CONGRESO ARGENTINO DE REUMATOLOGÍA

7 AL 10 de OCTUBRE

Mendoza

2026

Comunicaciones orales - Posters - Casos clínicos

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

SAR Sociedad Argentina de Reumatología

Año 37, Volumen 37, Suplemento Nº 1
59º Congreso Argentino de Reumatología, Octubre de 2026
ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)

SAR2026

59° CONGRESO ARGENTINO DE REUMATOLOGÍA

7 al 10 de Octubre | Mendoza

COMITÉ CIENTÍFICO DEL 59° CONGRESO ARGENTINO DE REUMATOLOGÍA

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

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 del Comité Editorial
Dr. Darío Scublinsky

Representante de Pediatría ante la SAR
Dra. Marcela Álvarez

Comité Científico
Dra. Victoria Martire
Dr. Edson Velozo

SAR Sociedad Argentina de Reumatología

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

SAR2026

59° CONGRESO ARGENTINO DE REUMATOLOGÍA

7 al 10 de Octubre | Mendoza

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

Editoras 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

Emilce del Milagro García Núñez
Médica residente de Reumatología. Hospital Ángel C. Padilla, Tucumán.

Asistente de Indexación
Gabriela Tielas
Bibliotecaria, Universidad de Buenos Aires, Argentina

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 Benítez
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
Carmen Laura De Cunto
Juan Enghelmayer
Graciela Espada
Mariana Fabi
Maximiliano Fenucci
Lucila García
María Marcela García
Marina García Carrasco
Carla Gobbi
Gimena Gómez
Graciela 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 Papasidero
Carla Pappalardo
Francisco Paulin
Nicolás Pérez
Rodolfo Pérez Alamino
Natalia Perrotta
Maria Milena Pertuz
Rebolledo
Luisa Plantalech
Sabrina Porta
Alejandra Pringe
Oscar Rillo
Ariana Ringer
Carla Saucedo
Valeria Scaglioni
Moisés Schapira
Marina Scolnik
Evelyn Soto
Edson Velozo
Belén Virasoro
Marcela Young

SAR2026

REGISTROS LEGALES E INDEXACIÓN

REGISTROS LEGALES E INDEXACIÓN

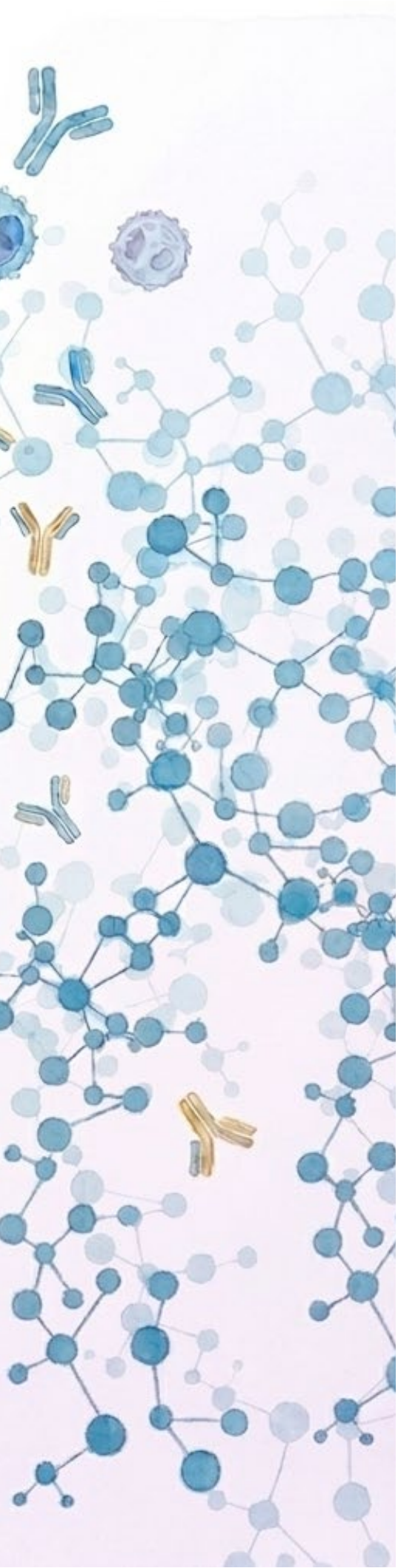
Propietaria:
Sociedad Argentina de Reumatología.

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 Nº: 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. 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 2362-3675 (en línea), ISSN 0327-4411 (impresa). 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/

Coordinación de edición: Lic. Carolina Pangas – rar.edicion@gmail.com

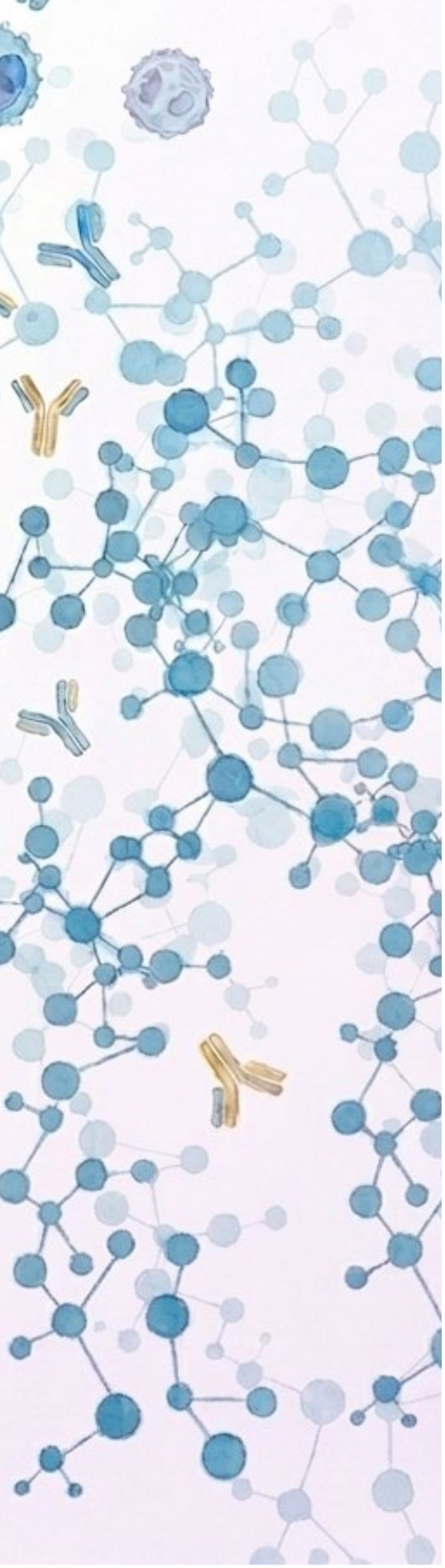
Diseño y diagramación: D.I. Pilar Diez - mdpdiez@gmail.com - www.mdpdiez.wixsite.com/pdestudio.com



SUMARIO

Editorial	5
Orales adultos	6
Orales pediatría	22
Posters adultos	27
Posters pediatría	155
Casos clínicos adultos	164
Casos clínicos pediatría	209
Índice de autores	219

SAR2026



EDITORIAL

A la Reumatología Argentina:

Es un honor darles la bienvenida al 59.º Congreso Argentino de Reumatología, que se llevará a cabo del 7 al 10 de octubre de 2026 en la ciudad de Mendoza, con sede en el Hotel Hilton, un espacio especialmente preparado para albergar este encuentro científico de relevancia nacional.

Este Congreso representa una nueva oportunidad para el intercambio de conocimientos, la actualización permanente y el fortalecimiento de los vínculos profesionales que impulsan el desarrollo continuo de la Reumatología en nuestro país. Ha sido concebido como un ámbito de excelencia académica, diálogo interdisciplinario y construcción colectiva.
Agradecemos especialmente a todos los autores que han confiado sus trabajos a nuestra revista, destacando su esfuerzo, dedicación y compromiso con la investigación y el crecimiento de nuestra especialidad.
Mendoza recibe a la comunidad científica con su imponente paisaje cordillerano y su profunda impronta histórica. Desde estas tierras, el General José de San Martín organizó el Ejército de los Andes y dio inicio a una de las gestas más trascendentes de nuestra historia, dejando un legado de liderazgo, planificación y visión de futuro que continúa inspirando.

Es también una provincia reconocida internacionalmente por su cultura vitivinícola, donde el vino simboliza tradición, dedicación y trabajo sostenido en el tiempo, valores que reflejan el espíritu de nuestra práctica médica.

El programa científico, cuidadosamente elaborado, se complementa con espacios destinados al encuentro personal y al intercambio social y deportivo, entendiendo que el crecimiento profesional se nutre también de la interacción humana y del fortalecimiento de la comunidad.
Agradecemos la participación y la confianza depositadas en este Congreso. Sin duda será una experiencia enriquecedora, tanto en lo académico como en lo humano, y una oportunidad para seguir proyectando el futuro de la Reumatología Argentina.

¡Sean muy bienvenidos a Mendoza! Será un placer compartir unos días de trabajo, reflexión y encuentro.

Dr. Gustavo Christian Casado
Presidente de la Sociedad Argentina de Reumatología



Análisis de impacto presupuestario de la ecografía pleuropulmonar como estrategia de cribado de enfermedad pulmonar intersticial en artritis reumatoide

Artritis Reumatoidea 0245

Gilka Tainat Martínez Bejarano[1], Agostina Bonicatto[1], Cecilia Andrea Torrejon Romero[1], Florencia María Villarroel[1], Vicente Ramiro Castro[1], Ileana Palma[2], Alejandro Brigante[1]

1. Sanatorio Güemes; 2. Instituto de Tisioneumonología Prof. Dr. Raul Vaccarezza, Facultad de Medicina, UBA

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una manifestación de alto impacto en la artritis reumatoide (AR). Las guías vigentes posicionan la tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) como estándar de cribado y señalan su costo y su accesibilidad como barreras relevantes. La ecografía pleuropulmonar es una alternativa emergente, aún no recomendada debido a la evidencia insuficiente.

Objetivo: Estimar, desde la perspectiva del financiador, el impacto presupuestario de incorporar la ecografía pleuropulmonar como filtro previo a la TCAR en el cribado de EPI en AR.

Métodos: Modelo determinístico de impacto presupuestario (árbol de decisión) con un horizonte temporal de un año. Se comparó la estrategia basada en guías (TCAR más funcional respiratorio para toda la población tamizada) frente a una estrategia de ecografía pleuropulmonar como *screening*, en la que solo los pacientes ecográficamente positivos accedían a TCAR más funcional. El rendimiento diagnóstico se evaluó en una cohorte de 130 pacientes con AR (prevalencia de EPI del 30 %): sensibilidad del 94,9 % y especificidad del 38,5 % (según el *score* pleuropulmonar simplificado para EPI). La prevalencia poblacional se fijó en el 15 % (rango: 5-55 %). Se tomaron costos netos de IVA ($ARS, marzo/2026): ecografía 160.000; TCAR 500.000; espirometría 170.000; DLCO 120.000 (relación de costo TCAR : ecografía ≈ 3:1). Desenlace primario, reproducible a partir de la prevalencia y el rendimiento del test: TCAR evitadas y porcentaje de reducción; secundario: impacto presupuestario. Los resultados se expresaron por cohorte de 905 y por cada 1.000 pacientes, con análisis de sensibilidad univariados.

Resultados: La estrategia de ecografía-filtro evitó el 33 % de las TCAR (335 por cada 1.000 pacientes; 303 por cada 905), dejando de detectar aproximadamente 8 casos por cada 1.000. Con las tarifas modeladas, el ahorro fue de alrededor de 86 millones de ARS por cada 1.000 pacientes (unos 78 millones por cada 905). La magnitud del ahorro es sensible a las tarifas locales y al umbral ecográfico elegido. Con un umbral de mayor especificidad, el ahorro ascendió a unos 239 millones y al 61 % de TCAR evitadas, a costa de un mayor número de casos no detectados. La reducción de TCAR se mantuvo en todo el rango de prevalencia (5–55 %). Al aplicar el criterio de alto riesgo de las guías (dos o más factores), el 94 % de la cohorte fue clasificado como de alto riesgo, lo que limita el valor del cribado dirigido y respalda un enfoque amplio.

Conclusión: En el presente modelo, la ecografía pleuropulmonar, como aproximación inicial, reduciría el número de TCAR, manteniendo la sensibilidad, y resultaría ahorrativa bajo los costos locales modelados. La cuantificación monetaria requiere confirmación mediante un costeo local detallado y un análisis de sensibilidad probabilístico. El estudio es generador de hipótesis y aporta un marco reproducible para evaluar la ecografía frente a la barrera de acceso a la TCAR.

Factores asociados con las calcificaciones del síndrome de la apófisis odontoides coronada en pacientes con enfermedad por depósito de pirofosfato de calcio: un estudio de cohorte retrospectivo

Artrosis / Cristálicas 0099

María Victoria Chiarvetto Peralta, Nicolás Marin Zucaro, Marina Scolnik, Enrique Soriano, Javier Rosa

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El síndrome de la apófisis odontoides coronada (CDS) es una manifestación específica de la CPPD, caracterizada por dolor cervical y calcificaciones periodontoideas, cuyos factores asociados aún no están bien establecidos.

Objetivo: Describir las características clínicas y de imagen de los pacientes con síndrome de la apófisis odontoides coronada (CDS) y compararlas entre aquellos con calcificaciones por CDS y aquellos sin calcificaciones en una cohorte de pacientes con enfermedad por depósito de pirofosfato de calcio (CPPD), y analizar los factores asociados con la presencia de calcificaciones por CDS.

Métodos: Estudio de cohorte analítico retrospectivo. Se incluyó pacientes con diagnóstico de CPPD entre enero de 2015 y enero de 2025 en un centro de atención terciaria. Se incluyeron pacientes con al menos 6 meses de seguimiento y estudios de imágenes disponibles (radiografía, ecografía y/o TC) de las articulaciones sintomáticas. Se excluyeron otras artropatías inflamatorias. Se recopilaron variables demográficas, clínicas y de imagen. El CDS se definió por la presencia de calcificaciones en la TC. Se compararon los pacientes con y sin CDS mediante un análisis multivariable para identificar los factores asociados con el CDS.

Tabla 1. Características basales de los pacientes con CPPD según la presencia de calcificaciones del síndrome de la apófisis odontoides coronada (CDS)

Características	Con calcificaciones de CDS (n=38)	Sin calcificación de CDS (n=182)	Valor de p
Sexo femenino, n, % (IC 95 %)	33, 86.8% (72.7-94.2)	134, 73.6% (66.8-79.5)	0.112
Edad a la imagen, anos, mediana (RIC)	77.2 (65.9-83.5)	77.5 (70.7-81.6)	0.812
Recuento de articulaciones con CC, Rx, mediana (RIC)	4 (3-6)	2 (2-3)	**< 0.001**
Cumplimiento de criterios CPPD ACR/EULAR 2023, n, % (IC 95 %)	23, 60.5% (44.7-74.4)	15,8.2% (5.1-13.1)	**< 0.001**
Características clínicas			
Artritis inflamatoria *, n, %(IC 95 %)	23, 60.5% (44.7-74.4)	93,51.1% (43.9-58.3)	0.365
Rodilla como articulación diana, n, %(IC 95 %)	30,78.9% (63.7-89.0)	142, 78.0% (71.4-83.4)	1
Dolor cervical, n, %(IC 95 %)	30, 78.9% (63.7-89.0)	13, 7.1% (4.2-11.8)	**< 0.001**
US de articulación diana al Dx, n, %(IC 95 %)	11, 28.9% (16.9-44.7)	63, 34.6% (28.1-41.8)	0.584

*Abreviaturas: Rx: radiografía, KL: Kellgren–Lawrence, Dx: diagnóstico; US: ultrasonografía; CPPD: enfermedad por depósito de pirofosfato de calcio. *La presencia de artritis inflamatoria se definió como al menos un episodio de artritis aguda o crónica durante el seguimiento.*

Resultados: Un total de 220 pacientes con CPPD fueron incluidos; 38 (17.3%) presentaron calcificaciones por CDS. Los pacientes con CDS fueron predominantemente de sexo femenino (86.8 % vs. 73.6 %). Las características basales se encuentran en Tabla 1. El dolor cervical fue marcadamente más frecuente en los pacientes con CDS (78.9 % vs. 7.1 %, p <0.001). Una mayor proporción de pacientes con CDS cumplió con los criterios de clasificación ACR/EULAR 2023 (60.5 % vs. 8.2 %, p <0.001). Presentaron una mayor carga de condrocalcinosis radiográfica (mediana de 4 vs. 2 articulaciones, p < 0.001) y una mayor duración de la enfermedad (1.01 vs. 0.2 años, p = 0.014). La presencia de artritis inflamatoria durante el seguimiento fue frecuente en ambos grupos (60.5 % vs. 51.1 %, p = 0.365). La rodilla fue la articulación afectada con mayor frecuencia tanto en los pacientes con CDS como en aquellos sin CDS (78.9 % vs. 78.0 %). En el análisis multivariable, el dolor cervical (OR 35,4), el cumplimiento de los criterios ACR/EULAR 2023 (OR 12,1), un mayor número de articulaciones con condrocalcinosis (OR 1,6 por articulación) y una mayor duración de la enfermedad (OR 1,1 por año) se asociaron independientemente con CDS (Tabla 2).

Tabla 2. Factores asociados con la presencia de calcificaciones del síndrome de la apófisis odontoides coronada (CDS): análisis multivariable

Variable	Odds Ratio Ajustado	IC 95%	Valor de P
Dolor cervical	**35.4**	**(12.8-98.2)**	**< 0.001**
Cumplimiento de criterios ACR/EULAR 2023	**12.1**	**(4.2-34.9)**	**< 0.001**
Recuento articular	**1.6**	**(1.1-2.4)**	**0.012**
Duración de la enfermedad	**1.1**	**(1.0-1.2)**	**0.038**
Sexo femenino	1.5	(0.4-5.8)	0.521

Conclusión: En nuestra cohorte de pacientes con CPPD, las calcificaciones por CDS estuvieron presentes en el 17.3 % y se asociaron fuertemente con dolor cervical, una mayor carga radiográfica de condrocalcinosis y el cumplimiento de los criterios ACR/EULAR 2023. A pesar de una frecuencia similar de artritis inflamatoria y de patrones de tratamiento, el CDS identifica un subgrupo con un fenotipo de enfermedad más extenso.

Asociación entre los hallazgos de Power Doppler en ecografía de glándulas salivales y la actividad de la enfermedad en pacientes con enfermedad de Sjögren

Enfermedad de Sjogren 0009

María Victoria Martire, Ana Marcos, Amelia Granel, Fernando Arizpe

Hospital San Roque de Gonnet

Introducción: El puntaje en escala de grises (EG) en la ultrasonografía de glándulas salivales (USGS) es un marcador de daño glandular estructural en la enfermedad de Sjögren primaria (ESjp). Se desconoce si la señal de Power Doppler (PD) se asocia con la actividad de la enfermedad.

Objetivo: Evaluar si el PD aporta información independiente y clínicamente distinta a la EG sobre la actividad de la enfermedad en pacientes con ESjp.

Métodos: Estudio transversal de pacientes consecutivos que cumplían criterios de clasificación ACR/EULAR 2016 para ESjp. Las glándulas parótidas y submandibulares fueron evaluadas mediante USGS según los lineamientos OMERACT (Outcome Measures in Rheumatology). La positividad para PD se definió como: 1 glándula con PD = grado 1; la positividad para EG se consideró como: 1 glándula con EG = grado 2. La USGS fue realizada por experto con más de diez años de experiencia en USGS, ciego datos clínicos y de laboratorio. La actividad de la enfermedad se evaluó mediante el EULAR Sjögren's Syndrome Disease Activity Index (ESSDAI) y la evaluación global del médico (EVA 0–100 mm). Se ajustaron cuatro modelos de regresión logística multivariable: para la positividad de PD como variable dependiente, utilizando el ESSDAI (Modelo 1) y EVA (Modelo 2); y para la positividad de EG como variable dependiente, utilizando nuevamente el ESSDAI (Modelo 3) y EVA (Modelo 4), con ajuste mutuo entre los puntajes ecográficos en todos los modelos. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para evaluar la relación entre los puntajes compuestos de EG y PD.

Tabla 1. Características basales de la población en estudio y asociaciones bivariadas con la positividad de Power Doppler y de Escala de Grises (N=105)

Variable	Total (N=105)	PD negativo (n=68)	PD positivo (n=27)	p	EG negativo (n=20)	EG positivo (n=85)	p
Características demográficas y clínicas							
Edad, años	51,3 ± 12,0	51,6 ± 13,3	50,6 ± 9,4	0,648	55,3 ± 8,8	53 [39-60]	0,231
Sexo femenino, n (%)	95 (90,5)	62 (91,2)	33 (89,2)	0,739	20 (100,0)	75 (88,2)	0,203
Duración de síntomas, meses	100 [36-130]	100 [36-120]	120 [55-156]	0,093	74 [50-120]	100 [36-132]	0,606
Duración de enfermedad, meses	96 [36-120]	96 [35-120]	100 [36-140]	0,283	70 [30-100]	100 [36-124]	0,154
Actividad de la enfermedad							
ESSDAI	1 [0-4]	0 [0-2]	3 [0-14]	**<0,001**	0 [0-2,2]	1 [0-6]	0,280
Evaluación global del paciente, mm	20 [10-60]	20 [10-50]	50 [10-70]	0,364	10 [0-50]	30 [10-70]	**0,021**
Evaluación global del médico (EVA), mm	10 [0-30]	10 [0-12,5]	30 [10-70]	**<0,001**	0 [0-20]	10 [3-50]	**0,011**
EVA sequedad ocular, mm	50 [50-90]	70 [10-90]	50 [50-90]	0,424	50 [17,5-80]	70 [50-100]	0,208
EVA sequedad oral, mm	60 [40-90]	50 [27,5-90]	70 [50-100]	0,056	35 [17,5-60]	70 [40-100]	**0,006**
Laboratorio							
VSG, mm/h	25 [11–47]	27,5 [8–60]	23 [15–46]	0,384	22,2 ± 11,3	25 [11–61]	0,184
PCR, mg/dL	0,6 [0,1–7]	0,6 [0–3]	1,2 [0,4–8,2]	**0,042**	0,6 [0,2–2,6]	0,9 [0,1–9]	0,847
Factor reumatoideo, UI/mL	63 [26–110]	65,5 [29–118]	50 [20–100]	0,137	21 [10–30]	73 [34–123]	**<0,001**
C3, mg/dL	112 [83–130]	121 [86–130]	101 [79–130]	0,095	133 [75–148]	110 [84–130]	0,308
C4, mg/dL	24 [16–35]	24 [16–40,5]	21 [16–30]	0,497	24 [19–35]	24 [16–30]	0,578
Factor reumatoideo positivo, n (%)	85 (81,0)	60 (88,2)	25 (67,6)	**0,021**	11 (55,0)	74 (87,1)	**0,003**
ANA positivo, n (%)	94 (89,5)	64 (94,1)	30 (81,1)	**0,049**	16 (80,0)	78 (91,8)	0,215
Anti-Ro/SSA positivo, n (%)	88 (83,8)	62 (91,2)	26 (70,3)	**0,012**	16 (80,0)	72 (84,7)	0,736
Anti-La/SSB positivo, n (%)	57 (54,3)	42 (61,8)	15 (40,5)	0,060	9 (45,0)	48 (56,5)	0,498
C3 bajo, n (%)	22 (21,0)	9 (13,2)	13 (35,1)	**0,017**	3 (15,0)	19 (22,4)	0,557
C4 bajo, n (%)	24 (22,9)	7 (10,3)	17 (45,9)	**<0,001**	5 (25,0)	19 (22,4)	0,774
Hipergammaglobulinemia, n (%)	46 (43,8)	27 (39,7)	19 (51,4)	0,346	5 (25,0)	41 (48,2)	0,102
Histología							
Grado de biopsia de glándula salival	3 [3–4]	4 [2,5–4]	3 [3–4]	0,608	2 [2–3]	4 [3–4]	**<0,001**
Manifestaciones clínicas							
Linfadenopatía, n (%)	2 (1,9)	2 (2,9)	0 (0,0)	0,539	0 (0,0)	2 (2,4)	1,000
Púrpura, n (%)	5 (4,8)	0 (0,0)	5 (13,5)	**0,005**	0 (0,0)	5 (5,9)	0,581
Neuropatía periférica, n (%)	3 (2,9)	0 (0,0)	3 (8,1)	**0,041**	0 (0,0)	3 (3,5)	1,000
Compromiso pulmonar, n (%)	7 (6,7)	2 (2,9)	5 (13,5)	0,099	0 (0,0)	7 (8,2)	0,342
Artritis, n (%)	12 (11,4)	4 (5,9)	8 (21,6)	**0,023**	0 (0,0)	12 (14,1)	0,117
Tratamiento							
Hidroxicloroquina, n (%)	78 (74,3)	51 (75,0)	27 (73,0)	1,000	18 (90,0)	60 (70,6)	0,133
Prednisona, n (%)	18 (17,1)	6 (8,8)	12 (32,4)	**0,005**	2 (10,0)	16 (18,8)	0,514
Dosis de prednisona, mg/día	0 [0–0]	0 [0–0]	0 [0–0]	**0,002**	0,0 ± 0,0	0 [0–0]	0,106
Azatioprina, n (%)	13 (12,4)	7 (10,3)	6 (16,2)	0,374	2 (10,0)	11 (12,9)	1,000
Pilocarpina, n (%)	18 (17,1)	9 (13,2)	9 (24,3)	0,242	2 (10,0)	16 (18,8)	0,514
Rituximab, n (%)	10 (9,5)	7 (10,3)	3 (8,1)	1,000	0 (0,0)	10 (11,8)	0,203

Tabla 2. Modelos de regresión logística multivariable para la positividad de Power Doppler y de Escala de Grises

Variable	Positividad Power Doppler				Positividad Escala de Grises (n=72)*			
	Modelo 1: ESSDAI OR (IC 95%)	p	Modelo 2: EVA OR (IC 95%)	p	Modelo 3: ESSDAI OR (IC 95%)	p	Modelo 4: EVA OR (IC 95%)	p
ESSDAI	1,30 (1,16–1,47)	**<0,001**	—	—	0,92 (0,73–1,16)	0,465	—	—
Evaluación global del médico (EVA), mm	—	—	1,04 (1,02–1,06)	**<0,001**	—	—	1,00 (0,97–1,04)	0,922
Anti-Ro/SSA positivo	0,21 (0,06–0,77)	**0,019**	0,12 (0,03–0,49)	**0,003**	—	—	—	—
Factor reumatoideo positivo	0,21 (0,06–0,75)	**0,017**	0,17 (0,05–0,63)	**0,008**	12,11 (2,19–66,90)	**0,004**	9,64 (1,90–48,78)	**0,006**
C4 bajo	—	—	5,85 (1,72–19,95)	**0,005**	—	—	—	—
Grado de biopsia de glándula salival	—	—	—	—	3,85 (1,72–8,62)	**0,001**	3,46 (1,53–7,84)	**0,003**
Puntaje EG, 0-12 (ajuste)	1,00 (0,86–1,15)	0,973	0,99 (0,84–1,17)	0,893	—	—	—	—
Puntaje PD, 0-12 (ajuste)	—	—	—	—	1,31 (0,90–1,91)	0,153	1,19 (0,90–1,57)	0,223

OR: odds ratio ajustado; IC 95%: intervalo de confianza del 95%. En negrita: p<0,05. —: variable no incluida en el modelo. Ajuste: puntaje ecográfico incluido como covariable de ajuste mutuo.

Resultados: Se incluyeron 105 pacientes con ESjp; la mediana de edad fue de 53 años (RIC 42–60) y el 90 % eran mujeres. La mediana del ESSDAI fue de 1 (RIC 0–4) y la mediana del EVA fue de 10 mm (RIC 0–30). El anti-Ro/SSA fue positivo en el 84 % y el factor reumatoideo (FR) en el 81 %. La positividad para PD estuvo presente en el 35 % (n=37) y la positividad para EG en el 81 % (n=85). La Tabla 1 resume las características de los pacientes y los resultados de los análisis bivariados que comparan a los pacientes con hallazgos de PD/GS positivos y negativos. En el análisis multivariable, el ESSDAI (OR 1,30; IC95 % 1,16–1,47; p<0,001) y EVA (OR 1,04; IC95 % 1,02–1,06; p<0,001) se asociaron de forma independiente con la positividad para PD, mientras que el puntaje compuesto de EG no tuvo asociación (p=0,97). Para la positividad de EG, los predictores independientes fueron la positividad de FR (OR 12,1; IC95 % 2,2–66,9; p=0,004) y el grado de biopsia de glándula salival (OR 3,85; IC95 % 1,72–8,62; p=0,001) (Tabla 2). Los puntajes compuestos de EG y PD no mostraron correlación (Rho de Spearman = -0,021; p=0,83).

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con ESjp, la positividad para PD se asoció de forma independiente tanto con el ESSDAI como con la EVA. La positividad para EG, en cambio, se correlacionó con marcadores estructurales crónicos, pero no con los índices de actividad. La ausencia de correlación entre los puntajes compuestos de EG y PD confirma que estos dos dominios ecográficos capturan dimensiones distintas y no redundantes de la enfermedad.

Discordancia entre los síntomas subjetivos de sequedad y la hiposecreción glandular objetiva en pacientes con sospecha de enfermedad de Sjögren

Enfermedad de Sjogren 0062

Camila Alejandra Montenegro, Natalia Andrea Perrotta, Maximiliano Fenucci, Mariano Alves, Analía Sánchez Leguizamo, Marcela Alejandra Romero Caballero

Hospital César Milstein

Introducción: Los síntomas de sequedad ocular y oral constituyen el principal motivo de consulta en pacientes con sospecha de enfermedad de Sjögren (SjD); sin embargo, su relación con la hiposecreción glandular objetiva continúa siendo motivo de controversia.
Objetivo: Evaluar la concordancia entre los síntomas subjetivos de sequedad y las pruebas funcionales objetivas de glándulas exocrinas, así como el rendimiento diagnóstico de dichos síntomas para identificar hiposecreción glandular.

Métodos: Estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo que incluyó pacientes consecutivos con sospecha de SjD evaluados en un centro terciario. Se registraron los síntomas de sequedad ocular y oral, test de Schirmer, sialometría no estimulada y la clasificación según criterios ACR/EULAR 2016. Se determinó la frecuencia de discordancia entre los síntomas y las pruebas funcionales objetivas. La concordancia se evaluó mediante el coeficiente kappa de Cohen y el rendimiento diagnóstico mediante sensibilidad, especificidad y valores predictivos.

Resultados: Se incluyeron 232 pacientes, de los cuales 217 (93,5 %) fueron mujeres, con una edad media de 71,7 ± 7,5 años. Cincuenta y cinco pacientes (23,7 %) cumplieron criterios ACR/EULAR 2016 para SjD. La sequedad ocular fue referida por 186/219 (84,9 %) pacientes y la sequedad oral por 155/218 (71,1 %). Entre los pacientes con sequedad ocular y un test de Schirmer interpretable, 63/115 (54,8 %) presentaron un test de Schirmer negativo. Asimismo, 73/155 (47,1 %) de los pacientes con sequedad oral presentaron una sialometría no estimulada negativa. La sequedad ocular mostró una sensibilidad del 88,1 %, una especificidad del 19,2 % y una concordancia escasa con el test de Schirmer (κ=0,066). La sequedad oral presentó una sensibilidad del 76,6 %, una especificidad del 34,2 % y una concordancia escasa con la sialometría (κ=0,108).

Conclusión: La discordancia entre los síntomas subjetivos de sequedad y la hiposecreción glandular objetiva fue frecuente en pacientes con sospecha de SjD. Los síntomas presentaron alta sensibilidad, pero baja especificidad y escasa concordancia con las pruebas funcionales, lo que demuestra que la percepción subjetiva de sequedad y la función glandular representan dimensiones complementarias del compromiso exocrino. Estos hallazgos respaldan la incorporación sistemática del test de Schirmer y de la sialometría no estimulada para objetivar el compromiso glandular durante la evaluación diagnóstica.

Epidemiología y carga del lupus eritematoso sistémico en Ciudad Autónoma y provincia de Buenos Aires. Revisión de literatura y validación por panel de expertos

Epidemiología 0229

Sofía Del Rosario Maldonado, Micaela Cosatti, Lucas Graziano, Anastasia Secco

Hospital Bernardino Rivadavia

Introducción: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, crónica y heterogénea que compromete múltiples órganos, con un aumento en la morbimortalidad, generando una importante carga clínica, económica y social. En Argentina existe escasa información acerca de la epidemiología, uso de recursos y costos por el LES.
Objetivo: Estimar la epidemiología, uso de recursos sanitarios y costos del LES en pacientes provenientes de la Ciudad Autónoma y Provincia de Buenos Aires.

Métodos: Se realizó una revisión de la literatura local e internacional, mediante una búsqueda bibliográfica en bases de datos y sitios web de sociedades científicas. Los criterios de inclusión fueron estudios observacionales de cohorte, corte transversal, series de casos, donde se priorizó la selección de estudios realizados en Argentina. Dada la escasez de información local, se conformó un panel Delphi con 5 expertos locales. El costo de los recursos sanitarios se obtuvo del nomenclador de prestaciones de salud del Ministerio de Salud del GCBA. El costo de las drogas se obtuvo del vademécum Alfa Beta. A partir de los datos obtenidos se generó un cuestionario, se compartió con los expertos y se realizaron reuniones virtuales para el consenso. Para cada variable del cuestionario se calculó el promedio de las respuestas. Los costos directos se estimaron en dólares estadounidenses (Valor del dólar julio 2026 por BNA USD 1520 pesos ARG).

TABLA 1: costo de fármacos anuales en LES leve, moderado/severo y nefritis lúpica, según frecuencia de utilización en cada grupo

FÁRMACO	DOSIS	COSTO ANUAL (USD)
LES leve		
Hidroxicloroquina	400mg	USD 192,53
	200mg	USD 149,68
Metotrexato	15mg	USD 147,72
Metotrexato	25mg	USD 500,74
Azatioprina	100mg	USD 53,48
Azatioprina	150mg	USD 80,22
Azatioprina	200mg	USD 106,96
Micofenolato de mofetilo	2gr	USD 5717,73
LES moderado/severo		
Hidroxicloroquina	400mg	USD 192,53
Hidroxicloroquina	200mg	USD 149,68
Micofenolato de mofetilo	2gr	USD 5717,73
Ciclofosfamida	1gr	USD 722,37
Azatioprina	100mg	USD 53,48
Azatioprina	150mg	USD 80,22
Azatioprina	200mg	USD 106,96
Belimumab	200mg	USD 31780,20
Rituximab	2gr	USD 20389,99
Metotrexato	15mg	USD 147,72
Metotrexato	25mg	USD 500,74
Tacrolimus	4gr	USD 3619,04
Anifrolumab	300mg	USD 22511,88
Nefritis Lúpica		
Micofenolato de mofetilo	2gr	USD 5717,73
Ciclofosfamida	500mg	USD 361,18
Ciclofosfamida	1gr	USD 963,16
Azatioprina	100mg	USD 53,48
Azatioprina	150mg	USD 80,22
Azatioprina	200mg	USD 106,96
Belimumab	200mg	USD 31780,20
Rituximab	2gr	USD 20389,99
Tacrolimus	4gr	USD 3619,04

Resultados: La prevalencia de LES en Ciudad autónoma de Buenos Aires es de 58,6 casos por 100.000 habitantes (IC95 %; 46,1-73,5) con una incidencia anual de 6,3 casos por 100.000 habitantes (IC95 %; 4,9-7,7). Según la literatura y la validación de los expertos, 51 % de los pacientes presentan enfermedad leve, 48 % enfermedad moderada/severa y 33 % nefritis lúpica. El costo anual por paciente con diagnóstico inicial de LES leve sin internación fue de USD 446.97 y con internación fue USD 1419, con diagnóstico de LES moderado/severo sin internación fue USD 457 y con internación USD 3982, y con nefritis lúpica USD 535 sin internación y USD 7708 con internación. La hidroxicloroquina fue el tratamiento basal más frecuente en pacientes con LES leve y moderado/severo con un promedio de 93 % con un costo anual de USD 192. En Tablas 1 y 2 se detallan los costos asociados a la medicación y recursos sanitarios.

TABLA 2: Costo en USD de recursos sanitarios al momento del diagnóstico según severidad de LES por ambulatorio y en internación. *Laboratorio de rutina (hemograma, VSG, PCR, Urea, creatinina, glucemia, ionograma, hepatograma, TFG, test de Coombs)** Laboratorio inmunológico (Ac anti DNA, Ac anti cardiolipinas IgG e IgM, Ac beta2glicoproteina IgG e IgM, Inh lúpico, c3 y c4) *** Serologías (Elisa HIV, Hep B, Hep C)

Recursos Sanitarios	Consulta de reumatología/año	Laboratorio de Rutina *	Laboratorio Inmunológico **	Proteinuria 24hs	Serologías ***	Densitometría Ósea	Internación
LES leve-Inicio (sin internación)	USD 38,78	USD 68,47	USD 170,71	USD 2,97	USD 147,96	USD 0	USD 0
LES leve-inicio (con internación)	USD 38,78	USD 68,47	USD 170,71	USD 2,97	USD 147,96	USD 0	USD 971,78
LES leve-seguimiento	USD 44,43	USD 105,01	USD 267,99	USD 1,97	USD 0	USD 49,43	USD 0
LES moderado/alto –inicio(sin internación)	USD 66,64	USD 48,15	USD 159,32	USD 2,97	USD 147,96	USD 0	USD 0
LES moderado/alto – inicio (con internación)	USD 66,64	USD 58	USD 159,32	USD 2,97	USD 147,96	USD 0	USD 3525,79
LES moderado/alto – seguimiento	USD 61,09	USD 145,74	USD 206,87	USD 4,94	USD 0	USD 49,43	USD 0
Nefritis Lúpica – inicio (sin internación)	USD 88,86	USD 98	USD 166,64	USD 5,94	USD 147,96	USD 0	USD 0
Nefritis Lúpica-inicio (con internación)	USD 88,86	USD 87,88	USD 169,12	USD 5,94	USD 147,96	USD 0	USD 7261,23
Nefritis Lúpica – seguimiento	USD 80,53	USD 171,55	USD 332,33	USD 10,37	USD 0	USD 38,45	USD 0

Conclusión: La revisión brinda información útil acerca de parámetros epidemiológicos, del uso de recursos y de costos directos en el LES, que resultarán de utilidad para la conducción de evaluaciones económicas de salud en Argentina.

Agradecimientos: Fernando Arizpe, Alejandro Brigante, Joan M. Dapeña, Lucila García, Anabella Rodríguez, Adriana Testi, Malena Viola.

Nuevos criterios ASAS-SPARTAN-2025 en espondiloartritis axial: impacto frente a ASAS-2009 en la clasificación en vida real

Espondiloartritis / EPs 0020

Delfina Apter, Nataly Mejía, Gisele Reyes, Jessica Solís, Carolina Bardini, Juan Arguello, Sebastián Magri, Rodrigo García Salinas

Hospital Italiano de la Plata

Introducción: Recientemente se actualizaron los criterios de clasificación para espondiloartritis axial mediante la propuesta ASAS-SPARTAN-2025, que incorpora un sistema ponderado de lesiones inflamatorias y estructurales por resonancia magnética. Este nuevo enfoque busca mayor especificidad frente a los criterios ASAS-2009, ampliamente utilizados en la práctica clínica y en investigación.

Objetivo: Estimar y comparar la clasificación según ASAS-SPARTAN-2025 y ASAS-2009 en la cohorte Reuma-Check y describir los fenotipos definidos por las vías de clasificación guiadas por RM y por HLA-B27.

Métodos: Reuma-Check es un programa estructurado de diagnóstico de EspAax con evaluación clínica estandarizada, marcadores de laboratorio, radiografía de pelvis y RM de sacroilíacas. Los pacientes se clasificaron según ASAS-SPARTAN-2025 (corte propuesto >11 puntos) y ASAS-2009 (brazo de RM, de HLA-B27 o ambos). Los grupos analíticos fueron SPARTAN+, ASAS-RM+, ASAS-HLA-B27+ y ASAS-general+. Las variables binarias se compararon con chi-cuadrado y las continuas con ANOVA. La evaluación por RM incluyó edema óseo, erosiones, metaplasia grasa, esclerosis y anquilosis.

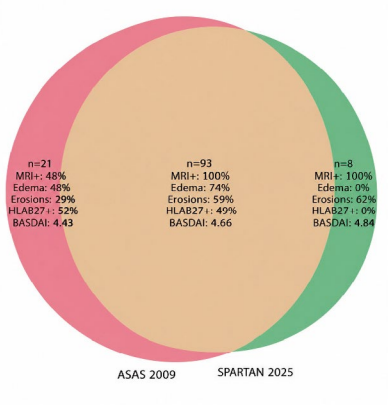


Figura 1. Diagrama de Venn de la superposición de clasificación entres ASAS-2009 Y ASAS-SPARTAN-2025, con carga de RM, HLA-B27 y BASDAI por subgrupo

Tabla 1. Comparación de características clínicas, serológicas y de imagen según fenotipo de clasificación (SPARTAN+, ASAS-general+, ASAS-RM+, ASAS-HLA-B27+).

Variable	SPARTAN+ (n=101)	ASAS-general+ (n=114)	ASAS-RM+ (n=58)	ASAS-HLA-B27+ (n=34)	p
Sexo masculino	45,5%	47,4%	46,6%	44,1%	0,9
Tabaquismo	41,6%	42,1%	43,1%	44,1%	0,9
Dolor lumbar inflamatorio	92,1%	84,2%	82,8%	85,3%	0,2
Uveítis	6,9%	7,0%	5,2%	11,8%	0,6
Enfermedad inflamatoria intestinal	8,9%	7,9%	12,1%	2,9%	0,4
Psoriasis	24,8%	25,4%	37,9%	17,6%	0,1
Respuesta a AINEs	65,3%	65,8%	69,0%	55,9%	0,6
Proteína C reactiva elevada	40,4%	34,8%	38,6%	24,2%	0,3
HLA-B27 positivo	45,5%	50,0%	1,7%	100,0%	0,001
Antecedente familiar de espondiloartritis	25,7%	29,8%	31,0%	29,4%	0,8
Test de estrés sacroiliaco positivo	62,1%	57,4%	56,9%	56,7%	0,8
Dolor de pared torácica anterior	20,0%	19,6%	17,5%	20,0%	0,9
Entesitis clínica	30,7%	29,8%	36,2%	29,4%	0,8
Artritis periférica	17,8%	17,5%	24,1%	17,6%	0,7
Sacroileitis radiográfica	54,5%	50,0%	43,1%	52,9%	0,3
Alteraciones radiográficas periféricas	21,6%	23,0%	28,8%	13,8%	0,4
Edema óseo	68,3%	69,3%	96,6%	2,9%	0,001
Metaplasia grasa	41,6%	34,2%	29,3%	44,1%	0,3
Erosiones	59,4%	53,5%	53,4%	47,1%	0,6
Esclerosis subcondral	19,8%	18,4%	20,7%	14,7%	0,9
Puentes óseos	6,9%	7,0%	1,7%	17,6%	0,04
Lesiones estructurales crónicas	77,7%	68,9%	78,6%	54,8%	0,05
Entesitis por ecografía	34,1%	36,2%	38,3%	37,9%	0,9
Ecografía articular	16,9%	17,9%	22,4%	20,7%	0,8
≥4 características de EspA	50,5%	49,1%	48,3%	50,0%	0,9
Edad al momento de la evaluación, años	47,34 (12,10)	46,77 (12,14)	50,34 (11,95)	43,97 (10,77)	0,08
Años de educación	13,58 (2,96)	13,54 (2,94)	13,45 (3,30)	13,67 (2,55)	0,9
Edad de inicio del dolor lumbar, años	41,16 (11,97)	40,56 (12,15)	43,90 (11,40)	37,79 (11,70)	0,1
Dolor lumbar, 0-10	6,66 (1,78)	6,75 (1,71)	6,71 (1,60)	6,50 (2,25)	0,9
Dolor lumbar nocturno, 0-10	5,22 (2,53)	5,34 (2,41)	5,42 (2,41)	5,42 (2,41)	0,9
Duración de la rigidez matinal, minutos	35,88 (29,25)	35,29 (27,19)	35,60 (30,51)	35,18 (19,97)	0,9
Puntaje MASES	0,74 (1,75)	0,73 (1,73)	0,81 (1,93)	0,61 (1,25)	0,9
Puntaje NAD	1,67 (2,48)	1,73 (2,45)	2,00 (2,59)	1,68 (2,43)	0,8

Abreviaturas: RM: resonancia magnética; AINEs: antiinflamatorios no esteroideos; PCR: proteína C reactiva; EspA: espondiloartritis; MASES: Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score; NAD: número de articulaciones dolorosas.

Resultados: Entre 128 pacientes, 78.9 % cumplió ASAS-SPARTAN-2025 y 89.1 % cumplió ASAS-2009. Se identificaron tres fenotipos discordantes: SPARTAN+/ASAS+ en 72.7 %, SPARTAN-/ASAS+ en 16.4 % y SPARTAN+/ASAS- en 6.3 %; 4.7 % fue negativo para ambos. Los pacientes SPARTAN+ mostraron mayor carga de imágenes que los SPARTAN-/ASAS+. La sacroileítis por RM fue universal en SPARTAN+, con mayor frecuencia de edema óseo, erosiones y metaplasia grasa. Las manifestaciones clínicas (dolor lumbar inflamatorio, artritis periférica, entesitis) fueron similares entre grupos, al igual que ASDAS-PCR y BASDAI, aunque PCR y ERS fueron modestamente más altas en SPARTAN+. En el análisis de cuatro grupos, ASAS-RM+ se asemejó al fenotipo de imágenes de SPARTAN+, mientras que ASAS-HLA-B27+ representó un fenotipo genético pero atenuado en imágenes; ASAS-general+ mostró un perfil intermedio y heterogéneo.

Conclusión: ASAS-SPARTAN-2025 identifica preferentemente un fenotipo de EspAax definido por imágenes, con mayor carga inflamatoria y estructural objetiva, mientras que ASAS-2009 capta un espectro clínico más amplio, incluyendo fenotipos HLA-B27 atenuados en RM. La coexistencia de grupos discordantes clínicamente relevantes resalta la importancia de comprender esta divergencia para la estratificación temprana, el enriquecimiento de cohortes y la futura armonización de los marcos de clasificación.

Fenotipos diferenciales según sexo en artritis psoriásica: resultados de la cohorte argentina RECCAPSO

Espondiloartritis / EPs 0042

Nataly Mejía[1], Rodrigo García Salinas[1], Maximiliano Fenucci[2], Gustavo Medina[3], Marcelo Abdala[4], Leila Abbas[2], Carolina Mariasch[3], Sebastián Magri[1], Brian Marcelo Abdala[4]

1. Hospital Italiano de la Plata; 2. Hospital César Milstein; 3. Hospital de Clínicas; 4. Hospital Centenario

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad heterogénea, con expresión musculoesquelética, cutánea y extramusculoesquelética variable. El sexo podría influir en el fenotipo clínico, la actividad de la enfermedad, las comorbilidades y el tratamiento. Sin embargo, la evidencia proveniente de cohortes argentinas de vida real es limitada.

Objetivo: Comparar las características clínicas, actividad de la enfermedad, comorbilidades y patrones de tratamiento entre mujeres y varones con APs en la cohorte RECCAPSO, e identificar variables asociadas de forma independiente al sexo.

Métodos: Estudio observacional transversal del registro multicéntrico argentino RECCAPSO. Las variables continuas se compararon con prueba t de Welch y las categóricas con χ^2 o prueba exacta de Fisher, según correspondiera. Se estimaron OR con IC95 %, utilizando a las mujeres como referencia. Se construyó un modelo de regresión logística multivariable con sexo masculino como variable dependiente, incluyendo predictores seleccionados por relevancia clínica y asociación univariada, evitando redundancia y colinealidad. Los datos faltantes de variables clínicas se imputaron mediante KNN multivariable. Se consideró significativo p<0,05.

Resultados: Se incluyeron 368 pacientes con APs: 211 mujeres (57,3 %) y 157 varones (42,7 %). Los varones presentaron mayor edad al diagnóstico de psoriasis (39,8±14,8 vs. 34,6±15,8 años; p=0,001) y de APs (53,0±14,9 vs. 49,9±14,3; p=0,043), mayor peso (82,7±13,7 vs. 74,3±14,5 kg; p<0,001), mayor PASI (3,0±5,0 vs. 2,1±2,5; p=0,044) y mayor compromiso ungueal. También tuvieron mayor frecuencia de comorbilidad global (68,2 % vs. 54,5 %; OR 1,79 [1,16–2,75]), hipertensión, tabaquismo, infarto agudo de miocardio (8,3 % vs. 2,4 %; OR 3,72 [1,30–10,66]) y MACE (10,8 % vs. 3,8 %; OR 3,08 [1,29–7,34]). Las mujeres mostraron mayor actividad por DAS28 (3,32±0,91 vs. 2,95±0,92; p<0,001) y peores desenlaces reportados por el paciente, incluyendo VAS dolor (4,4 vs. 3,8; p=0,015) y VAS estado global (3,8 vs. 3,3; p=0,019), sin diferencias significativas en DAPSA. La uveítis/EII fue más frecuente en mujeres (5,2 % vs. 1,3 %; p=0,043). En el modelo multivariable, el tabaquismo se asoció independientemente al sexo masculino (OR 2,00 [1,04–3,86]), mientras que la uveítis/EII se asoció al sexo femenino (OR para sexo masculino 0,19 [0,04–0,91]). MACE mostró asociación limítrofe con sexo masculino. No se observaron diferencias significativas entre sexos en mecanismo de acción del biológico, líneas terapéuticas, *swapping* o enfermedad difícil de tratar.

Conclusión: RECCAPSO mostró fenotipos diferenciales según sexo. Los varones presentaron mayor carga cardiometabólica, tabaquismo y compromiso ungueal, mientras que las mujeres mostraron mayor actividad por DAS28, peores desenlaces reportados por el paciente y mayor frecuencia de uveítis/EII. No se observaron diferencias relevantes en los patrones terapéuticos.

Tabla 1. Comparación de características clínicas por sexo — cohorte RECCAPSO

Variable	Femenino (n=211)	Masculino (n=157)	OR (IC95%) M vs F	p
Edad al diagnóstico de psoriasis (años)	34,6 ± 15,8	39,8 ± 14,8	—	**0,001**
Edad al diagnóstico de APs (años)	49,9 ± 14,3	53,0 ± 14,9	—	**0,043**
Peso (kg)	74,3 ± 14,5	82,7 ± 13,7	—	**<0,001**
PASI	2,1 ± 2,5	3,0 ± 5,0	—	**0,044**
DAS28	3,3 ± 0,9	2,9 ± 0,9	—	**<0,001**
VAS dolor — paciente	4,4 ± 2,6	3,8 ± 2,4	—	**0,015**
VAS estado global — médico	3,8 ± 2,1	3,3 ± 2,0	—	**0,019**
Comorbilidad global	54,5%	68,2%	1,79 (1,16–2,75)	**0,008**
Hipertensión arterial	28,9%	41,4%	1,74 (1,12–2,68)	**0,013**
Tabaquismo	11,4%	19,7%	1,92 (1,07–3,42)	**0,026**
Infarto de miocardio	2,4%	8,3%	3,72 (1,30–10,66)	**0,009**
MACE (evento CV mayor)	3,8%	10,8%	3,08 (1,29–7,34)	**0,008**
Compromiso ungueal	32,7%	43,9%	1,61 (1,05–2,47)	**0,028**
Cobertura de salud	84,4%	92,4%	2,24 (1,12–4,49)	**0,021**
Uveítis / EII	5,2%	1,3%	0,23 (0,05–1,07)	**0,043**

Continuas: media ± DE, p por t de Welch. Dicotómicas: %, OR (IC95%) con mujer como referencia, p por χ^2. En rojo, p<0,05. Fuente: hoja Comparacion_Sexo (valores enlazados).

Tabla 2. Patrones de tratamiento por sexo (datos observados; Fem N=100, Masc N=83)

Variable	Femenino	Masculino	p
MAC actual (mecanismo)			0,273
TNF inhibidor	43,0%	55,4%	0,8
IL-17i	36,0%	32,5%	0,9
IL-23i	**10,0%**	**4,8%**	**0,04**
IL-12/23i	7,0%	2,4%	0,1
JAK inhibidor	4,0%	3,6%	0,7
Apremilast	0,0%	1,2%	-
Primera línea	66,0%	65,1%	1,000
Segunda línea	17,0%	19,3%	0,704
Tercera línea o más	16,3%	13,6%	0,678
DMARD convencional actual	48,2%	52,9%	0,390
DMARD convencional previo	36,8%	40,0%	0,580
Glucocorticoides	10,4%	9,7%	0,860

Prevalencia e incidencia de la artritis psoriásica difícil/compleja de manejar y refractaria al tratamiento según las definiciones de EULAR y GRAPPA: un estudio de cohorte en práctica clínica habitual

Espondiloartritis / EPs 0136

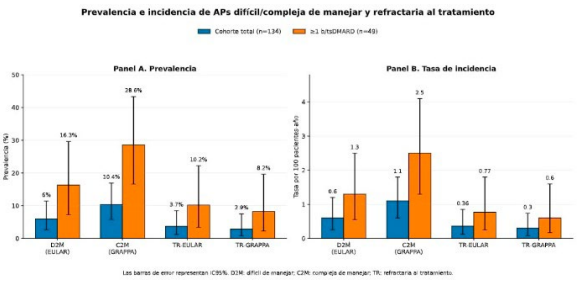
Iván Nagy, Nicolás Alvarado, María Laura Acosta Felquer, Javier Rosa, Enrique Soriano

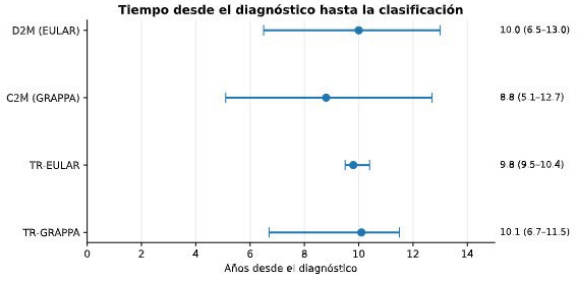
1. Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: EULAR y GRAPPA propusieron definiciones de consenso para la APs difícil de manejar (D2M), compleja de manejar (C2M) y refractaria al tratamiento (TR).

Objetivo: Describir la prevalencia, la incidencia y las características clínicas de la APs D2M/C2M y TR según las definiciones de EULAR y GRAPPA, y comparar la clasificación de los pacientes entre ambos marcos conceptuales.

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó pacientes consecutivos que cumplían los criterios CASPAR para APs, seguidos entre enero de 2000 y noviembre de 2025 dentro de un hospital universitario. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas electrónicas. Los pacientes fueron clasificados según las definiciones de EULAR y GRAPPA. Se calcularon la prevalencia, las tasas de incidencia por 100 pacientes-año (PA) y el tiempo desde el diagnóstico hasta la clasificación como D2M/C2M o TR. Las comparaciones fueron descriptivas debido al bajo número de desenlaces.





Resultados: Se incluyeron 134 pacientes (1355 pacientes-año de seguimiento). 49 pacientes (36,5 %) recibieron al menos un fármaco biológico o sintético dirigido (b/tsDMARD), y 111 (83 %) recibieron DMARDs sintéticos convencionales (csDMARD). La prevalencia y las tasas de incidencia según ambas definiciones, tanto en la cohorte total como en los pacientes tratados con al menos un b/tsDMARD, se muestran en la Tabla 1. La prevalencia global osciló entre el 2,9 % y el 10,4 %, según la definición aplicada, y fue mayor entre los pacientes expuestos a b/tsDMARDs. Mayor número de pacientes cumplieron la definición de C2M de GRAPPA, comparados con la definición de D2M de EULAR. Un paciente cumplió la definición de APs refractaria según EULAR, pero no según GRAPPA. Esta discordancia reflejó diferencias en los umbrales de fracaso terapéutico dada la diferencia entre ambas definiciones. La mediana (RIC) del tiempo desde el diagnóstico hasta la clasificación como D2M/C2M fue de 10,0 (6,5–13,0) años utilizando la definición de EULAR y de 8,8 (5,1–12,7) años utilizando la definición de GRAPPA. La mediana (RIC) del tiempo hasta la clasificación como enfermedad refractaria fue de 9,8 (9,5–10,4) años según EULAR y de 10,1 (6,7–11,5) años según GRAPPA. Los pacientes clasificados como D2M/C2M presentaron un inicio de la enfermedad a edades más tempranas y fueron con mayor frecuencia mujeres.

Conclusión: En esta cohorte de práctica clínica habitual con seguimiento a largo plazo, la APs difícil/compleja de manejar y la APs refractaria al tratamiento fueron poco frecuentes utilizando tanto las definiciones de EULAR como las de GRAPPA. Las diferencias entre ambos marcos de clasificación estuvieron determinadas principalmente por los distintos umbrales de fracaso terapéutico requeridos por cada definición, más que por diferencias clínicas sustanciales.

Prevalencia de antecedentes de morbilidad obstétrica en mujeres con lupus eritematoso sistémico: datos del registro RELESSAR Transversal

LES / SAF 0086

Joan Manuel Dapeña[1], Lucila García[2], Rosana Quintana[3], Marina Micelli[3], Analía Patricia Álvarez[3], César Graf[3], Raúl Héctor Paniego[3], Emma Civit[3], Rodrigo Alejandro Aguila Maldonado[3], Carla Andrea Gobbi[3], Gretel Rausch[3], Agustina D'amico[3], Johana, Zacaríaz H.[3], Mariana Pera[3], Juan Manuel Vandale[3], Florencia Vivero[3], María Larroude[3], Josefina Marin[3], Marisa Jorfen[3], Marcos David Zelaya[3], Judith Sarano[3], Maira Alejandra Arias Saavedra[3], Vanesa Paris[3], Noelia Giselle Hojberg[3], Mercedes García[2]

1. Hospital Santojanni; 2. Hospital General de Agudos San Martín, La Plata; 3. RELESSAR

Introducción: Las mujeres con lupus eritematoso sistémico (LES) presentan mayor frecuencia de pérdida gestacional, prematuridad y preeclampsia. RELESSAR informó previamente la frecuencia de anticuerpos antifosfolipídicos (AAF) y síndrome antifosfolipídico (SAF), y describió manifestaciones obstétricas en pacientes con SAF, pero no evaluó la morbilidad obstétrica como objetivo principal ni sus factores asociados. Objetivo: Describir la morbilidad obstétrica y analizar su asociación con características de las pacientes y de la enfermedad en el registro RELESSAR Transversal.

Métodos: Estudio observacional, transversal y retrospectivo de mujeres con LES y al menos un embarazo registrado. Se definió morbilidad obstétrica por el antecedente de al menos uno de los siguientes: muerte fetal, nacimiento prematuro, tres o más abortos espontáneos o preeclampsia/eclampsia. Se estimaron prevalencias e IC95 % de Wilson. Las asociaciones con nefritis lúpica, hipertensión arterial (HTA) y AAF se estimaron como razones de prevalencia ajustadas (RPa) mediante regresión de Poisson con varianza robusta agrupada por centro, con ajuste por edad, duración del LES, número de embarazos y raza. La positividad para AAF se estableció de acuerdo con los criterios de Sídney. El modelo principal se realizó por casos completos. Se utilizó R 4.6.1.

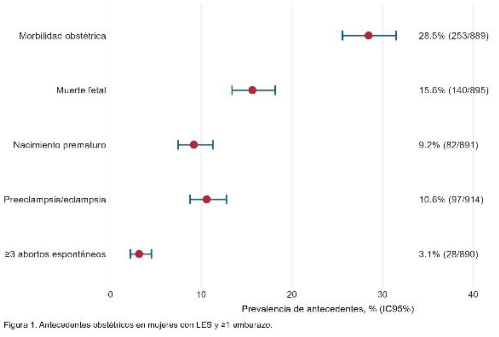


Figura 1. Antecedentes obstétricos en mujeres con LES y ≥1 embarazo.

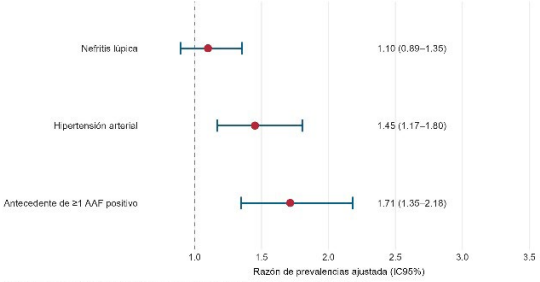


Figura 2. Asociaciones con morbilidad obstétrica. Ajuste: edad, curación, número de embarazos y raza; errores agrupados por centro.

Resultados: Se incluyeron 914 mujeres; 889 fueron evaluables para morbilidad obstétrica. Presentaron morbilidad obstétrica 253 de 889 (28,5 %; IC95 % 25,6–31,5), muerte fetal 140 de 895 (15,6 %), nacimiento prematuro 82 de 891 (9,2 %), tres o más abortos espontáneos 28 de 890 (3,1 %) y preeclampsia/eclampsia 97 de 914 (10,6 %) (Figura 1). El modelo principal incluyó 753 mujeres y 224 eventos. La HTA (RPa 1,45; IC95 % 1,17–1,80) y la positividad para AAF (RPa 1,71; IC95 % 1,35–2,18) se asociaron con mayor prevalencia de morbilidad obstétrica; la nefritis no mostró una asociación independiente (RPa 1,10; IC95 % 0,89–1,35) (Figura 2). La positividad para AAF se asoció con muerte fetal (RPa 2,11; IC95 % 1,52–2,91) y prematuridad (RPa 2,01; IC95 % 1,27–3,18), mientras que la HTA se asoció con preeclampsia/eclampsia (RPa 2,02; IC95 % 1,30–3,14).

Conclusión: Casi tres de cada diez mujeres con LES y embarazo registrado presentaron morbilidad obstétrica. La positividad para AAF y la HTA se asociaron con mayor prevalencia de morbilidad obstétrica. Estos hallazgos aportan una caracterización específica de la morbilidad obstétrica en RELESSAR Transversal. Por la ausencia de temporalidad y datos por gestación, describen asociaciones históricas y no riesgo prospectivo por embarazo.

¿Importa la edad al debut? Impacto de la edad sobre la presentación y los desenlaces renales en una cohorte de pacientes con nefritis lúpica

LES / SAF 0124

Jeremy Santiago, Marina Scolnik, Agustín Caceres, Victoria Torregiani, Javier Rosa

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La edad al debut de la nefritis lúpica (NL) podría influir en la presentación clínica, el compromiso histopatológico y la evolución renal. Sin embargo, la evidencia que compara pacientes con inicio pediátrico, adulto y tardío es limitada.

Objetivo: Comparar las características clínicas, serológicas, histopatológicas y los desenlaces renales según la edad al debut de la NL.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en un centro terciario. Se incluyeron pacientes con NL confirmada por biopsia renal, clasificados según la edad al debut (<=18 años, 19–49 años y >=50 años). Se compararon características basales, hallazgos histopatológicos, respuesta renal completa (RC), respuesta de eficacia primaria (PEER), función renal y proteinuria al año, 2 y 5 años. Se realizaron análisis de supervivencia mediante Kaplan–Meier y regresión de Cox para enfermedad renal terminal (ESKD) y diálisis.

Tabla 1. Características basales según grupo etario al debut de la nefritis lúpica

Variable	Total (n=116)	≤18 años (n=25)	19–49 años (n=78)	≥50 años (n=13)	p
Sexo femenino, n (%)	97 (83,6)	22 (88,0)	67 (85,9)	8 (61,5)	0,07
Edad al momento de la primera biopsia (años)	31,8 (20,6–40,4)	14,9 (12,5–17,4)	35,0 (27,6–39,7)	57,8 (57,2–66,7)	—
SLEDAI basal	15,0 (11,0–20,0)	17,0 (11,0–21,0)	14,0 (12,0–18,0)	13,0 (10,0–22,0)	0,34
Creatinina sérica (mg/dL)	0,79 (0,61–1,10)	0,62 (0,51–0,86)	0,80 (0,68–1,10)	**0,94 (0,67–1,10)**	**0,04**
Filtrado glomerular estimado (mL/min/1,73 m²)	105,0 (69,0–120,0)	107,1 (87,0–125,0)	108,5 (70,0–121,0)	**74,7 (64,0–97,6)**	**0,05**
Relación proteína/creatinina	1359,4 (589,9–2758,6)	1099,0 (572,4–2192,3)	1389,7 (626,0–2757,7)	1703,8 (1048,0–3281,0)	0,38
Hematuria dismórfica, n (%)	54 (49,5)	4 (17,4)	41 (56,2)	9 (69,2)	<0,01
Complemento C3 (mg/dL)	45,1 (32,9–70,0)	**29,5 (22,0–39,0)**	50,0 (38,0–72,0)	42,0 (39,7–64,6)	**<0,001**
Complemento C4 (mg/dL)	7,0 (4,0–12,1)	**5,0 (3,0–7,0)**	8,0 (5,0–13,8)	7,9 (4,5–15,8)	**0,02**
Anti-ADN positivo, n (%)	77 (66,4)	19 (76,0)	52 (66,7)	6 (46,2)	0,18
Clase histológica ISN/RPS					0,32
Clase II	6 (5,2)	1 (4,0)	4 (5,1)	1 (7,7)	
Clase III	7 (6,0)	3 (12,0)	3 (3,8)	1 (7,7)	
Clase IV	76 (65,5)	20 (80,0)	48 (61,5)	8 (61,5)	
Clase V	16 (13,8)	1 (4,0)	12 (15,4)	3 (23,1)	
Clase III + V	2 (1,7)	0	2 (2,6)	0	
Clase IV + V	9 (7,8)	0	9 (11,5)	0	
Índice de actividad NIH	5,5 (3,0–8,0)	6,5 (4,0–10,0)	5,0 (2,0–8,0)	4,0 (3,0–8,0)	0,19
Índice de cronicidad NIH	2,0 (1,0–4,0)	1,0 (0,5–2,0)	3,0 (1,0–4,0)	**3,0 (2,0–4,0)**	**0,01**
Nefritis intersticial, n (%)	45 (39,5)	6 (25,0)	33 (42,9)	6 (46,2)	0,26
Patrón Full House, n (%)	73 (64,6)	17 (70,8)	49 (64,5)	7 (53,8)	0,59
Microangiopatía trombótica, n (%)	12 (10,5)	3 (12,5)	6 (7,8)	3 (23,1)	0,24

Tabla 2. Outcomes renales a los 5 años según grupo etario al debut de la nefritis lúpica.

Variable	Total (n=116)	≤18 años (n=25)	19–49 años (n=78)	≥50 años (n=13)	P
Respuesta completa (RC), n (%)	59 (68,6%)	13 (68,4%)	38 (65,5%)	8 (88,9%)	0,394*
PEER, n (%)	57 (66,3%)	13 (68,4%)	36 (62,1%)	8 (88,9%)	0,297*
Caída ≥30% del FG, n (%)	7 (7,8%)	2 (10,0%)	4 (6,6%)	1 (11,1%)	0,557*
Creatinina sérica (mg/dL), mediana (RIC)	0,71 (0,60–0,86)	0,64 (0,56–0,80)	0,71 (0,61–0,86)	0,79 (0,71–0,94)	0,11
Filtrado eGFR (mL/min/1,73 m²), mediana (RIC)	109,0 (91,3–120,0)	116,8 (97,3–126,8)	111,0 (96,0–117,0)	87,0 (72,0–93,0)	**0,002**
Relación proteína/creatinina, mediana (RIC)	163,5 (72,2–640,1)	108,0 (75,0–1220,7)	187,6 (71,0–685,9)	121,5 (69,2–150,9)	0,35
Proteinuria 24 h (g), mediana (RIC)	0,1 (0,1–1,3)	0,1 (0,1–2,1)	0,5 (0,1–1,4)	0,1 (0,0–0,1)	0,052
Hematuria dismórfica, n (%)	13 (15,3%)	1 (5,9%)	12 (20,0%)	0 (0,0%)	0,245*

* Prueba exacta de Fisher.

Resultados: Se incluyeron 116 pacientes: 25 (21,6 %) con debut <=18 años, 78 (67,2 %) entre 19–49 años y 13 (11,2 %) con debut >=50 años. Los pacientes con debut <=18 años presentaron menores niveles de C3 (p<0,001) y C4 (p=0,02), así como mayor frecuencia de hematuria dismórfica (p<0,01). En contraste, los pacientes con debut >=50 años mostraron menor filtrado glomerular estimado (p=0,05) y mayor índice de cronicidad histológica (p=0,01). Durante el seguimiento, los pacientes >=50 años mantuvieron peor función renal con diferencias en el filtrado glomerular al año (p<0,001), a los 2 años (p<0,001) y a los 5 años (p=0,002). En cuanto a los *outcomes* renales no se observaron diferencias significativas entre los tres grupos etarios en enfermedad renal terminal (9,5 %, p=0,876) ni diálisis (8,6 %, p=0,864). No hubo diferencias significativas en la respuesta renal completa al año, a los 2 años y a los 5 años (80,0 % vs. 59,7 % vs. 76,9 %, p=0,12; 73,9 % vs. 63,9 % vs. 69,2 %, p=0,66; 68,4 % vs. 65,5 % vs. 88,9 %, p=0,394, respectivamente). Tampoco se presentó diferencias para alcanzar PEER al año, a los 2 años y a los 5 años (84,0 % vs. 62,3 % vs. 69,2 %, p=0,13; 73,9 % vs. 63,9 % vs. 84,6 %, p=0,27; 68,4 % vs. 62,1 % vs. 88,9 %, p=0,297, respectivamente).

Conclusión: La edad al debut de la nefritis lúpica se asoció con diferencias en la presentación clínica, serológica e histopatológica, así como con una peor función renal persistente en los pacientes con inicio >=50 años. Sin embargo, la respuesta renal completa, la respuesta de eficacia primaria y la supervivencia libre de enfermedad renal terminal y diálisis fueron similares entre los tres grupos etarios.

Sobrevida del tratamiento con metotrexato en monoterapia en pacientes con miopatía inflamatoria idiopática: estudio de vida real

Miopatías Inflamatorias 0108

Nayra Arancibia, Deisy F. Moran Diaz, Carolina Isnardi, Yhanderin Yampa Vedia, Claudia Peón, Agustina Alfaro, Lorena Alejandra Aviles Crespo, Luis Fernando Hoyos Calderon, Arisai Graciela Huici Rojas, Julieta Gamba, Cristian Alejandro Benitez

Hospital Nacional Dr. Alejandro Posadas

Introducción: El metotrexato (MTX) es uno de los tratamientos de primera línea para la miopatía inflamatoria idiopática (MII). Sin embargo, la evidencia sobre su uso en monoterapia inmunosupresora y su sobrevida como tratamiento es escasa, en especial en población latinoamericana de vida real.

Objetivo: Evaluar la sobrevida del tratamiento con MTX en monoterapia (con o sin glucocorticoides) en pacientes con MII e identificar factores asociados a su suspensión.

Métodos: Estudio observacional de cohorte prospectiva (2019-2026) del Servicio de Reumatología del Hospital Nacional Alejandro Posadas. Se incluyeron pacientes ≥18 años con MII que recibieron MTX monoterapia (con o sin glucocorticoides) y ≥3 meses de seguimiento. La sobrevida del tratamiento se definió como el periodo de tiempo desde el inicio del MTX en monoterapia hasta su suspensión o la adhesión de otra terapia inmunosupresora. Análisis estadístico: test de χ^2/exacto de Fisher y t de Student/U de Mann-Whitney; curvas de Kaplan-Meier, test de log-rank, regresión multivariada de Cox.

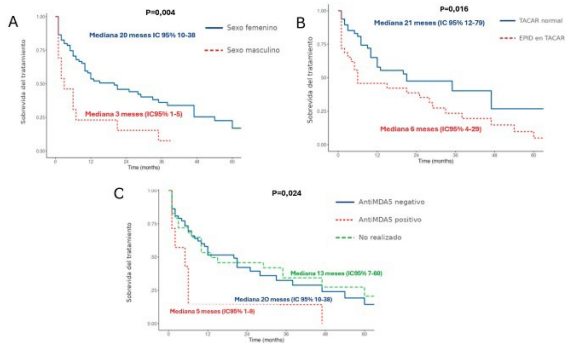
Tabla 1. Características basales de la población con miopatía inflamatoria inmunomediada en tratamiento con metotrexato.

	Total (n = 94)	Suspendieron MTX (n = 66)	No suspendieron MTX (n = 28)	p
Características demográficas y clínicas				
Edad (años), media ± DE	48,3 ± 14,5	46,5 ± 13,7	52,7 ± 15,5	0,055
Edad al diagnóstico (años), media ± DE	42,8 ± 15,4	41,1 ± 15,3	47,0 ± 15,3	0,090
Edad al inicio de MTX (años), media ± DE	44,3 ± 14,8	42,2 ± 14,2	49,2 ± 15,1	0,036
Tiempo de evolución (años), mediana (Q1–Q3)	4 (2–6)	4 (2–6)	3,5 (1,75–6)	0,835
Sexo femenino, n (%)	81 (86,2)	54 (81,8)	27 (96,4)	0,099
Subtipo de miopatía inflamatoria, n (%)				
Dermatomiositis	57 (60,6)	40 (60,6)	17 (60,7)	
Polimiositis	12 (12,8)	7 (10,6)	5 (17,9)	
Síndrome antisintetasa	10 (10,6)	9 (13,6)	1 (3,6)	
Otros*	15 (16,0)	10 (15,2)	5 (17,9)	
Manifestaciones clínicas más frecuentes, n (%)				
Debilidad muscular	78 (83,0)	52 (78,8)	26 (92,9)	0,136
Rash	70 (74,5)	48 (72,7)	22 (78,6)	0,552
Pápulas/signo de Gottron	52 (55,3)	37 (56,1)	15 (53,6)	0,824
Eritema en heliotropo	47 (50,0)	34 (51,5)	13 (46,4)	0,652
Artritis	45 (47,9)	32 (48,5)	13 (46,4)	0,855
Estudios complementarios, n (%)				
TACAR con patrón de EPID (ILD) †	32 (34,0)	28 (42,4)	4 (14,3)	0,005
Perfil serológico — anticuerpos asociados y específicos (positivos), n (%)				
ANA	66 (70,2)	48 (72,7)	18 (64,3)	0,207
Anti-Ro52	26 (27,7)	18 (27,3)	8 (28,6)	0,209
Anti-Mi2	12 (12,8)	6 (9,1)	6 (21,4)	0,210
Anti-U1RNP	9 (9,6)	7 (10,6)	2 (7,1)	0,930
Anti-MDA5	7 (7,4)	7 (10,6)	0 (0)	0,178
Anti-TIF1γ	7 (7,4)	3 (4,5)	4 (14,3)	0,320

DE: desvío estándar; Q1–Q3: rango intercuartílico; MTX: metotrexato; EPID/ILD: enfermedad pulmonar intersticial difusa; TACAR: tomografía computarizada de alta resolución.

† Comparación patrón de EPID vs. TACAR normal, excluyendo estudios no realizados (n = 80 evaluables); % sobre el total de cada grupo. *Otros: incluye síndrome de superposición, DMCAM, DM juvenil, MNIM y MCI. Se muestran las 5 manifestaciones más frecuentes y los anticuerpos asociados/específicos de miositis más frecuentes.

Figura 1. SOBREVIDA DEL TRATAMIENTO CON METOTREXATO EN MONOTERAPIA.



Leyenda figura 1: Sobrevida de tratamiento con metotrexato en monoterapia de acuerdo al sexo (A), la presencia de EPID (B) y de MDA-5 (C).ABREVIATURAS: TACAR: Tomografía axial computada de alta resolución; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa; MDA5: Melanoma Differentiation-Associated gene 5 (gen 5 asociado a la diferenciación del melanoma); IC: intervalo de confianza.

Resultados: Se incluyeron 94 pacientes, 86,2 % mujeres, con edad mediana de 48 años (Q1-Q3:39-58); los subtipos predominantes fueron dermatomiositis (60,6 %), polimiositis (12,8 %) y síndrome antisintetasa (10,6 %). Los pacientes fueron seguidos por un total de 163.9 pacientes/año. Durante este periodo el 8.5 % fallecieron. El 70,2 % suspendió el MTX; las causas principales fueron ineficacia (65,2 %), mala adherencia (22,7 %) y toxicidad (7,6 %). Aquellos que suspendieron presentaron mayor frecuencia de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) (42,4 % vs. 14,3 %; p=0,005) y eran más jóvenes al inicio del tratamiento (42,2±14,2 vs. 49,2±15,1 años; p=0,036). El tiempo mediano de sobrevida del tratamiento fue de 12 meses (IC95 % 9-29), con persistencia del 49,3 % a los 12 meses y del 31,7 % a los 36 meses. El sexo masculino, la positividad para anti-MDA5 y la presencia de EPID (Figura 1) se asociaron a menor sobrevida. En el análisis multivariado, el sexo masculino (HR 2,75; IC95 % 1,42–5,33; p=0,003) y la EPID (HR 1,85; IC95 % 1,09–3,13; p=0,023) se mantuvieron asociados de forma independiente a menor sobrevida del tratamiento.

Conclusión: En esta cohorte de vida real, dos tercios de los pacientes con MII suspendieron el MTX en monoterapia, mayormente por ineficacia, con un tiempo mediano de sobrevida de 12 meses. El sexo masculino y la EPID se asociaron a mayor riesgo de suspender el tratamiento. Cabe destacar que todos los pacientes con MDA5+ discontinuaron el MTX.

Fenotipos y características clínicas serológicas en un cohorte argentina de dermatomiositis

Miopatías Inflamatorias 0126

Ignacio López[1], Mariana Aciar[2], Catalina Pizarro[3], Ana Carolina Costi[4], Graciela Gómez[5], Cristian Alejandro Benitez[1], Amelia Granel[6], Marina García Carrasco[7], Sabrina Arguello[1], Malena Viola[8], Patricia Belén Domínguez Leiva[9], Cecilia Pisoni[10], Janet Barlverdi[11], Carolina Sánchez Andía[12], Ramiro Gómez[13], En representación del GESAR[14]

1. Sanatorio Güemes; 2. Hospital Señor del Milagro; 3. Hospital Escuela Eva Perón; 4. Hospital General de Agudos San Martín, La Plata; 5. Instituo Lanari; 6. Hospital San Roque de Gonnet; 7. Hospital de Clínicas José de San Martín; 8. Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich; 9. Hospital Tornú; 10. CEMIC; 11. Hospital Privado de Cordoba; 12. Hospital General de Agudos José María Penna; 13. Hospital Universitario Austral; 14. Grupo de Estudio de Miopatías Inflamatorias de la Sociedad Argentina de Reumatología

Introducción: La dermatomiositis (DM) es un subtipo de Miopatía Inflamatoria Inmunomediada (MII) caracterizado por compromiso cutáneo, con o sin afectación muscular, y manifestaciones extramusculares. Los autoanticuerpos específicos (AEM) de DM permiten identificar subgrupos con diferente expresión clínica y pronóstico. La información regional es limitada.

Objetivo: Describir las características clínicas, serológicas, terapéuticas y evolutivas de adultos con DM incluidos en el registro de MII.

Métodos: Estudio observacional, analítico, longitudinal, de cohorte retrospectiva, en pacientes >= 18 registrados en el Grupo de Estudios de MII de la Sociedad Argentina de Reumatología, con DM según criterios ENMC 2018. Se analizaron características demográficas, clínicas, serológicas, estudios complementarios y tratamientos, estratificadas según perfil de AEM (Mi-2, TIF1ÿ, SAE1, MDA5, NXP2 y seronegativos). Se utilizó Kruskal-Wallis para variables continuas y Fisher-Freeman-Halton para categóricas; se consideró significativa una p<0,05.

Variable	Total de la base	Mi-2	TIF1γ	SAE1	MDA5	NXP2	Seronegativos	p global
Características demográficas								
Pacientes, n	208	29	16	6	37	3	15	
Edad al comienzo mediana [RIC]	44 [34–55]	42 [33–60]	49 [32.5–64.2]	49 [41.2–51.5]	40.5 [31.8–49.2]	48 [47.5–48.5]	48 [33.5–56]	0,666
Retraso diagnóstico, meses, mediana [RIC]	3 [1–8]	3 [1–6]	2.5 [1.9–7.2]	4 [1.5–14.8]	5 [1–8]	2 [1.5–8]	3 [1–11]	0,950
Sexo femenino,	159/206 (77.2)	26/29 (89.6)	13/16 (81.2)	5/6 (83.3)	28/37 (75.7)	3/3 (100.0)	10/15 (66.7)	0,812
Dermatomiositis, n/N (%)	182/206 (88.3)	25/29 (86.2)	13/16 (81.2)	5/6 (83.3)	**20/37 (54.1)**	3/3 (100.0)	15/15 (100.0)	**<0,001**
Dermatomiositis amiopática, n/N (%)	28/30 (93.3)	4/4 (100.0)	3/3 (100.0)	1/1 (100.0)	1/1/1 (100.0)	—	—	1,000
Miositis de superposición, n/N (%)	18/206 (8.7)	3/29 (10.3)	0/16 (0.0)	0/6 (0.0)	1/37 (2.7)	0/3 (0.0)	1/15 (6.7)	0,423
Curso monocíclico, n/N (%)	69/183 (37.7)	9/26 (32.1)	4/16 (25.0)	2/4 (50.0)	6/36 (22.2)	1/3 (33.3)	8/14 (57.1)	**0,040**
Curso policíclico, n/N (%)	46/183 (25.1)	7/28 (25.0)	6/16 (37.5)	0/4 (0.0)	7/36 (19.4)	2/3 (66.7)	5/14 (35.7)	
Curso crónico continuo, n/N (%)	68/183 (37.2)	12/28 (42.9)	6/16 (37.5)	2/4 (50.0)	21/36 (58.3)	0/3 (0.0)	1/14 (7.1)	
Internación por miositis, n/N (%)	74/162 (45.7)	11/20 (55.0)	3/12 (25.0)	1/4 (25.0)	18/35 (51.4)	1/2 (50.0)	6/13 (46.2)	0,883
Manifestaciones Cutáneas								
Eritema heliotropo, n/N (%)	164/202 (81.2)	23/29 (79.3)	14/16 (87.5)	6/6 (100.0)	26/36 (72.2)	2/3 (66.7)	12/14 (85.7)	0,496
Pápulas de Gottron, n/N (%)	174/202 (86.1)	27/29 (93.1)	16/16 (100.0)	5/6 (83.3)	31/37 (83.8)	2/3 (66.7)	10/14 (71.4)	0,079
Signo de Gottron, n/N (%)	126/156 (82.1)	23/24 (95.8)	15/16 (93.8)	3/4 (75.0)	29/36 (80.6)	2/3 (66.7)	8/12 (66.7)	0,205
Signo de la V, n/N (%)	143/200 (71.5)	19/27 (70.4)	12/16 (75.0)	6/6 (100.0)	23/37 (62.2)	2/3 (66.7)	11/14 (78.6)	0,500
Signo del chal, n/N (%)	128/197 (65.0)	18/27 (66.7)	13/16 (81.2)	5/6 (83.3)	22/37 (59.5)	3/3 (100.0)	11/14 (78.6)	0,442
Otros eritemas, n/N (%)	125/192 (65.1)	20/27 (74.1)	11/16 (68.8)	2/5 (40.0)	31/36 (86.1)	3/3 (100.0)	7/14 (50.0)	0,066
Manos de mecánico, n/N (%)	34/194 (17.5)	6/27 (22.2)	3/16 (18.8)	0/5 (0.0)	9/37 (24.3)	0/3 (0.0)	1/14 (7.1)	0,595
Cuticulitis , n/N (%)	44/172 (25.6)	7/27 (25.9)	7/15 (46.7)	0/5 (0.0)	14/33 (42.4)	0/3 (0.0)	3/13 (23.1)	0,157
Otras Manifestaciones Clínicas								
Debilidad muscular, n/N (%)	133/153 (81.6)	20/24 (83.3)	13/16 (81.2)	4/5 (80.0)	**19/36 (52.8)**	3/3 (100.0)	12/12 (100.0)	**0,001**
Disfagia, n/N (%)	70/205 (34.0)	11/29 (37.9)	4/16 (25.0)	3/6 (50.0)	7/37 (18.9)	1/3 (33.3)	5/15 (33.3)	0,339
Debilidad muscular respiratoria, n/N (%)	23/173 (13.3)	4/27 (18.7)	0/13 (0.0)	0/5 (0.0)	3/34 (8.8)	1/3 (33.3)	3/13 (15.4)	0,359
Artritis, n/N (%)	78/198 (39.4)	6/27 (22.2)	5/15 (31.2)	4/5 (80.0)	26/36 (72.2)	0/3 (0.0)	6/14 (42.9)	**<0,001**
Fenómeno de Raynaud, n/N (%)	73/199 (36.7)	9/28 (32.1)	7/16 (43.8)	2/5 (40.0)	20/37 (54.1)	1/3 (33.3)	5/14 (35.7)	0,569
Lesiones vasculares, n/N (%)	15/135 (14.1)	3/19 (10.5)	2/13 (15.4)	1/5 (20.0)	9/31 (29.0)	0/3 (0.0)	0/9 (0.0)	0,297
Calcinosis, n/N (%)	11/134 (8.2)	4/19 (21.1)	1/13 (7.7)	1/5 (20.0)	4/32 (12.5)	0/3 (0.0)	0/9 (0.0)	0,390
Enfermedad pulmonar intersticial, n/N (%)	55/174 (31.6)	2/25 (8.0)	2/15 (13.3)	3/6 (50.0)	**19/35 (54.3)**	0/2 (0.0)	3/10 (30.0)	**0,001**
Hipertensión pulmonar, n/N (%)	3/191 (1.6)	0/28 (0.0)	0/14 (0.0)	0/6 (0.0)	2/36 (5.6)	0/3 (0.0)	0/13 (0.0)	0,803
Compromiso cardiaco, n/N (%)	7/189 (3.7)	1/29 (3.4)	0/15 (0.0)	0/6 (0.0)	4/33 (12.1)	0/3 (0.0)	0/13 (0.0)	0,485

Resultados: Se analizaron 564 MII, se incluyeron 206 (36 %). Un 77.2 % (n=159) eran mujeres; mediana de edad de inicio 44 años [RIC 34-55]; retraso diagnóstico 3 meses [RIC 1-8]. El curso fue monocíclico, policíclico y crónico continuo en frecuencias similares. Se excluyeron del análisis ulterior 100 pacientes (48.5 %) por no contar con determinación de autoanticuerpos, del resto se observó MDA5 (n=37, 34.9 %), Mi2 (n=29, 27.3 %), TIF1ÿ (n=16, 15.1 %), seronegativos (n=15, 14.1 %), SAE1 (n=6, 5.66 %) y NXP2 (n=3, 2.83 %). Se observaron diferencias entre perfiles en frecuencia de DM (p<0,001), curso de enfermedad (p=0,040), debilidad muscular (p=0,001), artritis (p<0,001) y enfermedad pulmonar intersticial (EPI) (p=0,001), con las mayores diferencias descriptivas en MDA5. sin diferencias en las restantes manifestaciones clínicas. El Anti-Ro52 (p<0.001) y el Anti-Ro (p=0.018) presentaron diferencias estadísticas con mayores frecuencias en SAE1 y MDA5 en comparación a los otros grupos. No hubo diferencias en los exámenes complementarios analizados El uso de prednisona oral difirió entre perfiles (p=0,023), siendo más frecuente en TIF1ÿ, SAE1 y NXP2. No hallamos diferencias en el uso de drogas modificadoras de la enfermedad sintéticas ni biológicas.

Variable	Total de la base	Mi-2	TIF1γ	SAE1	MDA5	NXP2	Seronegativos	p global
Pacientes, n	206	29	16	6	37	3	15	
Enzimas musculares aumentadas, n/N (%)	168/180 (93.3)	27/28 (96.4)	13/16 (81.2)	4/5 (80.0)	25/31 (80.6)	3/3 (100)	10/12 (83.3)	0,160
Autoanticuerpos asociados								
Anti Ro, n/N (%)	34/167 (20.4)	0/24 (0.0)	2/14 (14.3)	**4/6 (66.7)**	**12/37 (32.4)**	0/2 (0.0)	0/15 (0.0)	**<0,001**
Anti-Ro52 , n/N (%)	74/89 (24.7)	0/18 (0.0)	2/12 (16.7)	**2/6 (33.3)**	**10/31 (32.3)**	0/1 (0.0)	0/15 (0.0)	**0,018**
Anti-PM/Scl, n/N (%)	6/141 (4.3)	1/29 (3.4)	0/15 (0.0)	0/6 (0.0)	0/37 (0.0)	0/3 (0.0)	0/15 (0.0)	0,643
Anti-Ku, n/N (%)	2/138 (1.5)	2/28 (7.1)	1/14 (7.1)	0/6 (0.0)	2/37 (5.4)	0/3 (0.0)	0/15 (0.0)	—
Patrones y complicaciones pulmonares								
Neumonía intersticial usual (NIU), n/N (%)	9/56 (16.4)	0/2 (0.0)	—	2/3 (66.7)	2/19 (10.5)	—	0/2 (0.0)	0,068
Neumonía intersticial no específica (NSIP), n/N (%)	25/55 (45.5)	1/2 (50.0)	1/1 (100.0)	1/3 (33.3)	9/18 (50.0)	—	1/1 (100)	0,283
NSIP + OP n/N (%)	5/55 (9.1)	1/2 (50.0)	0/2	0/3	4/18 (22.2)	—	0/1	
Neumonía organizada, n/N (%)	5/55 (9.1)	1/2 (50.0)	0/2 (0.0)	0/3 (0.0)	4/18 (22.2)	—	0/1 (0.0)	1,000
Daño alveolar difuso, n/N (%)	1/55 (1.8)	1/2 (50.0)	0/2 (0.0)	0/3 (0.0)	2/18 (11.1)	—	0/1 (0.0)	1,000
Patron no reportado n/N (%)	10/55 (18.2)	0/2	1/4 (50.0)	0/3	2/18 (10.5)	—	1/2 (50.)	0,327
Capilaroscopia								
Patrón esclerodermiforme, n/N realizado (%)	48/65 (73.8)	4/6 (66.7)	6/8 (75.0)	2/4 (50.0)	15/19 (78.9)	1/1 (100)	2/3 (66.7)	0,548
Patrón inespecífico, n/N realizado (%)	13/65 (20.0)	2/6 (33.3)	2/8 (25.0)	1/4 (25.0)	4/19 (21.1)	0/1 (0.0%)	1/3 (33.3)	
Normal, n/N realizado (%)	4/65 (6.2)	0/6 (0.0)	0/8 (0.0)	1/4 (25.0)	0/19 (0.0)	0/1 (0.0)	0/3 (0.0)	
Glucocorticoides								
Uso de Corticoterapia n/N (%)	192/206 (93.)	27/29 (93.1)	16/16 (100)	6/6 (100)	36/37 (97.3)	3/3 (100)	13/15 (86.7)	0,580
Prednisona oral, n/N (%)	180/206 (87.4)	24/29 (82.8)	16/16 (100.0)	**6/6 (100.0)**	36/37 (97.3)	**3/3 (100)**	15/15 (96.7)	**0,023**
Pulsos de glucocorticoides intravenosos, n/N (%)	57/204 (27.9)	12/29 (41.4)	4/15 (26.7)	3/6 (50.0)	11/36 (30.6)	1/3 (33.3)	5/15 (33.3)	0,707
Fármacos modificadores de la enfermedad convencionales								
Uso global de FAMEs , n/N (%)	176/206 (85.4)	25/29 (86.2)	16/16 (100.0)	6/6 (100.0)	32/37 (86.5)	3/3 (100)	12/15 (80.0)	0,548
Fármacos modificadores de la enfermedad biológicos								
Uso global de FAMEb , n/N (%)	33/206 (15.5)	5/29 (17.2)	3/16 (18.8)	1/6 (16.7)	9/37 (24.3)	1/3 (33.3)	3/15 (13.3)	0,821

Conclusión: La DM representó más de un tercio de las MII del registro, similar a reportes internacionales. Los perfiles serológicos mostraron diferencias principalmente en cuanto a compromiso muscular, articular y pulmonar, sin diferencias en las manifestaciones cutáneas. El MDA5 configuró el fenotipo clínico distintivo que marcó las diferencias observadas, pero la falta de diferencia observada en los otros autoanticuerpos podría deberse a su menor número. Estos hallazgos resaltan el valor de la caracterización serológica que aportan evidencia en nuestra región respecto a este fenotipo clínico.

Carga de fracturas por fragilidad en enfermedades reumatológicas autoinmunes: análisis preliminar del registro multicéntrico argentino BAFER

Osteoporosis / MFC 0050

Marianela Nicola, Emilce Fonseca, Mariano Palatnik, Norberto Quagliato, Matías Benavente, Máximo Cosentino, María Larroude, Nicolás Marin Zucaro, Luis Agustín Ramírez Stieben, Lucas R. Brun, María Lorena Brance

Registro BAFER (Bone Analysis And Fracture Evaluation Register)

Introducción: Las enfermedades reumatológicas autoinmunes (ERA) aumentan el riesgo de osteoporosis y fracturas por fragilidad debido a la inflamación, la menor movilidad, los glucocorticoides y otros factores propios de la enfermedad. Sin embargo, su impacto en Latinoamérica sigue siendo poco conocido por la escasez de registros multicéntricos.

Objetivo: Describir la prevalencia y las características de las fracturas por fragilidad en pacientes con ERA incluidos en el registro argentino BAFER (Bone Analysis and Fracture Evaluation Register).

Métodos: Se realizó un análisis transversal de los datos correspondientes a la visita basal del registro multicéntrico observacional BAFER. Se incluyeron pacientes adultos con ERA clasificadas según los criterios internacionales vigentes. Se registraron variables demográficas, factores de riesgo para osteoporosis, exposición a tratamientos con potencial impacto negativo sobre el hueso y antecedentes de fracturas por fragilidad. Las variables continuas se expresaron como media ± desvío estándar y las categóricas como frecuencia y porcentaje.

Resultados: Se analizaron 359 pacientes, de los cuales el 90,3 % eran mujeres, con una edad media de 54,5 ± 14,8 años; el 69,4 % se encontraba en menopausia. La enfermedad más frecuente fue la artritis reumatoidea (51,8 %), seguida por lupus eritematoso sistémico (12,3 %), artritis psoriásica (5,3 %) y espondiloartritis (4,7 %); el resto correspondió a otras ERA menos prevalentes. El consumo medio de calcio fue de 398 ± 247 mg/día. El 15,0 % de los pacientes era fumador, el 16,7 % recibía suplementos de calcio y el 45,1 % de vitamina D. Un tercio de la cohorte (33,4 %) recibía tratamientos potencialmente deletéreos para el hueso, principalmente glucocorticoides (94,2 %). La prevalencia de fracturas por fragilidad fue del 26,7 % (96/359). Entre los pacientes con fracturas, el 70,8 % presentó un único evento y el 29,2 % fracturas múltiples. Las localizaciones más frecuentes fueron muñeca (n=28), vértebras (n=17), húmero (n=14) y radio (n=14). Se identificaron además fracturas de costilla, clavícula, pelvis, cadera, tibia, cúbito, peroné, metatarso, falanges y metacarpo. En total se registraron 20 fracturas vertebrales, de las cuales el 30 % fueron asintomáticas y se diagnosticaron mediante estudios por imágenes.

Conclusión: En esta cohorte del registro argentino BAFER, más de uno de cada cuatro pacientes con enfermedades reumatológicas autoinmunes presentó una fractura por fragilidad, lo que confirma la elevada carga de compromiso óseo en esta población. La alta frecuencia de fracturas vertebrales, junto con el hecho de que una de cada tres fue asintomática, destaca la necesidad de incorporar una búsqueda sistemática de estas lesiones en la práctica clínica.

Utilidad de la re-biopsia renal en vasculitis asociada a ANCA en un estudio de cohorte

Vasculitis / PMR 0168

María Sol Iragola Ielmini, Nicolás Alvarado, Marina Scolnik, Enrique Soriano, Javier Rosa

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El rol de la re-biopsia renal en el seguimiento de la vasculitis asociada a ANCA (VAA) continúa siendo tema de debate, con evidencia limitada sobre su utilidad clínica y su impacto en las decisiones terapéuticas.

Objetivo: Evaluar la utilidad clínica de la re-biopsia renal en pacientes con VAA y compromiso renal, en términos de hallazgos histológicos, impacto en la conducta terapéutica y asociación con el desarrollo de enfermedad renal crónica terminal (ERCT).

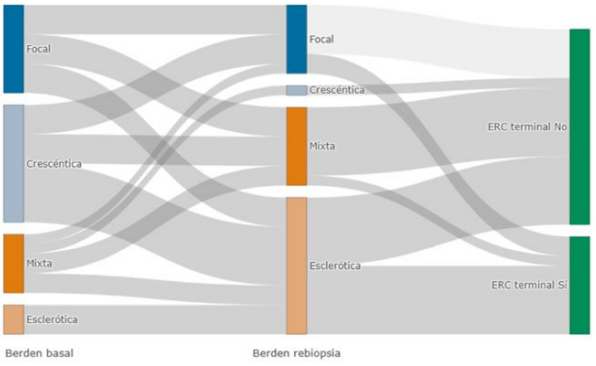
Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de VAA con compromiso renal, seguidos en un Hospital Universitario entre enero de 2001 y junio de 2025, que tuvieran 2 biopsias renales durante el seguimiento. Se excluyeron los pacientes que iniciaron diálisis permanente y/o recibieron un trasplante renal antes de la segunda biopsia. Se compararon las características clínicas, de laboratorio e histopatológicas de las biopsias, se analizó si la re-biopsia derivó en un cambio de conducta terapéutica y se evaluó el impacto de la re-biopsia en el desarrollo de ERCT (*clearence* de creatinina <15 ml/min, diálisis o trasplante renal) al final del seguimiento. El estudio finalizó en junio de 2026.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes, el 80 % de sexo femenino, el tipo de VAA más frecuente fue la poliangeitis microscópica (PAM) 46,7 %, seguida por la granulomatosis con poliangeitis (GPA) y la vasculitis limitada al riñón (VLR) con el 23,3 % cada una. Todos los pacientes presentaron compromiso renal al momento del diagnóstico de la enfermedad. La mediana de tiempo de seguimiento fue 9 años (RIC 5-13). Al momento de la primera biopsia, la mediana de edad fue 62 años (RIC 43-72), la mediana de BVAS 14 (RIC 12-19), la clase histológica más frecuente según la clasificación de Berden fue la crescéntica (40,0 %) y el 23,3 % de los pacientes requirió diálisis transitoria. En el 87 % de los casos se re-biopsió bajo la sospecha de recaída renal, con elevación de la creatinina, hematuria nueva y aumento de la proteinuria en un 70, 60 y 46 % respectivamente. La mediana de tiempo entre biopsias fue de 3 años (RIC 1-5), en el 76,7 % de los casos se modificó la conducta terapéutica. El reporte histopatológico de la re-biopsia mostró que un 22 % de los pacientes presentó un empeoramiento de FIAT (fibrosis intersticial y atrofia tubular), mientras que el 36,7 % de los pacientes mostró progresión a una clase esclerótica de la clasificación de Berden. La progresión de FIAT se asoció con un mayor riesgo de ERCT al final del seguimiento (p=0,020), mientras que el cambio de conducta terapéutica y la progresión a la forma esclerótica de Berden no mostraron una asociación significativa.

Tabla 1. Características de los pacientes en cada biopsia (n=30)

Características según la biopsia	Primera biopsia	Segunda biopsia	p
Manifestaciones clínicas extra renales, %			
Generales	60,0	40,0	0,181
Pulmonares	30,0	20,0	0,579
Hemorragia alveolar	16,7	6,7	0,371
Vía aérea alta	30,0	3,3	**0,027**
Sistema nervioso	10,0	10,0	0,988
Cutáneo	13,3	10,0	0,973
Oftalmológico	10,0	3,3	0,617
Articular	16,7	20,0	0,932
Laboratorio general			
Hemoglobina, mediana (RIC)	10,1 (9,0-10,9)	11,5 (10,1-12,9)	**0,041**
Eritrosedimentación, mediana (RIC)	62,5 (47,5-79,3)	44,0 (27,3-66,0)	**0,011**
Proteína C reactiva, mediana (RIC)	95,2 (20,0-150,4)	18,5 (3,0-49,7)	0,125
Creatinina, mediana (RIC)	3,1 (1,7-6,6)	1,9 (1,3-3,5)	**0,035**
Filtrado glomerular, mediana (RIC)	17,0 (6,3-34,8)	28,0 (16,0-45,0)	0,082
Microhematuria (>5 hematíes/campo), %	96,7	76,7	0,078
Hematuria glomerular, %	69,0	89,3	0,078
Proteinuria (mg), mediana (RIC)	1600 (787-2735)	951 (282-1872)	**0,046**
Actividad y daño			
BVAS, mediana (RIC)	14 (12-19)	12 (9-15)	0,056
FFS, mediana (RIC)	2 (1-2)	2 (1-2)	0,992
VDI, mediana (RIC)	0	2 (1-3)	**<0,001**
Anticuerpos			
ANCA por IFI, %			
Negativo	6,7	20,7	0,074
ANCA-C	23,3	17,2	0,480
ANCA P	70,0	62,1	0,248
Anti MPO			
Positivo, %	73,1	79,3	0,724
Título, mediana (RIC)	59 (43-111)	71 (8,7-112,7)	0,776
Anti PR3			
Positivo, %	26,9	21,4	0,985
Título, mediana (RIC)	32 (4-198)	7,7 (4,0-53,7)	0,402
Anatomía patológica renal, %			
FIAT >25%	56,7	73,3	0,145
Clasificación de Berden			
Focal	30,0	20,0	0,397
Crescentica	40,0	3,3	**0,033**
Mixta	20,0	26,7	0,682
Esclerótica	10,0	46,7	0,051
Inmunofluorescencia positiva global	50,0	34,5	0,228
Depósitos de C3 >2+	36,7	13,8	**0,046**
Depósitos de inmunocomplejos >2+	46,7	31,0	0,228
Arteritis	14,3	17,2	0,992

Figura 1. Diagrama de Sankey: transición de clase histológica de Berden entre biopsia basal y re-biopsia, y su relación con el desarrollo de ERC terminal



Conclusión: La re-biopsia renal en VAA implicó modificación de la conducta terapéutica en la mayoría de los pacientes y evidenció progresión histológica frecuente; sin embargo, la progresión de la fibrosis intersticial (no así el cambio de tratamiento) se asoció con el desarrollo de ERCT, lo que sugiere que su principal valor podría ser pronóstico más que terapéutico.

Supervivencia renal en vasculitis asociada a ANCA: rendimiento de la escala de riesgo renal ANCA

Vasculitis / PMR 0192

Diego Mariano Alves, María Victoria Chiarvetto Peralta, Gelsomina Alle, Marina Scolnik, Enrique Soriano, Javier Rosa

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La clasificación histopatológica de Berden para la vasculitis asociada a ANCA (VAA) se basa en el daño glomerular. La escala de riesgo renal ANCA (ARRS) es una herramienta pronóstica que integra la histología glomerular, la fibrosis/atrofia tubulointersticial y la tasa de filtrado glomerular basal. Recientemente, se propuso una versión actualizada de la ARRS (2024) para mejorar el rendimiento pronóstico y perfeccionar la estratificación del riesgo.

Objetivo: Evaluar el rendimiento de la escala de riesgo renal ANCA original y actualizada para predecir la supervivencia renal en pacientes con VAA y compromiso renal confirmado por biopsia.

Métodos: Realizamos un estudio de cohorte retrospectiva en pacientes >= 18 años con VAA y compromiso renal confirmado por biopsia en un hospital universitario entre 2002 y 2024. Los datos demográficos, clínicos y de laboratorio se obtuvieron de las historias clínicas electrónicas. Las biopsias renales se clasificaron según la clasificación de Berden (focal, con semilunas, mixta, esclerótica). Se calcularon la ARRS original y la actualizada al momento del diagnóstico. La supervivencia renal fue definida como la supervivencia libre de diálisis o trasplante. El rendimiento se evaluó mediante curvas de Kaplan-Meier, el índice C de Harrell y el análisis de áreas bajo la curva (AUC).

Figura 1. Supervivencia renal según la estratificación de riesgo calculada por la Escala de Riesgo Renal ANCA actualizada

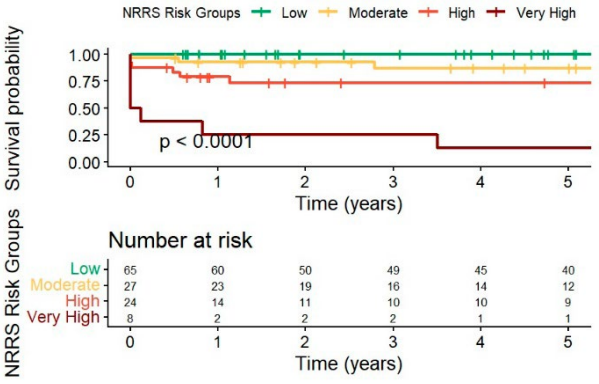
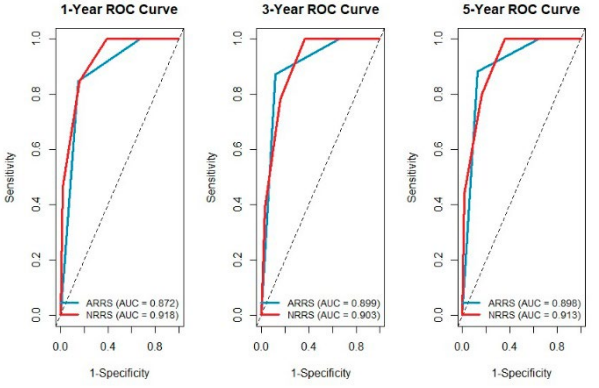


Figura 2. Curvas ROC a 1, 3 y 5 años de la Escala de Riesgo Renal Original (ARRS) y la actualizada (NRRS)



Resultados: Se incluyó un total de 124 pacientes (65 % mujeres, mediana de edad de 68 años, mediana de seguimiento de 6 años). Los fenotipos incluyeron poliangeítis microscópica (n = 47), vasculitis limitada al riñón (n = 39), granulomatosis con poliangeítis (n = 31) y granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (n = 7). La mediana de creatinina basal fue de 2.42 mg/dL (RIC 1.21 - 4.65), y la mediana del BVAS basal fue de 14 (RIC 12-19). Veintinueve pacientes (29 %) requirieron diálisis al menos una vez, de los cuales 25 (20 %) lo hicieron al inicio de la enfermedad. Al final del seguimiento, 18 pacientes (14 %) presentaron enfermedad renal terminal (ERT), 4 pacientes recibieron un trasplante renal, y 30 pacientes (24 %) fallecieron (mediana de tiempo hasta la muerte: 5 años). La supervivencia renal global a los 3 años fue del 87 % (IC 95, 80-92). Para las categorías de la ARRS actualizada, la supervivencia renal a los 3 años fue del 98 %, 81 %, 65 % y 12 % para los grupos de riesgo bajo, moderado, alto y muy alto, respectivamente (log-rank p < 0.001). Figura 1. La ARRS actualizada demostró una capacidad discriminativa superior a la versión original (índice C 0.86 [IC 95 %, 0.79-0.93] vs. 0.84; p < 0.001). El AUC mostró un rendimiento consistentemente elevado, sin diferencias significativas entre la escala original y la actualizada a 1, 3 y 5 años (0.92 vs. 0.87, 0.90 vs. 0.89, y 0.91 vs. 0.89; todas con p > 0.05). Figura 2.

Conclusión: En nuestra cohorte, la ARRS actualizada tuvo un rendimiento superior al modelo original, principalmente debido a su capacidad para identificar a un subgrupo de pacientes de muy alto riesgo con una desalentadora supervivencia renal a los 3 años del 12 %.

Características clínicas, terapéuticas y de resultados reportados por los pacientes en el Registro Panamericano de Enfermedad de Behçet (Panamerican-Behçet): análisis descriptivo de la cohorte basal

Alejandro Brigante[1], Vanesa Castro Coello[2], Leana Zuniga[3], Luis Daniel Fajardo Hermosillo[4], Carola Soliz Cordero[5], Débora Aguiar[6], Carmen Tineo[7], Claudia Pena[8], Gabriela Garate[9], Johanna Castillo[10], Catherine García[11], Víctor Pimentel-Quiroz[12]

1. Sanatorio Güemes; 2. Hospital IESS Los Ceibos; 3. Hospital Clínico Metropolitano La Florida; 4. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional De Occidente, IMSS; 5. Caja Nacional de Salud Regional Potosí; 6. Hospital Federal Dos Servidores Do Estado; 7. Hospital José María Cabral y Báez; 8. HIGA General San Martín, La Plata; 9. Hospital Monte Sinai; 10. Hospital Universitário Dos Servidores Do Estado; 11. Hospital Maciel; 12. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

Introducción: La enfermedad de Behçet (EB) es una vasculitis de vaso variable con marcada heterogeneidad fenotípica según la región. En América Latina, la evidencia proviene casi exclusivamente de series de casos, sin registros sistemáticos a nivel regional. El Registro Panamerican-Behçet es un estudio observacional, prospectivo, multicéntrico e internacional que integra datos clínicos, de imágenes y resultados reportados por los pacientes (PRO) en una plataforma electrónica común.

Objetivo: Describir las características demográficas, clínicas, terapéuticas y de PRO de la cohorte basal del registro.

Métodos: Se incluyeron adultos (≥18 años) con EB clasificada según los criterios de la ISG 1990 o de la ICBD 2014, reclutados en 13 centros de 9 países (Argentina, Brasil, Perú, Ecuador, Chile, Bolivia, México, Uruguay y República Dominicana). Se registraron variables demográficas, criterios de clasificación, manifestaciones clínicas, estudios vasculares dirigidos, tratamientos y PRO (BDQoL, Global Fatigue Index [GFI] y BMQ específico). Las variables se expresaron como mediana (RIC) o n (%).

Resultados: Se analizaron 65 pacientes; 43 (67 %) de sexo femenino, con una mediana de edad de 44 años (RIC 37–55) y de 37 años (27–50) al diagnóstico; la mediana de retraso diagnóstico fue de 1 año (1–4). El 59 % se autoidentificó como mestizo y el 12 % como de origen europeo-mediterráneo. El 71 % cumplió los criterios del ICBD 2014 (puntaje mediano de 5 [4–6]) y el 33 % los del ISG 1990. Predominaron las úlceras orales recurrentes (82 %), las úlceras genitales (67 %), las artralgias (55 %), la pseudofoliculitis (37 %) y el eritema nudoso (31 %). Se realizó ecografía Doppler venosa de miembros inferiores en 26 pacientes (41 %), con engrosamiento parietal de la vena femoral común en 21 (33 %); se documentaron aneurisma y trombosis de arterias pulmonares, trombosis de senos venosos y lesiones parenquimatosas cerebrales en casos aislados. Los tratamientos más frecuentes fueron colchicina (51 %), glucocorticoides sistémicos (33 %), azatioprina (18 %), metotrexato (18 %) y anti-TNF (10 %); el 8 % recibía anticoagulación. Las medianas de BDQoL y GFI fueron 6 (2,5–14) y 6,5 (3–9,2), con un diferencial necesidad–preocupación del BMQ de 1 (0–3) y una mediana de 1 día (0–7) de trabajo o estudio perdido en los últimos 3 meses.

Conclusión: Este primer análisis del registro Panamerican-Behçet muestra un fenotipo predominantemente mucocutáneo y articular, un diagnóstico relativamente temprano, un uso extendido de colchicina y una baja penetración de los biológicos. La incorporación sistemática de PRO y del cribado vascular ecográfico posiciona al registro como plataforma regional de evidencia de práctica real en América Latina.

Volver al índice

Belimumab en lupus eritematoso sistémico juvenil: reporte de la vida real

Luciana Lancioni, Luciana Vasconcellos, Juan Pablo Portigliatti, Francisco César Augusto Cano, Georgina Del Giorgio, Marcia Calampuca, María Giselle Villarreal, María Martha Katsicas

Hospital S.A.M.I.C. Dr. Juan P. Garrahan

Introducción: Belimumab es un anticuerpo monoclonal humano que inhibe el estimulador de linfocitos B (BAFF/BLyS) reduciendo la supervivencia y diferenciación de estas células. Si bien ha demostrado eficacia y seguridad en adultos y su uso ha sido aprobado para la población pediátrica con LESj activo, su evidencia en la práctica clínica es escasa.

Objetivo: Describir una cohorte de pacientes con LESj que recibieron belimumab. Evaluar efectividad del tratamiento con belimumab en una cohorte de pacientes con LESj. Valorar recaídas de la enfermedad intra-tratamiento.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluyó pacientes con diagnóstico de LESj según criterios SLICC 2012/ EULAR 2019 que recibieron tratamiento según protocolo con belimumab tanto endovenoso como subcutáneo por al menos 12 meses consecutivos desde su aprobación en población pediátrica en 2021 hasta junio de 2026. Se excluyeron aquellos pacientes que no habían recibido la medicación de manera ininterrumpida, que no hubieran cumplido el tiempo mínimo de tratamiento o hubieran perdido seguimiento. Se analizaron variables demográficas, clínicas, de laboratorio y el índice de actividad de enfermedad de LES (SLEDAI). El análisis se realizó en 4 tiempos: diagnóstico, T0 (basal), T1 (6 meses +/- 45 días) y T2 (12 meses +/-45 días). La efectividad se evaluó con SLEDAI teniendo en cuenta dos sets de respuestas. El primero los clasifica en: Enfermedad inactiva (SLEDAI 0); Actividad mínima (SLEDAI <=5); Actividad moderada (SLEDAI 6-10); Actividad grave (SLEDAI 11-19), y Actividad severa (SLEDAI >=20). El segundo define: Respuesta completa a SLEDAI=0; Parcial, a SLEDAI menor al inicial; Estable, al mantener el SLEDAI; Sin respuesta, a un SLEDAI mayor al inicial. Análisis: estadística descriptiva, prueba de Friedman y McNemar.

Resultados: De una cohorte de 153 pacientes con LESj, 22 tuvieron indicación de tratamiento con belimumab y 10 de ellos cumplieron con los criterios de inclusión (F 90 %), con edad promedio de 12 años (5.9-14.7). Al diagnóstico las variables clínicas evidenciaron impactos: 90 % hematológico, 80 % músculoesquelético, 60 % mucocutáneo, 40 % renal (principalmente clase II), pulmonar, constitucional, linfoganglionar y seroso, y 20 % neurológico. Tres pacientes presentaban asociación con enfermedad de Sjögren y uno SAF. Las variables serológicas: 60 % actividad mínima, 10 % actividad moderada, 10 % actividad grave y 20 % actividad severa. En todos los casos se indicó por persistencia de actividad serológica + SLEDAI clínico promedio de 3 (0-16). El tiempo entre el debut hasta el inicio del tratamiento fue de 0.41 años (0.04-2.51). Administración: 90 % EV a 10 mg/kg/dosis (inducción días 0, 14 y 28, luego cada 28 días), 10 % SC a 200 mg/dosis c/ 7, 10 o 14 días según el peso. Tras el análisis de los 3 tiempos, tanto la actividad de la enfermedad (SLEDAI) como los valores de complemento y ADNA no mostraron cambios estadísticamente significativos (Tabla 1). Dentro de los tratamientos que recibieron de manera concomitante (+/- 3 meses) se encontraban hidroxicloroquina

Variable	T0	T1	T2
SLEDAI	4 (0-20)	4 (0-12)	4 (0-12)
C3*	71 (25-117)	71 (39-129)	78 (40-110)
C4*	11 (2-16)	12 (4-19)	13 (3-20)
CD19*	15 (1-61)	9 (3-17)	6 (5-7)
ADNA positivo**	6 (60)	7 (70)	6 (60)
ADNA títulos altos**	4 (40)	4 (40)	2 (20)

*Nota: *mediana (rango); **N (%).*

(100 %), corticoides (80 %) y micofenolato mofetil (30 %). Una paciente había recibido rituximab recientemente y otra abatacept. Evaluación de recaídas: Dos pacientes (20 %). T medio a la recaída 10,5 meses. Tipo de recaídas: 1 renal + hematológico; 1 renal + articular.

Conclusión: Nuestra cohorte refleja un perfil de respuesta terapéutica caracterizado por estabilidad clínica, control aceptable de recaídas y tendencia de mejoría serológica que requerirá un mayor tamaño muestral para confirmar los resultados.

Ecografía muscular como herramienta de evaluación de actividad de enfermedad en miopatías inflamatorias idiopáticas pediátricas

Reumatología Pediátrica 0200

Camila González, Vanesa Laura Cervetto, María Jimena Gomez Sosa, María Emilia Lacapra, Guissela Glenda Lacuadra, María Marcantoni, Federico Vargas, Facundo Gabriel Villalva, Ezequiel Zacañino, María Isabel Brusco

Hospital General de Niños Dr. Pedro Elizalde

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) se caracterizan por inflamación muscular crónica; la dermatomiositis juvenil (DMJ) es la más frecuente en pediatría. Si bien la RMN es el método de referencia para detectar miositis, la ecografía muscular, según escasos reportes, podría ser de utilidad como técnica accesible y no invasiva.

Objetivo: Determinar la capacidad discriminativa de la ecografía muscular entre MII pediátrica activa e inactiva, y su correlación con parámetros clínicos y bioquímicos.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, analítico, de correlación. Se incluyeron pacientes con MII en seguimiento por reumatología entre 01/2017 y 04/2026, registrando variables demográficas y clínicas (DC). Se realizó ecografía muscular bilateral de bíceps y cuádriceps, ciega a la actividad clínica, con protocolo estandarizado, evaluando ecogenicidad (Heckmatt I-IV), espesor muscular, espesor de fascia, índice de resistencia y Power Doppler. La actividad (activo/inactivo) se definió según criterios de inactividad PRINTO. En DMJ se usó además el índice compuesto JDMAI1 para correlacionar actividad con ecogenicidad. Variables continuas: media (DS) o mediana [RIC] según distribución; categóricas: % (IC95 %). Asociaciones: Fisher y Mann-Whitney; correlaciones: Spearman (IC95 %). El desempeño diagnóstico de ecogenicidad frente al patrón de oro (PRINTO) se evaluó con curva ROC (sensibilidad, especificidad, AUC e IC95 %). Significancia p<0,05. Software R v4.4.2.

Tabla 1.a. Variables demográficas y clínicas continuas

Variable	Media (DS)
Edad a la ecografía (años)	12.9 (3.6)
Edad al diagnóstico (años)	8.5 (3.7)
Duración de enfermedad (meses)	52.7 (50.0)
IMC (kg/m2)	22.0 (5.3)
CMAS (0-52)	42.1 (11.0)
MMT 8 (0-80)	67.3 (13.3)
PGA (VAS 0-10)	0.8 (0.5)
PGAp (VAS 0-10)	0.5 (0.5)
DAS total (0-20)	7.5 (4.9)
DAS muscular (0-11)	2.5 (2.8)
DAS cutáneo (0-9)	5.0 (3.5)
CPK (U/L)	376.8 (1464.1)
Aldolasa (U/L)	6.2 (6.3)
LDH (U/L)	263.4 (218.4)
GOT/AST (U/L)	49.4 (91.5)
GPT/ALT (U/L)	34.7 (47.7)
VSG (mm/h)	13.7 (11.5)
PCR (mg/dL)	2.0 (2.7)

DS: desvío estándar. DMJ: dermatomiositis juvenil. CMAS: Childhood Myositis Assessment Scale. MMT-8: Manual Muscle Testing-8. PGA: evaluación global del médico. PGAp: evaluación global del paciente/cuidador. DAS: Disease Activity Score. IMC: índice de masa corporal. LDH: lactato deshidrogenasa. VSG: eritrosedimentación.

Tabla 1.b. Variables demográficas y clínicas categóricas

Variable	n (%)
Diagnóstico	
DMJ	24 (86%)
Polimiositis	4 (14%)
Sexo	
Femenino	19 (68%)
Masculino	9 (32%)
Uso de corticoides	
No	16 (66%)
Sí	12 (34%)
Uso de inmunosupresor	
No	1 (4%)
Sí	27 (96%)
Calcinosis	
No	22 (79%)
Sí	6 (21%)
Lipodistrofia	
No	21 (75%)
Sí	7 (25%)
Contracturas articulares	
No	20 (71%)
Sí	8 (29%)
Panel de miositis realizado	
No	3 (11%)
Sí	25 (89%)
Ecogenicidad Escala Heckmatt	
Grado I-II	21 (75%)
Grado III-IV	7 (25%)

Tabla 2. Parámetros ecográficos según actividad de enfermedad (U de Mann-Whitney)

Parámetro ecográfico	Inactiva	Activa	p-valor
Ecogenicidad (Heckmatt, peor)	1,0 [1,0-2,0]	2,0 [2,0-3,0]	**0,024**
Espesor muscular (mm, peor)	24,0 [21,0-28,0]	22,0 [19,5-26,0]	0,474
Espesor de fascia (cm, peor)	0,1 [0,1-0,1]	0,1 [0,1-0,1]	0,861
Power Doppler (grado, peor)	1,0 [1,0-1,0]	1,0 [1,0-1,0]	n/d (constante)
Índice de resistencia (peor)	0,7 [0,6-0,7]	0,7 [0,6-0,8]	0,364

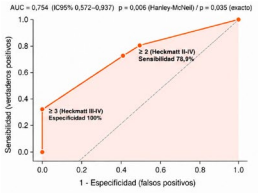


Figura 1. Curva ROC: ecogenicidad muscular (Heckmatt 1-4) para actividad de enfermedad (PRINTO). n=28 (19 activos/9 inactivos).

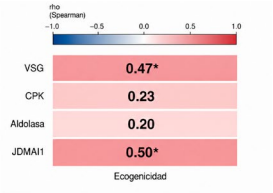


Figura 2. Mapa de calor entre ecogenicidad y parámetros de laboratorio y JDMAI.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes. Variables DC (Tablas 1.a y 1.b). Por PRINTO, 19 (68 %) activos y 9 (32 %) inactivos. La ecogenicidad fue el único parámetro asociado con actividad (mediana Heckmatt II en activos vs. I en inactivos; p=0,024); el resto no mostró diferencias (Tabla 2). Todos los III-IV fueron activos. La ecogenicidad mostró buena capacidad discriminativa para actividad PRINTO, con AUC 0,754 (IC95 % 0,572–0,937; p=0,006). Heckmatt

=III fue altamente específico (100 %, IC95 % 70,1–100 %; VPP 100 %) pero poco sensible (36,8 %, IC95 % 19,1–58,9 %), mientras que Heckmatt =II elevó sensibilidad a 78,9 % (IC95 % 56,7–91,5 %) y bajó especificidad (55,6 %, IC95 % 26,7–81,1 %) (Fig. 1). En DMJ, la ecogenicidad correlacionó con JDMAI1 (rho=0,50; IC95 % 0,12–0,75; p=0,013). Tanto la VSG (correlación positiva; rho=0,47, p=0,017) como la alteración de al menos una enzima muscular (p=0,014) se asociaron con mayor ecogenicidad (Fig. 2). Como hallazgo preliminar, en activos (n=19), la ecogenicidad no difirió entre quienes recibían corticoides (n=12; mediana 2,5) y quienes no (n=7; mediana 2,0; p=0,61).

Conclusión: La ecogenicidad muscular mostró buena capacidad discriminativa de actividad en MII pediátricas, con alta especificidad del grado Heckmatt III-IV, en un área con escasa evidencia bibliográfica previa. Su asociación enzimática podría sugerir compromiso muscular persistente subclínico. Estos resultados, de una cohorte unicéntrica reducida, deben interpretarse como exploratorios y generadores de hipótesis para estudios multicéntricos

Evaluación del compromiso cardiovascular subclínico en lupus eritematoso sistémico de inicio en la infancia mediante un abordaje multimodal no invasivo

Reumatología Pediátrica 0227

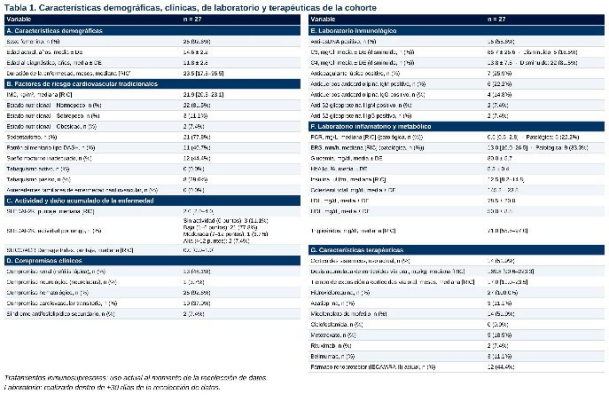
María Emilia Lacapra, Vanesa Cervetto, María Jimena Gomez Sosa, Camila Belén González, Guissela Glenda Lacuadra, María Marcantoni, Federico Vargas, Facundo Gabriel Villalva, Ezequiel Zacañino, María Isabel Brusco, Adriana Iturzaeta

Hospital General de Niños Dr. Pedro Elizalde

Introducción: El lupus eritematoso sistémico de inicio en la infancia (LESi) presenta mayor carga inflamatoria y exposición terapéutica que su forma adulta, con riesgo cardiovascular (CV) elevado desde edades tempranas. El compromiso CV subclínico puede expresarse a nivel hemodinámico, vascular o miocárdico, por lo que un método aislado podría subestimarlo.

Objetivo: Estimar la prevalencia de compromiso CV subclínico mediante evaluación multimodal no invasiva en pacientes (ptes.) con LESi, determinar el rendimiento diagnóstico (dx.) aislado y acumulado de cada modalidad y explorar su asociación con variables clínicas, de laboratorio y terapéuticas.

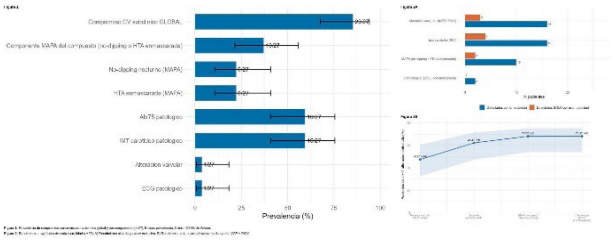
Métodos: Estudio transversal, inclusión consecutiva de ptes. con LESi (SLICC 2012), >=6 meses de evolución desde el dx., evaluados 10/2025-7/2026 en un hospital pediátrico de tercer nivel. Se excluyeron cardiopatía estructural/crónica, HTA crónica, ERC >=estadio 3 y trastornos respiratorios del sueño con repercusión hemodinámica. Se realizó MAPA 24h (SpaceLabs), mecánica vascular oscilométrica (VOP, AIx75), IMT carotídeo ((Mindray DC80), ecocardiograma con *strain* (GLS/GCS, Canon Aplio i900) y ECG; laboratorio ±30 días. Compromiso subclínico: >=1 de 5 componentes alterado. Variables continuas: media (DE) o mediana (RIC); categóricas: n (%); proporciones con IC95 % de Wilson. Comparaciones con t de Student, Mann-Whitney y Fisher; correlaciones con Pearson/Spearman. Se preespecificaron 20 pruebas confirmatorias (*outcomes* CV frente a duración de enfermedad, SLEDAI-2K, dosis acumulada y uso actual de corticoides (CTC)) por plausibilidad biológica; 108 comparaciones exploratorias se corrigieron por FDR (Benjamini-Hochberg). El rendimiento aislado y acumulado describe cuántos ptes. detecta cada modalidad y la detección adicional al sumarlas en orden decreciente de rendimiento; refleja contribución/complementariedad entre modalidades, no sensibilidad/especificidad. R 4.4.2.


Tabla 1. Características demográficas, clínicas, de laboratorio y terapéuticas de la cohorte

Variable	n = 27
A. Características demográficas	
Edad actual, años, media ± DE	14.8 ± 2.2
Edad al diagnóstico, años, media ± DE	13.8 ± 2.2
Demora diagnóstica, meses, mediana (IQR)	10.5 [5.2 – 18.8]
B. Factores de riesgo cardiovascular tradicionales	
IMC, kg/m², media (IC)	21.9 [20.3 – 23.3]
Estado nutricional: Normopeso, n (%)	22 (81.5%)
Estado nutricional: Sobrepeso, n (%)	5 (18.5%)
Estado nutricional: Obesidad, n (%)	2 (7.4%)
Tratamiento, n (%)	21 (77.8%)
Pared abdominal tipo (VSR+), n (%)	11 (40.7%)
Sueño nocturno habitual, n (%)	12 (44.4%)
Tabaquismo activo, n (%)	0 (0.0%)
Tabaquismo pasivo, n (%)	8 (29.6%)
Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, n (%)	0 (0.0%)
C. Actividad y daño acumulado de la enfermedad	
SLICC/ACR-DI, puntaje mediano [IQR]	0.0 [0.0–0.5]
SLICC/ACR-DI, actividad presente, n (%)	9 (33.3%) [Rash 7, Serositis 2, Trombosis 1, Fiebre 1, Alopecia 1] (0.0–11.1%) [Nefritis 0] (7.4%)
SLEDAI-2K, puntaje mediano [IQR]	0.0 [0.0–2.0]
D. Compromiso clínico	
Compromiso renal activo, n (%)	1 (3.7%)
Compromiso neurológico, presente, n (%)	1 (3.7%)
Compromiso hematológico, n (%)	2 (7.4%)
Compromiso cardiovascular clínico, n (%)	0 (0.0%)
Enfermedad articular crónica, n (%)	2 (7.4%)

Variable	n = 27
E. Laboratorio inmunológico	
Anti-dsDNA positivo, n (%)	15 (55.6%)
C3, mg/dl, media ± DE (Referencia:)	88.7 ± 23.9 (Referencia: 90–180)
C4, mg/dl, media ± DE (Referencia:)	13.8 ± 7.5 (Referencia: 20–40)
Anticoagulante lúpico positivo, n (%)	7 (25.9%)
Anticardiolipina IgG positiva, n (%)	6 (22.2%)
Anticardiolipina IgM positiva, n (%)	4 (14.8%)
Anti-β2 glicoproteína I IgG positivo, n (%)	2 (7.4%)
Anti-β2 glicoproteína I IgM positivo, n (%)	2 (7.4%)
F. Laboratorio inflamatorio y metabólico	
PCR, mg/L, mediana [IQR] (Referencia:)	0.5 [0.5 – 2.8] (Referencia: < 5) (22.2%)
VSG, mm/h, mediana [IQR] (Referencia:)	13.0 [10.0 – 26.0] (Referencia: < 20) (65.3%)
Glucemia, mg/dl, media ± DE	89.0 ± 7.7
HbA1c, %, media ± DE	5.2 ± 0.4
Insulina, UI/mL, mediana [IQR]	7.9 [5.9 – 11.5]
Colesterol total, mg/dl, media ± DE	150.1 ± 30.0
LDL, mg/dl, media ± DE	79.5 ± 19.8
HDL, mg/dl, media ± DE	50.8 ± 11.6
Triglicéridos, mg/dl, mediana [IQR]	73.0 [54.0 – 97.0]
G. Características terapéuticas	
Corticoides, cualquiera, acumulado, n (%)	24 (88.9%)
Dosis acumulada de corticoides vía oral, mg/kg, mediana [IQR]	386.9 [128.6–2530.0]
Tiempo de exposición a corticoides vía oral, meses, mediana [IQR]	4.9 [1.2 – 23.8]
Hidroxicloroquina, n (%)	24 (88.9%)
Azatioprina, n (%)	5 (18.5%)
Micofenolato de mofetilo, n (%)	4 (14.8%)
Ciclofosfamida, n (%)	0 (0.0%)
Rituximab, n (%)	0 (0.0%)
Belimumab, n (%)	2 (7.4%)
Biológicos, n (%)	3 (11.1%)
Primario no expresor (BEAUVAIS), n (%)	12 (44.4%)

Tratamientos en monoterapia/esporádicos: uso actual al momento de la recolección de datos. Laboratorio realizado dentro de ±30 días de la recolección de datos.



Resultados: Se incluyeron 27 ptes. (Tabla 1). El compromiso subclínico estuvo presente en 85,2 % (23/27; IC95 % 67,5–94,1), a expensas principalmente de AIx75 e IMT (Figura 1). El *strain* fue normal en todos los evaluables. El 51,9 % de la cohorte presentó >=2 alteraciones simultáneas. Rendimiento dx: mecánica vascular y ecografía carotídea fueron las de mayor rendimiento aislado (59,3 % c/u), incrementándose a 85,2 % al sumarlas junto con MAPA (Figura 2). ECG y ecocardiograma no aportaron pacientes adicionales. De 20 pruebas confirmatorias, dos fueron significativas: AIx75 (21,3 % sin vs. 29,9 % con CTC actuales; p=0,014) y VOP (3,92 m/s sin vs 4,21 m/s con CTC actuales; p=0,030); no hubo asociación con dosis acumulada, duración ni SLEDAI-2K. En un análisis exploratorio adicional, el uso de CTC se mantuvo asociado a mayor VOP tras ajustar por la PAM de 24h (ß=0,208; IC95 % 0,017–0,399; p=0,034). De 108 comparaciones exploratorias, 5 (4,6 %) fueron nominalmente significativas y ninguna sobrevivió al FDR (ej. GLS-SLICC: rho=0,609; p=0,003; p-FDR=0,151).

Conclusión: El 85,2 % de los ptes. con LESi presentó compromiso cardiovascular subclínico —a expensas del compartimento vascular (AIx75, IMT) y, en menor medida, hemodinámico (MAPA)—, con función miocárdica preservada, a pesar de la baja actividad de enfermedad. El abordaje multimodal incrementó el rendimiento diagnóstico frente a la evaluación aislada (59,3 % vs. 85,2 %). El uso de CTC, a diferencia de la dosis acumulada o duración de la enfermedad, se asoció a mayor rigidez arterial.

Panarteritis nodosa sistémica y cutánea: características clínicas y terapéuticas en una cohorte pediátrica

Reumatología Pediátrica 0261

Carmen Mendoza Llerena, Ayelén Ojeda Silva, Laura Lorena Guerini, Ma. Laura Barzola, Marcela Alvarez, Silvia Mónica Meiorin

Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

Introducción: Panarteritis nodosa (PAN) pediátrica es una vasculitis infrecuente y clínicamente heterogénea, con un espectro de manifestaciones desde formas cutáneas hasta sistémicas multiorgánicas. La variabilidad en presentación, evolución y respuesta terapéutica plantea desafíos diagnósticos y dificulta la caracterización de estos pacientes.

Objetivo: Describir manifestaciones clínicas, evolución y tratamiento de ptes. pediátricos con PAN, comparando formas cutáneas y sistémicas.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de revisión de historias de ptes. con PAN (Desde 2000). Se analizaron variables demográficas, clínico-evolutivas y terapéuticas. Se revisaron biopsias y estudios angiográficos. Evaluación clinimétrica por PVAS y PVDI, de actividad y daño, respectivamente. Los resultados fueron analizados según fenotipo cutáneo (PAN-c) vs. sistémico (PAN-s). Estadística descriptiva. SPSS 30.0. Resultados: Se incluyeron 19 ptes. con PAN, 13 (68 %) mujeres, edad X Dx 7,4 años (±3,5) y seguimiento X 5,8 (±5) años, siendo 10 formas cutáneas y 9 sistémicas. En este último grupo, 3 ptes. fueron derivados con dx de enfermedad de Kawasaki (2) y enfermedad de Still (1), en quien luego se confirmó Deficiencia ADA2. Todos los ptes. con PAN-c presentaron síntomas constitucionales, cutáneos (nódulos y livedo) 90 % y dolor neuropático en MMII en 8 ptes. La biopsia cutánea confirmó vasculitis necrotizante en 8 niños. Seis ptes. presentaron recaídas (X 2,5), la mayoría por reinfecciones por St. Pyogenes, recibiendo profilaxis penicilina benzatínica a largo plazo. Todos fueron tratados con corticoides, siendo metotrexate la droga más utilizada como mantenimiento de remisión (n=8). En grupo PAN-s, *score* X actividad PVAS al Dx. fue 13, y prevalencia de compromiso orgánico: gastrointestinal en 8 casos (2 isquemia severa con resección intestinal), cardíaco en 7 ptes. (pericarditis y coronariopatía), mononeuritis múltiple 3, e hipertensión renovascular refractaria en 2 niños y nefrectomía en otro. Necrosis cutánea en 2/9 niños (nasal y extremidades). Cursos monofásico

y recurrente estuvieron igualmente representados (n=4). A última consulta, 8 ptes. (88.9 %) presentaron daño orgánico (PVDi X 2, aneurismas coronarios y vascular periférico). Recibieron inmunosupresión con ciclofosfamida (n=5) y en 4 casos agentes anti-TNF/CD20 por refractariedad. Una paciente falleció como consecuencia de compromiso multiorgánico grave asociado a un diagnóstico tardío.

Conclusión: En nuestra cohorte de ptes. pediátricos con PAN, las formas cutáneas fueron las más frecuentes (52,6 %). Todos los ptes. recibieron corticoides, prevalentemente combinado con metotrexate y ciclofosfamida en las formas cutáneas y sistémicas, respectivamente. A pesar de tratamientos agresivos en PAN-s, 1 paciente falleció y el resto desarrolló daño orgánico (predominio de compromiso cardíaco y vascular). Un diagnóstico y abordaje tempranos son fundamentales para limitar la morbimortalidad en estos pacientes.

Evolución y tratamiento en enfermedad de Still pediátrica: experiencia de la vida real en un centro terciario

Reumatología Pediátrica 0276

Diego Ignacio González Márquez, Ayelén Ojeda Silva, Marcela Beatriz Álvarez, Ma. Laura Barzola, Laura Lorena Guerini, Silvia Mónica Meiorin

Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

Introducción: La enfermedad de Still pediátrica es una enfermedad autoinflamatoria sistémica de presentación heterogénea, cuyo curso clínico puede ser variable y potencialmente grave. En los últimos años, la incorporación de terapias dirigidas ha modificado el abordaje terapéutico, aunque persisten desafíos en el manejo de la enfermedad en la práctica clínica habitual.

Objetivo: Objetivos: 1) Describir las características clínico-evolutivas en una cohorte de niños con Enfermedad de Still. 2) Comparar los grupos de pacientes de acuerdo a la estrategia terapéutica recibida (DAM convencionales vs. biológicos).

Métodos: Estudio retrospectivo, de revisión de historias clínicas de pacientes con enfermedad de Still diagnosticados a partir de 2012 (acceso biológicos Il-1/IL-6), donde se analizaron variables demográficas, clínicas, laboratorio, curso de enfermedad y terapéuticas. Evaluación clinimétrica de actividad y daño según s-JADAS y JADI, respectivamente. Para el análisis los pacientes fueron agrupados según administración o no de terapias biológicas. Análisis estadístico descriptivo, Chi2 y T-test. SPSS 30.0.

Resultados: Se incluyeron 53 pacientes, 29 (54,7 %) mujeres, edad $\bar{x}$ Dx. 7,1 (±3,9) años y tiempo $\bar{x}$ seguimiento 6,4 (±4,2) años. Las manifestaciones clínicas más frecuentes al inicio incluyeron (n, %) fiebre en todos los ptes., *rash* 47 (88,7) y artritis 41 (77,4), siendo el patrón prevalente poliarticular (54 %), *score* $\bar{x}$ s-JADAS 28.2 (±10,8). Laboratorio, valor $\bar{x}$ (±DE): fibrinógeno 558,7 mg/dL (±159), PCR 101,9 mg/L (±61,7) y plaquetas 523.490/mm^3 (±164.944). Como complicaciones, 16 ptes. desarrollaron SAM (3 como forma de presentación) y 1 afectación pulmonar (proteinosis alveolar, HLA-DR1 B15). Todos los pacientes fueron tratados con corticoides sistémicos; 16 niños (30,2 %) expuestos a DAM convencionales (metotrexate y ciclosporina) vs. 37 (69,8 %) que recibió =1 droga biológica. Prevalencia de biológicos (n): tocilizumab 35, canakinumab 7, anakinra 2 y anti-TNFa 7. Los bloqueantes Il-1/6 se incorporaron tempranamente en 31 ptes. (83,8 %). No se hallaron diferencias significativas clínicas ni de laboratorio entre los grupos. Entre los pacientes tratados con biológicos, en 29 ptes. predominó el curso persistente/policíclico (85,3 %; p=0,0001) y a la última consulta, 26 ptes. (70,3 %) alcanzaron la remisión clínica, manteniendo la medicación 20/26 ptes. (77 %; p= 0.043).

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con Still pediátrico, el 69.8 % recibió tratamiento con drogas biológicas, predominantemente tocilizumab, introducidas dentro de los primeros 3 meses de la enfermedad. En este subgrupo de pacientes si bien predominó el curso no monofásico, el 70.3 % alcanzó la remisión de la enfermedad cuando se los comparó con el grupo de tratamiento convencional.

Volver al índice

Anticipando la artritis reumatoidea: validación del *score* clínico-serológico simplificado EULAR/ACR en artralgia de riesgo

Artritis Reumatoidea 0019

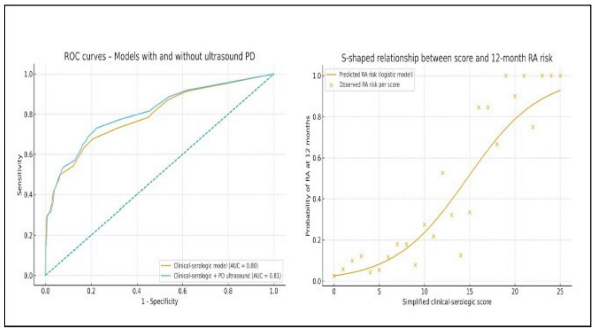
Jessica Solís, Gisele Reyes, Nataly Mejía, Carolina Bardini, Delfina Apter, Darío Aguerre, Álvaro Ruta, Sebastián Magri, Rodrigo García Salinas

Hospital Italiano de la Plata

Introducción: EULAR/ACR propuso un *score* clínico-serológico simplificado para predecir el desarrollo de artritis reumatoidea (AR) en artralgia de riesgo, para homogenizar poblaciones de investigación.

Objetivo: Validar externamente el *score* simplificado EULAR/ACR para el desarrollo de AR a 12 meses en artralgia de riesgo, y evaluar si variables clínicas, sociodemográficas o ecográficas aportan valor predictivo adicional.

Métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos con artralgia de riesgo, sin artritis y con resultado definido de AR a 12 meses. Se reconstruyó el *score* clínico-serológico simplificado EULAR/ACR para artralgia de riesgo, que incluye 6 variables: rigidez matinal (30-60 minutos: 2 puntos; >60 minutos: 4 puntos), tumefacción articular referida por el paciente —4 puntos—, dificultad para cerrar el puño —5 puntos—, PCR elevada —1 punto—, factor reumatoideo positivo —bajo positivo: 2 puntos; alto positivo: 4 puntos— y ACPA positivo —bajo positivo: 4 puntos; alto positivo: 8 puntos—. La asociación entre el *score* y el desarrollo de AR se evaluó mediante regresión logística, y su capacidad discriminativa mediante AUC. Se analizó la incidencia observada de AR según grupos de riesgo predefinidos y el desempeño diagnóstico de distintos puntos de corte. Además, se evaluó si variables clínicas, sociodemográficas y ecográficas —sinovitis, tenosinovitis y señal Power Doppler— aportaban valor predictivo adicional al *score*.



Curvas ROC y relación score-riesgo

Figura 1. Curvas ROC del modelo clínico-serológico con y sin Power Doppler ecográfico, y relación entre el score simplificado y el riesgo observado de AR a 12 meses.

Punto de corte (≥)	n por encima del punto de corte	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	VPP (%)	VPN (%)
6	458	67,6	79,4	27,3	95,5
8	350	59,5	85,2	31,4	94,8
10	192	49,7	93,8	47,9	94,2
12	129	41,1	96,7	58,9	93,5
14	82	30,8	98,5	69,5	92,6
16	60	28,6	99,6	88,3	92,4

Tabla 1. Desempeño diagnóstico de los puntos de corte del score simplificado EULAR/ACR para el desarrollo de AR a 12 meses.

Resultados: Entre 1803 pacientes, 185 (10.3 %) desarrollaron AR en 12 meses. El *score* se asoció fuertemente con AR (OR por punto 1.28; IC95 % 1.24-1.33; p<0.001) y mostró buena discriminación (AUC 0.80). Figura 1. Los grupos bajo (n=1651), intermedio (n=125) y alto (n=27) mostraron riesgos observados de 6.3 %, 44.8 % y 92.6 %. Cortes bajos (=6-8) favorecieron sensibilidad; cortes altos (=10-12) lograron alta especificidad y VPP. Cortes muy altos (=14-16) identificaron subgrupos pequeños con VPP de hasta 88.3 %. Tabla 1. Las variables clínico-sociodemográficas no mejoraron el modelo. El PD se asoció de forma independiente con AR, pero aportó discriminación adicional mínima (AUC 0.81), sin ganancia clínica relevante.

Conclusión: El *score* demostró fuerte validez externa en una gran cohorte real de artralgia de riesgo y permitió una estratificación clínicamente útil del riesgo de AR a 12 meses. Su capacidad de identificar individuos de bajo riesgo y subgrupos de muy alto riesgo respalda su uso como herramienta práctica para la derivación temprana, el seguimiento y la selección de candidatos a estrategias preventivas. El PD se asoció con la progresión, pero aportó valor predictivo limitado más allá del *score*, reforzando la utilidad de este modelo clínico-serológico simple.

Comunicación médico-paciente en artritis reumatoidea: validación del Patient-Health Care Provider Communication Scale (PHCPCS) y asociación con adherencia, actividad de enfermedad y calidad de vida

Artritis Reumatoidea 0044

Patricia Belén Domínguez Leiva[1], Mariana Benegas[1], Joan Manuel Dapeña[1], Eliana Serrano[1], Lía Ingolotti[1], Juan Manuel Bande[2], Fernando Sommerfleck[1], Carla Lallopizzo[3]

1. Sanatorio Dr. Julio Méndez; 2. Hospital Tornú; 3. IREP

Introducción: La comunicación médico-paciente es fundamental para una relación terapéutica sólida y brindar atención de calidad. En reumatología, las recomendaciones actuales enfatizan la transmisión adecuada de información, la verificación de su comprensión y la toma de decisiones compartidas.
Objetivo: 1) Evaluar las propiedades psicométricas del PHCPCS en pacientes con artritis reumatoidea (AR). 2) Valorar su asociación con adherencia al tratamiento, actividad de la enfermedad, calidad de vida, ansiedad y depresión.

Métodos: Estudio multicéntrico, transversal, analítico y observacional. Se reclutaron consecutivamente pacientes de ambos sexos, ≥ 18 años, con AR (ACR/EULAR) y al menos 1 año de seguimiento. El PHCPCS fue sometido a traducción, adaptación cultural, retrotraducción y una prueba piloto en 30 participantes. El instrumento consta de 21 ítems con una escala Likert de 4 opciones, agrupados en 2 dominios: comunicación positiva (17 ítems; rango: 17–68 puntos) y comunicación negativa (4 ítems, recodificados en forma inversa; rango: 4–16 puntos), donde un puntaje mayor en esta última indica una menor presencia de conductas negativas y una mejor comunicación. Se recopilaron variables sociodemográficas y clínicas como actividad de la AR, adherencia (CQR), calidad de vida (QolRA), capacidad funcional (HAQ) y ansiedad (GAD7) y depresión (PHQ9). Se realizó estadística descriptiva de las variables en estudio; la confiabilidad se valoró con ítem-ítem e ítem total y alfa de Cronbach, y la validez de constructo mediante análisis factorial. Asimismo, se evaluó la correlación de ambos tipos de comunicación mediante el coeficiente de Spearman y los factores asociados a ellas con U de Mann Whitney y Kruskal Wallis, considerando estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Tabla 1. Correlación entre los dominios del PHCPCS y variables clínicas y profesionales

Dominio	Variable	rho de Spearman	p
Comunicación positiva	• Edad del paciente	−0,41	<0,001
	• Evolución de la AR	−0,21	0,015
	• Articulaciones tumefactas	−0,17	0,047
	• Calidad de vida (QOL-RA)	0,25	0,004
	• Adherencia (CQR19)	0,65	<0,001
Comunicación negativa	• Edad del médico	0,27	0,001
	• Años desde la graduación	0,20	0,027
	• Evaluación global del médico	−0,20	0,026
	• Ansiedad (GAD-7)	−0,20	0,040
	• Adherencia (CQR19)	0,49	<0,001

PHCPCS: *Patient–Health Care Provider Communication Scale*; AR: artritis reumatoidea; QOL-RA: *Quality of Life–Rheumatoid Arthritis*; CQR19: *Compliance Questionnaire Rheumatology*, versión de 19 ítems; GAD-7: *Generalized Anxiety Disorder-7*; rho: coeficiente de correlación de rangos de Spearman.

Resultados: Se incluyeron 139 pacientes, 92,8 % mujeres, con una media de edad de 55,8 (±13,7) años. La mediana de evolución de la AR fue de 120 meses RIC (71–216) y la de calidad de vida 6,53 RIC (5,75–7,23); el 41 % de los pacientes fue adherente al tratamiento. La mediana de comunicación positiva fue 68 RIC (56–68) y de comunicación negativa 16 RIC (16–16). El alfa de Cronbach fue de 0,96 para la escala global, 0,97 para el dominio positivo y 0,77 para el negativo. El análisis factorial identificó 2 dimensiones, que explican

el 88,7 % de la varianza; tras la rotación Varimax, todas las preguntas mostraron coeficientes de correlación superiores a 0,40. La comunicación positiva se asoció significativamente (p < 0,001) con el sexo del médico femenino vs. masculino (mediana 68 RIC (68-68) vs. 60, RIC (51-68), mayor adherencia al tratamiento (mediana 68 RIC (68-68) vs. 60 RIC (51-68), atención en el sector privada vs. obra social (mediana 68 RIC (68-68) vs 63 RIC (51-68) y pacientes con empleo o desempleados vs. jubilados (mediana 68 RIC (63-68), 68 RIC (68-68) vs 57 RIC (51-68)). Comunicación negativa: El único factor asociado fue el nivel de formación, con puntuaciones menores en residentes (mediana 15 RIC (14-16)) vs. reumatólogos (mediana 16 RIC (16-16) p < 0,001). Las correlaciones con los desenlaces se presentan en la Tabla 1.

Conclusión: El PHCPCS presentó una estructura bidimensional con adecuada validez de constructo y consistencia interna en pacientes con AR. Una mejor comunicación se correlacionó principalmente con mayor adherencia terapéutica. La comunicación positiva se ve favorecida principalmente en médicos de sexo femenino y pacientes más jóvenes.

Diferencias en la persistencia terapéutica entre inhibidores de JAK y agentes biológicos en adultos con artritis reumatoide vírgenes de biológico en BIOBADASAR

Artritis Reumatoidea 0130

Ignacio López[1], Elías Emanuel Dufau[1], Alejandro Brigante[1], Carolina Isnardi[2], Agustina Alfaro[2], María Haye Salinas[2], María Gimena Gómez[2], Julieta Gamba[3], Edson Velozo[3], Guillermo Berbotto[3], Mercedes De La Sota[3], Ida Exeni[3], Nicolás Alvarado[3], Graciela Gómez[3], Verónica Saurit[3], Erika Catay[3], Gustavo Medina[3], Gustavo Citera[3], Karin Kirmayr[3], Silvia Papasidero[3], Mónica Sacnun[3], María Larroude[3], Anastasia Secco[3], Nora Aste[3], Bernardo Pons-Estel[3], Gladys Bovea[3], Graciela Rodríguez[3], Mercedes García[3], Cecilia Pisoni[3], Carla Andrea Gobbi[3], Ingrid Strusberg[3], Emilia Cavillon[3], Verónica Savio[3], Eduardo Kerzberg[3], Ingrid Petkovic[3], María Alicia Lazaro[3], Gustavo Casado[4], María Celina De La Vega[4], Guillermo Pons-Estel[4]

1. Sanatorio Güemes; 2. UNISAR; 3. Investigador de BIOBADASAR; 4. Sociedad Argentina de Reumatología

Introducción: Los inhibidores de JAK (iJAK) son fármacos orales con eficacia demostrada en ensayos aleatorizados, aunque con un perfil de seguridad controvertido. La eficacia en vida real entre iJAK y biológicos constituye un área de interés, ya analizada en diferentes cohortes.

Objetivo: Comparar sobrevida como subrogante de la efectividad, acceso y seguridad de los iJAK en relación con agentes biológicos en pacientes con artritis reumatoidea (AR) vírgenes a tratamiento biológico.

Métodos: Se recopilaron datos del registro BIOBADASAR de pacientes con AR entre 12-2013 y 12-2024, que hayan iniciado tratamiento con iJAK o biológicos (iTNF u otros) como primera línea luego de falla a drogas convencionales. Las comparaciones entre los grupos se hicieron mediante test U de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis para variables continuas y Chi2 o test exacto de Fisher para categóricas. El tiempo de tratamiento se calculó desde el inicio hasta la suspensión del mismo o la última visita. Se utilizaron curvas de Kaplan-Meier y prueba de log-rank; regresión de Cox; análisis de ajustado por IPTW multinomial.

Tabla 1 -Características basales de los pacientes

	iTNF (n=621)	No iTNF (n=167)	iJAK (n=161)	Total (n=949)	p-value
Edad (años), mediana (Q1-Q3)	45 [36, 54]	47 [37, 56]	46 [37, 56]	45 [36, 54]	0.693
Sexo femenino, n (%)	524 (84.4%)	144 (86.2%)	132 (82.0%)	800 (84.3%)	0.772
Obesidad (IMC>=30), n (%)	99 (15.9%)	18 (10.8%)	25 (15.5%)	142 (15.0%)	0.489
Seropositividad (FR/CCP), n (%)	466 (75.0%)	128 (76.6%)	135 (83.9%)	729 (76.8%)	0.938
Tiempo de evolución de la AR (años), mediana [Q1, Q3]	7.0 [2.3, 12]	8.3 [4.3, 14]	9.0 [3.3, 16]	7.7 [2.7, 13]	**0.004**
DAS28 basal, mediana [Q1, Q3]	5.18 [0, 8.89]	4.89 [1.11, 7.94]	5.08 [1.11, 7.65]	5.09 [0, 8.89]	0.632
Metotrexato concomitante, n (%)	442 (71.2%)	85 (50.9%)	94 (58.4%)	621 (65.4%)	**<0.001**
Corticoides concomitantes, n (%)	229 (36.9%)	66 (39.5%)	66 (41.0%)	361 (38.0%)	0.775

IMC: Índice de masa corporal; Fr: factor reumatoideo; CCP: péptido cíclico citrulinado Q: Cuartil; DAS28: Índice de Actividad de la Enfermedad ;iTNF: Inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa - iJAK: inhibir de la janus kinasa

Resultados: Se identificaron 4817 pacientes con AR, 949 (19.7 %) cumplían con los criterios de selección. Un 65.4 % (n= 621) iniciaron con iTNF, 17.6 % (n=167) con otro biológico no anti-TNF y 16.9 % (n= 161) con iJAK; la mayoría eran mujeres (n=800, 84.3 %) con una edad mediana de 45 años [RIC 36-54] sin diferencias significativas entre los grupos. El tiempo de evolución de la enfermedad fue significativamente mayor en el grupo iJAK; mientras que el uso concomitante de metotrexato fue significativamente más frecuente en el grupo de iTNF (Tabla 1). Los pacientes fueron seguidos por un total de 3389.2 pacientes/

año, con una mediana de 39.2 [15.7-67.3]. Durante el tiempo de seguimiento, 47.7 % de los pacientes tratados con iTNF suspendieron el mismo, así como 58.7 % de aquellos que recibieron biológico no iTNF y 52.2 % del grupo iJAK. La sobrevida de los iTNF fue significativamente mayor (72.4 meses vs no iTN 48.8 meses e iJAK 44.9 meses, p=0.012) (Figura 1). En el análisis multivariado el uso de iTNF se asoció a menor riesgo de suspensión (HR 0.73, IC95 % 0.55-0.96) en comparación con el grupo iJAK. En análisis de ajustado por IPTW multinomial se observaron resultados similares.

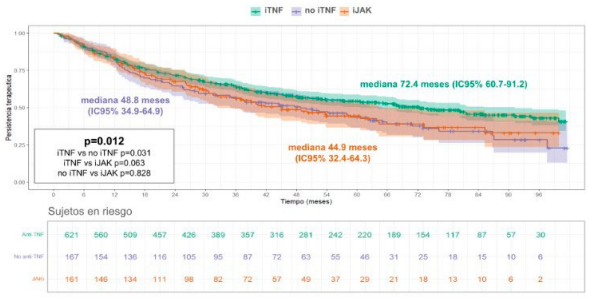


Figura 1. Persistencia terapéutica (Kaplan-Meier) según clase de fármaco. Evento: suspensión por cualquier causa. Bandas sombreadas: IC95%; marcas verticales: censuras. p global por log-rank. Tabla inferior: sujetos en riesgo.
iTNF: Inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa - iJAK: inhibir de la janus kinasa

Conclusión: En este estudio los iTNF mostraron una mayor persistencia terapéutica. Esta diferencia puede estar influenciada por el mayor conocimiento por parte del reumatólogo de estas drogas al ser las primeras disponibles, la implementación irregular de estrategias de tratamiento al objetivo en los primeros años de utilización, y las alertas de seguridad en el tratamiento con IJAK. Estos resultados aportan evidencia práctica con respecto a la primera línea en AR en nuestro medio diferenciándose de otras cohortes a nivel mundial.

Infecciones en pacientes reumatológicos hospitalizados

Artritis Reumatoidea 0144

Martín Miguel Ángel Salas Tolaba, Paola Argañaraz, Ivana Romina Rojas Tessel, Roxana Solano, Emilio Buschiazzo, Vicente Juárez

Hospital Señor del Milagro

Introducción: Las infecciones son una importante causa de morbimortalidad en las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) por alteraciones inmunitarias relacionadas a la enfermedad y efectos del propio tratamiento inmunosupresor.

Objetivo: Describir la frecuencia de infecciones en una cohorte de pacientes hospitalizados con EAS e identificar factores asociados a las complicaciones infecciosas, determinar los sitios de infección más frecuentes, los microorganismos causales y la severidad de los cuadros infecciosos.

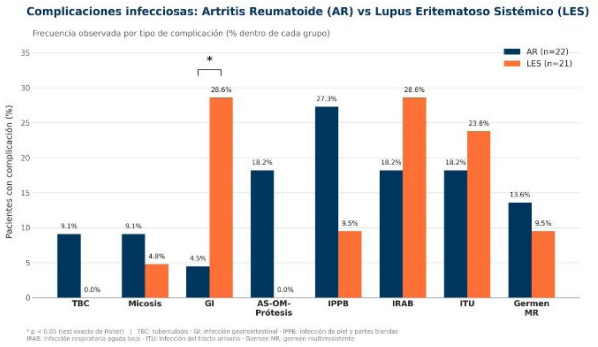
Tabla 1 - Características Generales

Variable	AR (n=22)	LES (n=21)	Otros (n=13) *	p =
Edad	34.05 (12.07)	55.8 (9.61)	53.9 (19.5)	< 0.001
Femenino	77.3	81	76.9	pNS
Capital	81.8	76.2	61.5	pNS
Comorbilidades	59.1	42.9	61.5	pNS
MAA - AAA	81.9	80.9	46.1	pNS

Referencias: * Otros: esclerosis sistémica (2), Behcet (1), AIJ (1), Dermatomiositis (3), Sjögren (2), Vasculitis ANCA (4).
MAA - AAA: moderada actividad de la enfermedad, alta actividad de la enfermedad.

Métodos: Estudio retrospectivo, los datos se recabaron de historias clínicas electrónicas. Se consignaron variables sociodemográficas, comorbilidades, relacionadas con la EAS, sus tratamientos y relacionadas con la infección. Se realizó estadística descriptiva, con medidas de tendencia central y distribución, utilizándose test de inferencia según la naturaleza y distribución de las variables (Test de T de Student o Fisher, x2 o Mann Whitney). Se agruparon los pacientes en tres grupos (AR vs. LES vs. Otros), mediante ANOVA de un factor. Todos los análisis estadísticos fueron ejecutados utilizando los *softwares* Jamovi (versión 2.6) y R (versión 4.4), considerándose un nivel de significación estadística de $p<0.05$.

Resultados: Se incluyeron 56 pacientes hospitalizados, con predominio de sexo femenino y provenientes de la Capital de la provincia. Los pacientes con LES fueron significativamente más jóvenes y con menor edad a la presentación que los otros dos grupos (Tabla 1). Los fármacos más utilizados fueron metotrexato en 81.8 % de las AR e hidroxicloroquina en 85.7 % de los LES, seguido del micofenolato mofetil (28.6 %). La dosis utilizada de corticoides previa a la infección fue mayor en LES vs. los otros grupos (16 mg vs. 5.8 mg



vs. 6.31 mg, p = 0.015). El uso de terapia biológica o ciclofosfamida fue mayor en los pacientes con Otros vs. AR vs. LES (46.1 % vs. 33.3 % vs. 27.7 %), siendo los iTNFalfa más frecuentes en AR (100 %) y los anti-CD20 en LES y Otros (57.1 % y 50 %), sin alcanzar significancia estadística. Las infecciones gastrointestinales (GI) fueron más frecuentes en LES vs. AR vs. Otros (28.6 % vs. 4.5 %, 7.7 %, p = 0.05), y las de partes blandas más frecuentes en AR y Otros vs. LES (27.3 %, 23.1 %, 9.5 %, p = nS), así como las osteoarticulares-protésicas (18.2 % vs. 0 % vs. 15.4 %, p = nS). Los gérmenes más frecuentemente aislados fueron bacterias (AR: 59.1 %, LES: 42.9 %, Otros: 30.8 %), no pudiéndose rescatar germen en 18.2 % de AR, 33.3 % LES y 30.8 % Otros. Los gérmenes multirresistentes fueron rescatados en 13.6 % de AR, 9.5 % LES y 15.4 % Otros. Mientras que se aislaron micobacterias en 4/56 (7.1 %) y agentes micóticos en 3/56 (5.3 %) del total de la cohorte. Se registraron 4/56 óbitos (7.1 %), 2 en LES y 2 en Otros (vasculitis ANCA en hemodiálisis y dermatomiositis severa). Los pacientes con tratamiento discontinuo fueron significativamente más frecuentes en aquellos que obitaron (33.3 % vs. 4.3 %, p = 0.05). La Figura 1 compara LES vs. AR.

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con EAS cursando internación por infecciones, se describe una mortalidad del 7.1 %. Los pacientes con LES presentaron significativamente más infecciones gastrointestinales, mientras que los pacientes con AR más infecciones de piel y partes blandas y articulares/protésicas. Los tratamientos discontinuos con mal control de la enfermedad podrían ser un factor de mala evolución en estos pacientes.

Persistencia del tratamiento en pacientes con artritis reumatoidea seguidos en un hospital universitario

Artritis Reumatoidea 0146

Camila Alejandra Montenegro, Mariano Alves, Analía Sánchez Leguizamo, Marcela Alejandra Romero Caballero, Natalia Andrea Perrotta, Emilia Saint Martin, Carla Pappalardo, Gladys Bovea, Leila Abbas, María Pía Pissani, Maximiliano Fenucci

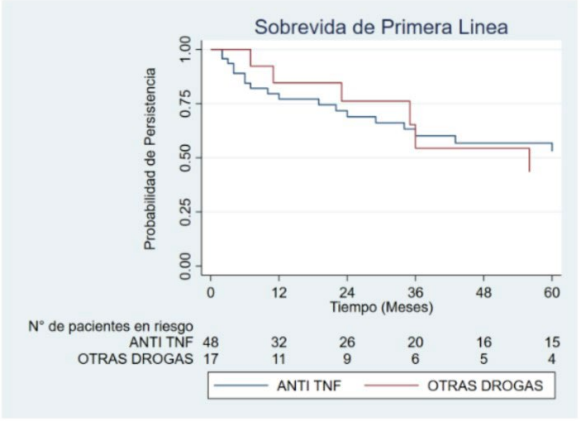
Hospital César Milstein

Introducción: Ante la falla terapéutica con DMARD convencionales (csDMARDS) en artritis reumatoidea (AR), las guías actuales sugieren el inicio con DMARD biológicos o sintéticos dirigidos (b/tsDMARD) con un alto grado de recomendación. Sin embargo, existe escasa evidencia en nuestro medio de estudios de vida real sobre la persistencia de los b/tsDMARD más utilizados.

Objetivo: Describir la persistencia de los b/tsDMARD en pacientes con AR, tanto en primera como segunda línea de tratamiento.

Métodos: Cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes adultos consecutivos seguidos en consultorios externos de un hospital universitario de jubilados y pensionados, diagnosticados con AR, según criterios ACR/EULAR 2010, entre 01-01-

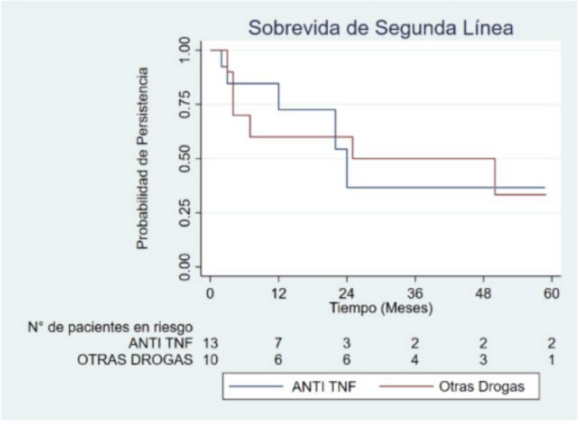
Figura 1. Persistencia de anti TNF vs otras drogas en primera línea.



Persistencia por grupos agrupados. Log Rank Test: p = 0.95.Mediana de persistencia global: 72 meses

2020 y 31-12-2025. Se recopilaron datos de historias clínicas electrónicas. El análisis de persistencia del tratamiento se realizó mediante análisis de supervivencia. El tiempo de seguimiento para cada línea se definió desde el inicio de la droga hasta su suspensión (evento) o hasta el último control (censura). Se calcularon las tasas de supervivencia acumulada a los 12, 24 y 36 meses. Se construyeron curvas de Kaplan-Meier con la persistencia del tratamiento para la primera y segunda línea del mismo. Se consideró significativo p< 0.05. Se utilizó el programa STATA v16.

Figura 2. Persistencia de anti TNF vs otras drogas en segunda línea.



Persistencia por grupos agrupados.Log rank test: p=0.89.Mediana de persistencia global: 25 meses.

Resultados: Se incluyeron 205 pacientes,175 (85 %) mujeres, con una mediana de edad de 61 años (RIC 51-70), una mediana de tiempo de evolución de enfermedad de 7,8 años (RIC 2,8-16,9) y 163 (80 %) presentaban seropositividad para factor reumatoideo y/o anticuerpos antipéptidos citrulinados. Del total, 87 pacientes (42 %) recibieron b/tsDMARDS, conformando la población de análisis. Entre estos, los anti-TNF fueron los más frecuentes en primera (76 %) y segunda línea (52 %); seguidos por abatacept (11 % y 8 %, respectivamente). No hubo diferencias significativas en las características demográficas o clínicas basales entre los grupos de fármacos. La mediana de persistencia para anti TNF fue de 72 meses en primera línea y 24 meses en segunda, sin diferencias respecto a los demás b/tsDMARDs (p=0.95 y p=0.89, Figura 1 y 2). Las tasas de retención globales fueron de 79, 71 y 59 % a los 12, 24 y 36 meses en primera línea, y 67, 54 y 47 % en segunda línea, respectivamente. Las principales causas de discontinuación en primera línea fueron la falla secundaria (29 %) y eventos adversos (21 %), y problemas de accesibilidad (38 %) en segunda línea.

Conclusión: En nuestra cohorte, los b/tsDMARDs (en su mayoría anti-TNF) demostraron una adecuada persistencia y retención en el tiempo, comparable a lo reportado en otras cohortes internacionales. Se destaca que, en primera línea, las principales causas de discontinuación fueron la falla secundaria y eventos adversos; mientras que en segunda línea fueron problemas de accesibilidad.

Frecuencia de enfermedad pulmonar intersticial en pacientes con artritis reumatoidea de más de 60 años

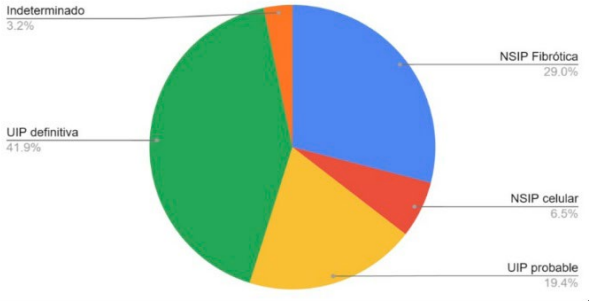
Artritis Reumatoidea 0169

María Emilia Saint Martin, Camila Alejandra Montenegro, Marcela Romero Caballero, Diego Mariano Alves, Analía Sánchez Leguizamo, Gladys Bovea, Natalia Andrea Perrotta, Carla Pappalardo, María Pía Pissani, Leila Abbas, Ricardo Re, Carlos Ferraroti, Maximiliano Fenucci

Hospital César Milstein

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es una de las complicaciones más frecuentes y graves de la artritis reumatoidea (AR), representando la segunda causa de mortalidad luego del compromiso cardiovascular. Su prevalencia e incidencia es desconocida y varía en diferentes estudios según el método de *screening* utilizado, en un rango entre el 1 y 58 %. Un tercio de los pacientes pueden tener afectación subclínica, con alteración en la tomografía computada de alta resolución (TACAR) y grados variables de deterioro funcional.

Figura 1. Frecuencia de patrones de EPID (n= 31).



Objetivo: Determinar la frecuencia de EPID en pacientes con AR y evaluar su asociación con factores clínicos y serológicos de la enfermedad.

Métodos: Estudio transversal de pacientes con AR ≥ 60 años, que cumplieron criterios ACR EULAR 2010, atendidos de forma consecutiva en consultorios externos de reumatología, entre enero 2024 y junio 2026. El diagnóstico de EPID se realizó mediante TACAR del último año, revisadas por un radiólogo experto. Se compararon características demográficas y clínicas entre pacientes con y sin EPID mediante análisis bivariado. Se realizó un análisis multivariado de regresión logística para identificar factores asociados. Se consideró significativo p< 0.05. Se utilizó el programa STATA v16.

Tabla 1. Características basales de los pacientes con Artritis Reumatoide

Características Basales	Enfermedad Intersticial Pulmonar (n=31)	Sin EPID (n= 144)	p valor
Sexo femenino, n (%)	28 (82)	123 (87)	0.42
Edad, mediana (RIC)	**73 (69-76)**	**71 (66-76)**	**0.04**
HTA, n %	**22 (100)**	**73 (83)**	**0.03**
DLP n %	9 (75)	44 (81)	0.43
DBT %, IC 95%	6 (60)	22 (68)	0.70
TBQ activos o pasados, %, IC 95%	19 (76)	45 (70)	0.59
Tiempo de evolución de la AR en años: mediana (RIC)	6 (1-16)	7 (3-18)	0.42
Enfermedad erosiva, n (%)	10 (29)	58 (39)	0.30
HAQ, mediana (RIC)	0.57 (0.12-1.15)	0.75 (0.3-1.5)	0.39
DAS 28-VSG, mediana (RIC)	3 (1.82 - 4.13)	3.34 (2.62-4.9)	0.43
VSG	30 (16-53)	20 (11-39)	0.38
PCR positiva, n (%)	7 (35)	26 (25)	0.37
FR positivo, n (%)	14 (48)	105 (76)	0.003
Ac anti ccp, n (%)	19 (63)	84 (63)	0.9
Articular %, IC 95%	100%	100%	
csDMARDs, n (%)	25 (93)	104 (87)	0.44
b/tsDMARDs, n (%)	14 (41)	60 (42)	0.88

Resultados: Se incluyeron 175 pacientes: 86 % mujeres, mediana de edad de 71 años (RIC 66-76), mediana de duración de enfermedad de 7 años (RIC 3-18), 82 % seropositivos para FR o CCP, y 37 % presentaron enfermedad erosiva. El 72 % fueron tabaquistas o extabaquistas. Se encontraron 31 pacientes (17,7 %) con EPID, de los cuales 19 (60 %) fueron UIP, 11 (35 %) NSIP, y 1 (5 %) paciente con un patrón indefinido. En el análisis bivariado la edad (p=0.04), HTA (p=0.03) y FR negativo (p<0.01) se asociaron a EPID (Tabla 1); no obstante, dichas asociaciones dejaron de ser significativas tras el ajuste multivariado.

Conclusión: La frecuencia de EPID en nuestra cohorte fue de 17,7 %, que coincide con lo reportado en otros estudios. Las variables asociadas a EPID fueron edad e HTA.

Heterogeneidad histopatológica sinovial en la artritis reumatoide difícil de tratar mediante biopsia guiada por ecografía

Artritis Reumatoidea 0171

Cecilia Andrea Torrejón Romero, Linda Vergel, Gilka Tainat Martínez Bejarano, Ignacio López, Alejandro Brigante

Sanatorio Güemes

Introducción: La artritis reumatoide de difícil tratamiento (ARD2T) se caracteriza por la persistencia de signos y/o síntomas a pesar de múltiples estrategias terapéuticas. Estudios previos han demostrado una marcada heterogeneidad de la membrana sinovial, con distintos grados de inflamación y un predominio variable de componentes linfoides, mieloides o fibroblásticos. Esta heterogeneidad podría contribuir a explicar respuestas terapéuticas insuficientes. La biopsia sinovial podría aportar información adicional para caracterizar los mecanismos patológicos persistentes en estos pacientes.

Objetivo: Describir las características clínicas, terapéuticas e histopatológicas de pacientes con ARD2T sometidos a biopsia sinovial.

Métodos: Estudio descriptivo de pacientes con ARD2T. Se realizó biopsia de rodilla con sinovitis activa, guiada por ecografía, mediante aguja Tru-Cut de 16–18 G. Las muestras fueron procesadas para evaluación histopatológica. Se determinó el grado de sinovitis mediante el *score* de Krenn y se evaluaron la proliferación sinovial, los infiltrados inflamatorios, el componente pauciinmune/fibroblástico, la angiogénesis, la fibrosis y la necrosis. Las variables continuas se expresaron como mediana [RIC 25–75] y las categóricas como n (%).

Resultados: Se incluyeron 8 pacientes. La mediana de edad al diagnóstico de AR fue de 32,5 [29,0–35,3] años y al de ARD2T, de 40,5 [37,0–42,3] años. El factor reumatoideo fue positivo en 5/6 (83,3 %) y el anti-CCP en 5/7 (71,4 %). Todos habían recibido metotrexato, 4 (50,0 %) leflunomida y 4 (50,0 %) utilizaban corticoides al momento de la biopsia. En relación con los tratamientos biológicos previos, 6 (75,0 %) habían recibido anti-TNF como primera línea y 4 (50,0 %) inhibidores de JAK como segunda línea. La mediana de CDAI fue de 21,5 [18,4–27,5], con actividad alta en 4 casos (50,0 %). El *score* de Krenn fue 4,0 [1,8–7,0], con sinovitis de alto grado en 4 (50,0 %). Se observó proliferación sinovial en 4 (50,0 %), infiltrado mieloide en 3 (37,5 %), patrón pauciinmune/fibroblástico en 4 (50,0 %), angiogénesis en 3 (37,5 %) y fibrosis en 6 (75,0 %). No se registraron necrosis ni complicaciones relacionadas con el procedimiento.

Conclusión: Los pacientes con ARD2T mostraron una marcada heterogeneidad histopatológica sinovial. La coexistencia de sinovitis de alto grado, patrones pauciinmunes/fibroblásticos y fibrosis sugiere que un mismo fenotipo clínico de refractariedad puede asociarse a mecanismos tisulares distintos. Estos hallazgos son concordantes con estudios previos sobre la heterogeneidad sinovial en AR refractaria y justifican explorar el valor de la caracterización tisular para una mejor estratificación biológica. Debido al reducido tamaño muestral, los resultados deben considerarse descriptivos y orientadores de hipótesis.

Niveles de colesterol y su asociación con la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoidea: estudio observacional retrospectivo

Artritis Reumatoidea 0172

Fabio Salazar, María Gimena Gómez, Augusto Martín Riopedre, Belén María Virasoro, Malena Viola, Darío Mata, Redondo Griselda, Leandro Maddalena, María Eugenia Urroz, Narda Krupskaia Chilán Santana, Iris Giron, María Celina de la Vega

Hospital Argerich

Introducción: Se conoce que la artritis reumatoidea (AR) se asocia con una mayor morbimortalidad cardiovascular. La inflamación y los tratamientos pueden modificar el perfil lipídico, relacionándose con el grado de actividad de la enfermedad.

Objetivo: Describir los niveles de lípidos en pacientes con AR y evaluar su asociación con la actividad de la enfermedad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo basado en historias clínicas de pacientes con diagnóstico de AR según criterios de clasificación ACR/EULAR 2010, atendidos consecutivamente en un hospital de CABA, entre enero 2025 y junio 2026. Se incluyeron pacientes de >=18 años con evaluación de la actividad de la enfermedad y perfil lipídico disponible dentro de los 90 días de la consulta clínica. Se excluyeron aquellos sin registro de actividad, sin perfil lipídico o con un evento agudo en los tres meses previos al laboratorio. El colesterol total se categorizó como deseable (<200 mg/dL) o límite alto (>=200 mg/dL), y la actividad de la enfermedad como remisión/baja o moderada/alta. La asociación entre ambas variables se evaluó mediante la prueba de chi-cuadrado y regresión logística. Los resultados se expresaron como *odds ratio* (OR) e intervalo de confianza del 95 % (IC95 %).

Tabla 1. Características seleccionadas de la población

Variable	Resultado
Edad, mediana (Q1–Q3), años	56 (47–65)
Sexo femenino, n (%)	184 (92,00)
Obesidad, n (%)	40 (43,48)
Tabaquismo, n (%)	24 (12,00)
Hipertensión arterial, n (%)	57 (31,67)
Diabetes mellitus, n (%)	22 (11,57)
Enfermedad cardiovascular, n (%)	11 (5,60)
Evolución de la AR, mediana (Q1–Q3), años	10 (4–19)
ESD, mediana (Q1–Q3)	16,5 (9–29)
Metotrexato, n (%)	154 (78,17)
Corticoides, n (%)	88 (44,90)
Inhibidores de IL-6, n (%)	11 (5,64)
Hipolipemiantes, n (%)	22 (11,40)

Resultados: Se revisaron 200 historias clínicas; el 92,0 % de los pacientes eran mujeres y la mediana de edad fue de 56 años (RIC: 47–65). Las comorbilidades más frecuentes fueron obesidad (43,5 %), hipertensión arterial (31,7 %) y diabetes mellitus (11,6 %). El factor reumatoideo y los anti-CCP fueron positivos en el 78,6 % y 72,2 %, respectivamente. Los tratamientos más utilizados fueron metotrexato (78,2 %), corticoides (44,9 %) e inhibidores de IL-6 (5,6 %) (Tabla 1). Se encontraron datos completos en 169 pacientes para realizar asociación; el 43,2 % (n=73) presentó colesterol total alto (>=200 mg/dL). El análisis de la asociación entre la hipercolesterolemia y la actividad de la enfermedad no fue significativa. Se evidenció que la actividad moderada/alta no se asoció significativamente con los niveles de colesterol, tanto en el análisis no ajustado (OR: 1,30; IC95 %: 0,68–2,48) como ajustado por edad, corticoides y tiempo de evolución (ORa: 1,37; IC95 %: 0,68–2,74; p=0,378).

Tabla 2. Análisis multivariado

Variable dependiente: colesterol elevado (≥200 mg/dl); n = 169

Variable	OR ajustado	IC 95%	p
Actividad moderada/alta vs. remisión/baja	1,37	0,68–2,74	0,378
Corticoides: sí vs. no	0,68	0,35–1,33	0,259
Edad, por año	1,01	0,98–1,04	0,506
Tiempo de evolución, por año	1,01	0,98–1,05	0,489

OR: odds ratio; IC 95%: intervalo de confianza del 95%.
Modelo ajustado por actividad de la enfermedad, corticoides, edad y tiempo de evolución.
LR $\chi^2(4) = 3,43$; p = 0,489.

Conclusión: En esta población, la actividad de la AR no se asoció significativamente con los niveles de colesterol, incluso tras ajustar por potenciales factores de confusión, sin evidenciarse la denominada "paradoja lipídica". Se destaca una alta prevalencia de obesidad (43 %) que podría reflejar una mayor influencia de factores metabólicos sobre el perfil lipídico. Dado el elevado riesgo cardiovascular asociado a la AR, la evaluación y el control periódico continúan siendo esenciales.

Remisión sostenida libre de DMARDs en artritis reumatoide seropositiva: estudio multicéntrico de una cohorte argentina

Artritis Reumatoidea 0187

Karin Natali Saravia Chocobar[1], Verónica Malah[2], Jonatan Marcos Mareco[3], Ana Sirera[3], Rodrigo García Salinas[4], Javier Rosa[5], Iván Nagy[5], Fernando Dal Pra[6], Andrea Valdéz Donelli[6], Juan Pablo Vinicki[1]

1. Unidad de Reumatología, Hospital Zonal General de Agudos Dr. Isidoro Iriarte; 2. Unidad de Reumatología, Sanatorio Modelo de Quilmes; 3. Unidad de Reumatología, HIEAYC San Juan de Dios, La Plata; 4. Hospital Italiano de La Plata; 5. Hospital Italiano de Buenos Aires; 6. IREP

Introducción: La remisión sostenida libre de fármacos modificadores de la enfermedad (DMARDs) constituye un desenlace poco frecuente en artritis reumatoide (AR). La caracterización clínica de estos pacientes podría contribuir a identificar perfiles con mayor probabilidad de alcanzar este estado.

Objetivo: Comparar las características basales y la trayectoria terapéutica de pacientes con AR seropositiva que alcanzaron remisión sostenida libre de DMARDs con aquellas de pacientes que no alcanzaron este desenlace.

Métodos: Estudio multicéntrico de casos y controles. Se incluyeron pacientes con AR según criterios ACR/EULAR 2010 y seropositividad para factor reumatoide y/o anti-CCP. Los casos presentaban remisión sostenida libre de DMARDs durante al menos 12 meses, mientras que los controles correspondían a pacientes de la misma población fuente que no alcanzaron dicho desenlace. Se compararon características clínicas, serológicas y terapéuticas mediante pruebas de Wilcoxon-Mann-Whitney y exacta de Fisher, según correspondiera.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes (25 casos y 75 controles). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en edad, sexo, comorbilidades, títulos basales de factor reumatoide y anti-CCP, marcadores inflamatorios, actividad clínica basal ni daño radiográfico estructural. La distribución de los títulos de factor reumatoide y anti-CCP por cuartiles tampoco difirió entre los grupos (p=0,4 y p>0,9, respectivamente). El tratamiento inicial fue comparable, incluyendo el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del primer DMARD [0,46 meses (RIC 0,00-0,89) en casos vs. 0,39 meses (RIC 0,00-1,02) en controles; p=0,6], el csDMARD utilizado y las dosis iniciales de metotrexato y prednisona. Tampoco se

observaron diferencias significativas en la trayectoria terapéutica respecto de intensificación, combinación de DMARDs, número de líneas terapéuticas y exposición a bDMARDs o tsDMARDs. Entre los pacientes que alcanzaron remisión sostenida libre de DMARDs, 3/25 (12 %) presentaron recaída durante el seguimiento.

Conclusión: En este estudio multicéntrico no se identificaron características clínicas, serológicas ni terapéuticas asociadas con la remisión sostenida libre de DMARDs. Los pacientes que alcanzaron este desenlace no presentaron necesariamente una trayectoria terapéutica de menor intensidad. Estos resultados sugieren que las variables clínicas habitualmente disponibles podrían ser insuficientes para identificar a los pacientes con mayor probabilidad de alcanzar remisión sostenida libre de tratamiento. Debido al reducido número de casos, estos hallazgos deben considerarse exploratorios y requieren confirmación en estudios de mayor tamaño.

Determinantes del desarrollo de artritis reumatoide difícil de tratar en el registro BIOBADA

Artritis Reumatoidea 0220

Elías Emanuel Dufau[1], Ignacio López[1], Alejandro Brigante[1], José Jiram Torres Ruiz[2], Vijaya Rivera Terán[2], Deshire Alpizar-Rodriguez[2], Iêda Maria Magalhães Laurindo[3], Paloma De Abreu Trigueros[4], Guillermo Pons-Estel[5], María Celina De La Vega[5], Gustavo Casado[5], María J. Haye Salinas[5], Mónica Sacnun[5], María Larroude[5], Anastasia Secco[5], Marcelo Pinheiro[3], Marina A. R. Bustamente[3], Glaucio Castro[3], Vander Fernandes[3], Claiton Brenol[3], José Eduardo Martinez[3], Ángel Castillo Ortíz[2], Miguel Ángel Saavedra Salinas[2], Julio César Casasola Vargas[2], Sandra Vázquez Carrillo[2], Luis Francisco Valdes Corona[2], Gabriela Ávila[6], Sonia Cabrera[6], Patricia Melgarejo[6], Paola Pusineri[6], Raquel Aranda[6], Paola Jara[6], Macarena Soto[4], Cristina Bruego[4], Darwin Cordovilla[4], Alejandro Fernandez[4], Sandra Cosan[4], Sofía Rostan[4], Carolina Isnardi[7]

1. Sanatorio Güemes; 2. Colegio Mexicano de Reumatología, BIOBADAMEX; 3. Sociedad Brasileña de Reumatología, BIOBADABRASIL; 4. Sociedad Uruguaya de Reumatología, BIOBADAGUAY; 5. Sociedad Argentina de Reumatología, BIOBADASAR; 6. Sociedad Paraguaya de Reumatología, BIOBADAGUAY; 7. Sociedad Argentina de Reumatología, Unidad de Investigación

Introducción: La AR difícil de tratar (AR D2T) es considerada un desafío clínico. El reconocimiento de factores asociados podría optimizar su manejo.

Objetivo: Identificar características de pacientes con AR D2T del registro BIOBADA.

Métodos: Datos del registro BIOBADA de Argentina, Brasil, México, Paraguay y Uruguay. Paciente con AR con definición de ARD2T, randomizados 1:1 con pacientes ARNoD2T matcheados por sexo, edad y tiempo de evolución de la enfermedad, desde 01/2010 hasta 06/2025. Las variables continuas media ± DE o mediana [RIC], y las categóricas n/N (%). X^2 o prueba exacta de Fisher para categóricas y t de Student o Mann-Whitney para continuas (p<0,05).

Resultados: Se identificaron 6.046 pacientes con AR, 503 con ARD2T, la mediana de edad al diagnóstico fue de 40 años [RIC 33–49] y la de evolución, 18,9 años [RIC 14,6–24,9]; tabaquismo fue más frecuente en el grupo con ARD2T (p=0,041) con mediana de FR 160 [73,4–320] p=0,008. Se registraron 1584 ciclos terapéuticos: En 1era línea anti-TNF (76,1 %); en 2da, CTLA-4 (42,9 %); y en 3era, JAK (28,7 %). Un 32.4 % tenía alta actividad.

Conclusión: Los pacientes con ARD2T presentaron mayor frecuencia de TBQ y niveles más elevados de FR. Estos hallazgos sugieren que factores clínicos, serológicos y contextuales podrían contribuir a este subgrupo de pacientes.

Figura 1



Variable	Control (N=503)	Múltiples tratamientos (N=503)	Overall (N=1006)	p
Edad al diagnóstico, años, mediana [RIC]	41 [32–49]	40 [33–49]	41 [32–49]	0,857
Sexo femenino, n (%)	454 (90,3)	442 (87,9)	896 (89,1)	0,266
Tiempo de evolución, años, mediana [RIC]	19,1 [13,3–25,9]	18,9 [14,6–24,9]	18,9 [13,9–25,4]	0,613
País, n (%)				**<0,001**
Argentina	225 (44,7)	232 (46,1)	457 (45,4)	
Brasil	148 (29,4)	221 (43,9)	369 (36,7)	
México	55 (10,9)	42 (8,4)	97 (9,6)	
Paraguay	47 (9,3)	7 (1,4)	54 (5,4)	
Uruguay	28 (5,6)	1 (0,2)	29 (2,9)	
IMC, kg/m², mediana [RIC]	26,1 [23,5–30,0]	26,8 [23,6–30,0]	26,4 [23,5–30,0]	0,769
DAS28, mediana [RIC]	5,0 [4,0–6,1]	5,2 [4,5–6,2]	5,1 [4,2–6,1]	0,081
Persistencia de actividad*, n/N (%)	170/200 (85,0)	164/185 (88,6)	334/385 (86,8)	0,366
Tabaquismo, n (%)				**0,041**
Nunca fumador	420 (87,7)	409 (83,8)	829 (85,7)	
Fumador actual	48 (10,0)	53 (10,9)	101 (10,4)	
Exfumador	11 (2,3)	26 (5,3)	37 (3,8)	
Hipertensión arterial, n/N (%)	135/493 (27,4)	155/499 (31,1)	290/992 (29,2)	0,229
Diabetes mellitus, n/N (%)	42/489 (8,6)	48/494 (9,7)	90/983 (9,2)	0,615
Hipercolesterolemia, n/N (%)	57/488 (11,7)	62/497 (12,5)	119/985 (12,1)	0,776
Índice de Charlson, mediana [RIC]	0 [0–0]	0 [0–0]	0 [0–0]	0,864
PCR, mediana [RIC]	5,15 [1,0–10,5]	4,10 [0,94–11,3]	5,0 [1,0–10,8]	0,799
Factor reumatoide, mediana [RIC]	119 [45–256]	160 [73,4–320]	128 [60,1–311]	**0,008**
Anti-CCP, mediana [RIC]	196 [64–275]	200 [103–283]	200 [87,5–277]	0,477

Evaluación de la situación de salud, calidad de la atención y características clínicas de pacientes con artritis reumatoidea en la región de Cuyo

Artritis Reumatoidea 0225

Facundo Vergara[1], **Leandro Carlevaris**[2], Silvina Nasi[3], Alicia Munarriz[4], Cecilia Castel del Cid[1], Claudio Fecchio[5], María Agostina Gatica[6], Leandro Aliaga[7], Julieta Quiroga Sampirisi[3], Ingrid Petcovik[8], María Victoria Borgia[9], Luciana Grassi[2]

1. Hospital Central de Mendoza; 2. Centro del Diagnóstico, San Rafael, Mendoza; 3. Hospital El Carmen; 4. Integra Servicios Médicos, San Luis; 5. Hospital Español de Mendoza; 6. Hospital Scaravelli, Tunuyán, Mendoza; 7. Hospital Marcial Quiroga, San Juan; 8. Diagnóstico por Imágenes Dras. Petcovic, Tunuyán, Mendoza; 9. Alto Dorrego, Mendoza

Introducción: La situación de salud, características de la atención y necesidades en artritis reumatoidea (AR) así como en otras enfermedades crónicas suelen cambiar de acuerdo al contexto en el que se presentan. Comprender aquellos factores epidemiológicos, sociales y asistenciales que condicionan el control adecuado de esta enfermedad en nuestra población de pacientes es importante con el fin de poder tomar conductas y políticas de salud que permitan mejorar su situación.

Objetivo: Describir la situación de salud de los pacientes con diagnóstico de AR evaluados en diferentes centros de salud de la región de cuyo y determinar factores socio-demográficos, clínicos o institucionales asociados a un control inadecuado de la enfermedad.

Tabla 1. Características basales de los pacientes con artritis reumatoidea según control de la enfermedad

Variables	Todos (N= 280)	Enfermedad controlada (N= 160)	Enfermedad no controlada (N= 120)	Valor p
Edad; media (DE)	55,5 (13,9)	54,7 (13,7)	56,6 (14)	0,25
Sexo femenino; n (%)	245 (87.5%)	142 (88.7)	103 (85,8)	0,465
FR o anti-CCP Positivo; n(%)	260 (93,5)	146 (92,4)	114 (95)	0,38
Tiempo de evolucion; mediana (RIC)	9 (4-18)	8 (4-16)	10 (5-19)	0,1
Posee Cobertura médica; n(%)	201 (71,8)	102 (63,75)	99 (82,5)	0,001
Uso de Biologico; n(%)	143 (51)	69 (43)	74 (61)	0,002
Buena adherencia al tratamiento; n(%)	240 (91,2)	146 (94,8)	94 (86,2)	0,015
Demora diagnóstico; mediana (RIC)	4 (2-5)	5 (2,5-5)	3 (1.5-5)	0,041
HAQ; media (DE)	0,76 (0,64)	0,50 (0,52)	1,12 (0,61)	<0,001
Hospital Público (lugar de atencion); n(%)	71 (25,3)	52 (32,5)	19 (15,8)	<0,002
IMC; mediana (RIC)	26,8 (24,2-30,8)	25,8 (23,8-30,4)	27,5 (24,7-31,1)	<0,002
Sjogren asociado; n (%)	41 (14.6%)	16 (10.00%)	25 (20.83%)	0,011
DAS_28 VSG; media (DE)	3,25 (1,3)	2,24 (0,62)	4,49 (0,91)	<0,001
DAS_28 PCR; media (DE)	2,83 (1,2)	1,97 (0,71)	3,88 (0,90)	<0,001
SDAI; mediana (RIC)	8,1 (3,1-15)	3,34 (2-6,2)	15,6 (12-24,1)	<0,001
CDAI; mediana (RIC)	8 (2-14)	3 (1-6)	15 (12-23)	<0,001
Articulaciones inflamadas (AI); mediana (RIC)	1 (0-2)	0 (0-0)	2 (1-4)	<0,001
Articulaciones dolorosas (AD); mediana (RIC)	2 (0-4)	0 (0-1)	4 (3-6)	<0,001
Uso de Corticoides; n (%)	62 (22)	20 (12,5)	42 (35)	<0,001
EVA paciente (mm); media (DE)	29 (23)	16,7 (16,6)	45,5 (21,5)	<0,001
EVA médico (mm); media (DE)	25 (21)	12,2 (11,4)	42,1 (19,9)	<0,001
VSG (mm/h); mediana (RIC)	2 (1-5)	10 (7–20)	25 (13–43)	<0,001
PCR (mg/L); mediana (RIC)	8,1 (3,1-15)	1,0 (0,8–2,8)	3,8 (1,1–8,0)	<0,001
FM; n (%)	17 (6.1%)	9 (5.63%)	8 (6.67%)	0,718

Referencias: DE: desvío estándar; RIC: rango intercuartílico; FR: factor reumatoideo; anti-CCP: anticuerpos anti-péptidos citrulinados cíclicos; HAQ: Health Assessment Questionnaire; IMC: índice de masa corporal; SDAI: Simplified Disease Activity Index; CDAI: Clinical Disease Activity Index; AI: articulaciones

Métodos: Se llevó a cabo un estudio de corte transversal, descriptivo y analítico. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010, en seguimiento en consultorio de reumatología de diferentes centros de la región de Cuyo. Se recolectaron datos de tipo epidemiológico, socio-demográficos y variables clínicas relacionados al estado y control de la enfermedad. Se categorizó a los pacientes de acuerdo a si presentaron la enfermedad controlada o no, definida por valores de DAS-28 < a 3.2. Se aplicó un modelo de regresión logística donde se incluyeron las variables que demostraron asociación en el modelo univariado y otras consideradas de importancia clínica.

Tabla. Análisis multivariado de factores asociados a enfermedad controlada (regresión logística)

Variable	OR ajustado	IC95%	Valor p
Edad actual (por año)	1.02	0.99–1.04	0.089
Tiempo de evolución (por año)	1.03	0.97–1.03	0.264
Sexo femenino	1.70	0.67–4.25	0.264
HAQ (por unidad)	**0.13**	**0.07–0.25**	**<0.001**
Cobertura médica (con vs. sin cobertura)	**0.23**	**0.10–0.51**	**<0.001**
Buena adherencia al tratamiento	**3.88**	**1.33–11.2**	**0.013**
IMC (por kg/m²)	0.95	0.89–1.01	0.129
Síndrome de Sjögren asociado	**0.40**	**0.16–0.97**	**0.043**

Referencias: OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confianza del 95%; HAQ: Health Assessment Questionnaire; IMC: índice de masa corporal.

Resultados: Se incluyeron 280 pacientes con AR, de los cuales 160 (57,1 %) presentaron enfermedad controlada. En el análisis univariado, los pacientes con enfermedad no controlada mostraron mayor frecuencia de uso de terapias biológicas, uso de corticoides, mayor índice de masa corporal, mayor prevalencia de síndrome de Sjögren asociado y peor estado funcional (HAQ). Por el contrario, los pacientes con enfermedad controlada presentaron mayor adherencia al tratamiento (Tabla 1). En el análisis multivariado, un mayor HAQ (OR 0,13; IC95 % 0,07–0,26; p<0,001), la presencia de cobertura médica (OR 0,23; IC95 % 0,11–0,51; p<0,001), la buena adherencia al tratamiento (OR 3,88; IC95 % 1,33–11,27; p=0,013) y el síndrome de Sjögren asociado (OR 0,40; IC95 % 0,17–0,97; p=0,043) se asociaron independientemente con el control de la enfermedad (Tabla 2).

Conclusión: En nuestra población, el control de la AR continúa siendo subóptimo, alcanzándose en solo el 57 % de los pacientes. La adherencia al tratamiento y la cobertura médica emergieron como factores modificables asociados a un mejor control, mientras que un mayor deterioro funcional y la presencia de síndrome de Sjögren identificaron pacientes con mayor riesgo de enfermedad no controlada. Estos resultados apoyan el desarrollo de estrategias orientadas a mejorar el acceso a la atención y promover la adherencia terapéutica para optimizar los desenlaces clínicos.

Asociación entre el índice de masa corporal y el nivel de actividad de la enfermedad mediante DAS28 en pacientes con artritis reumatoidea

Artritis Reumatoidea 0226

Julieta Quiroga Sampirisi, Silvina Nasi, Daniela Ponce, Agustín García Ciccarelli

Hospital El Carmen

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica asociada a daño articular progresivo y compromiso sistémico. En los últimos años, la obesidad ha sido identificada no solo como un estado proinflamatorio crónico de bajo grado mediado por la liberación de adipoquinas, sino también como un factor que puede alterar la respuesta al tratamiento y la evaluación de los índices de actividad clínica. Determinar la influencia del índice de masa corporal (IMC) sobre la actividad de la AR resulta fundamental para optimizar las estrategias de manejo integral en nuestra población.

Objetivo: Evaluar la distribución del IMC en una cohorte de pacientes con AR y analizar la relación entre el exceso de peso/obesidad y el nivel de actividad de la enfermedad medido a través del DAS28. Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal en pacientes adultos con diagnóstico de AR (criterios ACR/EULAR 2010). Se evaluaron variables sociodemográficas, hábito tabáquico, IMC (clasificado según la OMS en bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad grados I, II y III) y la actividad de la enfermedad mediante DAS28. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), y las cuantitativas como mediana y rango intercuartílico (RIC). La asociación entre las categorías de IMC y los niveles de actividad por DAS28 se evaluó mediante el test de Fisher. Los datos fueron analizados en JAMOVI versión 2.7.38. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p <0,05.

Tabla 1: Actividad por DAS28 según IMC

Actividad por DAS 28		IMC							Total
		NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD GRADO III	BAJO PESO	OBESIDAD GRADO I	OBESIDAD GRADO II	BAJO PESO	
Baja actividad	Observado	1	0	0	0	0	0	0	1
	% del total	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%
Moderada actividad	Observado	18	24	3	0	11	8	0	64
	% del total	15.3%	20.3%	2.5%	0.0%	9.3%	6.8%	0.0%	54.2%
Remisión	Observado	11	9	2	1	0	1	0	32
	% del total	9.3%	7.6%	1.7%	0.8%	0.0%	0.8%	0.0%	27.1%
Alta actividad	Observado	2	2	0	0	2	3	0	9
	% del total	1.7%	1.7%	0.0%	0.0%	1.7%	2.5%	0.0%	7.6%
Baja actividad	Observado	6	3	1	0	2	0	0	12
	% del total	5.1%	2.5%	0.8%	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%	10.2%
Total	Observado	38	38	6	1	23	12	0	118
	% del total	32.2%	32.2%	5.1%	0.8%	19.5%	10.2%	0.0%	100.0%

Resultados: Se incluyeron 142 pacientes. El 89,4 % eran de sexo femenino, con una mediana de edad de 57,3 años (RIC: 18). Respecto al hábito tabáquico, el 59,9 % nunca había fumado, el 15,5 % presentaba tabaquismo activo y el 24,6 % eran exfumadores. La positividad para el factor reumatoide y los anticuerpos antipéptidos citrulinados fue del 92,3 % y 84,5 %, respectivamente. Según la clasificación por IMC el 65,29 % de la cohorte presentaba exceso de peso (sobrepeso u obesidad). La actividad de la enfermedad medida por DAS28 pudo ser evaluada en 118 pacientes: Remisión: 27,1 %; Actividad baja: 10,2 %; Actividad moderada: 54,2 %; Actividad alta: 7,6 %.

Conclusión: En la cohorte evaluada se observó una elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad (superando el 65 %), así como un porcentaje significativo de pacientes con actividad moderada a alta de la enfermedad (61,8 %). Se identificó una asociación significativa entre los grados más severos de obesidad y un nivel elevado de actividad clínica medido por DAS28, lo que resalta la necesidad de abordar el exceso de peso como meta terapéutica complementaria en la AR.

Seguimiento híbrido versus atención presencial estándar en artritis reumatoide: desenlaces clínicos y reportados por los pacientes a los 6 meses

Artritis Reumatoidea 0230

Alejandro Brigante[1], Gilka Tainat Bejarano Martinez[1], Elías Emanuel Dufau[1], Juan Pablo Araque Medina[1], Agostina Bonicatto[1], López, Ignacio[1], Demelza Viviana Yucra[1], Linda Grey Vergel Orduz[1], Camila Sofia Galván[2], Juliana Denis Dei[3], Adriana Hamaui[1]

1. Sanatorio Güemes; 2. OSANA Salud; 3. PANLAR

Introducción: La pandemia de COVID-19 consolidó la consulta remota en el seguimiento de las enfermedades reumáticas. En la artritis reumatoide (AR), el tratamiento por objetivos requiere un monitoreo frecuente de la actividad, un requisito que las estrategias de telemedicina deben poder garantizar.

Objetivo: Comparar los desenlaces clínicos y los reportados por los pacientes a los 6 meses de una estrategia de seguimiento híbrido frente a la atención presencial estándar en pacientes adultos con artritis reumatoide.

Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal de la cohorte de adultos con AR, en el que se compararon dos estrategias de seguimiento en un único centro. Los pacientes fueron asignados de forma aleatoria al seguimiento híbrido o a la atención estándar (SOC, por sus siglas en inglés; exclusivamente visitas presenciales). Se efectuó un seguimiento de 6 meses, durante el cual se registraron el RAPID3, el DAS28, el índice de discapacidad del HAQ (HAQ-DI) y los dominios del SF-36, y se compararon los cambios respecto del valor basal.

Resultados: Se incluyeron 221 pacientes; la edad media fue de 52 años (DE 12) y el 76 % eran mujeres. El factor reumatoideo fue positivo en 72/81 (88,9 %) pacientes del grupo SOC y en 133/140 (95,0 %) del grupo híbrido (p=0,10). Los anticuerpos anti-CCP fueron positivos en 65/81 (80,2 %) pacientes del grupo SOC y en 111/140 (79,3 %) del grupo híbrido (p=1,00). En total, 140 pacientes realizaron el seguimiento híbrido y 81 integraron el grupo SOC. Se dispusieron datos apareados para el RAPID3 (híbrido, n=72; SOC, n=46), el DAS28 (n=77; n=57) y el HAQ-DI (n=132; n=73). El RAPID3 mejoró en ambos grupos: de 15,8 (9,9–19,7) a 10,1 (5,2–12,8) en el grupo híbrido y de 12,1 (8,1–16,0) a 9,2 (4,6–13,3) en el grupo SOC. El cambio mediano fue de −4,5 (−11,1 a 0,1) frente a −1,9 (−6,9 a 2,9), respectivamente (p=0,097). El DAS28 disminuyó de manera modesta y de forma similar en ambos grupos: de 3,52 (2,59–4,38) a 3,29 (2,37–4,31) en el grupo híbrido y de 3,53 (2,80–4,66) a 3,34 (2,77–4,24) en el grupo SOC (p entre grupos = 0,95). El HAQ-DI se mantuvo estable: de 1,10 (0,50–1,50) a 0,88 (0,38–1,41) en el grupo híbrido y de 0,90 (0,50–1,30) a 0,88 (0,50–1,50) en el grupo SOC (p entre grupos = 0,16). El SF-36 mejoró en varios dominios: Dolor, de 58 (34–74) a 68 (45–95) en el grupo híbrido frente a 58 (45–70) a 70 (45–100) en el grupo SOC (p=0,96), y Vitalidad, de 50 (40–67,5) a 50 (40–70) frente a 50 (40–60) a 60 (50–80) (p=0,20). Ningún dominio del SF-36 mostró una diferencia significativa entre los grupos en el cambio (todos los valores de p > 0,05).

Conclusión: La estrategia de seguimiento híbrido logró, a los 6 meses, desenlaces de actividad de la enfermedad y funcionales, informados por los pacientes, comparables a los de la atención presencial estándar, lo que la posiciona como una opción práctica para el seguimiento habitual de la AR. Su validación requiere cohortes externas, un mayor seguimiento y la evaluación de desenlaces radiográficos.

Evaluación del conocimiento de los pacientes con artritis reumatoidea sobre su enfermedad mediante cuestionario RAKAS

Artritis Reumatoidea 0233

Joselyn Nicole Ramirez Molestina, Sofía Selena Cerezo Muñoz, Amanda Gabriela Rodas Guaraca, Juliana Padron, Abel Gastón Reitich, Giuliano Ibañez, María Laura Quispe Villanueva, Julio César Urrutia, María Nieves Lojo, Verónica Cecilia Wernicke

Hospital Interzonal General de Agudos Prof. Dr. R. Rossi, La Plata

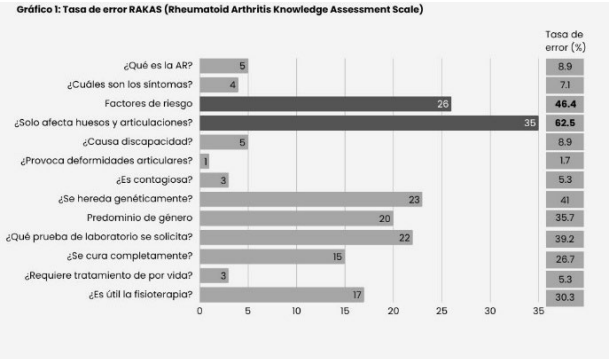
Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmune que deteriora la calidad de vida. La educación sanitaria es clave, ya que un buen conocimiento de la patología mejora los resultados clínicos. Este suele ser desigual por factores sociodemográficos y educativos.

Objetivo: Objetivo principal: Evaluar el nivel de conocimiento sobre su enfermedad de los pacientes con AR atendidos en el Servicio de Reumatología del HIGA R. Rossi de La Plata. Objetivos secundarios: Identificar los factores sociodemográficos más frecuentes en los grupos de conocimiento determinados por RAKAS; identificar los ítems RAKAS que presentan más deficiencia de información.

Tabla 1. Factores sociodemográficos

Variable	Grupo Excelente (n23)	Grupo Adecuado (n29)	Grupo Bajo-Deficiente (n4)
Edad Media (años)	58 69	58 86	55.50
Estado Civil			
Casado	47.83% (n 11)	41.37% (n 12)	50% (n 2)
Soltero	26.08% (n 6)	44.82% (n 13)	50% (n 2)
Separado	26.08 (n6)	10.34% (n 3)	0
Viudo	0	3.44% (n1)	0
Escolaridad			
Sin estudios	4.34% (n1)	0	0
Primaria	21.74% (n5)	48.27%(n 14)	**100%(n 4)**
Secundaria	**43.47% (n10)** } 73,9%	**41.37%(n 12)** } 51,7%	0
Superior	**30,43% (n7)**	**10,34% (n3)**	0
Tiempo de diagnóstico			
> 10a	**65.22%(n 15)**	**58.62%(n 17)**	50% (n 2)
6-10a	13.04%(n3)	13.79%(n 4)	0
1-5a	13.04%(n3)	13.79%(n 4)	50% (n 2)
menos de 1a	8,69% (n2)	13.79%(n 4)	0
Cambios por la enfermedad			
Sin cambios	56.52% (n 13)	27.58%(n 8)	25% (n 1)
Abandono	21.73% (n5)	34.48% (n 10)	75 % (n 3)
Reducción	21.73% (n5)	20.69%(n 6)	0
Cambio de trabajo	0	10.34%(n 3)	0
No contesta	0	6.89%(n 2)	0
Ocupación			
Desempleo	30.43% (n 7)	20.69%(n 6)	0
Jubilado	26.08% (n6)	27.59%(n 8)	50% (n 2)
Pensionado	21.73% (n5)	20.69% (n 6)	50% (n 2)
Dependiente	21.73% (n5)	31.03% (n 9)	0
Cobertura Pública	56.52% (n 13)	55.17% (n 16)	100% (n 4)
Vivienda precaria	8.70% (n2)	6.90% (n 2)	25% (n 1)

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal de 12 semanas de duración (abril-julio 2026). Se incluyeron adultos con AR según criterios ACR 2010 en seguimiento por nuestro servicio. Se utilizó un cuestionario anónimo de 28 ítems que evaluó factores sociodemográficos (15 ítems) y nivel de conocimiento sobre AR mediante RAKAS, que consta de 13 ítems sobre síntomas, factores genéticos, daño sistémico, deformidad, tratamiento, cronicidad y fisioterapia. Los resultados clasifican el nivel de conocimiento en deficiente (<4 puntos), bajo (5–7 puntos), adecuado (8–10 puntos), excelente (>= 11 puntos). Para cada categoría se analizaron los factores sociodemográficos más frecuentes. Para detectar los puntos débiles, se analizó la tasa de error de cada ítem del cuestionario RAKAS.



Resultados: Se analizaron 56 encuestas, con una media de edad de 55,2 años (22-89); 89,2 % (n 50) eran mujeres. Se dividió el conocimiento en grupos según RAKAS y se evidenció un nivel adecuado 51,7 % (n 29), excelente 41 % (n 23), bajo 5,3 % (n 3) y deficiente 1,7 % (n 1). Por la baja muestra, los grupos bajo y deficiente se unificaron (7,1 % n 4) para el análisis de los factores sociodemográficos. En el grupo excelente, el 65.2 % (n 15) tenían >10 años de diagnóstico. La educación secundaria o superior predominó en los niveles excelente y adecuado (73,9 % y 51,7 %), mientras el 100 % del grupo bajo/deficiente alcanzó un nivel primario. Los errores más comunes fueron el desconocimiento de manifestaciones extraarticulares (62,5 %) y los factores de riesgo asociados a AR (46,4 %). En el Cuadro 1 se presentan los diferentes factores sociodemográficos analizados, y en el Gráfico 1 la tasa de error del cuestionario RAKAS.

Conclusión: La mayoría de los pacientes mostró un buen conocimiento. Se enfatiza que la menor escolaridad y el diagnóstico reciente se asociaron a un peor desempeño. Las principales fallas se concentraron en el desconocimiento de las manifestaciones extraarticulares y los factores de riesgo asociados a AR. Esto destaca la importancia de implementar capacitaciones simples y focalizadas en la consulta, especialmente en quienes inician tratamiento y/o presentan menor alfabetización.

Calprotectina sérica como marcador de inflamación en artritis reumatoide: análisis interino de una cohorte prospectiva

Artritis Reumatoidea 0264

Elías Emanuel Dufau, Maximiliano Domínguez, Ignacio López, Linda Grey Vergel Orduz, Demelza Viviana Yucra Bobarin, Gilka Tainat Martínez Bejarano, Juan Carlos Zaracho, Érica Carola Heinze, Alejandro Brigante

Sanatorio Güemes

Introducción: La calprotectina (s100a8/a9) es liberada localmente por neutrófilos y macrófagos en la sinovial inflamada, por lo que podría reflejar la actividad articular con mayor sensibilidad que los reactantes de fase aguda de síntesis hepática. Su rendimiento en cohortes de pacientes con artritis reumatoide (AR) no está establecido en nuestro medio.

Objetivo: Evaluar la asociación entre los niveles de calprotectina sérica y los índices compuestos de actividad, y comparar su capacidad discriminativa con la de la PCR y la VSG.

Métodos: Estudio longitudinal de una cohorte prospectiva de pacientes con AR (ACR/EULAR 2010). Se presenta el análisis interino de la visita basal de los primeros 55 pacientes, con determinación de calprotectina sérica mediante ELISA sándwich comercial para el complejo s100a8/a9 (curva de calibración 32,8-8.000 pg/ml; rango cuantificable 1.280-8.000 pg/ml). Los índices se recalcularon a partir de sus componentes, y las concentraciones se interpolaron a partir de la curva estándar de cada placa. Se aplicaron la correlación de

Spearman, el AUC y la correlación parcial ajustada por PCR. Análisis de sensibilidad: (a) restricción al rango cuantificable (n=45), (b) exclusión de apareos no confirmados (n=50), (c) análisis intraplaca de absorbancia.

Resultados: Edad mediana 50 años (ric 44-61), 49/55 mujeres (89 %), duración de la enfermedad 7,7 años, fr+ 52/55, anti-ccp+ 50/55. Predominio de baja actividad: DAS28-CRP 2,45 (ric 1,92-3,90), cdai 7,0 (5,0-14,0), 30/55 (55 %) en remisión por DAS28-CRP. Calprotectina mediana: 3.346 pg/ml (rango: 2.116-5.186) según la curva de calibración. Correlación con actividad: NAI-28 rho=0,23 (p=0,088), CDAI rho=0,17 (p=0,215), DAS-28(PCR) rho=0,18 (p=0,191), VSG rho=0,21 (p=0,130); sólo con PCR alcanzó significación (rho=0,27; IC95 % 0,01-0,50; p=0,044), asociación que no persistió al restringir al rango calibrado (rho=0,07; p=0,64). Ajustada por PCR, la correlación parcial con el CDAI fue de 0,06 (p=0,66). Para discriminar la actividad (DAS28-CRP > 3,2), el AUC de la calprotectina fue de 0,66 frente a 0,86 para la PCR y 0,81 para la VSG. Secundariamente, la remisión resultó altamente dependiente del reactante utilizado: 55 % con DAS-28 (PCR) vs. 18 % con DAS-28 (VSG) (kappa 0,31), con reclasificación de 20/55 pacientes (36 %); sólo 2/55 (4 %) cumplieron criterios booleanos.

Conclusión: La calprotectina sérica basal no se asoció de forma independiente con los índices compuestos ni superó a pcr y vsg en capacidad discriminativa, resultado consistente en los análisis de sensibilidad. El escaso rango dinámico de la actividad y el diseño transversal limitan la interpretación. Se encuentran en curso el análisis longitudinal a los 3 y 6 meses, la incorporación de la ecografía articular y la revalidación analítica del ensayo.

Análisis de costo-efectividad de una estrategia de seguimiento híbrido versus presencial en pacientes con artritis reumatoide

Artritis Reumatoidea 0265

Alejandro Brigante[1], Gilka Bejarano Martinez[1], Elías Emanuel Dufau[1], Juan Pablo Araque Medina[1], Agostina Bonicatto[1], Caterina Marcoccia[1], Ignacio López[1], Demelza Viviana Yucra[1], Linda Grey Vergel Orduz[1], Camila Sofia Galván[2], Juliana Denis Dei[2], Juan Pablo Hernández[2], Adriana Hamaui[1]

1. Sanatorio Güemes; 2. OSANA Salud

Introducción: La sostenibilidad de los sistemas de salud exige modelos de atención que optimicen los recursos y mantengan los resultados clínicos. El seguimiento híbrido, que combina consultas presenciales con el monitoreo remoto mediante una plataforma de resultados reportados por el paciente (PRO), surge como alternativa al seguimiento presencial habitual en la artritis reumatoide (AR). Habiéndose demostrado previamente su no inferioridad clínica, resta evaluar su valor económico.

Objetivo: Estimar el costo-efectividad del seguimiento híbrido frente al presencial en pacientes con AR a los 12 meses desde la perspectiva de la institución prestadora.

Métodos: Análisis de costo-efectividad (con componente de costo-minimización) sobre la cohorte de un ensayo aleatorizado de no inferioridad (n=147; 80 híbrido, 67 presencial). La efectividad fue evaluada en años de vida ajustados por calidad (AVAC/QALY), mediante el área bajo la curva del EQ-5D-5L (basal y a los 12 meses, con un data set de Uruguay), con diferencia ajustada por utilidad basal mediante ANCOVA. Los costos (en pesos argentinos, desde la perspectiva del prestador) se calcularon a partir del uso real de recursos por paciente: consultas presenciales y virtuales, consultas no programadas, guardias e infiltraciones, obtenidos del sistema de gestión institucional y valorizados con costos unitarios locales. El costo de la plataforma fue modelado según su estructura tarifaria real (abono fijo mensual más un componente por paciente). Se excluyeron del análisis las internaciones por ser un evento infrecuente y de alto costo. La incertidumbre se estimó mediante el método de *bootstrapping.*

Resultados: Los grupos fueron comparables al inicio (edad: 51 años; DAS28 basal: 3,9; HAQ: 1,05). El seguimiento híbrido redujo a la mitad las consultas presenciales (de 3 a 6 al año). La calidad de vida fue equivalente entre los grupos: diferencia de QALY ajustada de +0,004 (IC 95 %: −0,046 a +0,055; p = 0,86). El seguimiento híbrido generó un ahorro bruto en recursos de seguimiento de 22.920 ARS por paciente/año (IC 95 %: 4.852 a 40.801; probabilidad de ahorro: 99 %). Al incorporar el costo real de la plataforma, el modelo

se mantuvo rentable, con un ahorro neto de 727 ARS por paciente al año. Dado que el abono de la plataforma incluye un componente fijo, el ahorro por paciente aumenta con el volumen de pacientes en seguimiento. El análisis de sensibilidad que incorporó internaciones no modificó la dirección del resultado.

Conclusión: En pacientes con AR, el seguimiento híbrido fue equivalente al presencial en calidad de vida y redujo en un 50 % el uso de consultas presenciales, lo que constituye una estrategia ahorradora desde la perspectiva del prestador. El ahorro es mayor cuanto mayor es el volumen de pacientes en seguimiento, lo que favorece su escalabilidad. Estos hallazgos aportan evidencia para la adopción de modelos de seguimiento remoto en reumatología y para la sostenibilidad de la atención.

Tabla 1. Características basales según estrategia de seguimiento
Estudio pivotal H-T2T · seguimiento híbrido vs presencial en artritis reumatoide

Característica	Híbrido (n = 80)	Presencial (n = 67)
Edad, años media (DE)	51,2 (13,2)	52,1 (11,8)
Sexo femenino. n (%)	66 (89)	47 (75)
Cobertura n (%)		
Obra social	64 (80)	52 (78)
Prepaga	13 (16)	9 (13)
Particular / privado	3 (4)	6 (9)
DAS28 basal, media (DE)	3,94 (1,43)	3,78 (1,42)
HAQ basal, media (DE)	1,07 (0,64)	1,04 (0,71)
EQ-5D-5L basal, media (DE)	0,56 (0,34)	0,60 (0,36)
EQ-5D-5L 12 meses, media (DE)	0,63 (0,33)	0,62 (0,28)

DE: desviación estándar; DAS28: Disease Activity Score-28; HAQ: Health Assessment Questionnaire; EQ-5D-5L: índice de utilidad (set de valores de Uruguay).

Kinesiofobia en pacientes con artritis reumatoidea y factores asociados a la misma

Artritis Reumatoidea 0266

Lucila Belén Antoniewicz, Pamela Peralta, Juan Manuel Bande, Sofía Cherey, María Alejandra Medina, Javier Federico Flores Trejo, Diana Silvia Klajn, Silvia Papasidero

Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú

Introducción: La kinesiofobia se define como un miedo excesivo e irracional al movimiento que genera una percepción de vulnerabilidad frente al dolor, la lesión o relesión. En pacientes con artritis reumatoidea (AR) se ha relacionado con mayor discapacidad, catastrofismo, aislamiento social y depresión. La evidencia disponible en nuestro medio acerca de este tema es limitada.

Objetivo: Evaluar la kinesiofobia en pacientes con AR y su asociación con características sociodemográficas y clínicas, variables relacionadas a sarcopenia, miedo a caer, ansiedad y depresión.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y analítico. Se incluyeron pacientes consecutivos >= 18 años con AR (ACR/EULAR 2010). Se registraron variables sociodemográficas, comorbilidades, presencia de fibromialgia concomitante, índice de masa corporal (IMC), práctica de ejercicio, características de la AR y clinimetría. Se determinó la presencia de síntomas de ansiedad y depresión mediante las subescalas de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS-A y HADS-D). Como variables relacionadas a sarcopenia se emplearon la prueba de fuerza de agarre con el dinamómetro Jamar y el test de velocidad de la marcha sobre 4 metros. El miedo a caer se evaluó con el cuestionario Falls Efficacy Scale-International (FES-I) y la kinesiofobia mediante la escala de Tampa abreviada (TSK-11), un cuestionario autorreportado de tipo Likert, cuyo puntaje oscila entre 11 y 44; valores más elevados indican mayor kinesiofobia. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Se evaluaron las asociaciones mediante el coeficiente de correlación de Spearman o la prueba de Wilcoxon, según correspondiera. Se construyó

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de la población (N=107)

Característica	Valor
Edad en años, media (DE)	54,9 (12,5)
Mujeres, n (%)	94 (87,4)
Escolaridad en años, media (DE)	10,7 (2,5)
Presencia de comorbilidades, n (%)	75 (70,1)
Fibromialgia concomitante, n (%)	7 (6,6)
IMC, mediana (RIC)	27,9 (25-32,8)
Ejercicio, n (%)	32 (29,9)
Tiempo de evolución en meses de la AR, mediana (RIC)	108 (42-204)
Enfermedad erosiva, n (%)	59 (55,1)
FR, n (%)	100 (93,5)
ACPA, n (%)	101 (95,3)
EVA dolor, mediana (RIC)	50 (10-80)
EVA global del paciente, mediana (RIC)	50 (20-80)
EVA global del médico, mediana (RIC)	20 (0-40)
EVA fatiga, mediana (RIC)	50 (30-70)
DAS28, mediana (RIC)	3,3 (2,6-4,4)
CDAI, mediana (RIC)	9 (3-16)
SDAI, mediana (RIC)	8,5 (3-15,7)
HAQ-A, mediana (RIC)	1,3 (0,6-2)
QOL-RA II, mediana (RIC)	6 (4,8-7,8)
HADS-A, mediana (RIC)	7,5 (3-11)
HADS-D, mediana (RIC)	6 (2-9)
Velocidad de marcha en m/seg, mediana (RIC)	0,74 (0,54-0,95)
Jamar mano dominante en kg, mediana (RIC)	15 (8-22)
FES-I, mediana (RIC)	32 (22-45)
TSK-11, mediana (RIC)	32 (23-39)

DE: desvío estándar. RIC: rango intercuartílico. AR: artritis reumatoidea. FR: factor reumatoideo. ACPA: anticuerpos anti-péptidos citrulinados. EVA: escala visual analógica. DAS28: Disease Activity Score. CDAI: Clinical Disease Activity Index. SDAI: Simple Disease Activity Index. HAQ-A: Health Assessment Questionnaire. QOL-RA II: Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale II. HADS-A/D: subescalas de ansiedad y depresión de la Hospital Anxiety and Depression Scale. FES-I: Falls Efficacy Scale-International. TSK-11: Tampa Scale for Kinesiophobia. DAS28, HAQ-A y QOL-RA II redondeados a 1 decimal.

Tabla 2. Correlación del puntaje total de TSK-11 con clinimetría, miedo a caer, calidad de vida, ansiedad, depresión y rendimiento físico (N=107)

Variable	Coeficiente de Spearman	p-valor
EVA dolor	r = 0,42	<0,0001
EVA global del paciente	r = 0,45	<0,0001
EVA fatiga	r = 0,34	0,0003
DAS28	r = 0,35	0,001
CDAI	r = 0,49	<0,0001
SDAI	r = 0,44	<0,0001
HAQ-A	r = 0,47	<0,0001
QOL-RA II	r = -0,53	<0,0001
HADS-A	r = 0,59	<0,0001
HADS-D	r = 0,47	<0,0001
Velocidad de marcha	r = -0,36	0,001
FES-I	r = 0,54	<0,0001

DAS28: Disease Activity Score. CDAI: Clinical Disease Activity Index. SDAI: Simple Disease Activity Index. HAQ-A: Health Assessment Questionnaire. FES-I: Falls Efficacy Scale-International. QOL-RA II: Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale II. HADS-A/D: Hospital Anxiety and Depression Scale.

un modelo de regresión lineal múltiple con las variables de relevancia estadística y clínica identificadas en el análisis bivariado. Nivel de significación 0,05. Corrección de Bonferroni. Software Stata 14.0.

Resultados: Se incluyeron 107 pacientes. Las características de la población se observan en la Tabla 1. La mediana del TSK-11 fue 32 (RIC 25-39). Se hallaron correlaciones positivas con HADS-A, FES-I, CDAI, HAQ-A, HADS-D, EVA global, SDAI, EVA dolor, DAS28 y EVA fatiga; y negativas con QOL-RA II y velocidad de la marcha (Tabla 2). En la regresión lineal múltiple, HADS-A (B=0,51; p=0,001), CDAI (B=0,22; p=0,01) y FES-I (B=0,16; p=0,02) se asociaron de manera independiente con el puntaje de TSK-11, asociación que se mantuvo al excluir a los pacientes con fibromialgia.

Conclusión: Se observó un puntaje de kinesiofobia elevado en nuestra población, con una mediana de 32 puntos en el TSK-11. El puntaje de TSK-11 se asoció de manera independiente con ansiedad, miedo a caídas y actividad de la enfermedad medida por CDAI. Por estos hallazgos consideramos que es importante identificar la kinesiofobia en pacientes con AR e incluir en su abordaje como parte de la práctica clínica reumatológica.

Consenso Argentino de Terapéutica Farmacológica (oral, transdérmica, intraarticular) en osteoartritis (OA) de rodilla y cadera (ARIAT)

Artrosis / Cristálicas 0234

Juan José Scali[1], Gustavo Nasswetter[2], Gustavo Casado[3], O. D. Messina, O. Rillo, A. M. Riopedre, D. Sevilla, J. N. Racca, F. Spikermann, R. Berruezo, J. Ju, V. Castro, R. Boyd, D. Siano

1. Hospital Durand; 2. Hospital de Clínicas; 3. Hospital Militar Central

Introducción: La osteoartritis (OA) es la enfermedad reumática más frecuente, con alrededor de 600 millones de personas afectadas en el mundo. Si bien existe consenso respecto del tratamiento no farmacológico, persisten controversias sobre el tratamiento farmacológico, especialmente respecto del rol de los fármacos sintomáticos de acción lenta (SySADOAs) y la viscosuplementación. Los consensos nacionales y regionales permiten considerar las particularidades de cada país y sus sistemas de salud.

Objetivo: Elaborar un consenso argentino sobre el tratamiento farmacológico de la OA de rodilla y cadera.

Métodos: Participaron 13 especialistas: 7 reumatólogos, 3 traumatólogos y 3 especialistas en clínica médica/medicina del deporte. Se revisó la literatura publicada durante los últimos 12 años y se seleccionaron los trabajos con niveles de evidencia relevantes. Se realizaron reuniones virtuales y tres encuentros presenciales del panel de expertos. En estos últimos se votaron acuerdos y desacuerdos mediante una escala de 1 a 9.

Resultados: Se alcanzó mayoría de acuerdo (grados 7-9) en aspectos relacionados con el uso de analgésicos, AINEs, analgesia multimodal, SySADOAs, terapias intraarticulares y consideración de comorbilidades y fenotipo/endotipo de OA. Se acordó que los SySADOAs pueden constituir una alternativa de primera línea y que la viscosuplementación con ácido hialurónico puede utilizarse en los grados radiológicos I, II y III de Kellgren-Lawrence. Hubo acuerdo sobre el papel de los corticoides intraarticulares y la necesidad de individualizar su indicación, frecuencia, tipo y dosis. No se alcanzó definición de acuerdo/desacuerdo para el uso de hipnoanalgésicos potentes, SySADOAs como condroprotectores, relajantes musculares, vitaminas, terapias tópicas y cannabinoides. Hubo mayoría de desacuerdo (grados 1-3) respecto del uso de viscosuplementación en OA grado IV de Kellgren-Lawrence.

Conclusiones: El Grupo ARIAT recomienda considerar los SySADOAs dentro del tratamiento farmacológico de la OA y realizar viscosuplementación en pacientes con OA radiológica grados I, II y III de Kellgren-Lawrence, en el contexto de un tratamiento individualizado.

Diferencias clínicas e inmunológicas entre pacientes con enfermedad de Sjögren primaria anti-SSA/Ro-positivos y anti-SSA/Ro-negativos

Enfermedad de Sjogren 0029

Marcela Alejandra Romero Caballero, Mariano Alves, Analía Sanchéz Leguizamo, Camila Montenegro, Natalia Andrea Perrotta, Maximiliano Fenucci

Hospital César Milstein

Introducción: La enfermedad de Sjögren primaria (SjDp) es un trastorno autoinmune sistémico heterogéneo. Aunque los anticuerpos anti-SSA/Ro son fundamentales para la clasificación de la enfermedad, su asociación con el fenotipo sistémico, la actividad de la enfermedad y los resultados reportados por los pacientes sigue siendo controvertida.

Objetivo: Comparar los resultados demográficos, clínicos, inmunológicos, actividad de la enfermedad y resultados reportados por los pacientes entre pacientes con SjDp anti-SSA/Ro-positivos y anti-SSA/Ro-negativos, con especial énfasis en el compromiso extraglandular.

Métodos: Realizamos un estudio de cohorte observacional que incluyó a 68 pacientes que cumplían con los criterios de clasificación ACR/EULAR de 2016 para SjDp. Los pacientes se clasificaron como anti-SSA/Ro-positivos (n=39) o anti-SSA/Ro-negativos (n=28). La actividad de la enfermedad se evaluó mediante el Índice de Actividad de la Enfermedad del Síndrome de Sjögren de EULAR (ESSDAI). Los resultados reportados por los pacientes incluyeron el Índice Reportado por el Paciente del Síndrome de Sjögren de EULAR (ESSPRI) y la escala FACIT-Fatigue. El compromiso extraglandular se definió como la presencia de al menos una manifestación clínica extraglandular. Se realizó un análisis de regresión logística multivariable.

Resultados: Los pacientes anti-SSA/Ro-positivos y anti-SSA/Ro-negativos mostraron una actividad global de la enfermedad y una carga de síntomas comparables evaluados por ESSDAI, ESSPRI y FACIT-Fatigue. Sin embargo, los pacientes anti-SSA/Ro-positivos exhibieron una frecuencia significativamente mayor de compromiso extraglandular en comparación con los pacientes anti-SSA/Ro-negativos (79.49 % vs. 53.57 %, p = 0.024). En el análisis multivariable, la presencia de al menos una manifestación extraglandular permaneció independientemente asociada con la positividad para anti-SSA/Ro (OR 21.11, IC del 95 % 2.51-177.78; p = 0.005). Los dominios extraglandulares individuales no alcanzaron significancia estadística cuando se analizaron por separado.

Conclusión: La positividad para anti-SSA/Ro identifica un fenotipo extraglandular más amplio en la pSjD, caracterizado por una mayor carga acumulada de manifestaciones sistémicas sin diferencias en la actividad global de la enfermedad o en los resultados reportados por los pacientes. Estos hallazgos respaldan una evaluación orientada a dominios y guiada por el fenotipo, más allá de los índices compuestos.

Desarrollo de un *score* basado en variables de laboratorio para discriminar enfermedad de Sjögren en pacientes con sospecha diagnóstica

Enfermedad de Sjogren 0069

María Lewin, Enrique R. Soriano

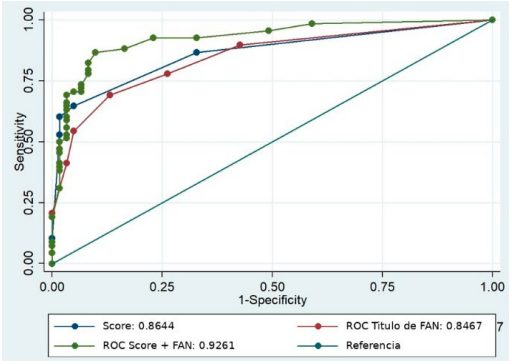
Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Los autoanticuerpos son centrales en la evaluación de la enfermedad de Sjogren (ESj), pero pueden demorarse o no estar disponibles. Determinaciones habituales de laboratorio podrían ayudar a identificar pacientes con mayor probabilidad de ESj antes de contar con estudios inmunológicos.

Objetivo: Evaluar la capacidad de variables de laboratorio para discriminar ESj confirmada de sospecha descartada, desarrollar un *score* sencillo y determinar su valor complementario al título de FAN.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional en un hospital universitario (2000-2025), que incluyó pacientes con ESj (criterios ACR/EULAR 2016) y pacientes derivados por sospecha en quienes el diagnóstico fue descartado. Se analizaron variables demográficas y de laboratorio (hemograma, eritrosedimentación (VSG), proteína C reactiva (PCR), proteinograma, TSH, autoanticuerpos) con pruebas paramétricas o no paramétricas según correspondiera. Las variables asociadas con ESj en el análisis univariado (p<0,05) se incorporaron a una regresión logística multivariable. Para la construcción del *score*, se utilizaron los coeficientes del modelo, se asignaron 3 puntos a la hipergammaglobulinemia (>1,5 g/dL), 2 a la linfopenia (<1.000 células/mm^3) y

1 a la VSG elevada. El desempeño discriminativo se evaluó mediante curvas ROC. Se identificó el punto de corte óptimo mediante el índice de Youden y se calcularon sensibilidad, especificidad y razones de verosimilitud. Las AUC del *score*, del título del FAN y del modelo combinado se compararon mediante el método de DeLong. La precisión del AUC del *score* se evaluó mediante 1.000 remuestreos de *bootstrap*.



Resultados: Se incluyeron 140 pacientes: 70 con ESj y 70 con sospecha descartada. La edad media fue similar (59 vs. 61 años; p=0,401). Los pacientes con ESj tuvieron menor hemoglobina, leucocitos y linfocitos absolutos, y mayor frecuencia de FAN positivo, VSG >20 mm/h, hipergammaglobulinemia, anti-Ro y anti-La (Tabla 1). En 131 pacientes con datos completos, hipergammaglobulinemia (OR 43,95; IC95 % 5,50-351,06), linfopenia (OR 9,64; IC95 % 1,69-55,13) y VSG elevada (OR 4,03; IC95 % 1,56-10,45) se asociaron independientemente con ESj. El *score* presentó buena capacidad discriminativa, con un AUC de 0,864 (IC95 % *bootstrap* 0,804–0,924); el valor corte >= 2 tuvo sensibilidad 64,7 %, especificidad 95,2 %, LR+ 13,59 y LR- 0,37, comparable al FAN (AUC 0,864 vs. 0,847; p=0,661). La combinación de ambos alcanzó AUC 0,926 (IC95 % 0,880-0,972), superior al *score* (p=0,010) y al FAN (p=0,001) aislados.

Conclusión: Un *score* sencillo basado en hipergammaglobulinemia, linfopenia y VSG elevada discriminó bien ESj entre pacientes con sospecha diagnóstica, con desempeño comparable al FAN. Su alta especificidad podría identificar pacientes con alta probabilidad de ESj antes de contar con estudios inmunológicos.

Característica	Pacientes con ESj (n = 70)	Pacientes sin ESj (n = 70)	Valor de p
Datos demográficos			
Edad a la primera consulta con reumatología, años, media (DE)	59 (1,89)	61 (1,73)	0,401
Parámetros de laboratorio (variables continuas)			
Hemoglobina, g/dL, media (DE)	12,8 (0,13)	13,4 (0,12)	0,001
Leucocitos totales, /mm³, media (DE)	5.644 (195,97)	6.159 (171,53)	0,050
Recuento relativo de linfocitos, %, media (DE)	31,1 (1,02)	31,7 (1,06)	0,720
Recuento absoluto de linfocitos, /mm³, media (DE)	1.784,5 (56,97)	1.876,5 (66,66)	0,012
Recuento de plaquetas, /mm³, media (DE)	252.021 (8.965)	256.040 (8.106)	0,740
Gammaglobulina, g/dL, media (DE)	1,68 (0,08)	0,99 (0,02)	<0,001
Proteína C reactiva, mg/L, media (DE)	3,70 (0,78)	1,59 (0,18)	0,014
TSH, µUI/mL, media (DE)	2,60 (0,19)	2,18 (0,29)	0,236
Eritrosedimentación, mm/h, media (DE)	41,3 (3,45)	17,3 (1,55)	<0,001
Parámetros de laboratorio (variables categóricas)			
FAN positivo, n (%)	62 (88,6)	48 (43,1)	<0,001
Eritrosedimentación > 20 mm/h, n (%)	54 (78,3)	21 (30,8)	<0,001
Gammaglobulina > 1,5 g/dL, n (%)	39 (56,5)	1 (1,6)	<0,001
Linfopenia (linfocitos < 1.000/mm³), n (%)	15 (21,4)	3 (4,3)	0,004
Serología específica			
Anti-Ro/SSA positivo, n (%)	52 (74,3)	0 (0)	<0,001
Anti-La/SSB positivo, n (%)	24 (34,3)	3 (4,3)	<0,001

Validación al español del cuestionario Primary Sjögren's Syndrome Quality of Life (PSS-Qol) en pacientes con enfermedad de Sjögren en Argentina

Enfermedad de Sjogren 0072

Maitté Alejandra Vásconez Swett[1], Sofía Cherey[1], Juan Manuel Bande[1], María Alejandra Medina[1], Javier Federico Flores Trejo[1], Diana Silvia Klajn[1], Joan Manuel Dapeña[2], Eliana Rebeca Serrano[3], María Julia Sosa[4], Patricia Belén Dominguez Leiva[5], Silvia Papasidero[1]

1. Hospital Tornú; 2. Hospital Santojanni; 3. Sanatorio Dr. Julio Méndez; 4. Sanatorio de la Trinidad Mitre; 5. Consultorio Privado

Introducción: La enfermedad de Sjögren (ESj) presenta una marcada heterogeneidad clínica y una elevada carga de enfermedad. Sus manifestaciones glandulares y extraglandulares contribuyen de manera significativa al deterioro funcional y de la calidad de vida de los pacientes. El Primary Sjögren's Syndrome Quality of Life (PSS-QoL) es un cuestionario autorreportado y específico para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con ESj. El puntaje total oscila de 0 a 96 en mujeres y de 0 a 92 en hombres. Puntajes más altos indican peor CVRS.

Objetivo: Validar una versión en español del cuestionario PSS-QoL, adaptada transculturalmente, para su uso en pacientes con enfermedad de Sjögren en Argentina.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, de corte transversal y analítico. Se realizó la traducción y adaptación transcultural del cuestionario PSS-QoL según las guías de Beaton y col. 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 completaron el cuestionario PSS-QoL y el EuroQol-5D. Se registró el tiempo requerido para completar el cuestionario PSS-QoL y un subgrupo de pacientes lo completó nuevamente a los 10 ± 4 días de la evaluación basal en ausencia de cambios clínicos, a fin de determinar la reproducibilidad. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. La consistencia interna se evaluó mediante alfa de Cronbach, la reproducibilidad mediante test-retest y la validez convergente mediante el coeficiente de correlación de Spearman con el EuroQol-5D. Nivel de significación 0.05. Software Stata 14.0.

Tabla. Características de la población y la enfermedad (N=82)

Edad en años, media (DE)	56.2 (11)
Mujeres, n (%)	75 (91.5)
Comorbilidades, n (%)	62 (75.6)
Tiempo de evolución en meses, mediana (RIC)	62.5 (24-108)
Manifestaciones extraglandulares, n (%)	62 (75.6)
Positividad para ANA, n (%)	76 (93.8)
Positividad para Anti Ro/SSA, n (%) (N=77)	55 (71.4)
Positividad para Anti La/SSB, n (%) (N=79)	28 (35.4)
Positividad para FR, n (%) (N=80)	37 (46.2)
EVN SICCA en cm, mediana (RIC)	6 (5-8)
EVN xerostomía en cm, mediana (RIC)	6 (5-8)
EVN xeroftalmía en cm, mediana (RIC)	6 (4-8)
EVN fatiga en cm, mediana (RIC)	5.5 (2-7)
EVN dolor en cm, mediana (RIC)	4 (1-6)
EVN global del paciente en cm, mediana (RIC)	5 (4-7)
EVN global del médico en cm, mediana (RIC)	3 (2-5)
ESSPRI, mediana (RIC)	5 (3-6)
ESSDAI, mediana (RIC)	0 (0-5)

DE: Desvío estándar; RIC: Rango intercuartílico; ANA: Anticuerpos antinucleares; FR: Factor reumatoideo; EVN: escala visual numérica; ESSPRI: EULAR Sjögren's Syndrome Patient Reported Index; ESSDAI: EULAR Sjögren's Syndrome Disease Activity Index.

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes, las características de la población y de la enfermedad se muestran en la Tabla. La mediana del puntaje total del cuestionario PSS-QoL fue de 34.5 (RIC 21-43) y del EuroQol-5D fue de 0.77 (RIC 0.66-0.88). La mediana del tiempo de respuesta del PSS-QoL fue de 5:05 minutos (n=12). La validación del cuestionario PSS-QoL mostró una excelente consistencia interna (alfa de Cronbach=0.81) y una excelente reproducibilidad test-retest (ICC 0.88, n=18). No se detectaron preguntas redundantes. Se observó una correlación moderada entre PSS-QoL y EuroQol-5D (r=-0.54, p < 0.0001).

Conclusión: La versión en español del cuestionario PSS-QoL demostró ser válida, confiable y reproducible para evaluar la calidad de vida en pacientes con ESj.

Asociación entre la calidad de vida y la carga sintomática de la xerostomía y la xeroftalmia en pacientes con enfermedad de Sjögren

Enfermedad de Sjogren 0073

Maitté Alejandra Vásconez Swett[1], Sofía Cherey[1], Juan Manuel Bande[2], María Alejandra Medina[1], Javier Federico Flores Trejo[1], Diana Silvia Klajn[1], Joan Manuel Dapeña[1], Eliana Rebeca Serrano[3], María Julia Sosa[4], Patricia Belén Dominguez Leiva[5], Silvia Papasidero[1]

1. Hospital Tornú; 2. Hospital Santojanni; 3. Sanatorio Dr. Julio Méndez; 4. Sanatorio de la Trinidad Mitre; 5. Consultorio Privado

Introducción: La enfermedad de Sjögren (ESj) produce un deterioro significativo de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Si bien la sequedad oral y ocular constituyen manifestaciones cardinales de la enfermedad, su contribución relativa al deterioro de la CVRS, en comparación con otros síntomas y medidas de actividad, continúa siendo motivo de investigación.

Objetivo: Objetivo primario: Evaluar la asociación entre la CVRS y la carga sintomática subjetiva de sequedad oral y ocular en pacientes con ESj. Objetivos secundarios: Evaluar la asociación entre la CVRS y otras medidas subjetivas de sequedad, medidas objetivas, dolor, fatiga y actividad de la enfermedad.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, de corte transversal y analítico. 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. La CVRS se evaluó mediante el cuestionario Primary Sjögren's Syndrome Quality of Life (PSS-QoL), y la carga sintomática subjetiva de sequedad oral y ocular, fue evaluada mediante los cuestionarios Summated Xerostomia Inventory (SXI) y Ocular Surface Disease Index (OSDI), respectivamente. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Se evaluaron las asociaciones mediante el coeficiente de correlación de Spearman o la prueba de Wilcoxon, según correspondiera. Se construyó un modelo de regresión lineal múltiple con las variables de relevancia estadística y clínica identificadas en el análisis bivariado. Nivel de significación 0.05. Corrección de Bonferroni. Software Stata 14.0.

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes, las características de la población, de la enfermedad y clinimetría se muestran en la Tabla 1. El cuestionario PSS-QoL mostró una correlación positiva moderada con los puntajes de OSDI (r=0.53, p=<0.0001) y regular con SXI (r=0.38, p= 0.0005). Entre las medidas subjetivas reportadas por el paciente, presentó buena correlación con el dolor (r=0.65, p<0.0001), moderada con la fatiga (r=0.44, p<0.0001) y regular con las EVN de síntomas sicca y xeroftalmía, mientras que no se observó asociación significativa con la EVN de xerostomía. El PSS-QoL presentó muy buena correlación con el ESSPRI (r=0.73, p<0.0001) y regular con el ESSDAI. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con los resultados de la sialometría y diagnóstico de ojo seco (Tabla 2). El ESSPRI fue la única variable independiente que se asoció de forma significativa con PSS-Qol (ß=4.29, p=0.012, IC95 1,04-7,46).

Tabla 1. Características de la población, de la enfermedad y clinimetría (N=82).

Edad en años, media (DE)	56.20 (11)
Mujeres, n (%)	75 (91.4)
Comorbilidades, n (%)	62 (75.6)
Tiempo de evolución en meses, mediana (RIC)	62.5 (24-108)
Manifestaciones extraglandulares, n (%)	62 (75.6)
Positividad para ANA, n (%)	76 (93.8)
Positividad para Anti Ro/SSA, n (%) (N=77)	55 (71.4)
Positividad para Anti La/SSB, n (%) (N=79)	28 (35.4)
Positividad para FR, n (%) (N=80)	37 (46.2)
EVN sicca en cm, mediana (RIC)	6 (5-8)
EVN xerostomía en cm, mediana (RIC)	6 (5-8)
EVN xeroftalmía en cm, mediana (RIC)	6 (4-8)
EVN fatiga en cm, mediana (RIC)	5.5 (2-7)
EVN dolor en cm, mediana (RIC)	4 (1-6)
EVN global del paciente en cm, mediana (RIC)	5 (4-7)
EVN global del médico en cm, mediana (RIC)	3 (2-5)
ESSPRI, mediana (RIC)	5 (3-6)
ESSDAI, mediana (RIC)	0 (0-5)
SXI, mediana (RIC)	15 (11-18)
OSDI, mediana (RIC)	46 (25-58)
PSS-QoL, mediana (RIC)	34.5 (21-43)

DE: Desvío estándar; RIC: Rango intercuartílico; ANA: Anticuerpos antinucleares; FR: Factor reumatoideo; EVN: Escala visual numérica; ESSPRI: EULAR Sjögren's Syndrome Patient Reported Index; ESSDAI: EULAR Sjögren's Syndrome Disease Activity Index; SXI: Summated Xerostomia Inventory; OSDI: Ocular Surface Disease Index; PSS-QoL: Primary Sjögren's Syndrome Quality of Life.

Tabla 2. Correlación del puntaje total del cuestionario PSS-QoL con los cuestionarios SXI y OSDI, clinimetría, resultado de sialometría y diagnóstico de ojo seco (N=82).

Variable	r	p-valor
SXI	0.38	<0.0005
OSDI	0.53	<0.0001
EVN sicca	0.25	<0.001
EVN xerostomía	0.21	NS
EVN xeroftalmía	0.30	0.006
ESSPRI	0.73	<0.0001
ESSDAI	0.24	0.03
Sialometría	0.22	NS
Ojo seco	0.003	NS

PSS-QoL: Primary Sjögren's Syndrome Quality of Life; SXI: Summated Xerostomia Inventory; OSDI: Ocular Surface Disease Index; EVN: Escala visual numérica; ESSPRI: EULAR Sjögren's Syndrome Patient Reported Index; ESSDAI: EULAR Sjögren's Syndrome Desease Activity Index; r: Coeficiente de Spearman; NS: no significativo.

Conclusión: La CVRS en pacientes con ESj se asoció principalmente con la carga sintomática reportada por el paciente, especialmente con el ESSPRI, mientras que las medidas objetivas de función glandular no mostraron asociación significativa. Estos hallazgos refuerzan la importancia de incorporar instrumentos de evaluación reportados por el paciente para una valoración integral de la enfermedad.

Rastreo de disautonomía evaluado mediante el instrumento COMPASS-31 en pacientes con enfermedad de Sjögren

Enfermedad de Sjogren 0091

Priscila Leonardi, Julieta Morbiducci, Tomás Quiroga, Eliana Avilán, Vanesa Bejarano, Anastasia Secco

Hospital Bernardino Rivadavia

Introducción: La disfunción autonómica constituye una manifestación clínicamente relevante y potencialmente subestimada en pacientes con enfermedad de Sjögren primario (ESp). El COMPASS-31 es un cuestionario validado al español para Argentina, que permite cuantificar síntomas autonómicos en seis dominios y obtener un puntaje global, tomando valor corte ≥ 20 puntos para sospecha de disautonomía. La identificación temprana de estos síntomas podría tener implicancias clínicas y terapéuticas significativas, favoreciendo un abordaje más completo y centrado en la calidad de vida del paciente.

Objetivo: Evaluar la frecuencia y distribución de síntomas autonómicos mediante COMPASS-31 en pacientes con ESp y explorar su relación con la actividad de la enfermedad.

Métodos: Estudio observacional, corte transversal, en pacientes con ESp evaluados mediante COMPASS-31. Se incluyeron pacientes ≥18 años, con diagnóstico de ESp según criterios ACR/EULAR 2016, excluyéndose otras enfermedades reumáticas autoinmunes y enfermedades neurológicas que afecten el sistema nervioso autónomo, en un periodo de selección comprendido entre marzo-junio 2026. Se registraron variables demográficas, actividad sistémica mediante ESSDAI y síntomas reportados por el paciente mediante ESSPRI. Se analizó el puntaje global y los dominios propuestos por el cuestionario: ortostático, vasomotor, secretomotor, gastrointestinal, vesical y pupilomotor. La correlación entre COMPASS-31 y ESSDAI/ESSPRI se evaluó mediante el coeficiente de Spearman.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes con Esp,92,5 % mujeres, con edad media de 55,7 años (DE ± 9.86) y tiempo medio de evolución de la enfermedad de 8,1 años (RIC 3-12) (Tabla 1). La mediana de COMPASS-31 fue 30,15 (RIC 13,82–39,58). El 59 % reflejó posible disfunción autonómica según el punto de corte del COMPASS-31. Se registraron síntomas secretomotores y pupilomotores en el 97,4 %, gastrointestinales en el 87,2 %, vesicales en el 66,7 %, ortostáticos en el 59,0 % y vasomotores en el 53,8 %. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre los pacientes con y sin posible disfunción autonómica y las variables analizadas (Tabla 2). Se observó baja correlación entre COMPASS-31 y ESSDAI (rho=-0,22; p=0,17), ni con ESSPRI (rho=-0,18; p=0,26).

Conclusión: En esta cohorte se observó una elevada frecuencia de disautonomía y una amplia distribución de síntomas autonómicos, con predominio de manifestaciones secretomotoras, pupilomotoras y gastrointestinales. Estos hallazgos apoyan la necesidad de una evaluación específica y objetiva de los síntomas autonómicos en pacientes con ESp.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y terapéuticas

Variable	Total (n = 40)
Sexo femenino - n (%)	37 (92.5)
Edad, años - media (RIC)	55.0 (48.0–62.2)
Evolución de la enfermedad, años - media (RIC)	6.5 (3.2–11.8)
Perfil inmunológico	
ANA positivo - n (%)	34 (87.2)
Anti-Ro positivo - n (%)	29 (74.4)
Anti-La positivo - n (%)	12 (30.8)
Complemento C3 bajo - n (%)	0 (0.0)
Complemento C4 bajo - n (%)	10 (27.0)
FR positivo	18 (46.15)
Hipergammaglobulinemia - n (%)	20 (57.1)
Crioglobulinas positivas- n (%)	0 (0.0)
Antecedentes relacionados con alteraciones autonómicas	
Diabetes - n (%)	1 (2.8)
Fibromialgia - n (%)	8 (20.5)
Otros tratamientos	
Corticoides - n (%)	1 (2.6)
DMARDcs - n (%)	16(41.0)
Inmunosupresor - n (%)	6(15)
Índices de actividad y disautonomía	
ESSPRI >5 - n (%)	4 (10.0)
ESSDAI: ausencia de actividad - n (%)	16 (41.0)
ESSDAI: baja actividad - n (%)	19 (48.7)
ESSDAI: moderada actividad - n (%)	3 (7.7)
ESSDAI: alta actividad - n (%)	1 (2.6)

Notas:

La tabla utiliza la versión actualizada de la base: COMPASS-31 categórico disponible en 40 pacientes (16 sin disautonomía, 24 con disautonomía).

Tabla 2. Análisis bivariado de Características en pacientes con sospecha de disautonomía

Variable	Resultados COMPASS positivo (n=24)	Resultados COMPASS negativo (n=16)	Valor p
Sexo femenino - n (%)	22 (91.7)	15 (93.8)	1
Edad - mediana (RIC)	54.0 (46.8–65.0)	57.5 (50.8–62.0)	0.41
Evolución de la enfermedad (años)	5.0 (3.0–8.8)	7.0 (4.8–15.0)	0.38
ANA positivo - n (%)	21 (91.3)	13 (81.2)	0.63
Anti-Ro positivo - n (%)	17 (73.9)	12 (75.0)	1
Anti-La positivo - n (%)	6 (26.1)	6 (37.5)	0.730
FR positivo - n (%)	10 (45.4)	8 (50.0)	1
Complemento C3 bajo - n (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	No estimable
Complemento C4 bajo - n (%)	3 (14.29)	6 (40.0)	0.12
Hipergammaglobulinemia - n (%)	10 (52.)	10 (62.5)	0,73
Crioglobulinas positivas - n (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	No estimable
Fibromialgia controlada - n (%)	6 (26.1)	2 (12.5)	0.68
Diabetes controlada - n (%)	0 (0.0)	1 (7.1)	0.40
DMARDcs - n (%)	12 (52.2)	4 (25.0)	0.18
Inmunosupresor - n (%)	3 (12.5)	2(12.5)	1

Nota:

Variables categóricas: n/N evaluable (%), prueba exacta de Fisher. Edad y evolución: mediana (RIC), prueba de Mann–Whitney.

C3 y crioglobulinas carecen de variabilidad suficiente en la cohorte para estimar asociación.

Tratamientos sistémicos y su sobrevida en enfermedad de Sjögren

Enfermedad de Sjogren 0106

Amira Buganem[1], Máximo Cosentino[2], Maitté Alejandra Vásconez Swett[3], Sofía Vélez[4], José Manuel Díaz Ochoa[5], María de los Ángeles Correa[6], Florencia Savy[7], Mercedes García[1]

1. Hospital General de Agudos San Martín, La Plata; 2. Hospital Zonal Dr. Juan Carlos Aramburu, Pehuajó; 3. Hospital Tornú; 4. Centro Médico Diagnosis, 9 De Julio; 5. Hospital Ángel C. Padilla; 6. IREP; 7. Hospital Municipal Dr. Alberto Castro, Tornquist

Introducción: La enfermedad de Sjögren (ES) es una patología autoinmune sistémica que presenta manifestaciones clínicas heterogéneas y las guías sobre manejo clínico y terapéutico muestran un bajo nivel de evidencia de terapias adaptadas a la manifestación predominante.

Objetivo: Describir los tratamientos sistémicos utilizados en vida real, las indicaciones y su sobrevida en pacientes con ES.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, analítico, retrospectivo y multicéntrico. Se incluyeron pacientes 18 años con diagnóstico a partir de 2010 según criterios ACR/EULAR 2016 y con seguimiento en los últimos 6 meses. Se realizó estadística descriptiva utilizando media y desvío estándar o mediana y percentilo 25-75 según correspondiera. Con respecto a la supervivencia acumulada de las distintas drogas, se evaluó a partir de curvas de Kaplan-Meier y se realizó comparación por log-rank.

Fig 1: Fármacos usados en Enfermedad de Sjögren y sus indicaciones

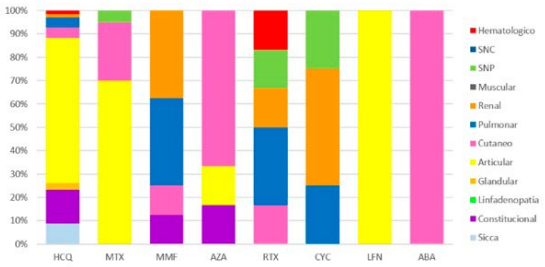
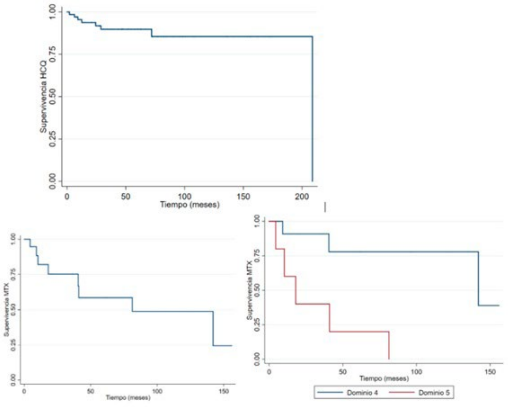


Fig 2: Tabla de supervivencia de HCQ y MTX.



Resultados: Se incluyeron 84 pacientes, 92.9 % de sexo femenino, con una mediana de edad al diagnóstico de 52 [42-61] años. El 58.1 % contaba con cobertura de salud. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron síntomas sicca (96.4 %), seguido por compromiso articular (61.5 %) y constitucional (36 %). En relación al laboratorio, presentaron positividad para anticuerpos antinucleares en el 90 % de los casos, Ro 74 %, FR 50 %, hipocomplementemia en 20/58 (34.5 %) e hipergammaglobulinemia en 33 %. Los fármacos sistémicos indicados fueron: hidroxicloroquina (HCQ) en 69 (82.1 %) casos, metotrexato (MTX) en 20 (23.8 %), micofenolato (MMF) en 8 (9.5 %), azatioprina (AZA) en 6 (7.1 %), rituximab (RTX) en 6 (7.1 %), ciclofosfamida (CYC) en 4 (4.7 %), leflunomida (LFN) en 2 (2.4 %) y abatacept (ABA) en 1 (1.2 %). Veintidós (26.5 %) pacientes usaron fármacos combinados, siendo HCQ y MTX la combinación más frecuente. En la Figura 1 se resumen los motivos de indicación según dominios de ESSDAI para cada medicación. En relación al tiempo de uso, la mediana de uso fue mayor para HCQ 47.3 (22.5-87.5) meses, seguido por MTX 40.6 (9.2-96.5) meses y AZA 10.5 (3.3-12) meses. Las mayores tasas de suspensión se observaron para AZA (100 %), MMF (62.5 %), LFN (50 %) y MTX (40 %). El principal motivo de suspensión fue la toxicidad de las drogas, aunque para MMF y las drogas biológicas la falta de provisión fue un motivo importante. La Figura 2 muestra la curva de supervivencia general de HCQ y MTX, y de MTX comparando sus dos motivos de indicación. La supervivencia de esta droga fue significativamente mayor en los pacientes del dominio 4 (articular) frente al dominio 5 (cutáneo) (log-rank: p = 0.004).

Conclusión: Las medicaciones sistémicas más indicadas fueron hidroxicloroquina con el mayor tiempo de uso y menos casos de suspensión, seguida por metotrexato, que muestra una mejor supervivencia en los casos donde el motivo de indicación fue el compromiso articular, lo que podría ser un indicador de su buena respuesta en dicho dominio. Destacamos que, si bien fueron seis pacientes con azatioprina, todos los casos lo suspendieron por toxicidad.

Disfagia y calidad de vida en mujeres con síndrome de Sjögren primario: revisión sistemática

Enfermedad de Sjogren 0125

Karina Amalia González, Silvia Marcela Jiménez, Karina Gabriela Suárez

Escuela de Fonoaudiología, Universidad Nacional de Córdoba

Introducción: El Síndrome de Sjögren Primario (SSP) es una patología autoinmune sistémica que afecta mayoritariamente a mujeres de más de 40 años. Se caracteriza por la infiltración linfocítica de las glándulas exocrinas, provocando xerostomía y xeroftalmía. Desde la fonoaudiología, la saliva es crucial para la masticación, formación, lubricación y propulsión del bolo alimenticio. La hiposalivación y las alteraciones sialoquímicas comprometen la fisiología orofaringolaríngea, causando disfagia. Aunque subestimada, esta disfunción altera la nutrición, seguridad de la vía aérea y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las pacientes.

Objetivo: Analizar la asociación entre disfagia y calidad de vida en mujeres de 40-50 años con SSP según artículos científicos de 2014 a 2024.

Métodos: Revisión sistemática cualitativo-descriptiva en PubMed, SciELO y Google Académico usando descriptores como "Primary Sjogren's syndrome", "dysphagia" y "quality of life". Tras filtrar 256 registros por elegibilidad y evaluar la calidad metodológica con la herramienta del Instituto Joanna Briggs (JBI), se incluyó una muestra final de 5 artículos observacionales de alto nivel metodológico.

Tabla 3 - Factores que causan los trastornos deglutorios en la vida cotidiana en las mujeres con SS

Factores	Descripción	Recuento	Artículo
Xerostomía	Sequedad bucal por disfunción de las glándulas salivales	5	(Eyigor, 2017), (Grisius, 2016), (Letawsky, 2022), (Miyamoto, 2024), (Pierce, 2016)
Cambios en la composición de la saliva	Reducción de las proteínas antimicrobianas, bicarbonato y mucinas	7	(Grisius, 2016), (Letawsky, 2022)
Disfunción de las glándulas salivales	Reducción de la producción de saliva	5	(Eyigor, 2017), (Grisius, 2016), (Letawsky, 2022), (Miyamoto, 2024), (Pierce, 2016)
Hiposalivación	Volumen y/o flujo reducido de saliva	4	(Eyigor, 2017), (Grisius, 2016), (Letawsky, 2022), (Miyamoto, 2024), (Pierce, 2016)
Alteración en la composición proteómica de la saliva	Cambios en la composición y la función de las proteínas presentes en la saliva.	2	(Grisius, 2016), (Letawsky, 2022)
Mucosa Laringofaríngea Seca y dañada	Condición de la mucosa que recubre la laringe y la faringe que se seca y se daña debido a una disminución de la producción de saliva y moco.	5	(Eyigor, 2017), (Grisius, 2016), (Letawsky, 2022), (Miyamoto, 2024), (Pierce, 2016)
Irritantes laríngeos	Sustancias que pueden causar irritación y daño en la laringe	2	(Letawsky, 2022), (Pierce, 2016)
Reflujo esofágico	Ácido estomacal que fluye hacia el esófago.	1	(Pierce, 2016)
Alimentos Ácidos	Son alimentos que tienen un PH bajo	1	(Pierce, 2016)
Trastornos de la voz coexistentes	Anatomía compartida entre la deglución y fonación haciendo que la sequedad afecte ambas funciones.	1	(Pierce, 2016)
Mayor severidad general de la enfermedad	Gravedad e intensidad de los síntomas y la afectación en la salud	2	(Miyamoto, 2024), (Pierce, 2016)
Síntomas específicos de los trastornos deglutorios	Dificultad para tragar medicamentos - sibilancias al comer - sensación de comida atascada en la garganta - flemas al comer	3	(Eyigor, 2017), (Letawsky, 2022), (Pierce, 2016)
Factores potenciales	Pérdida de piezas dentarias, poliautoinmunidad, anormalía esofágica.	2	(Grisius, 2016), (Pierce, 2016)

Resultados: Se halló una alta prevalencia de disfagia autoinformada de hasta el 64.4 %. El factor causal primario es la hipofunción glandular y los cambios de composición salival (concentraciones elevadas de proteína total, cortisol y PCR), reduciendo la propiedad lubricante. Esto dificulta el aclaramiento del bolo, reportando sensación de comida atascada, ahogos y necesidad de líquidos para tragar. El examen endoscópico (FEES) confirmó residuo faríngeo significativo con sólidos y semisólidos por la sequedad mucosa, elevando el riesgo de aspiración. Existe correlación directa entre gravedad de la disfagia y puntuaciones deficientes en calidad de vida (MDADI, SWAL-QOL, PSS-QoL). Las dimensiones más afectadas son el funcionamiento físico (dolor, fatiga), rol psicosocial, salud mental (ansiedad, depresión) y participación social. Solo el 42 % busca ayuda para este síntoma.

Conclusión: La disfagia es un indicador clínico central en el SSP, no una molestia secundaria, con graves repercusiones nutricionales y psicosociales. Es indispensable incorporar la evaluación fonoaudiológica sistemática utilizando herramientas específicas (SWAL-QOL, PSS-QoL) e instrumentación objetiva (sialometría, FEES). Se requiere un abordaje preventivo, precoz y multidisciplinario junto a la Reumatología para diseñar estrategias terapéuticas personalizadas que preserven la respiración, la deglución y mitiguen el impacto en la calidad de vida.

Relación entre la ecografía de glándulas salivales mayores y la biopsia de glándula salival menor en pacientes con sospecha de enfermedad de Sjögren

Enfermedad de Sjogren 0196

María Laura Goñi, Marcelo Audisio, Isaac Cadile, Jorge Luis González, Cristian Lara, Eduardo Mussano, Rocío Nazha Segui, Laura Onetti, Oscar Gaspar Rodríguez

Hospital Nacional de Clínicas

Introducción: La biopsia de glándula salival menor es una herramienta relevante en la evaluación de pacientes con sospecha de enfermedad de Sjögren, aunque se trata de un procedimiento invasivo. La ecografía de glándulas salivales mayores es un método no invasivo que podría complementar esta evaluación.

Tabla 1. Ecografía de glándulas salivales mayores según biopsia de glándula salival menor

	Biopsia positiva (Focus Score ≥1 foco/4 mm²)	Biopsia negativa (Focus Score <1 foco/4 mm²)	Total
Ecografía patológica	**16**	1	17
Ecografía no patológica	4	**7**	11
Total	20	8	28

Objetivo: Evaluar la relación entre los hallazgos ecográficos de las glándulas salivales mayores y los resultados de la biopsia de glándula salival menor en pacientes con sospecha de enfermedad de Sjögren.

Métodos: Estudio observacional transversal, ambispectivo. Se incluyeron adultos evaluados por sospecha de enfermedad de Sjögren, a quienes se realizó ecografía de glándulas salivales mayores durante el estudio y que contaban con biopsia de glándula salival menor. Se consideró biopsia positiva un *Focus Score* >=1 foco/4 mm^2. La ecografía se evaluó mediante la puntuación OMERACT en escala de grises en ambas parótidas y submandibulares y se consideró patológica cuando presentó un puntaje >=2 en al menos una glándula. Se estimaron sensibilidad y especificidad para la ecografía patológica respecto de la positividad de la biopsia. Se realizaron dos análisis exploratorios. Por un lado, se evaluó la positividad de la biopsia según compromiso parotídeo, definido como un puntaje OMERACT >=2 en al menos una parótida. Por otro lado, se evaluó la positividad de la biopsia según un puntaje ecográfico total >6, obtenido de la suma de los puntajes en escala de grises de las cuatro glándulas evaluadas.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes, todas mujeres, con una mediana de edad de 60,5 años (RIQ 52,3–67,0). La biopsia fue positiva en el 71,4 % y la ecografía fue patológica en el 60,7 %. Respecto de la positividad de la biopsia, la ecografía patológica presentó una sensibilidad del 80,0 % y una especificidad del 87,5 % (Tabla 1). El área bajo la curva ROC del puntaje ecográfico total para diferenciar biopsia positiva de negativa fue de 0,89. El puntaje ecográfico total se correlacionó positivamente con el Focus *Score* (r de Spearman=0,66; p < 0,001). En el análisis exploratorio, los 13 pacientes con puntaje ecográfico total >6 presentaron biopsia positiva. Asimismo, los 13 pacientes con compromiso parotídeo presentaron biopsia positiva.

Conclusión: En esta cohorte preliminar, los hallazgos ecográficos se relacionaron con la positividad de la biopsia y con el grado de compromiso histológico. Estos resultados apoyan el valor de la ecografía de glándulas salivales mayores como herramienta complementaria en la evaluación de pacientes con sospecha de enfermedad de Sjögren.

Implicancia de la etnia en la presentación clínica de la enfermedad de Sjögren primaria en una cohorte panamericana multicéntrica

Enfermedad de Sjogren 0224

Lucas Graziano[1], Micaela Rodríguez[1], Raquel Aranda Duarte[2], Laura Martínez[3], Marcos Aurelio Vázquez Báez[4], Emmanuel Guevara[5], Andrea Bran Ordoñez[5], Paloma Rodríguez López[6], Irazu Contreras Yañez[6], Janette Carmen L. Riega[7], Valéria Valim[8], Érica Vieira Serrano[8], Samira Tatiyama Miyamoto[8], Yasmin Gurtler Pinheiro De Oliveira[8], Gabriela Hernandez Molina[6], Anastasia Secco[1]

1. Hospital Bernardino Rivadavia; 2. Hospital General de Luque; 3. Hospital Regional de Pilar; 4. Hospital de Clínicas; 5. Centro Privado Reumatología; 6. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; 7. Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León; 8. Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes

Introducción: La enfermedad de Sjogren (ESj) es una enfermedad autoinmune sistémica, caracterizada por la afectación predominante de las glándulas exocrinas, aunque el espectro clínico es amplio y heterogéneo. Existe escasa información en Panamérica sobre la influencia de la etnia o factores geográficos en la expresión fenotípica de la enfermedad.

Objetivo: Comparar las características clínicas, inmunológicas y de actividad de la ESj primaria (ESjp) entre las diferentes etnias en una cohorte panamericana de pacientes.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, transversal y multicéntrico realizado en pacientes >= 18 años con diagnóstico de ESjp según criterios ACR/EULAR 2016. Se realizaron análisis bivariados mediante pruebas de Mann-Whitney/t test y Chi-cuadrado/Fisher según correspondiera. Posteriormente, se efectuó regresión logística multivariada utilizando la etnia como variable dependiente.

Resultados: Debido al bajo número de pacientes afrodescendientes (n=26), amerindios (n=1) y asiáticos (n=1), el análisis comparativo se restringió a pacientes mestizos y caucásicos, de los cuales 578 (91,5 %) fueron mestizos y 54 (8,5 %) caucásicos. La población estuvo constituida predominantemente por mujeres (94,2 %), sin diferencias significativas en la distribución por sexo entre pacientes mestizos y caucásicos (94,3 % vs. 92,6 %; p=0,61). La edad media al diagnóstico fue de 48,3 ± 13,6 años, sin diferencias significativas entre ambos grupos (p=0,09). Asimismo, la duración media de la enfermedad fue de 9,4 ± 8,6 años, sin diferencias significativas entre mestizos y caucásicos (9,5 ± 8,8 vs. 8,2 ± 5,9 años; p=0,78). Los pacientes mestizos presentaron mayor frecuencia de síntomas oculares (93,0 % vs. 80,0 %; p=0,001), mayor actividad basal medida por ESSDAI (mediana 3 vs. 1; p=0,009), mayor Focus *Score* en biopsia de glándula salival (mediana 2 vs. 1,33; p=0,008) y mayor proporción de biopsias positivas (88,1 % vs. 74,5 %; p=0,009). Asimismo, recibieron con mayor frecuencia glucocorticoides (39,7 % vs. 23,1 %; p=0,019) y menor tratamiento con metotrexato (26,1 % vs. 45,1 %; p=0,004). En el análisis multivariado, los síntomas oculares (OR 3,70; IC95 % 1,44-9,54; p=0,007) y un mayor Focus *Score* (OR 1,56 por punto; IC95 % 1,19-2,05; p=0,001) se asociaron de forma independiente con la etnia mestiza, mientras que el uso de metotrexato fue estadística e independientemente menor en los mestizos que en los caucásicos (OR 0,49; IC95 % 0,24-0,98; p=0,045).

Tabla 1. Análisis bivariado de las características clínicas, serológicas y terapéuticas según etnia (Caucásico vs. Mestizo)

Variable	Caucásico	Mestizo	Valor p
Manifestaciones clínicas, n (%)			
Síntomas oculares	40/50 (80.0)	533/573 (93.0)	0.001*
Síntomas orales	47/53 (88.7)	527/574 (91.8)	0.354*
Pruebas diagnósticas, n (%)			
Test de Schirmer positivo	36/50 (72.0)	410/517 (79.3)	0.229*
Tinción ocular positiva	9/15 (60.0)	311/398 (78.1)	0.099*
Biopsia de glándula salival positiva	35/47 (74.5)	384/436 (88.1)	0.009*
Focus score, media ± DE	1.43 ± 1.04	2.61 ± 2.55	0.008†
USWSF, media ± DE	0.70 ± 0.46	0.76 ± 0.43	0.386†
Inmunología/serología, n (%)			
Anti-Ro positivo	32/48 (66.7)	444/566 (78.5)	0.061*
Anti-La positivo	15/46 (32.6)	229/551 (41.6)	0.235*
ANA > 1/40	44/52 (84.6)	433/538 (80.5)	0.470*
Factor reumatoideo positivo	16/44 (36.4)	275/534 (51.5)	0.054*
C3 bajo	3/53 (5.7)	53/448 (11.8)	0.178*
C4 bajo	5/53 (9.4)	85/446 (19.1)	0.085*
Hipergammaglobulinemia	10/44 (22.7)	112/430 (26.0)	0.631*
Crioglobulinas positivas	1/15 (6.7)	5/157 (3.2)	0.483*
Actividad de la enfermedad, media ± DE			
ESSDAI basal	2.82 ± 4.02	6.45 ± 14.56	0.009†
ESSDAI acumulado	11.04 ± 8.68	10.78 ± 15.56	0.085†
ESSPRI total	5.12 ± 2.45	5.11 ± 2.62	0.897†
Tratamiento, n (%)			
Corticosteroides	12/52 (23.1)	204/514 (39.7)	0.019*
Azatioprina	13/43 (30.2)	128/510 (25.1)	0.458*
Metotrexato	23/51 (45.1)	134/514 (26.1)	0.004*
Hidroxicloroquina	32/45 (71.1)	304/510 (59.6)	0.130*
Micofenolato de mofetilo	3/52 (5.8)	24/515 (4.7)	0.720*
Rituximab	6/49 (12.2)	28/513 (5.5)	0.057*
Desenlaces, n (%)			
Hospitalización	1/6 (16.7)	118/429 (27.5)	0.554*
Muerte	0/35 (0.0)	45/510 (8.8)	0.067*
Linfoma	4/50 (8.0)	13/523 (2.5)	0.028*

DE: desviación estándar; USWSF: unstimulated whole salivary flow; ANA: anticuerpos antinucleares; ESSDAI: EULAR Sjögren's Syndrome Disease Activity Index; ESSPRI: EULAR Sjögren's Syndrome Patient Reported Index.
** Prueba de χ^2 de Pearson. † Prueba de Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney).*

Conclusión: En esta cohorte panamericana, los pacientes mestizos con ESjp presentaron un fenotipo caracterizado por mayor compromiso ocular y mayor intensidad de infiltración linfocitaria en glándula salival, junto a un menor uso de metotrexato. Estos hallazgos sugieren que la etnia podría influir en la expresión clínica de la enfermedad en la población americana.

Enfermedad relacionada con IgG4: el diagnóstico diferencial como principal desafío para el reconocimiento oportuno: experiencia de un hospital de Buenos Aires

Enfermedad por IgG4 0131

Yina Paola Arias Cisneros, Cecilia Asnal, Cecilia Zaffarana, María Lourdes Gil Uliarte, Tomás Romero, María Belén Carranza, Walter Jacinto Vallejo Carrasco, Anabella Rodríguez, Guillermo Bartel, Hugo Laborde, Damián Duartes Noe

Hospital Británico

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es una enfermedad inmunomediada, sistémica y fibroinflamatoria, de presentación heterogénea y capaz de simular neoplasias, infecciones y otras enfermedades inmunomediadas. Su diagnóstico requiere integrar hallazgos clínicos, serológicos, radiológicos e histopatológicos y excluir enfermedades alternativas.

Objetivo: Identificar los principales diagnósticos diferenciales considerados antes del diagnóstico definitivo de ER-IgG4 y describir sus características clínicas y evolutivas.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de adultos con ER-IgG4 y puntaje ACR/EULAR 2019 ≥20. Se analizaron características demográficas, manifestaciones iniciales, compromiso orgánico, tiempo hasta el diagnóstico, diagnósticos diferenciales, IgG4 sérica, histopatología, tratamiento, respuesta, recaídas y daño orgánico. Se realizó análisis estadístico descriptivo.

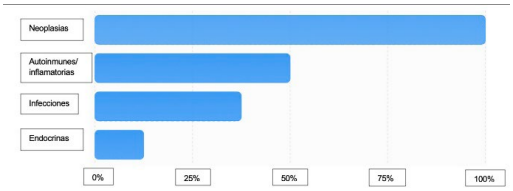


Figura 1. Diagnósticos diferenciales considerados antes del diagnóstico definitivo de ER-IgG4. Las categorías no son mutuamente excluyentes.

Resultados: Se incluyeron 8 pacientes, 5 hombres (62,5 %), con edad media al diagnóstico de 69,4±11,8 años. Las manifestaciones iniciales fueron heterogéneas. La mediana del tiempo hasta el diagnóstico fue 4 meses (RIC 3-39,5; rango 1-176). En todos se consideraron diagnósticos diferenciales: neoplasias 100 %, enfermedades autoinmunes/inflamatorias 50 %, infecciones 37,5 % y endocrinas 12,5 %. Todos presentaron afectación multiorgánica. Los sitios más frecuentes fueron ganglios linfáticos, páncreas y riñón (62,5 % cada uno), seguidos del compromiso ocular (50 %). La IgG4 sérica estuvo elevada en 100 % y la histopatología fue concluyente en 6 pacientes (75 %). Todos recibieron glucocorticoides; 4 (50 %) recibieron un esquema inicial con rituximab. Siete (87,5 %) respondieron al tratamiento inicial. La mediana hasta la remisión fue 5 meses (RIC 2,5-7,5). Cuatro (50 %) presentaron recaídas y 5 (62,5 %) requirieron segunda línea. Al finalizar el seguimiento, todos alcanzaron la remisión clínica; sin embargo, cinco pacientes (62,5 %) presentaban daño orgánico.

Conclusión: La ER-IgG4 presentó marcada heterogeneidad clínica y un amplio espectro de diagnósticos diferenciales, con necesidad de excluir neoplasias en todos los pacientes. El compromiso multiorgánico y las biopsias no concluyentes refuerzan la necesidad de integrar críticamente los diferentes dominios diagnósticos. La presencia de daño orgánico pese a la remisión evidencia que actividad y daño constituyen dimensiones diferentes. El reconocimiento oportuno requiere identificar hallazgos compatibles y excluir rigurosamente sus principales imitadores.

Paciente	Presentación inicial	Diagnósticos diferenciales considerados	Tiempo hasta el diagnóstico
P1	Dacrioadenitis, exoftalmos	Neoplasia, autoinmune/inflamatorio, infección	44 meses
P2	Fiebre, lipotimia, insuficiencia renal aguda	Neoplasia, autoinmune/inflamatorio	1 mes
P3	Edema palpebral bilateral, exoftalmos	Neoplasia, infección, endocrino	176 meses
P4	Tumoración submandibular	Neoplasia, autoinmune/inflamatorio	3 meses
P5	Síntomas constitucionales, xerostomía, nicturia, púrpura en MMII	Neoplasia, autoinmune/inflamatorio	3 meses
P6	Disuria, dolor lumbar	Neoplasia	5 meses
P7	Dolor abdominal	Neoplasia	3 meses
P8	Tos crónica	Neoplasia, infección	38 meses

Consultorio multidisciplinario para embarazadas con enfermedades autoinmunes: experiencia de un centro y comparación de los resultados antes y después de su creación

Epidemiología 0025

Catalina Pizarro, Leonel Ariel Berbotto, Florencia Tkaczuk, Boris Kisluk, Romina Nieto, Rosana Quintana, Guillermo Berbotto

Hospital Escuela Eva Perón

Introducción: En el embarazo, la interacción entre la actividad de una enfermedad autoinmune y los cambios fisiológicos puede traer complicaciones materno-fetales significativas. En nuestra institución se implementó un consultorio multidisciplinario (reumatólogo-obstetra) de embarazo de alto riesgo desde el año 2024.

Objetivo: Caracterizar la evolución clínica materna y los resultados perinatales en pacientes embarazadas con enfermedades autoinmunes según el abordaje multidisciplinario (luego del 2024) versus manejo convencional (previo 2024).

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo. Se incluyeron embarazadas con diagnóstico de enfermedades autoinmunes atendidas en un hospital público de tercer nivel durante el período 2017-2026. Se dividió a la cohorte en dos grupos: manejo convencional y multidisciplinario. Se recolectaron variables demográficas, clínicas, serológicas, esquemas terapéuticos durante la gestación, nivel de actividad de la enfermedad al inicio del embarazo, presencia y momento de aparición de *flares* y desenlaces perinatales. Se realizó un análisis estadístico descriptivo.

Resultados: Se analizaron 18 gestaciones (grupo 1, pre-2024= 8; grupo 2, pos-2024= 10). En el grupo 1 las madres eran más jóvenes (mediana 26 (RIC 23,5–33,0) vs. 29 (RIC 24,8–33,0) años). Los diagnósticos más frecuentes fueron lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido primario y secundario. Con la creación del equipo multidisciplinario, la evaluación preconcepcional se incrementó significativamente (50 % vs. 12 %). Además, al inicio de la gestación, un 70 % de pacientes se encontraba en remisión (70 % vs. 25 %). La tasa de *flare* durante el embarazo disminuyó del 75 % al 30 %. Como tratamiento se utilizó hidroxicloroquina (80 % vs. 87 %), corticoides (50 % vs. 62 %), aspirina (50 % vs. 62 %) y heparina (50 % vs. 50 %). En los desenlaces perinatales, la cohorte multidisciplinaria mostró una tasa de recién nacidos vivos del 100 % frente al 87,5 % del manejo convencional, con una media de peso al nacer mayor (2910 g vs. 2360 g), con similar edad gestacional (37,0 semanas). El ingreso a neonatología fue de 10 % vs. 12,5 % y la lactancia materna alcanzó el 90 % vs. 87,5 %.

Conclusión: El abordaje multidisciplinario permitió optimizar el seguimiento de las pacientes embarazadas con enfermedades autoinmunes, favoreciendo una mayor planificación preconcepcional y un adecuado control de la enfermedad durante la gestación. Estos resultados apoyan la implementación de equipos interdisciplinarios especializados para la atención de embarazos de alto riesgo en esta población.

Frecuencia, motivos de indicación y patrones de uso de inhibidores de la bomba de protones en pacientes con enfermedades reumatológicas

Epidemiología 0076

Lucía Belén Cisterna Guzmán, Sofía Cherey, Javier Federico Flores Trejo, Juan Manuel Bande, María Alejandra Medina, Silvia Papasidero

Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú

Introducción: Los pacientes con enfermedades reumatológicas (ER) presentan un mayor riesgo de complicaciones gastrointestinales (GI), en parte debido al uso frecuente de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), ocasionalmente en altas dosis y frecuentemente en forma concomitante con glucocorticoides (GCC). Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) constituyen una estrategia fundamental para la gastroprotección en pacientes seleccionados. Sin embargo, su uso prolongado se ha asociado con potenciales efectos adversos y existe evidencia de sobreutilización y prescripción inapropiada en la población general. Actualmente, existe escasa información local sobre los patrones de uso de IBP en pacientes con ER.

Objetivo: Describir la frecuencia de uso de IBP y las características de dicho tratamiento en una población de pacientes en seguimiento por nuestro servicio de reumatología.

Métodos: Estudio observacional, de corte transversal, descriptivo. Se incluyeron durante 2 meses, en forma consecutiva pacientes >= 18 años en seguimiento con al menos 3 consultas el último año y que concurrieron a control de su enfermedad. Se consignaron datos sociodemográficos, comorbilidades, diagnostico, polifarmacia, uso de AINES y GCC. En relación a los IBP se registró uso actual y pasado, droga utilizada, duración del tratamiento, motivos de indicación y especialidad prescriptora. Además, se evaluó su indicación según

riesgo de sangrado GI. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Medidas de tendencia central (medias y medianas) y de dispersión (desvío estándar y rango intercuartílico) para las variables continuas. Test de Shapiro-Wilk para normalidad. Frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas. *Software* Jamovi 2.7.38

Resultados: Se incluyeron 485 pacientes, cuyas características se muestran en la Tabla 1. El 53 % recibían polifarmacia (>= 5 fármacos). El 17,2 % utilizaba AINEs, con uso crónico sin indicación médica en el 25,3 %. El 30,8 % recibía GCC, con uso crónico en el 89,3 %. El 69,3 % de los pacientes recibieron IBP en algún momento de la evolución de su enfermedad. El 43,3 % recibía actualmente IBP, el 91,3 % en forma crónica con una mediana de duración del tratamiento de 60 meses (RIC 12,8-120). Omeprazol fue la droga utilizada con mayor frecuencia (78,6 %). El 92,8 % refirió haber recibido la indicación médica, siendo el motivo más frecuente la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Reumatología fue la especialidad que indicó el fármaco en el 41,5 % de los casos. En la Tabla 2 se observan otras características del tratamiento con IBP. El 47,4 % tenía algún factor de riesgo de sangrado GI. En 217 pacientes se constató que el 30,9 % tenía alto riesgo de sangrado GI. Sólo el 53,7 % de los pacientes con alto riesgo recibía IBP, mientras que, el 37,4 % de quienes no recibían IBP presentaba al menos un factor de riesgo para sangrado GI, y el 45,2 % de quienes los recibían no presentaba ninguno. El diagnóstico de osteoporosis se constató en el 22,3 %, el 52,8 % utilizaba IBP actualmente y el 83,3 % los había utilizado alguna vez.

Tabla 1: Características de la población N = 485

Edad (años), media (DE)	57,3 (+/-14)
Mujeres, n (%)	442 (91,1)
Comorbilidades, n (%)	369 (76,1)
- Hipertensión arterial	166 (45)
- Diabetes	53 (14,4)
- Dislipemia	130 (35,2)
- Hipotiroidismo	84 (22,8)
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	23 (6,2)
- Osteoporosis	79 (21,4)
- Otras	178 (48,2)
Diagnóstico, n (%)	
- Artritis reumatoidea	152 (31,3)
- Osteoartritis	93 (19,2)
- Lupus eritematoso sistémico	32 (6,6)
- Fibromialgia	30 (6,2)
- Osteoporosis	29 (6)
- Enfermedad de Sjögren	28 (5,8)
- Síndrome de superposición	24 (4,9)
- Artritis Psoriásica	20 (4,1)
- Esclerosis sistémica	11 (2,3)
- Reumatismo de partes blandas	9 (1,9)
- Vasculitis sistémicas	6 (1,2)
- Espondiloartritis axial	4 (0,8)
- Miopatías inflamatorias	2 (0,4)
- Otras	45 (9,3)

DE: Desviación estándar

Tabla 2 Características del tratamiento con IBP N = 485

Característica	n (%)	n (%)
Uso de IBP	Actual 210 (43,3)	Pasado 126 (25,9)
Droga	- Omeprazol 165 (78,6) - Esomeprazol 6 (2,9) - Lansoprazol 3 (1,4) - Pantoprazol 27 (12,9) - Dexlanzoprazol 9 (4,3)	- Omeprazol 116 (92,1) - Esomeprazol 3 (2,4) - Lansoprazol 1 (0,8) - Pantoprazol 5 (4) - Dexlanzoprazol 1 (0,8)
Uso crónico	- 190 (91,3) (n=208)	- 78 (64,5) (n=121)
Frecuencia de uso	- A diario=161 (76,7) - A demanda=49 (23,3)	- A diario=83 (65,9) - A demanda=43 (34,1)
Motivo de indicación	(n=207) - ERGE 91 (44) - Esofagitis erosiva 7 (3,4) - Ulcera péptica activa/antecedente 2 (1) - Erradicación de H. Pylori 1 (0,5) - Prevención de gastropatía por AINES 25 (12,1) - Polifarmacia 46 (22,2) - Desconoce 17 (8,2) - Otros 18 (8,7)	(n=118) - ERGE 44 (37,3) - Esofagitis erosiva 2 (1,7) - Ulcera péptica activa/antecedente 1 (0,8) - Erradicación de H. pylori 6 (5,1) - Prevención de gastropatía por AINES 15 (12,7) - Polifarmacia 26 (22) - Desconoce 12 (10,2) - Otros 12 (10,2)
Especialidad	(n=164) - Clínica médica 23 (14) - Reumatología 68 (41,5) - Gastroenterología 61 (37,2) - Otra 12 (7,3)	(n=98) - Clínica médica 18 (18,4) - Reumatología 37 (37,8) - Gastroenterología 34 (34,7) - Otras 9 (9,2)

ERGE=enfermedad por reflujo gastroesofágico; AINES=antiinflamatorios no esteroideos

Conclusión: El uso de IBP fue frecuente, 69,3 % de los pacientes lo recibieron en algún momento de la evolución de su enfermedad. Se observó discordancia entre el uso de IBP y el perfil de riesgo de sangrado GI. Estos hallazgos resaltan la importancia de revisar periódicamente la indicación de IBP considerando el perfil de riesgo individual.

Envejecimiento vascular acelerado en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes: estudio multicéntrico SAHA-SAR

Epidemiología 0096

Leonel Ariel Berbotto[1], Albertina Ghelfi[1], Rosana Quintana[1], Romina Nieto[1], Boris Kisluk[1], Catalina Pizarro[1], Florencia Tkaczuk[1], Gustavo Staffieri[2], Alejandro Díaz[3], Claudia Krupa[4], Federico Salazar[5], Marina Oliver[5], Juan Vandale[5], Nicolás Renna[6], Laura Graziani[6], Pablo Rodriguez[7], Alejandro Delucchi[7], Mariana Benegas[7], Sergio González[8], Soledad Weinzettel[8], Nicolás Martín Lloves Schenone[8], José Cardozo[9], Adriana Seewald[9], Gonzalo Miranda[10], Mildren Del Sueldo[10], Pablo Pizzala[11], Guillermo Berbotto[1]

1. Hospital Escuela Eva Perón; 2. Sanatorio Parque; 3. Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud, UNICEN-CONICET; 4. Centro Medicina Deportiva y Familia AMEMT; 5. Hospital Privado de Comunidad, Mar Del Plata; 6. Hospital Español de Mendoza; 7. Sanatorio Municipal Dr. Julio Méndez; 8. Complejo Médico Churruca-Visca; 9. Sanatorio Candia; 10. Certus Salud; 11. Mevex Salud

Introducción: La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes (ERAI). Los *scores* tradicionales de riesgo cardiovascular (RCV) suelen subestimar el riesgo real, especialmente en pacientes jóvenes y sin factores de riesgo clásicos. Si bien es cono-

cida la afectación vascular precoz en pacientes que mantienen inflamación sistémica activa, también se ha documentado el envejecimiento vascular acelerado (EVA) en escenarios de remisión clínica o bajo nivel de actividad (RC/BNA). La mayor velocidad de onda de pulso carotídeo-femoral (VOP-cf) refleja este fenómeno y su detección precoz podría mejorar la reclasificación del RCV más allá de los *scores* convencionales.

Objetivo: Determinar la VOP-cf en pacientes con ERAI en RC/BNA clasificados como bajo RCV por scores tradicionales y comparar sus valores con controles sanos.

Métodos: Estudio multicéntrico de corte transversal, realizado en diez centros asistenciales de Argentina de manejo interdisciplinario (clínicos, cardiólogos y reumatólogos) entre 2024-2026. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, entre 18-59 años, con bajo RCV a 10 años (<5 %) según la calculadora de la OMS, con presión arterial (PA) <140/90 mmHg; divididos en dos grupos: Grupo 1 (ERAI en RC/BNA objetivada por el médico tratante) y Grupo 2 (Controles). Se excluyeron: presencia de factores de RCV tradicionales; presencia de daño de órgano blanco; antecedente de evento cardiovascular; tratamiento con antihipertensivos, estatinas o aspirina. Procedimientos: se obtuvo VOP-cf con Aortic TM y presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) con Omron M3. Se definió EVA si VOP-cf > al percentil 75 para sexo y rango etario. El análisis se realizó con SPSS para Windows v.28.

Resultados: Se incluyeron 335 pacientes con edad media de 40,3 ±10,4 años; 92,5 % mujeres. La asignación se distribuyó en Grupo 1= 118 y Grupo 2= 217. No se observaron diferencias en relación a la edad, peso, talla, IMC y frecuencia cardíaca. Se observaron diferencias de PAS (117,7 ±14,9 vs. 114,8 ±13,5 mmHg; p=0.012) y PAD (75,8 ±8,1 vs. 73,2 ±9,3 mmHg; p<0.001). La VOP-cf fue mayor en el Grupo 1 (7,33 ±1,23 m/s vs. 6,14 ±0,89 m/s; p<0,001), diferencia que persistió al restringir el análisis a PA <130/80 mmHg (7,05 ±1,02 vs. 6,03 ±0,82; p < 0,001). Las diferencias se mantuvieron en todos los rangos etarios. La proporción de EVA fue mayor en el Grupo 1 (50,4 % vs. 8,3 %; p < 0.001). En un modelo de regresión lineal múltiple ajustado por edad, PAS y PAD, la presencia de ERAI se asoció de manera independiente con mayor VOP-cf (B=0,98 m/s; IC95 % 0,78-1,18; p < 0,001).

Conclusión: En pacientes con ERAI en RC/BNA clasificados como bajo RCV, la VOP-cf fue mayor y la proporción de EVA superior, independientemente de edad y presión arterial.

Brecha entre la indicación médica y el acceso a terapias de alto costo en enfermedades reumáticas autoinmunes: experiencia de un hospital público de tercer nivel

Epidemiología 0160

Florencia Tkaczuk, Leonel Ariel Berbotto, Catalina Pizarro, Rosana Quintana, Romina Nieto, Boris Kisluk, Guillermo Berbotto

Hospital Escuela Eva Perón

Introducción: Las terapias de alto costo han modificado significativamente el pronóstico de las enfermedades reumáticas autoinmunes (ERAI). Sin embargo, el acceso oportuno y la continuidad de estos tratamientos continúan representando un desafío en la práctica clínica. Conocer las barreras de acceso resulta fundamental para identificar oportunidades de mejora en la atención de estos pacientes.

Objetivo: Evaluar el acceso y la continuidad del tratamiento con drogas de alto costo en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes durante los últimos 6 meses (enero-julio 2026).

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de ERAI que recibían tratamiento con drogas de alto costo indicadas por médicos reumatólogos de un hospital de tercer nivel de la provincia de Santa Fe. Se recolectaron variables demográficas (edad, sexo, años de educación formal), socioeconómicas (cobertura de salud, situación laboral, certificado único de discapacidad), clínicas (diagnostico, comorbilidades). Se efectuó un análisis descriptivo de los datos.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes con una edad media de 46,9 ± 14,3 años. La artritis reumatoidea fue el diagnóstico más frecuente (56,5 %), seguida por la artropatía psoriásica (16,1 %). Adalimumab fue la

terapia de alto costo más utilizada (40,3 %) y el principal financiador fue la Dirección Nacional de Asistencia Directa y Compensatoria (DINADIC) (43,5 %). Durante los últimos seis meses, 16 pacientes (25,8 %) presentaron dificultades para acceder al tratamiento indicado. En forma descriptiva, las dificultades de acceso fueron más frecuentes entre los pacientes con lupus eritematoso sistémico y en aquellos con indicación de belimumab. La principal causa registrada fue la falta de provisión del medicamento.

Conclusión: Uno de cada cuatro pacientes presentó dificultades para acceder a la terapia de alto costo indicada por su reumatólogo, evidenciando una brecha entre la indicación médica y la disponibilidad efectiva del tratamiento. Estos resultados resaltan la necesidad de implementar estrategias que garanticen un acceso oportuno y sostenido a estas terapias.

Diferencia entre prescripción, autorización y dispensación de medicamentos en un programa público de enfermedades reumatológicas autoinmunes de Tucumán: estudio de vida real

Epidemiología 0189

Mariana Espíndola Echazú[1], Maximiliano Augusto Machado Escobar[2]

1. Programa de Atención Integral del Paciente con Enfermedades Reumatológicas Autoinmunes de Tucumán (PRIS); 2. Hospital Eva Perón, Tucumán

Introducción: El acceso efectivo al tratamiento farmacológico constituye un pilar insoslayable del manejo de las enfermedades reumatológicas autoinmunes. Es conocido que la prescripción y autorización de un medicamento no garantizan su efectiva dispensación. El análisis de los datos de los sistemas de prescripción electrónica permite caracterizar esta brecha y de este modo realizar intervenciones sanitarias oportunas.

Objetivo: Describir el perfil epidemiológico y farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el programa público provincial. Evaluar la brecha entre medicamentos autorizados y los dispensados.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de los registros electrónicos de prescripción y dispensación del Programa de Atención Integral del Paciente con Enfermedades Reumatológicas Autoinmunes de la provincia de Tucumán. Se analizaron pacientes, diagnósticos según CIE-10, fármacos prescriptos, cantidad autorizada y dispensada, tipo de medicamento y nodo de entrega. Se realizó estadística descriptiva y análisis de la proporción de unidades dispensadas respecto de las autorizadas.

Resultados: Se analizaron 18.101 prescripciones correspondientes a 2.117 pacientes tanto de alto como de bajo costo, que incluyeron 54 fármacos y 89 diagnósticos CIE-10. La edad media de los pacientes fue de 45,5±12,8 años; siendo la artritis reumatoidea el grupo más representativo (63,5 %), seguida de lupus eritematoso sistémico (17,2 %), colagenopatías y otras enfermedades del tejido conectivo (15,8 %) y artritis psoriásica/psoriasis (2,5 %). Se autorizaron 582.793 unidades farmacológicas, de las cuales se dispensaron 268.256 (46,0 %), evidenciándose una brecha de 54,0 %. Del total pendiente, 91,6 % correspondió a medicación autorizada sin dispensación, mientras que 8,4 % correspondió a entregas parciales. Los medicamentos de alto costo representaron 3,1 % de las prescripciones y alcanzaron a 15,6 % de los pacientes.

Conclusión: Del análisis se identificó una importante desigualdad entre la autorización y la dispensación efectiva de medicamentos. La mayor proporción del pendiente correspondió a tratamientos autorizados que los pacientes nos fueron a retirar, lo que orienta la necesidad de investigar barreras relacionadas con adherencia, accesibilidad, continuidad terapéutica y utilización del sistema. Estos resultados demuestran el valor de los registros de vida real para identificar inequidades y orientar intervenciones destinadas a mejorar el acceso efectivo al tratamiento de las enfermedades reumatológicas autoinmunes.

Evaluación de la satisfacción en la atención de pacientes en un servicio de reumatología

Epidemiología 0222

María Eugenia Urroz, Fabio Salazar, Leandro Maddalena, Narda Krupskaia Chilán Santana, Iris Girón, Griselda Redondo, Augusto Martín Riopedre, Belén María Virasoro, María Gimena Gómez, Malena Viola, Darío Mata, María Celina de la Vega

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Introducción: La satisfacción del paciente constituye un indicador clave de la calidad asistencial. Conocerla resulta fundamental, dado que permite el desarrollo de un sistema de salud orientado a la atención de calidad y favorece la mejora continua de los servicios sanitarios. Por este motivo, previamente se diseñó y validó un cuestionario para evaluar satisfacción cuyos resultados ya han sido presentados.

Objetivo: Evaluar la satisfacción de pacientes atendidos en un servicio de Reumatología de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), describir su asociación con variables sociodemográficas y comparar estos resultados con aquellos registrados durante el proceso de validación del cuestionario.

Métodos: Se aplicó el cuestionario a pacientes atendidos de forma consecutiva en consultorios de reumatología durante la primera quincena del mes de junio del 2026. Se analizaron variables descriptivas (frecuencias) para cada ítem, y se evaluó la asociación entre las respuestas y las variables sociodemográficas (localidad de residencia, nivel educativo) mediante test de chi-cuadrado, test exacto de Fisher, test de Kruskal-Wallis y correlación de Spearman, según correspondiera al tipo de variable.

Resultados: Se encuestó a 126 pacientes, se analizaron 117 encuestas; 9 fueron excluidas ya que más del 50 % de las preguntas no habían sido respondidas. El 82,91 % de los pacientes se encontró muy satisfecho con la atención médica, y el 99,44 % consideró buena o muy buena la información clínica recibida. No se observó asociación estadísticamente significativa entre las respuestas a estas preguntas y el nivel educativo del paciente (p=0,071). Respecto de la infraestructura hospitalaria, el 87,18 % de los pacientes consideró cómoda la sala de espera y el 94,02 % los consultorios. En cuanto al acceso a los turnos, el 29,92 % de los pacientes refirió dificultad para conseguir turno con reumatología, y el 11,97 % consideró dificultoso el acceso a otros servicios del hospital, como laboratorio y radiología. No se observó una asociación estadísticamente significativa entre las respuestas referidas a la accesibilidad de los turnos y la localidad de residencia (CABA o Provincia de Buenos Aires) (p=0,617). El 88,03 % de los pacientes fue atendido con turno programado, mientras que solo el 11,11 % lo fue mediante sobreturno o sin turno previo. No se observó una asociación estadísticamente significativa entre la modalidad de obtención del turno y la localidad de residencia (p=0,256). No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas con los resultados obtenidos durante la validación del cuestionario.

Conclusión: La aplicación de la encuesta confirmó un alto grado de satisfacción con la atención médica y la infraestructura del servicio, replicando el patrón observado en la validación original. La dificultad en el acceso a los turnos, tanto de reumatología como de otros servicios, se mantiene como la principal área de oportunidad de mejora. Las respuestas reportadas en las preguntas que evaluaban satisfacción y accesibilidad hospitalaria resultaron independientes de la localidad de residencia y el nivel educativo de los pacientes, lo que sugiere un patrón de respuesta homogéneo entre subgrupos.

Herpes zóster y enfermedades autoinmunes en Argentina. Estudio multicéntrico

Epidemiología 0254

Emilce del Milagro García Núñez[1], Ana Lucía Barbaglia Navarro[1], José Manuel Díaz Ochoa[1], Pablo Nicolás Vece[1], Luciana González Lucero[1], María Constanza Bertolaccini[1], Raúl Sueldo[1], Joan Manuel Dapeña[2], Alejandra Suárez[2], Alejandra Celenza[2], Malena Viola[3], Darío Mata[3], María de los Ángeles Correa[4], Verónica Bellomio[1]

1. Hospital Ángel C. Padilla; 2. Hospital Santojanni; 3. Hospital Argerich; 4. IREP

Introducción: La infección por herpes zóster (HZ) se relaciona con deterioro de la inmunidad celular, lo que explica su mayor frecuencia y gravedad en pacientes inmunocomprometidos. En Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y Artritis Reumatoidea (AR) el riesgo es considerablemente mayor y se ha asociado al uso de corticosteroides, inmunosupresores, mayor actividad y duración de la enfermedad.

Objetivo: 1) Determinar frecuencia de infección por herpes zóster en pacientes con LES y AR. 2) Describir frecuencia de recurrencia y complicaciones asociadas al HZ. 3) Evaluar asociación entre HZ y variables clínicas y terapéuticas.

Métodos: Se revisaron historias clínicas de pacientes de diferentes centros de Argentina, que asistieron consecutivamente al consultorio de reumatología entre marzo y junio de 2026 con diagnóstico de LES (ACR/EULAR 2019) y AR (ACR/EULAR 2010). Se excluyeron pacientes con antecedente de trasplante, VIH, cáncer y/o inmunodeficiencias primarias. Se evaluaron variables sociodemográficas, clínicas, terapéuticas, comorbilidades y variables clínicas asociadas a la infección por HZ.

Resultados: Se incluyeron 261 pacientes, 166 (63.6 %) con AR y 95 (36.4 %) con LES, edad media de 48.2 años, 88.5 % fueron mujeres. Cuarenta y un pacientes presentaron HZ (prevalencia 15.7 %; IC95 % 11.4 – 20.7 %), 10 % (n=26) AR y 5.7 % LES (n=15). Seis (14.6 %) presentaron forma diseminada, 9 (21.7 %) neuralgia posherpética, 5 (12.9 %) sobreinfección y 7 (17 %) requirieron internación. Se observó recurrencia en 7 pacientes (17 %; IC95 % 7.2 -32.1 %). Entre los 41 pacientes que presentaron HZ, 18 (43.9 %) se encontraban en tratamiento con metotrexato, 15 (36.6 %) recibían glucocorticoides y 13 (31.7 %) hidroxicloroquina. Asimismo, 4 (9.75 %) pacientes recibían tratamiento con inhibidores JAK; de ellos 3 con tofacitinib y 1 con baricitinib. El 95.1 % (n=39) recibió terapia antiviral; ninguno de ellos se encontraba vacunado al momento de presentar la infección. Los pacientes con HZ presentaron mayor actividad de la enfermedad en su evolución (p= 0.043). Los pacientes con LES recibieron mayor dosis de prednisona al momento de HZ (mediana 10 vs. 0 mg/d, p= 0.001), presentaron mayor frecuencia de internación (p= 0.039), sobreinfección (p= 0.043) y neuralgia postherpética (p= 0.05) comparados con los pacientes con AR. No hubo asociación entre HZ y tiempo de evolución de la enfermedad, tratamiento inmunosupresor y corticoesteroides recibido al momento de la infección.

Conclusión: La prevalencia de infección por HZ en esta cohorte de pacientes con LES y AR fue 15.7 %. HZ se asoció a enfermedad más severa y no hubo asociación con terapias inmunosupresoras.

Prácticas en salud reproductiva y riesgo fetal en mujeres en edad fértil con enfermedades reumatológicas autoinmunes sistémicas

Epidemiología 0257

Juan Manuel Bande[1], Sofía Cherey[1], **Graziana Cippitelli**[1], Javier Federico Flores Trejo[1], Diana Silvia Klajn[1], María Alejandra Medina[1], Silvia Papasidero[1], Patricia Belén Domínguez Leiva[2], Joan Manuel Dapeña[3], Denisse Estefanía Gallardo Pérez[4], María Julia Sosa[5], Eliana Rebecca Serrano[6]

1. Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú; 2. Consultorio Privado; 3. Hospital Santojanni; 4. IREP; 5. Sanatorio de la Trinidad Mitre; 6. Sanatorio Municipal Dr. Julio Méndez

Introducción: Las enfermedades reumatológicas autoinmunes sistémicas (ERAS) afectan de manera predominante a mujeres en edad fértil, lo que confiere a la salud reproductiva un aspecto central en la atención de estas pacientes. Identificar brechas concretas en la práctica diaria puede contribuir al desarrollo de estrategias orientadas a la optimización del cuidado reproductivo de esta población. Existe información limitada en nuestro medio en relación con este aspecto.

Objetivo: Describir las prácticas en salud reproductiva y evaluar la exposición a fármacos contraindicados durante el embarazo en mujeres en edad fértil con enfermedades reumatológicas autoinmunes sistémicas.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, transversal y descriptivo. Se incluyeron mujeres en edad fértil (18-49 años) con diagnóstico de ERAS según criterios de clasificación correspondientes. Se consignaron variables sociodemográficas, diagnóstico, antecedentes gineco-obstétricos, uso de métodos anticonceptivos (MAC) y asesoramiento, y tratamiento farmacológico actual. Análisis estadístico: Se describieron las

variables categóricas mediante frecuencias absolutas y relativas, y las variables continuas mediante media y desvío estándar o mediana y rango intercuartílico, según la distribución de los datos. Se utilizó el *software* Stata versión 14.0.

Resultados: Se incluyeron 200 pacientes, cuyas características se muestran en la Tabla. El 75 % realizó controles ginecológicos en el último año. El 72 % presentó ciclos menstruales regulares, mientras que el 39,3 % reportó amenorrea al momento de la inclusión; en el 77,3 % esta fue de causa secundaria. El 67 % utilizaba MAC; el más frecuente fue el hormonal (44,8 %) seguido del método de barrera (32 %). En el grupo de pacientes que no utilizaban MAC (n=62), el motivo más frecuente fue la ausencia de actividad sexual (45,2 %). El 58,3 % de las pacientes había recibido asesoramiento anticonceptivo y en el 67,2 % de los casos este fue provisto por ginecología. El 72,5 % de las pacientes presentaron al menos un embarazo, con una mediana de embarazos totales de 1 (RIC 0-3) y de embarazos posteriores al diagnóstico de 0 (RIC 0-1). El 15,9 % presentaron embarazos no planificados posteriores al diagnóstico. En el 11,7 % de los casos se reportaron resultados materno-fetales adversos. El 39,3 % informó haber presentado al menos un aborto, en el 86 % de los casos, estos fueron espontáneos. El 62 % de las pacientes recibía al menos un fármaco contraindicado en el embarazo según las categorías de riesgo fetal. Entre las pacientes que recibían fármacos contraindicados, el 23,6 % no había recibido asesoramiento anticonceptivo y el 19,8 % no utilizaba MAC.

Conclusión: En este estudio se identificaron brechas relevantes en el cuidado reproductivo, destacándose la coexistencia de falta de asesoramiento anticonceptivo y uso de fármacos contraindicados en el embarazo, así como la ausencia de uso de MAC en una proporción importante de pacientes expuestas a estos tratamientos.

Tabla: Características de la población (N=200)

Edad en años, media (DE)	37,2 (8,1)
Nivel socioeconómico*, n (%) (N=188)	
- Clase media alta	20 (10,6)
- Clase media	87 (46,3)
- Clase media baja	62 (33)
- Clase baja	19 (10,1)
Años de estudio, media (DE)	13 (2,8)
Cobertura de salud, n (%)	
- Sistema público	107 (53,5)
- Sistema privado	65 (32,5)
- Mixto	28 (14)
Presencia de comorbilidades, n (%)	86 (43)
Tiempo de evolución en meses, mediana (RIC)	60 (28-120)
Diagnóstico, n (%)	
- Artritis reumatoidea	94 (47)
- Lupus eritematoso sistémico	42 (21)
- Enfermedad de Sjögren	16 (8)
- Artritis idiopática juvenil	13 (6,5)
- Síndrome de superposición	9 (4,5)
- Artritis psoriásica	8 (4)
- Espondiloartritis axial	5 (2,5)
- Esclerosis sistémica	3 (1,5)
- Síndrome antifosfolipídico	3 (1,5)
- Otras	3 (1,5)
- Miopatías inflamatorias	2 (1)
- Vasculitis sistémicas	2 (1)

DE: desvío estándar; RIC: rango intercuartílico; * Escala de Graffar

Tabla 2:

Título	127
Introducción	459
Objetivos	107
Material & Métodos	650
Resultados	1329
Conclusiones	308
Total	2980

Fatiga y factores clínicos, sociodemográficos y de laboratorio en pacientes con esclerosis sistémica. Datos preliminares

ES / EMTC / S. de Superp. 0109

Juan Manuel Rodríguez Gramazza, Lucila García, Paloma Pavlic Lopez, Alfonsina Maitén Sarde, Bettina Soledad Sardi, Amira Buganem, Juan Ignacio Godin, Julia Scafati, Claudia Pena, Mercedes García

Hospital General de Agudos San Martín, La Plata

Introducción: La Esclerodermia es una enfermedad autoinmune y crónica, con múltiples manifestaciones heterogéneas que pueden afectar la calidad de vida, entre ellas la fatiga, síntoma reportado frecuentemente.

Objetivo: Evaluar la asociación entre fatiga y las características sociodemográficas, clínicas, de comorbilidad y de laboratorio en pacientes con Esclerosis Sistémica.

Métodos: Estudio observacional, analítico, de corte transversal, unicéntrico, que incluyó pacientes >= 18 años que cumplieran criterios de clasificación ACR/EULAR 2013 para Esclerodermia, atendidos entre agosto 2025 y julio 2026 en un servicio de reumatología de tercer nivel. Se excluyeron pacientes con otra enfermedad autoinmune asociada o analfabetismo. Se recopilaron variables sociodemográficas, clínicas, comor-

bilidades, de laboratorio, perfil de anticuerpos, tratamientos y resultados reportados por los pacientes, entre ellos FACIT-F para fatiga. Se consideró fatiga significativa con un puntaje <30 en FACIT-F. Para comparar los niveles de fatiga entre categorías de variables clínicas se utilizó prueba t de Student o ANOVA cuando se cumplían los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianzas; de lo contrario, se emplearon pruebas de Mann–Whitney U o Kruskal–Wallis, según correspondiera. Las variables categóricas se compararon mediante prueba de Chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher. La asociación entre variables continuas se evaluó mediante coeficientes de correlación de Pearson o Spearman, según distribución de datos. La significación estadística se estableció con un valor de p <0,05. El análisis se realizó utilizando Stata 15.1.

Tabla 1. Características basales de la cohorte.

Variables	Total pacientes (N=18)
EDAD, mediana (RIC)	58 (40–64)
SEXO FEMENINO, n (%)	16 (88.9)
COBERTURA SOCIAL, n (%)	11 (61.1)
NIVEL EDUCATIVO, n (%)	
-Primaria (sin escolaridad/primario incompleto)	2 (11)
-Secundaria (completa o incompleta)	12 (66.7)
-Terciaria/Universitaria (completa o incompleta)	4 (22.2)
EMPLEADO, n (%)	9 (50%)
JUBILADO, n (%)	7 (38.9)
PACIENTE CON CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD, n (%)	3 (16.7)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL, n (%)	5 (27.8)
DIABETES, n (%)	2 (11.1)
EX TABAQUISTA, n (%)	8 (44.4)
DURACIÓN DE AÑOS DE ENFERMEDAD, mediana (RIC)	4 (1–14)
TIEMPO DE RETRASO DIAGNÓSTICO, mediana (RIC)	1 (1-4)
ESCLERODERMIA LIMITADA, n (%)	10 (55.6)
ESCLERODERMIA DIFUSA, n (%)	8 (44.4)
FENÓMENO DE RAYNAUD, n (%)	17 (94.4)
SCORE DE RODNAN, mediana (RIC)	4 (3–7)
ÚLCERAS DIGITALES – presencia actual, n (%)	4 (22.2)
AMPUTACIONES DIGITALES - antecedente, n (%)	2 (11.1)
ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, n (%)	4/14 (28.5)
CAPACIDAD VITAL FORZADA, % (DE)	99 (92–101)
*COMPROMISO CARDIOLÓGICO, n (%)	1 (5.5)
FRACCIÓN DE EYECCIÓN (%), mediana (RIC)	65 (65-68)
TENOSINOVITIS POR FRICCIÓN – n (%)	2 (11.1)
CONTRACCIÓN ARTICULAR EN EXAMEN FÍSICO – n (%)	3 (16.7)
**REFLUJO GASTROESOFÁGICO, n (%)	9 (50%)
HEMOGLOBINA, mediana (DE)	12.3 (11.9-13.4)
ERS, mediana (DE)	21 (16-30)
PCR, mediana (DE)	4 (1-7)
UREA, mediana (DE)	0.3 (0.23-0.359
CREATININA, mediana (DE)	0.74 (0.66-0.78)
ALBUMINA– mediana (DE)	40.2 (39.5–41.0)
PERFIL DE ANTICUERPOS, n (%)	
-Anti-Centrómero	7 (38.9)
-Anti-ARN pol III	2 (11.1)
-Anti-SCL 70	4 (22.2)
-Anti-Centrómero + Anti-ARN pol III	1 (5.6)
-Otro	4 (22.2)
Anti-SSA/RO positivo, n (%)	2/14 (14.3)
PATRONES CAPILAROSCÓPICOS, n (%)	
-Temprano	10 (55.6)
-Activo	5 (22.2)
-Tardío	5 (22.2)
TRATAMIENTO CON BLOQUEANTES CÁLCICOS, n (%)	13 (72.2)
TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DE ENDOTELINA n (%)	1 (5.6)
TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE FOSFODIESTERASA 5, n (%)	2 (11.1)
TRATAMIENTO CON CILOSTAZOL, n (%)	1 (5.6)
TRATAMIENTO CON MICOFENOLATO, n (%)	4 (22.2)
TRATAMIENTO CON METOTREXATO, n (%)	6 (33.3)
TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, n (%)	2 (11.1)
INFECCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, n (%)	1 (5.6)
INTERNACIÓN DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES, n (%)	2 (11.1)
SCORE DE CHARLSON ≥3 puntos	9 (50)
FACIT-F - mediana (DE)	22 (11–31)
***PACIENTES CON FATIGA SIGNIFICATIVA, n (%)	13 (72.2)

*Compromiso pericárdico - derrame pericárdico.
**Definido como ≥3 episodios/semana.
***Definido como puntuación en FACIT-F <30 puntos.

Resultados: Se incluyeron 18 pacientes (Tabla 1), 16 eran mujeres (88.9 %), con una mediana de edad de 58 años [40 - 64] y una duración de enfermedad de 4 años [1 - 14]. Diez pacientes presentaban fenotipo de esclerodermia limitada (55.6 %) y 8 fenotipo difuso (44.4 %), con una mediana en el *score* de Rodnan de 4 puntos [3-7]. Con respecto a la fatiga, la mediana de puntaje en FACIT-F fue de 22 [11-31], y 13 pacientes tuvieron puntaje < 30 (72.2 %). En el análisis bivariado, se observó una correlación negativa entre el puntaje FACIT-F con edad (r = −0,591; p = 0,009). Asimismo, se observó una diferencia estadísticamente significativa en el puntaje FACIT-F según la carga de comorbilidades, con menores puntajes en los pacientes con un índice de comorbilidad de Charlson ≥3 en comparación con aquellos con Charlson 0–2 (p = 0,014) (Figuras 2A, 2B). No se observaron correlaciones estadísticamente significativas entre FACIT-F y las demás variables sociodemográficas, clínicas, de comorbilidad, de tratamiento o de laboratorio evaluadas.

Figura 2A. Correlación entre edad y puntaje FACIT-F

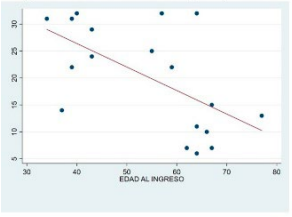


Figura 2B. Puntaje FACIT-F según índice de comorbilidad de Charlson.



Conclusión: La fatiga fue un hallazgo frecuente en esta cohorte de pacientes, y la misma se correlacionó con mayor edad y mayor carga de comorbilidades. No obstante, debido al pequeño tamaño muestral, estos resultados deben interpretarse con cautela y considerarse exploratorios. Se requieren estudios con un mayor número de pacientes para confirmar estas asociaciones.

Asociación entre daño microvascular y microarquitectura ósea en pacientes con esclerosis sistémica

ES / EMTC / S. de Superp. 0118

Roselym Milagros Olivar Tazzo, María Pía Izaguirre Germain, Nadia Domínguez, Yanina Laguna, Eduardo Kerzberg, Fabiana Montoya

Hospital General de Agudos Ramos Mejía

Introducción: La osteoporosis es una comorbilidad frecuente en la esclerosis sistémica (ES), con una prevalencia reportada del 27–53 %. Además de los factores de riesgo tradicionales, el daño microvascular propio de la enfermedad podría contribuir al deterioro de la calidad ósea. La videocapilaroscopía ungueal permite

caracterizar el compromiso microvascular, mientras que el *Trabecular Bone Score* (TBS), derivado de la densitometría por DXA, proporciona una estimación indirecta de la microarquitectura trabecular. Estudios previos han sugerido una asociación entre mayor daño microvascular y menores valores de TBS. Nuestro objetivo fue evaluar la asociación entre los patrones de daño microvascular y la microarquitectura ósea medida mediante TBS en pacientes con ES.

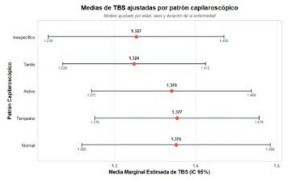
Objetivo: Evaluar la asociación entre los patrones de daño microvascular y la microarquitectura ósea medida mediante TBS en pacientes con ES.

Métodos: Estudio observacional de corte transversal realizado en pacientes ≥18 años con diagnóstico de ES según criterios ACR/EULAR 2013, atendidos en el Servicio de Reumatología del Hospital JM Ramos Mejía. Se recolectaron variables demográficas, clínicas, serológicas, actividad de enfermedad (EUSTAR) y otras variables relacionadas con la enfermedad. El compromiso microvascular se clasificó mediante videocapilaroscopía en patrones normal, inespecífico, temprano, activo y tardío. Se evaluaron TBS y densidad mineral ósea mediante DXA. Se compararon los valores de TBS entre los patrones capilaroscópicos y se realizó un análisis de covarianza (ANCOVA), ajustado por edad, sexo y duración de la enfermedad.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas según patrón videocapilaroscópico en pacientes con Esclerosis Sistémica.

Característica	Total (n=80)	Normal (n=8)	Temprano (n=10)	Activo (n=20)	Tardío (n=31)	Inespecífico (n=11)	p
Edad, años — media (DE)	54,0 (12,5)	54,0 (13,9)	50,0 (12,5)	52,2 (10,1)	56,4 (14.0)	54,4 (11,8)	0.648
Sexo: Mujer, n (%)	78 (97,5)	8 (100,0)	9 (90,0)	20 (100,0)	30 (96,8)	11 (100,0)	0.781
IMC, kg/m² — media (DE)	26,6 (5,9)	27,8 (5,1)	28,8 (5,5)	25,7 (5,4)	25,6 (6,5)	28,3 (6,1)	0.432
Tabaquismo, n (%)							
Nunca	59 (73,8)	3 (37,5)	7 (70,0)	16 (80,0)	24 (77,4)	9 (81,8)	0.208
Previo	16 (20,0)	3 (37,5)	3 (30,0)	4 (20,0)	5 (16,1)	1 (9,1)	
Actual	5 (6,2)	2 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,5)	1 (9,1)	
Duración enfermedad, meses — mediana [RIC]	78,5 [33,2; 145,0]	55,5 [19,2; 147,2]	40,0 [22,8; 73,2]	74,0 [50,0; 119,5]	98,0 [48,0; 185,5]	116,0 [46,5; 160,0]	0.215
Subtipo de ES, n (%)							
Limitada	52 (65,0)	8 (100,0)	8 (80,0)	14 (70,0)	16 (51,6)	6 (54,5)	0.076
Difusa	25 (31,2)	0 (0,0)	1 (10,0)	6 (30,0)	14 (45,2)	4 (36,4)	
Sin esclerodermia	3 (3,8)	0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	1 (3,2)	1 (9,1)	
Úlceras digitales, n (%)	20 (25,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	6 (30,0)	12 (38,7)	0 (0,0)	0.022
Artritis, n (%)	18 (22,8)	1 (12,5)	3 (33,3)	5 (25,0)	6 (19,4)	3 (27,3)	0.841
EPID, n (%)	37 (46,2)	1 (12,5)	3 (30,0)	10 (50,0)	19 (61,3)	4 (36,4)	0.091
HAP, n (%)	5 (6,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,0)	3 (9,7)	1 (9,1)	1
Síntomas gastrointestinales, n (%)	53 (66,2)	8 (100,0)	3 (30,0)	14 (70,0)	22 (71,0)	6 (54,5)	0.026
Enfermedad activa, n (%)	18 (23,7)	1 (14,3)	1 (10,0)	4 (20,0)	12 (40,0)	0 (0,0)	0.080
Tratamiento inmunosupresor actual, n (%)	32 (40,0)	2 (25,0)	2 (20,0)	12 (60,0)	14 (45,2)	2 (18,2)	0.134
TBS, media (DE)	1.376 (0.122)	1.395 (0.102)	1.422 (0.131)	1.399 (0.119)	1.327 (0.138)	1.343 (0.106)	0.141

Figura 1. Medias de TBS y patrón videocapilaroscópico (ajustadas por edad, sexo y duración de la enfermedad).



Resultados: Se incluyeron 80 pacientes, con edad media de 54,0±12,5 años y 97,5 % de mujeres. El patrón capilaroscópico fue normal en 8 (10 %), inespecífico en 11 (13,8 %), temprano en 10 (12,5 %), activo en 20 (25 %) y tardío en 31 (38,8 %). El TBS medio fue 1,376±0,122. El 31,2 % de los pacientes presentó un TBS parcialmente degradado o degradado. No se observaron diferencias significativas en los valores de TBS entre los diferentes patrones capilaroscópicos (p=0,141). Sin embargo, los pacientes con patrón tardío presentaron menores valores de TBS respecto de los patrones temprano y activo (1,327±0,138 vs. 1,422±0,131 y 1,399±0,119, respectivamente). En el análisis ajustado, ninguno de los patrones capilaroscópicos se asoció independientemente con el TBS. La edad fue el único factor asociado con menores valores de TBS (β=-0,004 por año; p < 0,001).

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con ES no se observó una asociación independiente entre el patrón de daño microvascular y la microarquitectura ósea evaluada mediante TBS. Si bien se observaron menores valores de TBS en el patrón capilaroscópico tardío, esta diferencia no alcanzó significación estadística.

Trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas en esclerosis sistémica. Impacto en el compromiso cutáneo y microvascular

ES / EMTC / S. de Superp. 0127

María Josefina Molina[1], Alejandro Nitsche[2]

1. Consultorios Médicos Pueyrredón; 2. Hospital Alemán

Introducción: El trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas (TACPH) se considera como opción terapéutica en pacientes con esclerosis sistémica (ES) difusa, severa y progresiva, logrando remisión clínica a largo plazo, mayor sobrevida y mejor calidad de vida. Sin embargo, poco se conoce de su impacto sobre la microvasculatura, la injuria endotelial y la reparación vascular.

Objetivo: Evaluar la eficacia de TACPH en el compromiso cutáneo y microvascular en pacientes con ES difusa rápidamente progresiva.

Métodos: Estudio retrospectivo. Se evaluaron las historias clínicas de 11 pacientes con diagnóstico de ES (criterios de clasificación EULAR 2013), rápidamente progresiva sometidos a TACPH entre marzo 2018 y junio 2026. Se evaluaron variables demográficas, tiempo de evolución de la enfermedad, tiempo de evolución al momento del TACPH y tiempo de evolución post-TACPH. Se evaluó el cambio de *score* cutáneo de Rodnan modificado (SRM) y cambios en los hallazgos capilaroscópicos pre-TACPH, a los 6, 12 y 24 meses post-TACPH. Análisis estadístico: Se determinaron frecuencias y medias. Se empleó test de Chi cuadrado para datos categóricos y test de Student y ANOVA para diferencias de medias. Se consideró significancia estadística: $p<0.05$.

Resultados: La mayoría de los pacientes fueron mujeres (72.2 %) con edad media de 47 ± 10 años y edad media al diagnóstico de ES de 39.4 ± 6.7 años. El tiempo medio de evolución de ES fue de 71 ± 28.1 meses, el tiempo medio de evolución de ES al momento del TACPH fue de 35 ± 16.7 meses y el tiempo medio de evolución de ES post-TACPH fue de 42.7 ± 27.9 meses. En todos los pacientes la indicación de TACPH fue rápida progresión cutánea. Al momento del trasplante todos los pacientes presentaron Raynaud, el 72.7 % presentó compromiso pulmonar intersticial y el 36.4 % frote tendinoso. El 100 % de los pacientes fueron ANA (+), el 63.3 % anti-Scl70 (+) y 1 paciente anti-RNA polimerasa III (+). La media de SRM pre-TACPH en los 11 pacientes fue de 31.2 ± 6.8 puntos. El cambio de SRM durante el seguimiento se evaluó en 8/11 pacientes. Se observó una disminución significativa de SRM: 32.3 vs. 15.1 puntos, $p=0.00009$ entre pre-TACPH vs. 6 meses post-TACPH. Esta reducción significativa se mantuvo al comparar el SRM pre-TACPH, a los 6, 12 y 24 meses ($p=0.0000004$). En la videocapilaroscopía pre-TACPH, 6/11 (54.5 %) pacientes presentaron patrón SD tardío y 5/11 (45.5 %) activo. En 8/11 se evaluaron los hallazgos capilaroscópicos pre-TACPH, a los 6, 12 y 24 meses post-TACPH. En evaluación pre-TACPH, 6/8 (75 %) pacientes presentaron patrón SD tardío y 2 (25 %) SD activo. A los 6 meses, la proporción de pacientes con patrón SD tardío disminuyó al 37,5 %, mientras que el SD activo representó el 50 % y el SD temprano el 12,5 %. A los 12 meses, se observó 37,5 % patrón SD tardío, 25 % SD activo, 25 % SD temprano y 12,5 % hallazgos inespecíficos. A los 24 meses, el patrón SD tardío representó el 25 %, el SD activo el 25 %, el SD temprano el 37,5 % y los hallazgos inespecíficos el 12,5 %. Sin embargo, esta mejoría post-TACPH en los hallazgos capilaroscópicos no alcanzó significancia estadística. Ninguno de los 8 pacientes presentó recaída de ES y estuvieron sin drogas inmunosupresoras ni biológicos durante los 24 meses post-TACPH.

Conclusión: 1) En nuestros pacientes sometidos a TACPH se observó una marcada caída en el SRM (50 % aproximadamente) ya a los 6 mes post-TACPH, que continuó descendiendo en el seguimiento de 24 meses. 2) Durante el seguimiento de 24 meses, se observó una mejoría progresiva en los patrones capilaroscópicos.

Prevalencia de manifestaciones gastrointestinales por *score* UCLA GIT 2.0 en pacientes con esclerosis sistémica y su asociación con índices nutricionales

ES / EMTC / S. de Superp. 0145

Ana Carolina Ralle, Ivana Romina Rojas Tessel, Emilio Buschiazzo, Eugenia Picco, Mariana Aciar, Leila Belbruno, María Laura Toso, Martín Miguel Ángel Salas Tolaba, María Torrez, Marco Antonio Gutiérrez, Vicente Juárez

Hospital Señor del Milagro

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune caracterizada por fibrosis cutánea y visceral, con alta morbimortalidad. El tracto gastrointestinal (GI) es uno de los órganos más frecuentemente afectados. Para su evaluación, el cuestionario UCLA SCTC GIT 2.0 es una herramienta breve, válida y sensible al cambio. El Índice de Pronóstico Nutricional (IPN), calculado a partir de la albuminemia y el recuento linfocitario, es un indicador validado del estado nutricional e inmunológico con valor pronóstico. Un IPN bajo se ha asociado con mayor actividad de enfermedad, mayor riesgo de infecciones y hospitalizaciones.

Objetivo: Definir la prevalencia de manifestaciones GI pesquisadas con el cuestionario UCLA GIT 2.0 en pacientes con ES y su correlación con índices nutricionales: Índice de Masa Corporal (IMC) e IPN.

Métodos: Se incluyeron pacientes de la consulta ambulatoria, con diagnóstico de ES según criterios ACR/EULAR. Se consignaron variables sociodemográficas como edad, sexo, datos de la enfermedad como tiempo de evolución, compromiso gastrointestinal, *score* de UCLA GIT 2.0, *Score* de Rodnan modificado (mRSS), patrón capilaroscópico, tratamiento, y del estado nutricional con IPN e IMC. En el análisis estadístico, las variables continuas se compararon mediante prueba t de Student o U de Mann-Whitney según homogeneidad de varianzas, y las correlaciones se evaluaron con el coeficiente de Pearson o Spearman. Se consideró significativo un valor de p <0,05.

Resultados: Todas las pacientes fueron de sexo femenino, con edad media de 53,2 ± 10,4 años y tiempo de evolución de la ES de 9,24 ± 5,98 años. El subtipo cutáneo predominante fue el limitado 13 (52 %), seguido del difuso 8 (32 %) y sine esclerodermia 4 (16 %). En la capilaroscopía, el patrón más frecuente fue el activo 10 (40 %), seguido del tardío 6 (24 %) y temprano 5 (20 %). El 48 % (12) presentó enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) y el 4 % (1) hipertensión pulmonar (HTP). El 96 % de las pacientes presentó algún grado de compromiso GI. Se observó afectación esofágica en el 80 %, compromiso gástrico en el 56 %, de intestino delgado en el 64 % y colorrectal en el 56 %. El IPN promedio fue de 51,4 ± 6,03, y el *score* UCLA 2.0 de 0,590 ± 0,457. No se encontró correlación significativa entre el UCLA 2.0 y el IPN (r de Pearson = -0,045; p = 0,832; rho de Spearman = -0,053; p = 0,803). Se registró infección severa (internación) en el 8 % (2) de las pacientes en los últimos 6 meses. Este subgrupo presentó un IMC significativamente mayor (37,3 vs. 24,8 kg/m^2; t = -4,43, p < 0,001; U de Mann-Whitney p = 0,007), sin diferencias significativas en el resto de las variables clínicas o de laboratorio analizadas. No se observó correlación significativa entre el IMC y el *score* UCLA 2.0 (r = 0,039; p = 0,853) ni entre el IMC y el IPN (r = -0,182; p = 0,385). El mRSS no se correlacionó significativamente con el IPN (r = -0,335; p = 0,102), el IMC (r = 0,164; p = 0,434) ni el *score* UCLA 2.0 (r = 0,218; p = 0,295), aunque se observó una tendencia no significativa hacia una asociación inversa entre el compromiso cutáneo y el estado nutricional.

Conclusión: No se hallaron correlaciones significativas entre el IMC, el *score* UCLA 2.0 y el IPN, sugiriendo que el estado nutricional, la severidad sintomática gastrointestinal y el índice de masa corporal serían dimensiones clínicas independientes en esta cohorte de pacientes con esclerosis sistémica.

Frecuencia y características de los pacientes con desarrollo de enfermedad pulmonar intersticial tardía en esclerosis sistémica

ES / EMTC / S. de Superp. 0165

Martina Combes[1], Micaela Cosatti[1], Rossio Gardenia Ortuño Lobo[1], Lucas Graziano[1], Micaela Rodríguez[1], Darío Scublinsky[2], Francisco Paulin[2], María Natalia Tamborenea[3], Fabiana Montoya[4], Eduardo Kerzberg[4], María Belén Navarro[4], Mauricio Machado[4], Alejandro Brigante[5], Paula Pucci[6], Anastasia Secco[1]

1. Hospital Bernardino Rivadavia; 2. Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández; 3. Hospital General de Agudos Carlos G. Durand; 4. Hospital General de Agudos Ramos Mejía; 5. Sanatorio Güemes; 6. Hospital Alemán

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) constituye una de las principales causas de morbimortalidad en esclerosis sistémica (ES). Habitualmente aparece durante los primeros 5 años (temprana) desde la primera manifestación no-Raynaud; sin embargo, un grupo de pacientes puede presentar esta manifestación luego de los 5 años (tardía). Conocer las características de dicho grupo podría optimizar el rastreo de EPI independientemente del tiempo de evolución de la ES.

Objetivo: Describir la prevalencia de EPI tardía en pacientes con ES y comparar las características clínicas entre pacientes con EPI temprana y tardía en pacientes con ES.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, analítico, de corte transversal. Se utilizó la base de datos del GESAR de ES. Se incluyeron pacientes que cumplían criterios clasificatorios ACR/EULAR 2013 de ES. Se definió EPI temprana a aquella que se desarrolla en los primeros 5 años desde el diagnóstico de ES (< 5 años) y EPI tardía luego de los 5 años (>= 5 años). Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, serológicas, funcionales, radiológicas y tratamientos. Las variables continuas se reportaron como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartilo (RIC); las variables categóricas se informaron en porcentajes. Se realizó un análisis bivariado y multivariado.

Resultados: Se analizaron los datos de 113 pacientes con ES. La edad media fue de 53 (+/- 13) años, 98 (87 %) pacientes fueron de sexo femenino. La media de duración de la enfermedad fue de 8 (+/-7) años. Del total de pacientes con ES, 31 (27,4 %) desarrollaron EPI tardía. De los 54 (55 %) pacientes que desarrollaron EPI durante la evolución de la ES, 31 (32 %) tuvieron anticuerpo Scl-70 positivo, y 40 (44 %) anticentrómero positivo, 34 (35 %) presentaron un patrón NSIP en TAC basal, la FVC media en EFR basal fue de 56.4 (40.9) (Tabla 1). Del total de las EPI, 23 (42 %) tuvieron EPI temprana y 31(56 %) desarrollaron EPI tardía. Frente a los pacientes con EPI temprana, aquellos con EPI tardía presentaron mayor compromiso esofágico con RGE como principal manifestación (33 % vs. 38 % p= 0.05), mayor presencia de gastritis aguda (13 % vs. 38 % p=0.02) y positividad del anticuerpo anticentrómero en mayor medida (5 % vs. 20 % p= 0.04) (Tabla 2). En el análisis multivariado no se encontraron asociaciones independientes.

Conclusión: La prevalencia de EPI tardía fue del 27,4 %, lo que destaca que el desarrollo de EPI luego de los 5 años de evolución de la ES no es infrecuente. Los pacientes con EPI tardía presentaron características clínicas diferentes respecto de aquellos con EPI temprana. Estos hallazgos podrían sugerir la necesidad de mantener la vigilancia de EPI más allá de los primeros 5 años de evolución de la enfermedad.

Tabla 1: Características sociodemográficas y de la enfermedad

Variable	N=113
Edad, media (SD)	53 (13)
Sexo femenino, n (%)	98 (87%)
Características clínicas	
Duración de la enfermedad, media en años (SD)	8 (7)
Endurecimiento de piel proximal a MCF, n (%)	53 (47%)
Puffy fingers, n (%)	33 (29%)
Esclerodactilia, n (%)	57 (50%)
Úlceras en yemas de dedos, n (%)	31 (27%)
Pitting scars, n (%)	43 (38%)
Telangiectasias, n (%)	49 (44%)
Fenómeno de Raynaud, n (%)	107 (96%)
Score de Rodnan modificado basal,media (SD)	9.59 (9.77)
Enfermedad Pulmonar Intersticial, n (%)	54 (55%)
Disnea	63 (56%)
Hipertensión pulmonar, n(%)	16 (17%)
Compromiso esofágico, n (%)	57 (61%)
Reflujo gastroesofágico, n(%)	38 (34%)
Compromiso gástrico, n (%)	35 (38%)
Gastritis aguda y/o crónica, n (%)	27 (24%)
Crisis renal esclerodérmica, n (%)	1 (0.9%)
Laboratorio	
ANA positivo	96 (82%)
Anti-Scl70, n (%)	31 (32%)
Anti-centrómero, n (%)	40 (44%)
Anti-ARN Pol III, n (%)	3 (7%)
PCR (mg/L), media (SD)	7.82 (19.6)
VSG (mm/h), media (SD)	22.5 (16.7)
Estudios complementarios	
Capilaroscopia SD Activo, n (%)	32 (30%)
Capilaroscopia SD Tardío, n (%)	30 (28%)
Capilaroscopia SD Temprano, n (%)	24 (22%)
TAC basal - NSIP, n (%)	34 (35%)
TAC basal - UIP, n (%)	8 (8%)
FVC (%), media (SD)	56.4 (40.9)
DLCO corregido (%), media (SD)	58.8 (36.7)
Presión arterial pulmonar (mmHg), media (SD)	31.3 (16.2)
VEDA alterada, n (%)	33 (41%)
Manometría esofágica de alta resolución alterada, n (%)	10 (14%)
Tratamientos recibidos	
Rituximab, n (%)	16 (14%)
Ciclofosfamida EV, n (%)	7 (6%)
Micofenolato mofetil, n (%)	45 (41%)
Metotrexato, n (%)	29 (26%)
Azatioprina, n (%)	4(4%)
Antifibrótico (cualquiera), n (%)	8 (8%)
Vasodilatador (cualquiera), n (%)	94 (91%

Tabla 2: Comparación enfermedad pulmonar intersticial según tiempo de aparición

Variable	< 5 años(n=23)	≥ 5 años (n=31)	p-value	Total EPI (n=54)
Características clínicas				
Duración de la enfermedad, media en años (SD)	3 (1)	12(6)	<0.001	8 (7)
Endurecimiento de piel proximal a MCF, n (%)	13 (57%)	19 (61%)	0.699	32 (59%)
Puffy fingers, n (%)	6 (26%)	5 (16%)	0.828	11 (20%)
Esclerodactilia, n (%)	8 (35%)	20 (65%)	0,0729	28 (52%)
Úlceras en yemas de dedos,n (%)	6 (26%)	14 (45%)	0.255	20 (37%)
Pitting scars, n (%)	12 (52%)	13 (42%)	0.978	25 (46%)
Telangiectasias, n (%)	9 (39%)	15 (48%)	0.336	24 (44%)
Fenómeno de Raynaud, n (%)	22 (96%)	31 (100%)	0.0128	53 (98%)
Score de Rodnan modificado basal,media (SD)	16.4 (13.4)	11.5 (8.34)	0.275	13.4(10.8)
Disnea	17 (43%)	23 (58%)	0.351	40 (74%)
Hipertensión pulmonar, n(%)	5 (24%)	5 (19%)	0.729	10 (21%)
Compromiso esofágico, n (%)	9 (53%)	21 (70%)	0.03	30 (64%)
Reflujo gastroesofágico, n(%)	6 (26%)	13 (42%)	0.05	19 (35%)
Compromiso gástrico, n (%)	6 (32%)	11 (38%)	0.0682	17 (35%)
Gastritis aguda y/o crónica, n (%)	3 (13%)	8 (26%)	0.02	11 (20%)
Crisis renal esclerodérmica, n (%)	1 (4%)	0 (0%)	0.429	1 (2%)
Laboratorio				
ANA positivo	20 (87%)	27 (87%)	0.82	47 (87%)
Anti-Scl70, n (%)	13 (59%)	12 (50%)	0.218	25 (54%)
Anti-centrómero, n (%)	1 (5%)	4 (20%)	0.04	5 (13%)
Anti-ARN Pol III, n (%)	1 (7%)	1 (17%)	1	2 (10%)
PCR (mg/L), media (SD)	11.5 (20.8)	10.1 (25.0)	0.304	10.7 (23.1)
VSG (mm/h), media (SD)	24.5 (19.5)	25.8 (16.6)	0.997	25.2 (17.8)
Estudios complementarios				
Capilaroscopia, SD Activo, n (%)	7 (32%)	4 (13%)	0.213	11 (21%)
Capilaroscopia SD Tardío, n (%)	7 (32%)	13 (43%)		20 (39%)
Capilaroscopia SD Temprano, n (%)	7 (32%)	6 (20%)		13 (25%)
TAC NSIP, n (%)	18 (82%)	16 (57%)	0,012	34 (68%)
TAC UIP, n (%)	2 (9%)	5 (18%)		7 (14%)
EFR - FVC basal (%), media (SD)	57 (36)	52 (41)	0.648	54 (38)
EFR - DLCOc basal(%), media (SD)	52 (32)	49 (38)	0.56	50 (35)
Presión arterial pulmonar (mmHg), media (SD)	35 (20)	32 (16)	0.908	33 (18)
Tratamiento				
Rituximab, n (%)	8 (36%)	6 (19%)	0.136	14 (26%)
Ciclofosfamida EV, n (%)	1 (5%)	5 (16%)	0.697	6 (11%)
Micofenolato mofetil, n (%)	17 (77%)	20 (65%)	0.572	37 (70%)
Metotrexato, n (%)	6 (27%)	6 (19%)	0.923	12 (23%)
Azatioprina, n (%)	0 (0%)	4 (13%)	0.136	4 (8%)
Antifibrótico (cualquiera), n (%)	3 (15%)	4 (14%)	0.715	7 (15%)
Vasodilatador (cualquiera), n (%)	20 (91%)	28 (93%)	1	48 (92%)

Indicaciones y falta de acceso a nintedanib en enfermedad pulmonar intersticial asociada a enfermedades autoinmunes sistémicas

ES / EMTC / S. de Superp. 0185

Juan Ignacio Godín, Máximo Cosentino, Juan Manuel Rodríguez Gramazza, Amira Buganem, Paloma Pavlic López, Alfonsina Maitén Sarde, Sabino Deleo, Mercedes García

Hospital General de Agudos San Martín, La Plata

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es una manifestación frecuente de las enfermedades autoinmunes sistémicas, presentándose principalmente en artritis reumatoidea (AR) y esclerosis sistémica (ES). El nintedanib es un inhibidor de la tirosina quinasa desarrollado para bloquear las vías de señalización involucradas en fibrosis y angiogénesis, con el fin de reducir progresión en pacientes con EPID

fibrosante. En la práctica, el uso de este tratamiento puede verse limitado por razones médicas y de acceso.

Objetivo: 1) Evaluar el número de pacientes con ES/AR y EPID que presentan indicación a nintedanib según aprobación por FDA y no lo han recibido por falta de acceso. 2) Describir las características clínicas, funcionales y tomográficas de los pacientes con EPID asociada a AR y ES.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, analítico y retrospectivo con revisión de historias clínicas. Se incluyeron pacientes >=18 años con diagnóstico de AR por criterios ACR/EULAR 2010 y ES por criterios ACR/EULAR 2013, con EPID confirmada por tomografía computada de alta resolución (TCAR), en seguimiento por reumatología entre 2021 y 2026, controlados en los últimos seis meses. Se consideró EPID fibrosante progresiva (EPID-FP) según definición establecida en las guías de práctica clínica de ATS/ERS/JRS/ALAT 2022.

Tabla 1. Descripción de compromiso pulmonar en ES y AR

Variable	ES n=15	AR n=8
Edad diagnóstico de EPID, mediana	53 (36–63)	56,5 (52–68,5)
Tiempo evolución de EPID, mediana	24 (5–70)	14 (10–28)
Patrón tomográfico, n (%)		
Neumonía intersticial no específica (NSIP)	9 (60)	4 (50)
Neumonía intersticial usual (UIP)	6 (40)	4 (50)
EPID fibrosante progresiva, n (%)	8 (53.3)	5 (62,5)
Inmunosupresores, n (%)		
Micofenolato mofetil	7 (46.6)	1 (12,5)
Metotrexato	5 (33.3)	3 (37,5)
Rituximab	2 (13.3)	2 (25)
Abatacept		2 (25)
Volumen espiratorio forzado en 1 segundo (VEF1) al inicio, mediana (rango), L	1,98 (1,3–2,2)	2,66 (0,64–3,2)
Capacidad funcional forzada (CVF) al inicio, mediana (rango), L	2,51 (1,4–3,0)	3,01 (1,1–3,9)

Tabla 2. Análisis bivariado – Comparación de pacientes con ES según presencia o no de EPID-FP

	ES sin EPID-FP n=8 (%)	ES con EPID-FP n=7 (%)	p valor
ES difusa	4 (26.7)	7 (46.7)	0.3
Anticuerpo Scl70	2 (13.3)	5 (33.3)	0.3
ERS positiva al debut	6 (40)	7 (46.7)	1
PCR positiva al debut	2 (13.3)	5 (33.3)	0.5
ERGE crónico	2 (13.3)	1 (6.7)	0.6
UD	3 (20)	4 (26.7)	1
Patrón TCAR - NSIP - UIP	 6 (40) 1 (6.7)	 3 (20) 5 (33.3)	0.1
Edad al diagnóstico ES	44 (43-60)	38.5 (26-51)	0.3
Duración ES	13 (4-120)	50.5 (9.5-222)	0.4
Edad diagnóstico EPI	53 (45-67)	45.5 (30.5-59.5)	0.3
Duración EPI	13 (3-36)	65 (24-80)	0.07
CVF inicio	3.05 (2.5-3.3)	1.49 (1.3-2.1)	**0.001**
Inmunosupresores - MMF - MTX - RTX	 3 (21.4) 4 (28.6) 0	 5 (35.7) 0 2 (14.3)	0.07

ERS = velocidad de eritrosedimentación mm/h, PCR = proteína C reactiva mg/L ERGE = enfermedad por reflujo gastroesofágico. UD = úlceras digitales

Resultados: Se revisaron las historias clínicas de 91 pacientes con ES y 400 con AR, de los cuales 15 (16,4 %) y 8 (2 %) cumplieron criterios de inclusión, respectivamente. 100 % de los pacientes con ES fueron mujeres, media de edad de 56±14,5 años, media de edad al diagnóstico de 43±15,2 años y mediana de tiempo de evolución de la enfermedad de 17(4–144) meses, con compromiso difuso en 11 pacientes (73,3 %) y limitado en 4 (26,7 %). 93,3 % eran no tabaquistas. En relación con los autoanticuerpos, el anticentrómero fue positivo en 3 pacientes (20 %), anti-Scl-70 en 7 (46,7 %) y anti-RNA polimerasa III en 1 (6,6 %). Ocho pacientes (53.3 %) cumplían criterios de EPID-FP. En cuanto a los pacientes con AR, la distribución por sexo fue de 50 % para cada uno. La mediana de edad actual fue de 60 años (54–70), mientras que la mediana de edad al diagnóstico fue de 46,5 años (31–60). La mediana del tiempo de evolución de la AR fue de 192 meses (96–246). El 87,5 % eran no tabaquistas. 100 % presentaron factor reumatoide (FR) y anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico (ACCP) positivos. 5 de los 8 casos con EPID (62.5 %) cumplían criterios de EPID-FP. En Tabla 1 se describen los datos relacionados a EPID de ambos grupos. En Tabla 2 se presenta el análisis bivariado entre pacientes con ES y la presencia o no de EPID-FP. En los 8 casos de ES con EPID-FP estaba registrada en historia clínica la indicación de nintedanib. De ellos, 5 pacientes lo iniciaron y 3 no lo recibieron por falta de acceso. Los 7 pacientes sin compromiso progresivo según aprobación de la FDA también tendrían indicación; sin embargo, no se realizó, representando oportunidades perdidas de tratamiento. En los 5 casos de AR con EPID-FP se realizó la indicación de nintedanib; sin embargo, ninguno pudo recibirlo por falta de acceso.

Conclusión: La EPI fibrosante progresiva presentó una frecuencia >50 % en el grupo de pacientes con EPID en ambas enfermedades. En ES con EPID-FP los valores basales de CVF son significativamente menores, lo que indica la gravedad de dicha entidad. Se identificaron oportunidades perdidas en la optimización del tratamiento antifibrótico atribuidas principalmente a dos factores: la inercia terapéutica y barreras socioeconómicas, representadas por trabas administrativas y de cobertura institucional que impidieron la provisión efectiva del tratamiento.

Variables asociadas al desarrollo de enfermedad reumatológica autoinmune en pacientes con fenómeno de raynaud

ES / EMTC / S. de Superp. 0191

Silvina Ayelén Casares Díaz, Ana María Bertoli

Clínica Universitaria Reina Fabiola

Introducción: El fenómeno de Raynaud (FR) es una manifestación clínica frecuente en reumatología y puede representar el primer signo de una enfermedad reumatológica autoinmune (ERA). La capilaroscopía periungueal es una herramienta fundamental para su evaluación; sin embargo, el significado clínico y pronóstico de los patrones capilaroscópicos inespecíficos no se encuentra completamente establecido.

Objetivo: Evaluar la proporción de pacientes con FR que evolucionan a ERA y las variables asociadas a dicha evolución, con especial interés en el patrón capilaroscópico inespecífico.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, analítico. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de FR a quienes se les hubiera realizado capilaroscopía periungueal y autoanticuerpos en la Clínica Universitaria Reina Fabiola y que hubieran contado con al menos un año de seguimiento clínico. Se analizó la proporción de pacientes que evolucionaron a ERA y las posibles variables asociadas: demográficas, clínicas, serológicas y el patrón capilaroscópico basal. La proporción de pacientes que evolucionaron a ERA se analizó con curvas de Kaplan-Meier. Las variables asociadas a progresión a ERA se analizaron mediante un modelo de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados: Se analizaron los datos de 74 pacientes, con una mediana (RIC) de edad de 36.0 (24.0) años; 66 (89 %) eran mujeres y 13 (17 %) eran tabaquistas. La mediana (RIC) de duración del FR previo a la capilaroscopía basal fue de 4.0 (7.3) años y la mediana (RIC) de seguimiento de 31.0 (23.0) meses. Diecisiete (23 %) tenían FR completo. Diecinueve (26 %) tenían positividad para ANA, siendo las especificidades más frecuentes: anticentrómero N=8, anti RNA polimerasa III N= 3, anti Scl-70 N= 2, anti Ro N= 2, anti La N= 2. El patrón capilaroscópico basal fue normal en 22 (30 %), inespecífico en 35 (47 %) y SD en 17 (23 %) casos. El riesgo acumulado de desarrollar ERA fue del 26 % (IC 95 % 15 % - 35 %) al año, del 27 % (IC 95 % 16 % - 36 %) a los 2 años y del 35 % (IC 95 % 20 % - 48 %) a los 5 años. Las variables asociadas al desarrollo de ERA fueron: patrón SD activo (HR= 10.2, IC95 % 2.8–37.1; p<0,001), la positividad de ANA (HR= 3.2, IC95 % 1.4–7.6; p=0,008) y la presencia de anticuerpos específicos para esclerosis sistémica (HR=2.8, IC 95 % 1.1-6.8; p=0.027).

Conclusión: En este estudio, el riesgo acumulado de desarrollar ERA en pacientes con FR fue del 26 % al año. En pacientes con FR, el patrón capilaroscópico inespecífico fue el hallazgo más frecuente, sin embargo, no se asoció a un mayor riesgo de desarrollo de ERA respecto del patrón normal. En contraste, el patrón SD activo y la presencia de autoanticuerpos se asociaron con mayor riesgo de evolución a ERA. Estos hallazgos sugieren que el patrón capilaroscópico inespecífico aislado no constituye un marcador de alto riesgo de progresión a ERA, y que su interpretación debe realizarse en conjunto con los hallazgos serológicos, así como manifestaciones clínicas.

Evaluación de severidad y daño acumulado en pacientes argentinos con esclerosis sistémica

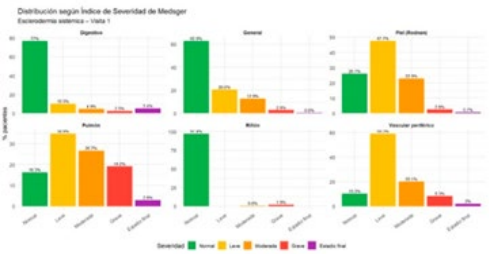
ES / EMTC / S. de Superp. 0206

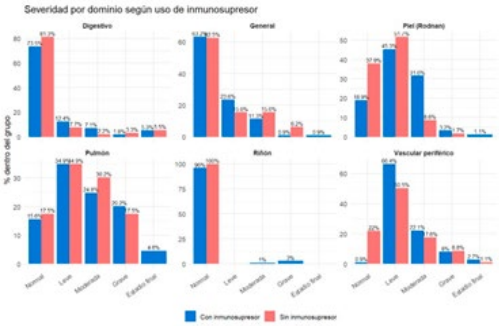
Fabiana Montoya[1], Belén Navarro[1], Mauricio Machado[1], Eduardo Kerzberg[1], Alejandro Brigante[2], Paula Pucci[3], Anastasia Secco[4], Natalia Tamborenea[5]

1. Hospital General de Agudos Ramos Mejía; 2. Sanatorio Güemes; 3. Hospital Alemán; 4. Hospital Bernardino Rivadavia; 5. Hospital Durand

Introducción: La escala de severidad de Medsger (MSS) es una herramienta clínica validada, orientada a evaluar el grado de afección orgánica y el daño acumulado en pacientes con Esclerosis Sistémica (ES).

Incluye 9 dominios con una escala de 0 a 4 en cada uno. Su uso permite evaluar cuantitativamente el avance de la enfermedad a lo largo del tiempo. Es ampliamente utilizada en ensayos clínicos y ayuda a identificar a los pacientes con alto riesgo de mortalidad por afección multiorgánica.





Objetivo: Medir la severidad y el daño por dominio usando la escala de MSS en la cohorte de pacientes con ES del registro SAR y analizar variables clínicas y de manejo no incluidas en MSS que puedan aportar información adicional sobre carga de enfermedad.

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal de pacientes incluidos en el registro SAR de ES. Se clasificó el porcentaje de severidad por dominio según MSS. Se resumieron características demográficas, *Score Rodnan* Modificado (mRSS), pruebas funcionales (DLCO, FVC, PAP), hallazgos clínicos (úlceras digitales, *pitting scars*, pérdida de peso mayor al 10 %) y tratamientos (inmunosupresores, vasodilatadores, antifibróticos, oxígeno). Se reportan medias, medianas y proporciones.

Resultados: Se incluyeron 204 pacientes. Cohorte mayoritariamente femenina (88.2 %) y mestiza (74.1 %). El 75.3 % con cobertura de obra social y el 42.4 % con certificado de discapacidad. EL mRSS medio, 8.53 (SD 9.53). Fenómeno de Raynaud en 95.3 %; *pitting scars*, 35.1 %; úlceras digitales, 9.3 %. Pérdida de peso >10 %: 12.5 %. Función pulmonar: DLCO corregido, media 63.5 % (SD 35.6); FVC media, 58.2 (SD 41.5); PAP media, 28.5 mmHg (SD 13.0). Crisis renal, 0.5 %. Tratamientos: 66.9 % indicación de inmunosupresor; 91.8 % uso/indicación de vasodilatadores; antifibróticos indicados en 6.8 %. En el Gráfico 1 se representa el nivel de severidad por dominio. La proporción de datos faltantes fue en promedio 25 % entre las distintas variables analizadas, llegando al 63 % en DLCO.

Conclusión: En nuestra cohorte se observó mayor severidad en dominio pulmonar 19 %, vascular 8.3 % y cutáneo 2.6 %. Debido al diseño del estudio no puede determinarse asociación entre el daño y el tratamiento instaurado. La variable ECG que forma parte de la escala no pudo evaluarse por no formar parte de las incluidas en el registro. En el registro SAR de ES participan reumatólogos de todo el país y su carga es voluntaria, la proporción de datos faltantes puede deberse a la falta de disponibilidad de estudios complementarios en las distintas regiones del país. Este estudio constituye el primero que aporta información sobre daño acumulado en pacientes argentinos con ES; podría ser de utilidad para generar estrategias que intensifiquen el *screening* y tratamiento según los distintos dominios en esta enfermedad.

Validación del Scleroderma Skin Questionnaire (SSQ) en Argentina

ES / EMTC / S. de Superp. 0241

José Manuel Díaz Ochoa[1], Pablo Nicolás Vece[1], Emilce Del Milagro García Núñez[1], Luciana González Lucero[1], Raúl Sueldo[1], Ana Lucía Barbaglia Navarro[1], María Constanza Bertolaccini[1], Joan Manuel Dapeña[2], Andrea Suárez[2], Alejandra Celenza[2], Juan Manuel Rodríguez Gramazza[3], Mercedes García[3], Liliana María Galindo[4], Natalia María Sánchez[4], Verónica Bellomio[1]

1. Hospital Ángel C. Padilla; 2. Hospital Santojanni; 3. Hospital General de Agudos San Martín, La Plata; 4. Cátedra de Bioestadística, Facultad De Medicina, UNT

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) se caracteriza por empastamiento cutáneo y para su valoración objetiva se utiliza el *score* de Rodnan modificado (mRSS), escala que tiene como limitación la fiabilidad interobservador. En 2025 se desarrolló el Scleroderma Skin Questionnaire (SSQ), cuestionario sobre síntomas

cutáneos que incluye 6 preguntas autoreportadas por el paciente (PRO) para cuantificar con mayor especificidad la carga sintomática de la enfermedad y para valorar respuesta terapéutica.

Objetivo: Validar una versión en español del SSQ en pacientes con ES de Argentina.

Métodos: Estudio multicéntrico de corte transversal durante los meses de abril a junio de 2026. Se realizó traducción y retrotraducción del SSQ. Se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de ES (ACR/EULAR 2013) a los cuales se les administró el SSQ durante la consulta y se utilizó como *gold standard* el mRSS, realizado por un único evaluador por cada centro. Se excluyeron pacientes analfabetos y/o con síndrome de superposición. Se evaluaron variables: demográficas, tipo de ES (difusa o limitada), año de inicio de síntomas, año de diagnóstico, perfil de autoanticuerpos, PGA cutáneo del médico (PGAm), tratamiento inmunosupresor, puntaje del SSQ y del mRSS. Se calculó α de Cronbach para la consistencia interna, validez de constructo y coeficiente de correlación de Spearman para validez de criterio.

Resultados: Se incluyeron 58 pacientes, 95 % de sexo femenino, edad media de 56.4 años (± 13.2), 59 % con ES difusa. La media de inicio de síntomas fue de 11.1 ± 8.6 años, con 9.4 ± 7.2 años de diagnóstico. La mediana de mRSS fue 7 (0-39), de PGAm 3 (1-9) y del SSQ de 1.2 (0-3.3). El SSQ mostró buena consistencia interna, con un α de Cronbach de 0.829. Las correlaciones ítem-total corregidas oscilaron entre 0.424 y 0.707, y la eliminación de cualquiera de los ítems no mejoró sustancialmente la consistencia interna. Para la validez de constructo, el análisis factorial exploratorio mostró una estructura unidimensional, respaldada por un índice KMO de 0.797 y una prueba de esfericidad de Bartlett estadísticamente significativa. El primer componente explicó el 54.2 % de la varianza total, lo que indica que una única dimensión concentra más de la mitad de la información contenida en el cuestionario. La validez de criterio se evaluó mediante correlación de Spearman entre el puntaje total del SSQ y el mRSS. Se observó una correlación positiva de baja magnitud (r Spearman 0.231, p 0.081). Sin embargo, hubo excelente correlación con PGAm (r Spearman 0.805, p 0.001).

Conclusión: La versión argentina del SSQ es una herramienta válida y confiable para la evaluación de los síntomas cutáneos percibidos por pacientes con ES. Su aplicación puede complementar la valoración clínica tradicional, incorporando la perspectiva del paciente y favoreciendo una evaluación más integral de la enfermedad.

Eficacia a largo plazo de risankizumab en el mantenimiento de la progresión no radiográfica en pacientes con artritis psoriásica activa: datos a 5 años del ensayo KEEPsAKE 1 fase 3

Espondiloartritis / EPs 0011

Sarah Lonowski[1], Saakshi Khattri[2], Jordan Talia[2], Boussad Ait-Challal[3], Thomas Iyile[3], Hayato Yamazaki Hayato Yamazaki[3], Cuiyong Yue[3], **María Eugenia Hermelo**[4], Joseph Merola[5]

1. University Of Nebraska Medical Center; 2. Icahn School of Medicine at Mount Sinai; 3. Abbvie Inc.; 4. Abbvie S.A.; 5. UT Southwestern Medical Center

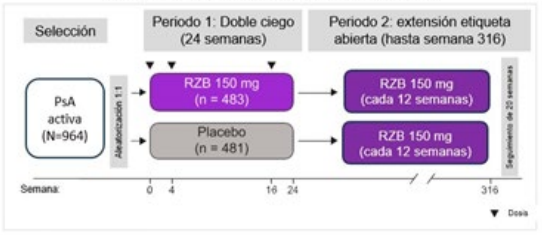
Introducción: En pacientes con artritis psoriásica (PsA), la inflamación crónica en los tejidos articulares puede dar lugar a daño estructural que puede afectar la función física; los niveles altos de daño se asocian con peores resultados de la enfermedad. El daño estructural puede evaluarse mediante radiografía y puede manifestarse como erosión articular (EA) y estrechamiento del espacio articular (EEA). La intervención temprana es clave para prevenir el daño articular irreversible y mejorar los resultados de salud a largo plazo. Risankizumab (RZB) es un anticuerpo monoclonal humanizado que inhibe IL-23 al unirse a su subunidad p19, y está aprobado para el tratamiento de PsA.

Objetivo: Examinar el mantenimiento a largo plazo de la progresión no radiográfica en pacientes con PsA tratados con RZB

Métodos: Los datos pertenecen al ensayo KEEPsAKE 1 fase 3, en el que los pacientes fueron aleatorizados para recibir RZB 150 mg (N=483). Para cada visita a lo largo de 244 semanas, se registraron los cambios con respecto al nivel basal (CFB – *change from baseline*) en el puntaje total de Sharp modificado (mTSS) como medias de mínimos cuadrados a partir del análisis repetido de medición del modelo de efecto mix-

to, así como la proporción de pacientes sin progresión radiográfica (mTSS <= 0, informados como observados). Para examinar el mantenimiento a largo plazo de la progresión no radiográfica entre aquellos sin progresión radiográfica en la semana 52, informamos CFB en mTSS y proporción de pacientes no progresivos (mTSS <= 0) por visita.

Figura 1: Diseño del estudio KEEPsAKE 1



PsA, artritis psoriásica; RZB, risankizumab.

Resultados: Para todos los pacientes aleatorizados a RZB, el CFB en mTSS durante 244 semanas fue mínimo (semana 24 [S24], 0.03; S52, 0.10; S100, 0.25; S148, 0.65; S196, 0.88; S244, 0.93, N=337). El porcentaje de no progresores radiográficos se mantuvo generalmente estable a lo largo del tiempo (S24, 95.5 %; S52, 94.3 %; S100, 90.1 %; S148, 89.5 %; S196, 87.9 %; S244, 88.4 %). De los no progresores en la semana 52 (mTSS <= 0), el mTSS CFB permaneció mínimo (S100, 0.04; S148, 0.15; S196, 0.27; S244, 0.25, N=316). Dentro de este subgrupo sin progresión en S52, la gran mayoría permanecieron sin progresión a lo largo del tiempo (S100, 95.5 %, S148, 94.6 %, S196, 93.2 %, S244, 93.4 %).

Conclusión: La proporción de pacientes tratados con RZB sin progresión radiográfica fue alta y consistente a lo largo de 244 semanas, y la gran mayoría (>= 90 %) de aquellos sin progresión en S52 mantuvo esa respuesta, lo que indica que RZB proporciona una inhibición sostenida y duradera del daño estructural en pacientes con PsA.

Efectividad de upadacitinib en el control temprano del dolor en pacientes con espondiloartritis axial: resultados interinos del estudio UPSTAND

Espondiloartritis / EPs 0013

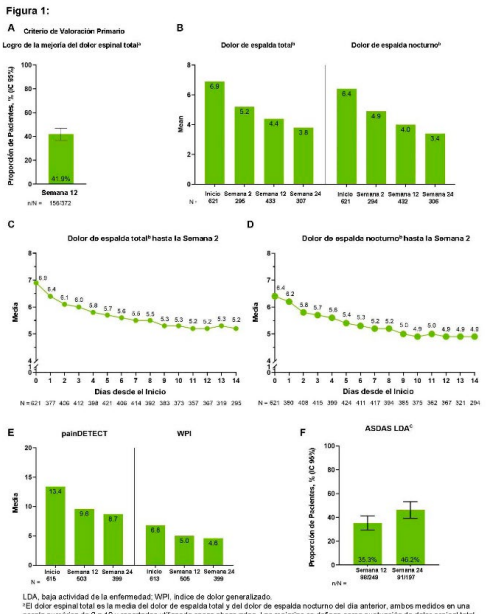
Denis Poddubnyy[1], Dimitrios Vassilopoulos[2], Ai Tran[3], Anna Moltó[4], Victoria Navarro Compan[5], Tianming Gao[6], Christopher Saffore[6], Jamie Urbanik[6], Iván Lagunes G[6], Bhumik Parikh[6], **Juan Manuel Moreno Lubertino**[7], Philip Mease[8]

1. University of Toronto; 2. General Hospital of Athens "Hippokration"; 3. University of Western Australia; 4. University of Paris-Cité; 5. Hospital Universitario La Paz; 6. Abbvie Inc.; 7. Abbvie S.A.; 8. University of Washington

Introducción: El dolor es el síntoma que más impacta en la vida del paciente con axSpA. Puede ser nociceptivo, neuropático o nociplástico. Upadacitinib (UPA) ha demostrado eficacia y seguridad en axSpA en ensayos clínicos. Sin embargo, la evidencia sobre la efectividad de UPA en el control del dolor en vida real (VR) es limitada.

Objetivo: Presentar los hallazgos interinos de pacientes que completaron la visita de semana (S) 12 en el estudio UPSTAND, para evaluar el control temprano y sostenido del dolor.

Métodos: UPSTAND es un estudio observacional multinacional de 12 meses que evalúa la efectividad de UPA sobre el dolor en ptes. con axSpA. Los ptes. tenían >=18 años, diagnóstico de axSpA, respuesta inadecuada a >=2 AINE, y se les había indicado UPA en la práctica de VR, previo e independientemente de su participación en el estudio. Se excluyeron ptes. con uso previo de JAKi o síntomas activos de fibromialgia. Los criterios de valoración coprimarios fueron 1) puntuación total de dolor espinal <4 y una mejoría >=2 puntos con respecto al nivel basal en la S12, evaluada en pacientes con una puntuación total de dolor espinal >=4 al inicio, y 2)



mantenimiento de la respuesta desde S12 a S52. El dolor espinal total se define como la media de dolor de espalda total y dolor de espalda nocturno medido mediante una escala numérica (0 a 10). Estos datos corresponden al análisis interino (corte: 20/06/24), cuando todos los ptes. habían completado al menos la visita de la S12. Otros criterios de valoración incluyeron mejorías en los tipos de dolor adicionales (neuropático y nociplástico evaluado por PainDETECT y la puntuación del Índice de Dolor Generalizado [WPI], respectivamente) y baja actividad de la enfermedad (LDA), incluida la enfermedad inactiva (ASDAS < 2.1).

Tabla 1. TEAE notificados[a]

Eventos (E/100 PA) [IC 95%]	Pacientes incluidos (N = 660; PA = 502.1)
Cualquier TEAE	602 (119.9) [110.5, 129.9]
TEAE graves	35 (7.0) [4.9, 9.7]
TEAE que condujeron a la discontinuación del fármaco del estudio	84 (16.7) [13.3, 20.7]
TEAE que condujeron a la muerte	0
Muerte ≤ 30 días después de la última dosis	0
Muerte > 30 días después de la última dosis[b]	1 (0.2) [0.0, 1.1]
TEAE que ocurrieron en ≥ 1.4 E/100 PY	
COVID-19	41 (8.2) [5.9, 11.1]
Infección de las vías respiratorias superiores	27 (5.4) [3.5, 7.8]
Cefalea	12 (2.4) [1.2, 4.2]
Influenza	11 (2.2) [1.1, 3.9]
Nasofaringitis	11 (2.2) [1.1, 3.9]
Tos	9 (1.8) [0.8, 3.4]
Fatiga	9 (1.8) [0.8, 3.4]
Dolor abdominal	8 (1.6) [0.7, 3.1]
Bronquitis	8 (1.6) [0.7, 3.1]
Gastroenteritis	8 (1.6) [0.7, 3.1]
Herpes zóster	8 (1.6) [0.7, 3.1]
Pirexia	8 (1.6) [0.7, 3.1]
Amigdalitis	8 (1.6) [0.7, 3.1]
Acné	7 (1.4) [0.6, 2.9]
Dolor de espalda	7 (1.4) [0.6, 2.9]
Astenia	7 (1.4) [0.6, 2.9]
Diarrea	7 (1.4) [0.6, 2.9]
Disnea	7 (1.4) [0.6, 2.9]
Dolor orofaríngeo	7 (1.4) [0.6, 2.9]
Trastornos vasculares[c]	7 (1.4) [0.6, 2.9]

PA = paciente-año; TEAE = evento adverso emergente del tratamiento.
[a] Los eventos adversos se informaron hasta el 20 de junio de 2024.
[b] El paciente murió por suicidio.
[c] Incluye trombosis venosa profunda, hipertensión y enfermedad venosa periférica.

Resultados: Se incluyeron 660 ptes. (96 % con r-axSpA) que recibieron >=1 dosis de UPA. En la S12, el criterio de valoración primario (puntuación total de dolor espinal <4 y >=2 puntos de reducción del valor inicial) fue alcanzado por el 41.9 % de los ptes. (n/N = 156/372) (Figura 1A). Los ptes. tratados con UPA tuvieron mejorías clínicamente significativas en el dolor de espalda total desde el inicio (6.9, N =621) hasta S12 (4.4, N =433) y en el dolor de espalda nocturno desde el inicio (6.4, N =621) hasta S12 (4.0, N =432) (Figura 1B). También se observaron mejorías tanto en el dolor de espalda total como en el dolor de espalda nocturno en aquellos ptes. que completaron una visita de S24 antes de este análisis. Las medidas diarias de dolor de espalda total y dolor de espalda nocturno durante las primeras 2 S mostraron que el tratamiento con UPA llevó a una reducción rápida y consistente del dolor (Figura 1C, D). El 35.3 % de los ptes. lograron ASDAS LDA en la S12 (n/N =88/249) y el 46.2 % de los ptes. en S24 (n/N =91/197) (Figura 1F). Se observaron reducciones en la puntuación PainDETECT (media basal: 13.4, N= 615) y en la puntuación WPI (media basal: 6.8, N =613) en S12 (PainDETECT: 9.6, N =503; WPI: 5.0, N =505), con mejorías adicionales en S24 (PainDETECT: 8.7, N =399; WPI: 4.6, N =399) (Figura 1E). Se presentaron 35 TEAEs graves (7.0 E/100 PA), 84 TEAEs que llevaron a la interrupción de UPA (16. 7 E/100 PA), y una muerte no emergente del tratamiento (Tabla 1).

Conclusión: Los ptes. con axSpA tratados con UPA mostraron reducciones rápidas y consistentes del dolor espinal, lo que demuestra la efectividad de UPA en VR en el control temprano del dolor, en concordancia con los datos de ensayos clínicos.

Seguridad a largo plazo de upadacitinib en ensayos clínicos y vida real en pacientes con artritis reumatoide, artritis psoriásica o espondiloartritis axial

Espondiloartritis / EPs 0014

Gerd Burmester[1], Stanley Cohen[2], Eduardo Mysler[3], Andrew Ostor[4], Louis Bessette[5], Torsten Witte[6], Denis Poddubnyy[7], Axel Hueber[8], Benjamin Wolfe[9], Ivan Lagunes[9], Sebastian Meerwein[10], Lauren Smith[9], Derek Coombs[9], **Carolina Antonietti**[11], Kevin Winthrop[12]

1. Charité University Medicine; 2. Metroplex Clinical Research; 3. OMI; 4. Monash University; 5. Université De Laval; 6. Hannover Medical School; 7. University of Toronto; 8. Paracelsus University; 9. Abbvie Inc.; 10. Abbvie Deutschland; 11. Abbvie S.A.; 12. Oregon University

Introducción: El perfil de seguridad de upadacitinib (UPA) a largo plazo está caracterizado en ensayos clínicos en pacientes (pt) con RA, PsA y axSpA. Sin embargo, sus estrictos criterios de selección limitan la generalización a vida real (VR).

Objetivo: Describir el perfil de seguridad a largo plazo de UPA en pt con RA, PsA o axSpA.

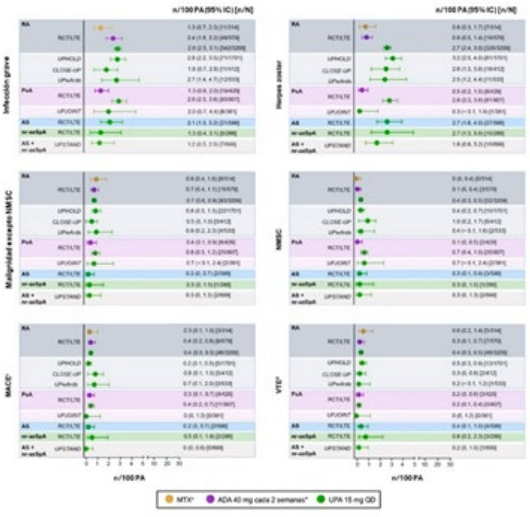
Métodos: Se incluyeron datos de seguridad (corte:15/08/2025) de 11 ensayos clínicos con UPA en fase 3 dentro del programa SELECT (RA:6; PsA:2; AS:2 [1 fase 2b/3]; nr-axSpA:1). Los eventos adversos emergentes del tratamiento (TEAEs) se muestran como tasas de incidencia ajustadas por exposición (n/100 paciente-año [PA] IC 95 %). Los TEAEs y los eventos adversos (AEs) de especial interés (infección grave, HZ, malignidad con exclusión del cáncer de piel no melanoma (NMSC), NMSC, MACE y TEV) se registran por enfermedad: RA (UPA agrupado 15mg, adalimumab 40mg [ADA; 1 estudio] y MTX [1 estudio]), PsA (UPA agrupado 15mg y ADA [1 estudio]), AS (UPA agrupado 15mg) y nr-axSpA (UPA 15mg). Además, se evaluaron cinco estudios de 1 a 2 años de UPA 15mg (RA:3; PsA:1; axSpA:1) en VR, para los AEs de especial interés.

Tabla. Incidencia global de eventos adversos en pacientes tratados con UPA, ADA o MTX en enfermedades reumáticas en el contexto de ensayos clínicos[a]

	RA			PsA		AS	nr-axSpA
	UPA 15 mg QD N = 3209	ADA 40 mg EOW N = 579	MTX N = 314	UPA 15 mg QD N = 907	ADA 40 mg EOW N = 429	UPA 15 mg QD N = 596	UPA 15 mg QD N = 286
Exposición							
Total, PA	12969.0	2154.8	598.1	2074.9	1538.0	1016.4	580.9
Media (DE), semanas	209.9 (120.8)	194.2 (102.0)	141.9 (100.2)	171.1 (99.4)	195.8 (90.3)	80.0 (20.6)	65.3 (23.1)
Mediana (min, máx), semanas	216.3 (0.3, 493.1)	114.3 (0.1, 486.7)	134.1 (1.6, 363.1)	150.1 (0.1, 332.9)	203.9 (2.0, 369.3)	84.0 (0.1, 198.0)	63.9 (0.1, 119.6)
TEAEs, n/100 PA (IC 95%)							
Cualquier AE	125.4 (120.5, 130.1)	101.5 (93.5, 111.1)	155.1 (137.5, 174.0)	144.9 (133.2, 155.1)	126.5 (114.1, 139.7)	112.6 (102.4, 123.5)	127.0 (115.8, 137.6)
Cualquier AE grave	6.4 (5.9, 6.9)	6.0 (7.2, 10.0)	6.2 (4.6, 8.1)	7.7 (6.7, 8.9)	6.2 (5.0, 7.7)	6.7 (5.2, 8.5)	7.9 (6.3, 11.4)
Cualquier AE que llevó a la discontinuación del medicamento del estudio	3.9 (3.6, 4.3)	3.0 (1.1, 4.8)	4.9 (3.5, 6.6)	4.2 (3.6, 5.2)	4.3 (3.0, 6.1)	3.0 (2.0, 4.2)	4.2 (2.4, 6.8)
Muertes[b]	0.8 (0.7, 1.0)	0.8 (0.5, 1.2)	0.9 (0.4, 1.8)	0.8 (0.5, 1.2)	0.3 (0.1, 0.8)	< 0.1 (0, 0.2)	0 (0, 1.0)
Muertes emergentes del tratamiento	0.8 (0.6, 0.7)	0.8 (0.2, 0.3)	0.5 (0, 0.6)	0.6 (0.3, 0.9)	0.2 (0, 0.6)	< 0.1 (0, 0.6)	0 (0, 1.0)
Muertes no emergentes del tratamiento	0.2 (0.2, 0.3)	0.4 (0.2, 0.7)	0.0 (0.3, 1.7)	0.3 (0.1, 0.5)	0.1 (0, 0.5)	0 (0, 0.4)	0 (0, 1.0)

ADA, adalimumab; AE, evento adverso; EOW, cada dos semanas; PA, paciente-años; QD, una vez al día; TEAE, evento adverso emergente del tratamiento; UPA, upadacitinib.
[a]Los datos provienen de 11 ensayos clínicos de UPA (RA: 6; PsA: 2; AS: 2; nr-axSpA: 1). Todos los ensayos han finalizado excepto SELECT-COMPARE (NCT02629159), que aún está en curso.
[b]Con el tratamiento UPA 15 mg, hubo un total de 106 muertes en RA, 25 en PsA, 1 en AS y 0 en nr-axSpA.
[c]Definido como en o después de la primera dosis del fármaco del estudio y < 30 días después de la última dosis del fármaco del estudio para UPA 15 mg y MTX o < 70 días para ADA.
[d]Definido como > 30 días después de la última dosis del fármaco del estudio.

Figura. Incidencia de infecciones graves, Herpes Zóster, malignidades, MACE, y VTE en pacientes tratados con UPA, ADA, o MTX en enfermedades reumáticas en ensayos clínicos y en la práctica en vida real[a,b]



ADA, adalimumab; LTE, extensión a largo plazo; NMSC, cáncer de piel no melanoma; PA, paciente-años; QD, una vez al día; RCT, ensayo controlado aleatorizado; TEAE, evento adverso emergente del tratamiento; UPA, upadacitinib.
[a]Los resultados de seguridad se presentan como tasas de incidencia ajustadas por exposición de TEAEs, definido como cualquier evento adverso que ocurriera a partir de la primera dosis del medicamento del estudio y hasta 30 días después de la última dosis para UPA 15 mg y MTX, o hasta 70 días para ADA. La asignación de los eventos adversos se basó en la exposición al medicamento del estudio al momento del evento.
[b]Los resultados de seguridad y efectividad han sido descritos previamente: UPHOLD (Ostor A et al., Arthritis Rheum. 2025;27:84), CLOSE-UP (Bessette L et al., Rheumatol Ther. 2024;11:563–82), UpAxia Write Tet al., Clin Exp Rheumatol. 2024;42:726–9), UPJOINT (Wu et al., Rheumatol Ther. 2023;9:159–176) y UPSTAND (Puddu Roy D et al., Ann Rheum Dis. 2025;84:1303–5).
[c]Definido como infarto de miocardio no fatal, accidente cerebrovascular no fatal y muerte cardiovascular. MACE fue adjudicado de forma independiente en el programa clínico SELECT y asignados por el investigador en los estudios observacionales.
[d]Incluye trombosis venosas profundas y embolia pulmonar (fatal y no fatal). Los eventos VTE fueron adjudicados de forma independiente en el programa clínico SELECT y asignados por el investigador en los estudios observacionales.
[e]Los datos de MTX provienen de un estudio fase 3 en RA (SELECT-EARLY, NCT02706873) e incluyen a todos los pacientes que recibieron MTX en monoterapia.
[f]Los datos de ADA provienen del estudio fase 3 en RA SELECT-COMPARE (NCT02629159) y en PsA SELECT-PsA (NCT03104386). En RA, los datos incluyen a los pacientes que iniciaron y permanecieron con ADA y la exposición a ADA de aquellos que cambiaron de UPA a ADA. En PsA, los datos incluyen a todos los pacientes aleatorizados y tratados con ADA.
[g]Los datos de UPA 15 mg incluyen a todos los pacientes que recibieron al menos 1 dosis de UPA, incluidos aquellos que cambiaron de PBO o ADA a UPA 15mg.

Resultados: Los ensayos clínicos SELECT incluyeron 4998 pt que recibieron >=1 dosis de UPA 15mg en cuatro indicaciones (RA, N=3209; PsA, N=907; AS, N=596; nr-axSpA, N=286), totalizando 17281.4 PA de exposición (>12000 PA de exposición en RA) (Tabla). La mediana de exposición a UPA fue de ~4 años en RA y PsA, 2 años en AS y 1 año en nr-axSpA. Las TEAEs en los ensayos clínicos se muestran en la Tabla. Las tasas de TEAEs y AEs graves que llevaron a la interrupción del tratamiento fueron en general similares en todos los grupos de tratamiento e indicaciones. Las tasas de mortalidad fueron numéricamente más altas con UPA que con ADA en PsA, pero similares en todos los grupos de tratamiento; los pt con AS o nr-axSpA tuvieron tasas de mortalidad más bajas que aquellos con RA o PsA. Las tasas de infección grave fueron similares en todos los grupos de tratamiento, excepto en RA y PsA (principalmente neumonía por COVID-19), que fueron mayores con UPA 15mg que con MTX o ADA, respectivamente (Figura). En RA, PsA y axSpA, las tasas de incidencia de infección grave fueron similares entre los ensayos clínicos y VR. Las tasas de HZ fueron mayores con UPA 15mg frente a los comparadores activos en RA y PsA, con tasas similares observadas en todas las indicaciones en ensayos clínicos y VR (excepto un estudio en VR de PsA, que mostró tasas de HZ más bajas). Las tasas de malignidad, excluyendo NMSC, fueron bajas y similares en todos los grupos de tratamiento. Las tasas de NMSC fueron mayores con UPA 15mg que con los comparadores en ensayos clínicos de RA y PsA. Los MACE y VTE fueron poco frecuentes, con tasas similares en todos los grupos de tratamiento (MTX y ADA en RA; ADA en PsA) e indicaciones.

Conclusión: A excepción de HZ, NMSC e infección grave en PsA, los TEAEs fueron similares entre UPA 15mg y comparadores en RA (ADA y MTX) y PsA (ADA). Las tasas en VR para los eventos fueron en general consistentes con las de ensayos clínicos con UPA. No obstante, los resultados de los estudios en VR deben interpretarse con cautela, ya que la falta de condiciones controladas puede introducir factores de confusión y sesgo. Estos hallazgos son consistentes con el perfil de seguridad de UPA 15mg reportado previamente.

Adherencia a la estrategia *treat-to-target* en el manejo de la artritis psoriásica: un estudio de la práctica clínica

Espondiloartritis / EPs 0017

Agustina Meuli[1], María De Los Ángeles Correa[2], Michelle Pamela Peralta Pérez[3], Patricia Belén Domínguez Leiva[1], Joan Manuel Dapeña[1], Eliana Rebeca Serrano[1], Mariana Benegas[1]

1. Sanatorio Dr. Julio Méndez; 2. IREP; 3. Hospital Tornú

Introducción: La estrategia *treat-to-target* (T2T) recomienda evaluar la actividad de la artritis psoriásica (APs) y ajustar el tratamiento hasta alcanzar remisión o baja actividad. Su implementación en la práctica clínica es variable y existen escasos datos en Argentina.

Objetivo: 1) Evaluar la adherencia al T2T en pacientes con APs en Argentina. 2) Comparar características clínicas y sociodemográficas entre pacientes bajo la estrategia T2T versus manejo convencional. 3) Identificar factores asociados a la falta de adherencia al T2T y al cambio de conducta terapéutica.

Tabla 1: variables asociadas al cambio de conducta

Variable	S/cambio de conducta	C/cambio de conducta	OR (IC 95%)	p
EVA dolor paciente m (RIC)	20 (0–50)	60 (35–70)	1,0 (1,03–1,06)	<0,001
EVA global paciente m (RIC)	20 (0–50)	60 (40–71)	1,1 (1,03–1,08)	<0,001
EVA global médico m (RIC)	0 (0–20)	35 (20–45)	1,1 (1,06–1,16)	<0,001
DAS28-ERS m (RIC)	2,89 (2,20–3,76)	4,13 (3,38–4,83)	3,3 (1,5–7,4)	0,003
BSA m (RIC)	0 (0–0)	0 (0–5)	1,3 (1,06–1,64)	0,013
HAQ-A m (RIC)	0,75 (0,37–1,13)	1,12 (0,88–1,56)	5,8 (1,37–24,48)	0,017
DAS28-PCR m (RIC)	1,61 (1,46–2,55)	2,94 (1,85–3,69)	3,1 (1,32–7,25)	0,009
DAPSA m (RIC)	7,60 (5–17,25)	23,23 (16,5–39,62)	1,8 (1,07–3,04)	0,027
ASDAS m (RIC)	2,20 (1,35–2,50)	3,15 (2,86–4,03)	13,8 (1,05–179,8)	0,045
NAT m (RIC)	0 (0–0)	0 (0–2)	1,4 (1,13–1,74)	0,002
NAD m (RIC)	0 (0–2)	2 (1–6)	1,3 (1,12–1,4)	<0,001
Entesitis n (%)	10/258 (4)	49/225 (22)	8,5 (3,17–22,9)	<0,001
Cumplimiento T2T en la visita n/N (%)	72/259 (27)	94/227 (41)	2,6 (1,49–4,56)	0,001
Piel activa s/criterio médico n/N (%)	78/127 (61)	94/169 (56)	3,4 (1,56–7,62)	0,002
Tipo de centro:				
Obra social n/N (%)	205/312 (66)	107/312 (34)	0,13 (0,05 – 0,32)	<0,001
Público n/N (%)	54/174 (31)	120/174 (69)		
Condición				
Médico de planta n/N (%)	252/444 (57)	192/444 (43)	0,14 (0,03 – 0,61)	0,008
Residente n/N (%)	7/41 (17)	34/41 (83)		
Unidad dermatología-reumatología n/N (%)	227/385 (59)	158/385 (41)	2,71 (1,2 – 6,16)	0,017

EVA: Escala visual analógica; DAS 28: Disease Activity Score; BSA: Body Surface Area; HAQ-A: Health Assessment Questionnaire; DAPSA: Disease Activity in Psoriatic Arthritis; ASDAS: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score; NAT: Número de articulaciones tumefactas; NAD: Número de articulaciones dolorosas; T2T: Treat to Target.

Métodos: Estudio observacional, analítico, multicéntrico y retrospectivo de historias clínicas de pacientes >=18 años con diagnóstico de APs (CASPAR), atendidos entre enero de 2023 y diciembre de 2025. Se recolectaron datos demográficos y clínicos de cada visita. La aplicación del T2T en cada consulta se evaluó mediante 3 criterios: medida objetiva de actividad, intervalo adecuado y ajuste terapéutico en caso de no alcanzar el objetivo. La adherencia se definió como el cumplimiento de los 3 criterios en >=70 % de las consultas. Se realizó análisis descriptivo. La comparación de grupos se realizó mediante X^2, Fisher y U de Mann-Whitney según correspondiera. Para evaluar los factores asociados a cambio de conducta en cada visita se utilizó un modelo de regresión logística multinivel. Se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 55 pacientes, con una media de edad de 64 años (DE ±10); el 64 % eran mujeres, la mediana de tiempo de evolución de la enfermedad fue de 162 meses (RIC 108–240) y la de consultas por paciente fue de 9 (RIC 5–12). El 84 % presentaba comorbilidades, el 20 % cumplía criterios de APs compleja, el 15 % de refractaria y el 40 % se encontraba en remisión. El 60 % recibía DMARDsc y el 67 % DMARDb. La adherencia al T2T se cumplió en el 13 % de los pacientes y el 28 % de las visitas. Se utilizó al menos un índice de actividad en el 49 % de las visitas, siendo los más frecuentes DAS28-ERS 25 %, DAS28-PCR 17 % y DAPSA 9 %. El intervalo entre consultas fue >=3 meses en el 63 % y se registró la decisión terapéutica en el 78 %. La adherencia fue mayor en los centros públicos que en los de obra social (27 % vs. 0 %; p=0,003) y en los pacientes atendidos por médicos residentes versus médicos de planta (40 % vs. 7 %; p=0,016). Las variables relacionadas con el cambio de conducta se describen en la Tabla 1.

Conclusión: La implementación del T2T en la práctica clínica fue limitada; sin embargo, el bajo cumplimiento del T2T no se asoció con la tasa de remisión. El cambio de conducta terapéutica se asoció con mayor actividad de enfermedad (DAS28, DAPSA, ASDAS, HAQ-A, entesitis) y con factores del modelo de atención, siendo más frecuente en centros públicos, en unidades interdisciplinarias dermatología-reumatología y con médicos residentes.

Artritis psoriásica sin psoriasis: desafío diagnóstico y propuesta de algoritmo práctico

Espondiloartritis / EPs 0021

Carolina Bardini, Nataly Mejía, Gisele Reyes, Jessica Solís, Delfina Apter, Facundo Salvatori, Sebastián Magri, Rodrigo García Salinas

Hospital Italiano de la Plata

Introducción: La artritis psoriásica (APs) puede manifestarse, en pocos casos, con ausencia de psoriasis cutánea, lo que constituye un desafío diagnóstico. Esta forma no cutánea está subreconocida, pero es clínicamente relevante. La identificación temprana mediante herramientas clínicas y de imagen puede prevenir demoras diagnósticas y la progresión estructural

Objetivo: Describir las características clínicas y de imagen de pacientes con APs sin psoriasis diagnosticados mediante el programa Reuma-Check, e identificar variables distintivas para desarrollar un algoritmo diagnóstico práctico.

Métodos: Estudio transversal que incluyó pacientes diagnosticados con APs por reumatólogos mediante Reuma-Check, un programa estructurado para estandarizar la evaluación de artritis inflamatoria. El protocolo incluye historia clínica, examen físico, laboratorio y ecografía musculoesquelética (eco-MSK). Los pacientes se estratificaron según presencia o ausencia de psoriasis cutánea. Se compararon variables clínicas, comorbilidades, antecedentes familiares y hallazgos de imagen entre ambos grupos mediante análisis univariado (chi^2, t-test o Mann-Whitney), seguido de regresión logística multivariada para identificar asociaciones independientes.

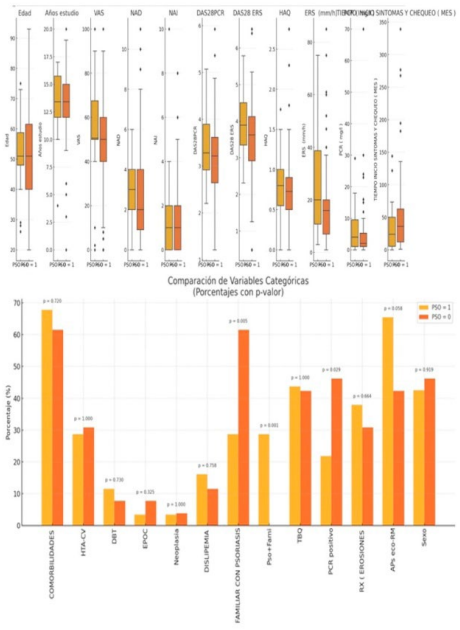


Figura 1. Comparación de variables clínicas, de laboratorio e imagen entre pacientes con y sin psoriasis (PSO=1 vs PSO=0).

Resultados: Entre 113 pacientes incluidos, el 13 % no presentaba psoriasis al momento de la evaluación. En el análisis univariado, la NO presencia de psoriasis se asoció significativamente con antecedente familiar de psoriasis (p=0.001), hallazgos ecográficos sugestivos de APs (p=0.05) y PCR elevada (p=0.029). En el análisis multivariado, el único factor independiente fue el antecedente familiar de psoriasis (OR=0.20; IC95 % 0.07-0.57; p=0.0025); la ecografía de entesitis (OR=2.22; IC95 % 0.84-5.85; p=0.1071) mostró una tendencia sin alcanzar significación estadística. A partir de estos hallazgos, se propone un algoritmo escalonado para identificar pacientes con APs sin compromiso cutáneo visible: 1) antecedente familiar de psoriasis presente → alta sospecha clínica; 2) si no, evaluar con imagen específica de APs (ecografía/RM); 3) si es negativa, continuar con ecografía articular dirigida; 4) si todos los hallazgos son negativos, la probabilidad de psoriasis no detectada es baja.

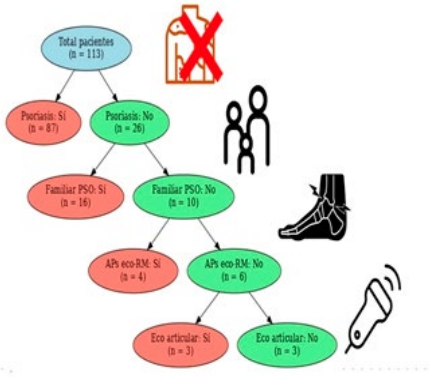


Figura 2. Algoritmo diagnóstico propuesto para artritis psoriásica sin psoriasis cutánea visible, según antecedente familiar, hallazgos ecográficos/RM y ecografía articular.

Conclusión: Un abordaje estructurado puede revelar que hasta casi el 15 % de APs carece de psoriasis cutánea. El antecedente familiar y la imagen ayudan a identificar este subgrupo oculto.

Tiempo de acceso a medicamentos de alto costo en pacientes con artritis psoriásica: datos de la cohorte argentina RECCAPSO

Espondiloartritis / EPs 0032

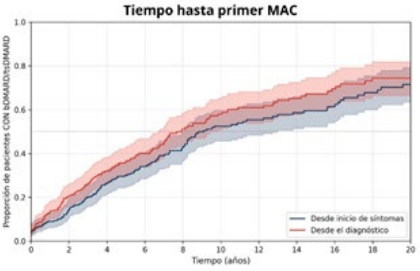
Carolina Mariasch[1], Gustavo Medina[1], Maximiliano Fenucci[2], Rodrigo García Salinas[3], Leila Abbas[2], Sebastián Magri[3], Delfina Apter[3], Camila Montenegro[2], José Puco Flores[1], Marcelo Abdala[4], Brian Marcelo Abdala[4]

1. Hospital de Clínicas José de San Martín; 2. Hospital César Milstein; 3. Hospital Italiano de La Plata; 4. Hospital Centenario

Introducción: Identificar determinantes del retraso terapéutico es clave para diseñar estrategias que acorten la brecha entre diagnóstico y tratamiento efectivo.

Objetivo: Determinar la mediana de tiempo desde el inicio de síntomas y desde el diagnóstico de ApS hasta la primera prescripción de un medicamento de alto costo (MAC), e identificar factores sociodemográficos, clínicos y de gestión asociados a dicho intervalo.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo (RECCAPSO), N=326. Se estimó el tiempo hasta el primer MAC (bDMARD) mediante Kaplan-Meier desde el inicio de síntomas y desde el diagnóstico. Se ajustaron modelos de Cox univariados y multivariados (ajustados por edad al diagnóstico y año de diagnóstico). Como análisis de sensibilidad, el tiempo se dicotomizó en "acceso precoz" vs. "tardío" según cortes de 1 a 5 años desde el diagnóstico (*landmark*, excluyendo censurados con seguimiento insuficiente), tomando como referencia el corte de 1 año.



Resultados: La mediana de tiempo hasta el primer bDMARD fue 9,1 años (IC95 % 8,0–13,0) desde el inicio de síntomas y 7,9 años (IC95 % 6,8–9,4) desde el diagnóstico. En el modelo de Cox multivariado, la cobertura de salud formal fue el predictor más robusto de acceso más rápido (HR 2,24; IC95 % 1,18–4,24; p=0,013), junto con el tabaquismo (HR 1,85; p=0,006) y un año de diagnóstico más reciente (HR 1,11; p<0,001). El sexo femenino (HR 0,70; p=0,031) y el nivel educativo (HR 1,49; p<0,001) mostraron asociación univariada significativa que se atenuó tras el ajuste. Sin embargo, el nivel educativo reapareció como predictor consistente de acceso precoz en el análisis de sensibilidad dicotomizado (cortes de 2 a 5 años, todos p < 0,05), lo que sugiere un efecto no proporcional en el tiempo más que una asociación espuria. Este análisis confirmó de forma consistente en todos los cortes temporales que la cobertura de salud, el nivel educativo y un menor número de comorbilidades (HR univariado 0,81; p=0,016, aunque atenuado tras el ajuste) se asocian a mayor probabilidad de acceso precoz, con una mediana de tiempo que casi se triplicó entre pacientes sin comorbilidades y con 3 o más (76,5 vs. 190,1 meses). Si bien un mayor DAPSA se asoció a inicio más tardío del medicamento de alto costo (MAC), esta variable se midió mayoritariamente (98 %) luego de iniciado el tratamiento, por lo que no permite establecer si un inicio más precoz se asocia a mejor control clínico.

Conclusión: Existe un retraso sustancial y una marcada brecha de acceso al primer bDMARD en esta cohorte de ApS respecto de referencias internacionales. La cobertura de salud formal, el nivel educativo y la carga de comorbilidades emergen como determinantes consistentes y potencialmente modificables mediante políticas de gestión sanitaria, más que factores puramente clínicos de actividad de enfermedad

Demora diagnóstica en artritis psoriásica: latencia desde la psoriasis y los síntomas articulares en la cohorte RECCAPSO

Espondiloartritis / EPs 0045

Leila Abbas[1], Rodrigo García Salinas[2], Gustavo Medina[3], Camila Montenegro[1], Analía Sánchez Leguizamo[1], Marcelo Abdala[4], Sebastián Magri[2], Delfina Apter[2], José Puco Flores[3], Brian Marcelo Abdala[4], Carolina Mariasch[3], Maximiliano Fenucci[1]

1. Hospital César Milstein; 2. Hospital Italiano de La Plata; 3. Hospital de Clínicas; 4. Hospital Centenario

Introducción: La demora diagnóstica en artritis psoriásica (APs) se asocia con peores desenlaces clínicos y estructurales. Sin embargo, su magnitud, la latencia desde el inicio de la psoriasis y los factores asociados han sido poco explorados en cohortes latinoamericanas de vida real.

Objetivo: Describir la demora diagnóstica desde el primer síntoma de APs hasta el diagnóstico, estimar la latencia desde el inicio de la psoriasis hasta el diagnóstico de APs, caracterizar la secuencia psoriasis-artritis e identificar factores asociados con una demora diagnóstica >=12 meses.

Métodos: Estudio observacional transversal del registro multicéntrico argentino RECCAPSO. La demora diagnóstica se definió como el intervalo entre el primer síntoma de APs y el diagnóstico, y la latencia psoriasis-APs como el intervalo entre el inicio de la psoriasis y el diagnóstico de APs. Los pacientes se compararon según demora <12 o >=12 meses mediante chi-cuadrado o U de Mann-Whitney, con corrección de Benjamini-Hochberg. Se construyó un modelo de regresión logística multivariable preespecificado para identificar factores asociados de forma independiente con demora >=12 meses.

Resultados: De 368 registros, 325 pacientes tuvieron demora diagnóstica calculable. La mediana de demora desde el primer síntoma de APs hasta el diagnóstico fue de 12 meses (RIC 9–24), con media de 30,9±53,1 meses. El 33,5 % fue diagnosticado dentro del primer año, mientras que el 66,5 % presentó demora >=12 meses; 23,4 % demoró entre 24 y 59 meses, 7,7 % entre 60 y 119 meses y 5,8 % >=120 meses. La latencia desde el inicio de la psoriasis hasta el diagnóstico de APs fue de 132 meses (RIC 48–240). Entre 287 pacientes con ambas fechas disponibles, la psoriasis precedió a la artritis en 86,4 %, fue simultánea en 7,3 % y apareció después de la artritis en 6,3 %. Los pacientes con demora >=12 meses presentaron mayor frecuencia de tabaquismo (21,8 % vs. 3,7 %; q=0,001), mayor VAS dolor (5 [2–7] vs. 3 [1–5]; q=0,031), peor VAS global del médico (4 [2–6] vs. 2 [1–4]; q=0,042), mayor número de articulaciones dolorosas y mayor DAPSA. No se observaron diferencias significativas en daño radiográfico ni en mínima actividad de la enfermedad. En el modelo multivariable, el tabaquismo fue el único factor independientemente asociado con demora >=12 meses (OR 7,18; IC95 % 2,34–22,03; p=0,0006), mientras que el compromiso axial mostró una asociación marginal con demora prolongada (OR 1,86; IC95 % 1,00–3,48; p=0,051).

Tabla. Características de la cohorte RECCAPSO según demora al diagnóstico de artritis psoriásica (análisis univariado)

Variable	Demora <12 meses (n=109)	Demora ≥12 meses (n=216)	OR (IC95%)	p
Características demográficas				
Sexo (=1), n (%)	55 (50,5%)	93 (43,1%)	0,74 (0,47–1,18)	0,206
Edad actual, años	60,0 (49,0–71,0)	56,0 (48,0–69,0)	–	0,292
Edad al primer síntoma de APs, años	52,0 (40,0–64,0)	47,0 (36,8–60,0)	–	0,032
Edad al diagnóstico de APs, años	52,0 (40,0–64,0)	51,0 (41,0–64,0)	–	0,763
Educación, años	12,0 (12,0–15,0)	12,0 (12,0–15,0)	–	0,329
Cobertura de salud, n (%)	93 (86,1%)	178 (86,8%)	1,06 (0,54–2,10)	0,859
Hábitos y comorbilidades				
Tabaquismo, n (%)	4 (3,7%)	47 (23,8%)	7,30 (2,56–20,85)	<0,001
Obesidad, n (%)	33 (30,3%)	40 (18,5%)	0,52 (0,31–0,89)	0,016
Índice de masa corporal, kg/m²	28,3 (25,6–34,1)	28,4 (24,7–32,4)	–	0,620
Comorbilidad (cualquiera), n (%)	72 (66,1%)	129 (59,7%)	0,76 (0,47–1,23)	0,267
Hipertensión arterial, n (%)	40 (36,7%)	77 (35,6%)	0,96 (0,59–1,54)	0,852
Diabetes, n (%)	19 (17,4%)	31 (14,4%)	0,79 (0,43–1,48)	0,468
Dislipidemia, n (%)	28 (25,7%)	52 (24,1%)	0,92 (0,54–1,56)	0,750
MACE, n (%)	5 (4,6%)	16 (7,4%)	1,66 (0,59–4,67)	0,329
Manifestaciones de la enfermedad psoriásica				
Psoriasis cutánea, n (%)	**108 (99,1%)**	**204 (94,4%)**	**0,16 (0,02–1,23)**	**0,044**
Compromiso ungueal, n (%)	48 (44,0%)	80 (37,0%)	0,75 (0,47–1,19)	0,223
Monoartritis, n (%)	4 (3,7%)	4 (1,9%)	0,50 (0,12–2,02)	0,318
Oligoartritis, n (%)	53 (48,6%)	108 (50,0%)	1,06 (0,67–1,67)	0,815
Poliartritis, n (%)	49 (45,0%)	96 (44,4%)	0,98 (0,62–1,56)	0,930
Compromiso axial, n (%)	21 (19,3%)	62 (28,7%)	1,69 (0,96–2,95)	0,065
Entesitis, n (%)	47 (43,1%)	101 (46,8%)	1,16 (0,73–1,84)	0,534
Dactilitis, n (%)	32 (29,4%)	55 (25,5%)	0,82 (0,49–1,37)	0,454
Uveítis o enfermedad inflamatoria intestinal, n (%)	5 (4,6%)	6 (2,8%)	0,59 (0,18–1,99)	0,394
Tiempo de psoriasis, años	18,0 (9,0–30,3)	20,0 (11,0–27,5)	–	0,634
Actividad de la enfermedad				
PCR, mg/L	2,3 (1,3–5,0)	2,0 (1,0–5,0)	–	0,368
PCR >3 mg/L, n (%)	40 (36,7%)	81 (37,5%)	1,04 (0,64–1,67)	0,888
Recuento de artrosis/articulaciones dolorosas	**2,0 (0,0–3,0)**	**3,0 (1,0–5,0)**	–	**0,004**
Recuento de articulaciones inflamadas	1,0 (0,0–2,0)	1,0 (0,0–3,0)	–	0,140
Número de entesis afectadas	0,0 (0,0–1,0)	0,0 (0,0–1,0)	–	0,550
PASI	0,6 (0,1–2,6)	1,0 (0,0–2,8)	–	0,826
BSA	1,0 (0,0–3,0)	1,0 (0,0–5,0)	–	0,037
VAS de dolor del paciente	**3,0 (1,0–5,0)**	**5,0 (2,0–7,0)**	–	**0,001**
VAS global del médico	**2,0 (1,0–4,3)**	**4,0 (2,0–6,0)**	–	**0,002**
HAQ	0,6 (0,2–1,0)	0,8 (0,3–1,1)	–	0,135
DAS28	2,8 (2,2–3,5)	2,9 (2,3–4,0)	–	0,406
DAPSA	**11,0 (5,7–14,8)**	**14,0 (7,2–20,2)**	–	**0,021**
DAPSA actividad moderada/alta, n (%)	**30 (34,1%)**	**96 (50,5%)**	**1,97 (1,17–3,34)**	**0,010**
Mínima actividad de la enfermedad (MDA), n (%)	31 (39,2%)	36 (29,3%)	0,64 (0,35–1,16)	0,142
Daño estructural				
Daño radiográfico, n (%)	45 (41,3%)	106 (49,1%)	1,37 (0,86–2,18)	0,184
Tratamiento				
DMARD convencional actual, n (%)	54 (49,5%)	111 (51,4%)	1,08 (0,68–1,71)	0,753
DMARD convencional previo, n (%)	41 (37,6%)	81 (37,5%)	1,00 (0,62–1,60)	0,984
Tratamiento biológico o dirigido, n (%)	59 (54,1%)	111 (51,4%)	0,90 (0,56–1,42)	0,641
Glucocorticoides, n (%)	10 (9,2%)	21 (9,7%)	1,07 (0,48–2,35)	0,874

Conclusión: En la cohorte RECCAPSO, la demora diagnóstica en APs fue frecuente: dos tercios de los pacientes fueron diagnosticados >=12 meses después del primer síntoma articular, y la mediana desde el inicio de la psoriasis hasta el diagnóstico de APs fue de 132 meses. El tabaquismo fue el único factor independientemente asociado con demora prolongada, mientras que el compromiso axial mostró una asociación marginal.

Impacto de la edad en mujeres con enfermedad psoriásica: mayor carga de comorbilidades sin incremento de la actividad clínica. Análisis de una cohorte multicéntrica argentina

Espondiloartritis / EPs 0078

Cecilia Alejandra Costa[1], Jennifer Kreimer[2], Julieta Gentiletti[2], Lena Eimer[2], Vanesa Cosentino[2], Paula Luna[2], Darío Mata[2], Débora Kaplan[2], Alejandro Martínez Muñoz[2], María Soledad Gálvez Elkin[2], Ida Exeni[2], María Florencia Gordillo[2], Carla Matellan[2], Karina Malvido[2], María Victoria Martire[2], Maximiliano Machado Escobar[2], Angie Severina[2], Carla Lallopizzo[2], Lucía Capelli[2], Micaela Cosatti[2], Julia Barouille[2], Nadia Benzaquen[2], Priscila Serravalle[2], Verónica Saurit[2], Zaida Troyano[2], Agustina Alfaro[2], Osvaldo Cerda[2], Cristina Echeverría[2], Verónica Savio[2]

1. CEMAFE; 2. Investigador ReNaEPso

Introducción: El aumento de la edad se asocia a cambios inmunológicos y a una mayor carga de comorbilidades en mujeres con enfermedad psoriásica (EPs). Sin embargo, existe escasa información sobre si este incremento de comorbilidades se acompaña de mayor actividad clínica o de diferencias en las estrategias terapéuticas en pacientes con artritis psoriásica (APs).

Objetivo: Comparar las características clínicas, comorbilidades, actividad de la enfermedad y tratamientos entre mujeres <=50 años y >50 años con EPs pertenecientes a una cohorte argentina multicéntrica.

Métodos: Estudio observacional, transversal, utilizando los datos de la visita basal de una cohorte argentina multicéntrica. Se incluyeron mujeres con psoriasis (PsO)y APs. Se compararon dos grupos: <=50 años y >50 años. Variables analizadas: características clínicas, comorbilidades, hábitos, patrones de compromiso articular, tratamientos y actividad clínica. Se utilizaron pruebas de Chi-cuadrado/Fisher y Mann-Whitney ($p < 0,05$).

Resultados: Se incluyeron 121 pacientes, de las cuales 55 tenían <=50 años y 66 >50 años. No hubo diferencias significativas en la duración de la enfermedad [5,0 (1,0–13,0) vs. 6,0 (2,0–15,0)], tiempo hasta el diagnóstico, ni en el patrón de compromiso (periférico/axial, entesitis, dactilitis). La proporción de pacientes con clasificación por criterios CASPAR de APs fue significativamente mayor en el grupo >50 años (80 % vs. 53 %, p=0,005). Se destaca que, a mayor edad, más comorbilidades: hipertensión arterial 6,8 % vs. 55 %, $p < 0,001$; diabetes 4,5 % vs. 31 %, p=0,002; dislipidemia 7 % vs. 49 %, $p < 0,001$; hipotiroidismo 4 % vs. 37 %, $p < 0,001$; síndrome metabólico 12 % vs. 36 %, p=0,010; y sedentarismo 52 % vs. 74 %, p=0,047. La actividad clínica se mantuvo estable pese a la mayor edad, sin diferencias significativas en DAS28 (3,8 vs. 3,7; p=0,806), BASDAI (2,3 vs. 3,7; p=0,752), HAQ-DI (0,6 vs. 0,9; p=0,880), DLQI (2,0 vs. 1,0; p=0,958) ni BSA (2,0 % vs. 2,0 %; p=0,884). El grupo <=50 años presentó un recuento levemente mayor de articulaciones dolorosas (mediana 3,0 vs. 2,0; p=0,039). En cuanto a los esquemas terapéuticos (<=50 vs. >50 años), no hubo diferencias significativas en el uso de sistémicos convencionales (63 % vs. 60 %; p=0,929), biológicos (45 % vs. 55 %; p=0,391), ni pequeñas moléculas (4,9 % vs. 13 %; p=0,298).

Conclusión: La mayor edad en mujeres con EPs se asocia a un marcado incremento de comorbilidades cardiovasculares y metabólicas, y a mayor frecuencia de diagnóstico confirmado de APs, cumpliendo las pacientes con APs criterios CASPAR, lo que podría reflejar mayor desarrollo o detección del compromiso articular con la edad. En la práctica clínica habitual, el control de la enfermedad se mantiene pese a la mayor complejidad clínica de las pacientes de mayor edad. Estos hallazgos respaldan un abordaje multidisciplinario enfocado en las comorbilidades cardiometabólicas.

Prevalencia de atrofia e infiltración grasa de los músculos paraespinales en pacientes con espondiloartritis con compromiso axial en comparación con pacientes con dolor lumbar

Espondiloartritis / EPs 0098

María Victoria Chiarvetto Peralta, Natalia Rius, Nicolás Marin Zucaro, Alejandro José Rasumoff, Marina Scolnik, Enrique Soriano, Javier Rosa

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La resonancia magnética (RM) permite evaluar el compromiso inflamatorio y estructural en las espondiloartritis axiales (SPA); sin embargo, el compromiso de los músculos paraespinales ha sido escasamente investigado.

Objetivo: Evaluar y comparar el grado de infiltración grasa y atrofia de los músculos paraespinales (MPE) mediante RM lumbar entre pacientes con espondiloartritis con compromiso axial (SPA) y pacientes con dolor lumbar.

Métodos: Estudio retrospectivo y transversal realizado sobre una cohorte de pacientes con espondiloartritis axial (SpAax, criterios ASAS) y artritis psoriásica con compromiso axial (APsax, criterios CASPAR), con RM de columna lumbar

Tabla 2. Prevalencia de atrofia e infiltración grasa de los músculos paraespinales según grupo de estudio

Variable	SPA (n=18)	Controles con dolor lumbar mecánico (n=19)	Valor p
Atrofia paraespinal, n (%)	13, 72,2%	13, 68,4%	0,8
Infiltración grasa Goutallier ≥2, n (%)	17, 94,1%	16, 84,2%	0,3
Área de sección transversal muscular total (mm²), mediana (RIC)	4769,1 (4648,9-5089,47)	5330,9 (4090,3-5908)	0,5

y articulaciones sacroilíacas previa al tratamiento biológico. Se incluyeron controles con dolor lumbar mecánico, sin enfermedad reumática ni psoriasis, pareados por edad y sexo. En cortes axiales T1 a nivel L4-L5 se evaluó el área transversal de los músculos paraespinales y la infiltración grasa mediante la clasificación modificada de Goutallier. Se compararon los hallazgos musculares entre casos y controles y se exploró su asociación con variables clínicas y funcionales.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y de laboratorio de la cohorte

Variable	Total (n=37)	SPA (n=18)	Controles con dolor lumbar (n=19)	Valor p
Edad a la RMN , años, media ± DE	43 (1035,8)	43 (10,8)	35 (6,9)	0,04
Sexo masculino, n (%)	21, 56,7	11, 52,4%	10, 47,6%	0,61
IMC, kg/m², media ± DE	25,6 (5,1)	25,6 (5,1)	-	
Duración de la enfermedad, años, mediana (RIC)	3,5 (0-48)	3,5 (0-48)	-	
HLA-B27 positivo, n (%)	8/32,25%	7/13,53,8%	–	
PCR, mg/L, mediana (RIC)	6,6 (1-9,4)	6,6 (1-9,4)	–	
BASDAI, mediana (RIC)	4,2 (2,4-6,4)	4,2 (2,4-6,4)	–	
BASFI, mediana (RIC)	3,05 (0,4-4,4)	3,05 (0,4-4,4)	–	
BASMI, mediana (RIC)	1,4 (1-2,2)	1,4 (1-2,2)	–	

Resultados: Se incluyó un total de 37 pacientes, con 18 pacientes SPA (7 SpAax y 11APsax), y 19 pacientes con dolor lumbar; 56,7 % fueron de sexo masculino (n=21); la duración media de la enfermedad fue de 3.5 años (RIQ 0-48). Las características basales de la población estudiada se presentan en la Tabla 1. La prevalencia de atrofia de los MPE fue del 72,2 % en los pacientes con SPA vs. 68,4 % en los controles con dolor lumbar mecánico, sin diferencias estadísticamente significativas (p=0,80). La infiltración grasa significativa (clasificación de Goutallier >=2) se observó en el 94,1 % y el 84,2 % de los pacientes, respectivamente (p=0,03) (Ver Tabla 2). Los pacientes con SPA presentaron una menor área de sección transversal muscular (4769,1 vs. 5330,9 mm2, p=0,5) y un mayor grado de infiltración grasa en comparación con los controles (94,1 % vs. 84,2 %, p=0,3).

Conclusión: La atrofia y la infiltración grasa de los músculos paraespinales fueron frecuentes en ambos grupos, con mayor infiltración grasa en pacientes con SPA.

Frecuencia de espondiloartritis en adultos jóvenes con dolor lumbar inflamatorio

Espondiloartritis / EPs 0101

Jorge Luis González, Cristian David Lara, María Laura Goñi, Rocío Fernanda Nazha Segui, Óscar Gaspar Rodríguez, Ignacio Cadile, Laura Onetti, Eduardo Mussano

Hospital Nacional de Clínicas

Introducción: El término espondiloartritis (SpA) se utiliza para una familia de trastornos que comparten un conjunto de características clínicas; las más distintivas son la inflamación de las articulaciones axiales, especialmente las articulaciones sacroilíacas, la oligoartritis asimétrica, especialmente en las extremidades inferiores, la dactilitis y la entesitis. Una combinación de características de dolor lumbar, denominada "dolor lumbar inflamatorio" (DLI), está presente en el 70-80 % de los pacientes con SpA Axial. Existen varios conjuntos de criterios que definen el DLI, todos con un rendimiento similar y que pueden utilizarse en la práctica diaria, como son los criterios de ASAS, de Calin y de Berlín.

Tabla 1: Distribución de VSG, PCR y HLA-B27 según diagnóstico de espondiloartritis

	Total	Espondiloartritis diagnosticada		P
		Si	No	
	(N=77)	(N=14)	(N=63)	
VSG				
Negativo	68 (88.3%)	10 (76.9%)	58 (90.6%)	0.17
Positivo	9 (11.7%)	3 (23.1%)	6 (9.4%)	
PCR				
Negativo	68 (88.3%)	12 (92.3%)	56 (87.5%)	0.99
Positivo	9 (11.7%)	1 (7.7%)	8 (12.5%)	
HLA-B27				
Negativo	15 (19.5%)	3 (23.1%)	12 (18.8%)	
No realizada	60 (77.9%)	8 (61.5%)	52 (81.3%)	**0.02***
Positivo	2 (2.6%)	2 (15.4%)	0 (0%)	

Objetivo: General: Conocer la frecuencia de SpA en pacientes adultos jóvenes con dolor lumbar inflamatorio. Específicos: Distinguir hallazgos clínicos, de laboratorio e imagenológicos de SpA asociadas. Clasificar pacientes con DLI en SpA u otras etiologías.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años y menores de 45 años con DLI que acudieron a la consulta externa del servicio de Reumatología del Hospital Nacional de Clínicas de la ciudad de Córdoba, entre julio de 2015 y junio de 2025. El DLI fue definido según criterios ASAS, CALIN o BERLIN. Se obtuvieron características sociodemográficas y relacionadas a SpA, tanto clínicas, como de laboratorio e imagenológicas. Cada paciente fue clasificado como SpA u otro diagnóstico que explique el DLI. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias abso-

lutas y porcentajes, mientras que las variables continuas se resumieron como mediana y rango intercuartílico, debido a su distribución no normal. El nivel de significación estadística se estableció en p < 0,05.

Tabla 2. Resultados imagenológicos y su asociación con el diagnóstico de espondiloartritis.

	Total	Espondiloartritis diagnosticada		
		Si	No	p
	(N=77)	(N=14)	(N=63)	
Sacroileítis radiográfica				
Negativo	71 (92.2%)	9 (69.2%)	62 (96.9%)	**0.0008*** **
Positivo	4 (5.2%)	4 (30.8%)	0 (0%)	
No realizada	2 (2.6%)	0 (0%)	2 (3.1%)	
Sacroileítis por RMN				
Negativo	25 (32.5%)	4 (30.8%)	21 (32.8%)	0.21
No realizada	51 (66.2%)	8 (61.5%)	43 (67.2%)	
Positivo	1 (1.3%)	1 (7.7%)	0 (0%)	
Otros hallazgos				
Cuadratura	10 (12,9%)	5 (38,4%)	5 (7,8%)	0.18
Esquinas brillantes	11 (14,3%)	9 (69,2%)	2 (3,1%)	

Resultados: Un total de 125 pacientes consultaron por lumbalgia crónica. Se incluyeron 77 pacientes, de los cuales 50 (64,9 %) eran mujeres y 27 (35,1 %) varones. La edad mediana de la población fue de 37 años [RIQ 30-40]. La manifestación clínica más frecuente fue la buena respuesta a AINEs (58,4 %), seguida de dolor glúteo alternante (35,1 %). Catorce pacientes (18,1 %) recibieron diagnóstico de SpA. La forma más frecuente fue la SpA periférica (10,4 %), seguida de SpA axial radiográfica (3,9 %), artritis psoriásica (2,6 %) y SpA axial no radiográfica (1,3 %). En el 81,8 % de los casos no se estableció diagnóstico de SpA. Otras patologías que se encontraron fueron alteraciones de los ejes (33,7 %) y discopatías (11,7 %). No se observaron diferencias significativas en la elevación de VSG (p = 0,17) ni de PCR (p = 0,99) entre pacientes con y sin diagnóstico de SpA. En cambio, la positividad de HLA-B27 mostró asociación significativa con el diagnóstico de SpA (p = 0,02). Entre los pacientes con SpA, el 15,4 % presentó HLA-B27 positivo, mientras que ningún paciente sin diagnóstico de SpA fue positivo. No obstante, una proporción elevada de pacientes no contaba con determinación de HLA-B27. La presencia de sacroileítis radiográfica mostró asociación significativa con el diagnóstico de SpA (p = 0,0008). Entre los pacientes con SpA, el 30,8 % presentó sacroileítis radiográfica positiva, mientras que ninguno de los pacientes sin diagnóstico de SpA presentó hallazgos positivos. En cuanto a la sacroileítis evaluada por resonancia magnética, no se observaron diferencias significativas entre los grupos (p = 0,21).

Conclusión: En nuestra cohorte de adultos jóvenes con lumbalgia crónica, los criterios clínicos identifican frecuentemente características de DLI, pero solo una minoría recibió diagnóstico de SpA. El HLA-B27 y sacroileítis radiográfica se asociaron con el diagnóstico y pueden ayudar en la estratificación diagnóstica cuando están disponibles.

Características clínicas, tratamiento y demora diagnóstica en espondiloartritis axial en la región Cono Sur de Latinoamérica: subanálisis del registro PANLAR-ESPALDA

Espondiloartritis / EPs 0113

Diego Vila[1], Rodrigo García Salinas[2], Fernando Sommerfleck[3], Wilson Bautista-Molano[4], Elías Emanuel Dufau[5], Gustavo Medina[6], Luciana Casalla[7], Liz Caballero[8], Mariana Benegas[3], Ana Belén Gómez[9], Leandro Ferreyra Garrott[10], Verónica Avellanal[9], María Lorena Brance[11], Nicolás Marin Zucaro[10]

1. Hospital Virgen del Carmen; 2. Hospital Italiano de La Plata; 3. Sanatorio Dr. Julio Méndez; 4. PANLAR; 5. Sanatorio Güemes; 6. Hospital de Clínicas José de San Martín; 7. GENEA; 8. Hospital Central del Instituto de Previsión Social; 9. Instituto Nacional de Reumatología; 10. Hospital Italiano de Buenos Aires; 11. Centro de Reumatología y Enfermedades Óseas

Introducción: La espondiloartritis axial (axSpA) se caracteriza por un diagnóstico tardío y por una importante variabilidad regional en la presentación clínica y en el acceso al tratamiento. El registro PANLAR-ESPALDA reúne a 740 pacientes con axSpA de distintos países de Latinoamérica; la descripción específica de los pacientes de la Región Sur no había sido reportada.

Objetivo: Describir las características clínicas, el tratamiento y la demora diagnóstica al ingreso al registro de los pacientes con axSpA de la Región Sur (Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay).



Métodos: Análisis descriptivo transversal de los datos basales de pacientes ≥18 años con diagnóstico de axSpA incluidos en el registro PANLAR-ESPALDA. Se seleccionaron los pacientes de la Región Cono Sur, asignados según el centro participante. Las variables continuas se expresan como media (DE) y la demora diagnóstica —tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico— además como mediana (RIC).

Resultados: Se incluyeron 247 pacientes (Argentina 207, Uruguay 26, Paraguay 6, Chile 8), 33,4 % del registro. La edad media al ingreso fue 45,7 (12,8) años, 141 (57,1 %) eran varones, la edad de inicio del dolor lumbar fue 38,2 (12,1) años y 27,1 % eran fumadores. Presentaron lumbalgia inflamatoria 83,4 %, HLA-B27 positivo 61,9 % y antecedentes familiares de espondiloartritis 25,5 %. Las manifestaciones extra-musculoesqueléticas se registraron en 35,2 % (psoriasis 18,6 %, uveítis 13,4 %, enfermedad inflamatoria intestinal 4,9 %); hubo artritis periférica en 18,6 % y entesitis en 28,7 %, con una media de 3,4 (1,3) características de espondiloartritis por paciente. La actividad y la función al ingreso fueron ASDAS 2,6 (1,1), BASDAI 4,2 (2,1) y BASFI 4,6 (2,4), con PCR elevada en 52/176 (29,5 %) y VSG 19,9 (DS19,2). Se documentó sacroileítis radiográfica en 63,2 % (criterios de NY) y, en resonancia magnética, edema óseo en 47,8 %, erosiones en 33,6 %, lesiones grasas en 28,3 %, esclerosis en 21,5 % y puentes óseos en 7,7 %. Respecto del tratamiento, 54,7 % había recibido alguna terapia avanzada: anti-TNF 44,9 %, anti-IL-17 2,8 % e inhibidores JAK 1,6 %; 57,5 % no había iniciado terapia avanzada, 26,7 % estaba en primera línea y 15,7 % en segunda línea o posterior, y 12,1 % fue categorizado como axSpA difícil de manejar. La demora diagnóstica fue de 74,0 (80,0) meses, con mediana de 48,8 meses (RIC 18,2–109,6): 71 pacientes (28,7 %) se diagnosticaron dentro de los 24 meses, 176 (71,3 %) superaron ese umbral y 97 (39,3 %) esperaron más de cinco años.

Conclusión: Los pacientes con axSpA de la Región Sur presentan enfermedad activa, compromiso funcional relevante, una demora diagnóstica superior a cuatro años y un tratamiento avanzado concentrado en anti-TNF.

Tabla 1. Características al ingreso — pacientes del Cono Sur (Argentina, Chile, Uruguay, Paraguay)		
Característica	n / Media	% / DE
Datos demográficos		
Edad al ingreso (años)	45,7	12,8
Sexo femenino	106	42,9%
Sexo masculino	141	57,1%
Años de estudio (años)	12,9	3,3
Edad de inicio de la lumbalgia (años)	38,2	12,1
Tabaquismo	67	27,1%
Características clínicas al ingreso		
Lumbalgia inflamatoria	206	83,4%
Uveítis	33	13,4%
EII	12	4,9%
Psoriasis	46	18,6%
Manifestación extra-MSK basal	87	35,2%
Respuesta a AINEs	148	59,9%
Artritis periférica	46	18,6%
Entesitis	71	28,7%
PCR elevada	52	29,5%
HLA-B27 positivo	153	61,9%
Antecedente familiar de SpA	63	25,5%
Cantidad de características SpA (n)	3,4	1,3
Más de 1 característica SpA	84	42,4%
Actividad de la enfermedad y PROs al ingreso		
Dolor (EVA 0-10)	6,7	9,6
Dolor nocturno (EVA 0-10)	5,1	5,1
Rigidez matinal (minutos)	33,7	32,2
MASES	2,1	2,2
BASFI	4,6	2,4
BASDAI	4,2	2,1
ASDAS	2,6	1,1
PCR (valor)	5,4	10,4
ERS (valor)	19,9	19,2
Imágenes al ingreso		
Radiografía positiva (SI criterios NY)	156	63,2%
RM: edema óseo	118	47,8%
RM: lesión grasa	70	28,3%
RM: erosiones	83	33,6%
RM: esclerosis	53	21,5%
RM: puentes óseos	19	7,7%
Cambios crónicos (n de lesiones)	1,4	1,4
Cambios crónicos (sí/no)	121	66,5%
Combinado crónico/agudo	66	49,6%
Tratamiento		
Tratamiento biológico (cualquiera)	135	54,7%
Anti-TNF	111	44,9%
Anti-IL-17	7	2,8%
Inhibidor JAK	4	1,6%
Enfermedad difícil de manejar (D2M)	30	12,1%
Línea de tratamiento		
Sin tratamiento (línea 0)	142	57,5%
Línea 1	66	26,7%
Línea 2	28	11,3%
Línea 3	8	3,2%
Línea 4	fl3	1,2%

Diez años de determinación de HLA-B27 en un centro de referencia: volumen, origen de la solicitud y rendimiento diagnóstico

Espondiloartritis / EPs 0135

Juan Pablo Araque Medina, Mercedes Victoria Ramírez, Ignacio López, Linda Grey Vergel Orduz, Alejandro Brigante

Sanatorio Güemes

Introducción: El HLA-B27 es una herramienta central en la evaluación de la sospecha de espondiloartritis (EspA), pero su rendimiento depende de la probabilidad pretest de la población en la que se solicita. Los datos de uso en la práctica real de nuestro medio son escasos.

Objetivo: Describir el volumen, el perfil demográfico, el origen de la solicitud y el rendimiento diagnóstico de las determinaciones de HLA-B27 realizadas en un centro de tercer nivel durante diez años.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo basado en el registro de laboratorio de todas las determinaciones de HLA-B27 entre enero de 2014 y octubre de 2024; se excluyeron 26 sin resultado interpretable. Para estimar el origen de la solicitud, se evaluaron las historias clínicas, la agenda de consultas de reumatología y los prestadores del servicio. Estadística descriptiva; comparaciones con chi-cuadrado y Mann-Whitney (significativas, p<0,05).

Resultados: Se analizaron 480 determinaciones válidas en 480 pacientes. El volumen anual creció de forma sostenida: de 9 determinaciones en 2014 a un promedio anual de 76 en 2022-2024 (47 % del total del período). El 61,9 % de los testeados fueron mujeres; mediana de edad: 46 años (RIC: 33-56). La positividad global fue del 9,2 % (44/480), mayor en varones (13,7 % vs. 6,4 %; p=0,012) y en menores de 45 años (14,0 % vs. 5,0 %; p=0,001). La positividad descendió del 13,2 % (2014-2018) al 7,0 % (2022-2024), en paralelo al aumento de la proporción de mujeres testeadas (del 53,7 % al 65,2 %). El 67 % de las solicitudes fue de origen reumatológico; del 33 % restante, originado en otros servicios, un tercio (6/18) fue derivado a reumatología tras el test, con una demora mediana de 3 meses.

Conclusión: El centro consolidó, en diez años, un flujo creciente de determinaciones de HLA-B27, con dos de cada tres solicitudes de origen reumatológico y un rol como receptor de derivaciones generadas por el test en otros servicios. El rendimiento se concentró en varones y menores de 45 años, mientras que la expansión del testeo hacia poblaciones de menor probabilidad pretest se acompañó de una caída de la positividad. Estos hallazgos aportan una base para optimizar los criterios locales de solicitud y jerarquizan al centro como fuente de datos de práctica real en EspA.

Hallazgos en tomografía de tórax de pacientes con artritis psoriásica en un hospital universitario

Espondiloartritis / EPs 0137

Cristian David Lara Benalcazar, Marcelo Audisio, Isaac Cadile, Jorge Luis González, María Laura Goñi, Eduardo Mussano, Rocío Nazha, Laura Onetti, Matías Palombo, Guillermo Py, Oscar Gaspar Rodríguez

Hospital Nacional de Clínicas

Introducción: La enfermedad psoriásica abarca múltiples dominios y comorbilidades. La vía Th17, central en su patogénesis, interviene en la inflamación pulmonar. Aunque históricamente el compromiso pulmonar en artritis psoriásica (APs) se consideró infrecuente o secundario a toxicidad por fármacos, evidencia reciente sugiere una mayor prevalencia de afectación parenquimatosa.

Objetivo: Determinar la prevalencia y caracterizar el compromiso pulmonar mediante tomografía computarizada de alta resolución (TACAR) en pacientes con APs, evaluando su relación con síntomas respiratorios, actividad de la enfermedad, tratamiento y tiempo de evolución.

Métodos: Estudio observacional, analítico y prospectivo (2024-2026) en pacientes con APs (criterios CASPAR). Se realizaron anamnesis dirigida, evaluación clinimétrica (DAPSA para compromiso periférico y BASDAI para axial) y TACAR de tórax. Los hallazgos tomográficos se clasificaron en: Normal, Patrón Típico (fibrosis apical) y Patrón Atípico (nódulos, vidrio esmerilado, enfisema paraseptal, atelectasias laminares, NSIP/UIP). Se aplicaron test exacto de Fisher y U de Mann-Whitney (p < 0,05).

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes (52 % mujeres, mediana de edad 61 años [RIC 47-70], mediana de evolución 7 años [RIC 1-11]). El 88 % presentó actividad periférica baja o moderada por DAPSA y el 16 % reportó síntomas respiratorios. El 36 % (n=9) presentó compromiso pulmonar en la TACAR: 8 % (n=2) patrón típico (fibrosis apical) y 28 % (n=7)

Tabla 1: Frecuencia de patrones tomográficos en la población de estudio (n=25)

Hallazgos Tomográficos (TACAR)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sin compromiso pulmonar (Normal)	16	64,0%
Con compromiso pulmonar (Total)	9	36,0%
- Patrón Típico (fibrosis apical)	2	8,0%
- Patrón Atípico (enfisema paraseptal, atelectasias, nódulos)	7	28,0%

patrón atípico (enfisema paraseptal, atelectasias laminares y nódulos). Presentaron TACAR patológica el 75 % (3/4) de los sintomáticos y el 28,6 % (6/21) de los asintomáticos (p=0,116). No se observó asociación estadísticamente significativa entre los hallazgos en TACAR y los niveles de DAPSA (p=0,806), el esquema terapéutico (p=0,44) ni el tiempo de evolución de la enfermedad (mediana de 7,5 años en TACAR normal vs. 2,0 años en patológica; p=0,932).

Tabla 2: Resumen de análisis de variables secundarias

Variable Secundaria Evaluada	Prueba Estadística	Resultado / Comparación entre Grupos	Valor p
Síntomas Respiratorios	Test Exacto de Fisher	TACAR Patológica: Sintomáticos 75,0% (3/4) vs. Asintomáticos 28,6% (6/21)	p = 0,116
Actividad Clínica (DAPSA)	Test Exacto de Fisher	TACAR Patológica: Actividad Baja 38,5% (5/13) vs. Moderada 44,4% (4/9)	p = 0,806
Esquema Terapéutico	Test Exacto de Fisher	TACAR Patológica: FAMEc 20% (2/10) vs. FAMEb 57,1% (4/7) vs. Comb 50%	p = 0,440
Tiempo de Evolución	U de Mann-Whitney	Mediana de años: TACAR Normal 7,5 [4,2-10,9] vs. Patológica 2,0 [0,3-34,5]	p = 0,932

Conclusión: Se detectó una alta prevalencia de compromiso pulmonar (36 %), predominantemente subclínico y de patrón atípico. La afectación parenquimatosa se presentó de manera independiente de los síntomas respiratorios, la actividad clínica articular, el tiempo de evolución y el tratamiento recibido, sugiriendo que el pulmón constituye un dominio propio de la APs.

Evaluación de la calidad de vida y actividad de la enfermedad mediada por un programa de seguimiento de pacientes con artritis psoriásica

Espondiloartritis / EPs 0158

Elías Emanuel Dufau, Ignacio López, Linda Grey Vergel Orduz, Demelza Viviana Yucra Bobarín, Camila Galván, Juliana Denis Dei, Alejandro Brigante

Sanatorio Güemes

Introducción: El Psoriatic Arthritis Impact of Disease-12 (PsAID-12) es un cuestionario autoadministrado por los pacientes (PRO) específico para artritis psoriásica (APs), validado por su asociación con índices de actividad como Disease Activity index for Psoriatic Arthritis (DAPSA), Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) y MDA (Minimal disease activity). Su incorporación en programas de seguimiento permite una evaluación integral del impacto de la enfermedad en la calidad de vida.

Objetivo: Evaluar la relación entre la actividad de la enfermedad y el impacto en la calidad de vida mediada por PsAID-12 en una cohorte de pacientes con APs.

Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo, de corte transversal, realizado en el Sanatorio Güemes entre enero y julio de 2025 en pacientes con APs. El seguimiento se efectuó mediante cuestionarios electrónicos estandarizados, autoadministrados por los pacientes y complementados por los médicos tratantes. Se registraron variables clínicas, funcionales y de calidad de vida utilizando las escalas PsAID12, EQ-5D-5L, DLQI, DAPSA, RAPID3, PASI y HAQ.

Resultados: Se incluyeron 67 pacientes con artritis psoriásica, 37 (55 %) fueron mujeres; la mediana de edad fue 54 años (RIC 42–67). El DAPSA se asoció significativamente con peor calidad de vida dermatológica medida por DLQI (B = 0.18; IC95 % 0.04–0.32; p = 0.014). El PASI no mostró asociaciones significativas. El PsAID-12 evidenció una asociación significativa con el RAPID3 (B = 0.23; IC95 % 0.14–0.33; p < 0.001) y con peor funcionalidad medida por HAQ (B; = 1.09; IC95 % 0.07–2.10; p = 0.037). El EQ-5D-5L se relacionó inversamente con la disfunción evaluada por HAQ (B = –0.29; IC95 % –0.44 a –0.14; p < 0.001). Se observó además una correlación negativa moderada-fuerte

Pacientes	62 (100)
Mujeres	54 años (42–67)
Edad, mediana (RIC)	54 años (42–67)
Psoriasis n (%)	61 (91)
Tipo de Psoriasis en placa n (%), Palmo Plantar n (%), Gota n (%), Eritrodérmica n (%), No Informada n (%	54 (88) 3 (5) 2 (3) 1 (2) 1 (2)
Compromiso Ungueal n (%)	16 (24)
Compromiso Articular Periferico n (%), Poliarticular n (%), Oligoarticular n (%)	64 (100) 45 (70) 19 (30)
Compromiso Articular Axial n (%)	15 (22)
Entesitis n (%)	22 (33)
DMARD Convencional n (%)	41 (61)
DMARDs Biológicos/sintéticos n (%)	31 (46)

entre PsAID-12 y EQ-5D-5L (rho = –0.57; p < 0.001). Los pacientes con PsAID-12 >4 presentaron una calidad de vida significativamente menor (EQ-5D-5L más bajo).

Conclusión: Consideramos al PsAID-12 como una herramienta clínicamente relevante para evaluar el impacto de la artritis psoriásica en la calidad de vida. Su asociación significativa con mayor actividad de la enfermedad (medida por RAPID3) y con peor funcionalidad (evaluada por HAQ) respalda su capacidad para captar dimensiones centrales del estado del paciente. La correlación negativa con el EQ-5D-5L respalda al PsAID-12 como un instrumento sensible para detectar pacientes con marcado deterioro de la calidad de vida.

Table 2

Outcome	Predictor	β (Estimate)	IC95% (Low–High)	p-value
EQ-5D-5L	DAPSA	0.00	-0.01 a 0.00	0.37
EQ-5D-5L	RAPID3	0.00	-0.01 a 0.01	0.93
EQ-5D-5L	PASI	0.00	-0.01 a 0.01	0.84
EQ-5D-5L	HAQ	-0.29	-0.44 a -0.14	<0.001
DLQI	DAPSA	0.18	0.04 a 0.32	0.01
DLQI	RAPID3	-0.10	-0.38 a 0.19	0.51
DLQI	PASI	0.08	-0.07 a 0.23	0.27
DLQI	HAQ	2.97	-0.28 a 6.23	0.07
PSAID-12	DAPSA	-0.02	-0.05 a 0.01	0.24
PSAID-12	RAPID3	0.23	0.14 a 0.33	<0.001
PSAID-12	PASI	0.02	-0.03 a 0.07	0.45
PSAID-12	HAQ	1.09	0.07 a 2.10	0.04

Características clínicas y terapéuticas de pacientes con artritis psoriásica en una cohorte de psoriasis de un hospital municipal: experiencia de Bahía Blanca (2021-2026)

Espondiloartritis / EPs 0179

Sebastián Dumrauf, Mara Guinsburg, Esteban Castell, Florencia Pierini, Luciano Pompermayer, Leandro Borra, Antonela Befani, Gustavo Fabián Rodríguez Gil

Hospital Municipal de Agudos Leónidas Lucero, Bahía Blanca

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta aproximadamente al 20-30 % de los pacientes con psoriasis y cuyo reconocimiento precoz permite reducir el daño estructural y mejorar el pronóstico funcional. En Argentina existen escasos datos provenientes de cohortes locales que describan las características clínicas de estos pacientes fuera de los grandes centros de referencia. Registros nacionales, como RECCAPSO, han contribuido a caracterizar la población con APs, aunque la información proveniente de hospitales municipales continúa siendo limitada, especialmente en el sur del país.
Objetivo: Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con artritis psoriásica atendidos en el Consultorio de Psoriasis del Hospital Municipal de Bahía Blanca entre enero de 2021 y abril de 2026 y comparar sus características con las de los pacientes con psoriasis sin compromiso articular de la misma cohorte, contrastando los resultados con datos publicados en cohortes argentinas.
Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se analizó la base de datos prospectivamente confeccionada del Consultorio de Psoriasis del Hospital Municipal de Bahía Blanca. Se incluyeron 357 pacientes consecutivos con diagnóstico de psoriasis atendidos entre enero de 2021 y abril de 2026. Se identificó una cohorte de pacientes con APs (n=98) de acuerdo a criterios Caspar, comparándose con los pacientes con psoriasis sin compromiso articular (n=259). Se analizaron variables demográficas, factores de riesgo, severidad cutánea (PASI), tipo de afectación articular y necesidad de escalamiento terapéutico.
Resultados: De los 357 pacientes incluidos, 98 (27,5 %) presentaron artritis psoriásica. Las manifestaciones clínicas incluyeron artritis periférica en el 50 %, compromiso axial en el 16 %, entesitis en el 23 % y dactilitis en el 10 %. Los pacientes con APs fueron de mayor edad que aquellos con psoriasis sin compromiso articular (52,9 vs. 48,5 años; p=0,005). El tabaquismo fue más frecuente en los pacientes con APs

(15,3 % vs. 6,6 %; OR 2.57 p=0,0099). No se observaron diferencias significativas en la proporción de mujeres (61,2 % vs. 53,7 %; p=0,20), diabetes (17,3 % vs. 12,4 %; p=0,22), hipertensión arterial (27,6 % vs. 25,5 %; p=0,6911) ni sobrepeso (30,6 % vs. 29,0 %; p=0,7594). Los pacientes con APs presentaron una mayor necesidad de intensificación terapéutica, con utilización de dos o más tratamientos sistémicos en el 9,2 % vs. 3,5 %; (OR 2,81), aunque la diferencia no alcanzó significación estadística (p=0,053). Respecto a la distribución de la severidad cutánea por PASI fue comparable entre ambos grupos.
Conclusión: En esta cohorte de un hospital municipal, la frecuencia de artritis psoriásica fue del 27.5 %. Los pacientes con APs fueron de mayor edad y presentaron una mayor frecuencia de tabaquismo en comparación con los pacientes con psoriasis sin compromiso articular. Nuestros datos son similares a los presentados en el registro RECCAPSO.

Características basales de los pacientes y resultados del tratamiento con metotrexato según la categoría basal de FIB-4

Espondiloartritis / EPs 0182

Gricel Maita Romero, Nicolás Alvarado, María Laura Acosta Felquer, Javier Rosa, Enrique Soriano

Hospital Italiano de Buenos Aires

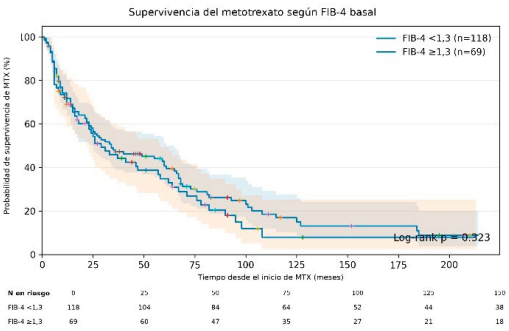
Introducción: El metotrexato (MTX) es un tratamiento ampliamente utilizado en pacientes con psoriasis (PsO) y artritis psoriásica (PsA), pero la preocupación por su potencial hepatotoxicidad puede limitar la persistencia del tratamiento. El FIB-4, un índice no invasivo y de fácil cálculo, se asocia con el riesgo de fibrosis hepática avanzada y podría ser útil para estratificar este riesgo al inicio del MTX. Sin embargo, se desconoce si el FIB-4 basal predice la discontinuación del tratamiento en la enfermedad psoriásica.

Objetivo: Evaluar la asociación entre el FIB-4 basal al inicio del tratamiento con MTX y la persistencia del tratamiento con MTX en pacientes con psoriasis y artritis psoriásica.

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte unicéntrico que incluyó adultos con psoriasis (PsO) y/o artritis psoriásica (PsA) que iniciaron tratamiento con metotrexato.

Características basales de los pacientes y desenlaces del tratamiento con metotrexato según categoría de FIB-4 basal

Características	FIB-4 ≥1.3 (n=70)	FIB-4 <1.3 (n=118)	Valor de P
PsO, n/N (%)	47/70 (67.1)	54/118 (45.8)	
PsA, n/N (%)	23/70 (32.9)	64/118 (54.2)	0.004
Sexo masculino, n/N (%)	29/70 (41.4)	75/118 (63.6)	0.003
Edad, años, media (DE)	67 (11)	49 (13)	<0.001
Semanas con MTX, mediana (RIC)	23.5 (7–62)	27.5 (9–68)	0.293
Dosis acumulada de MTX, g, mediana (RIC)	1.35 (0.5- 3.5)	1.47 (0.5- 4.1)	0.493
MTX discontinuado, n/N (%)	54/70 (77.1)	90/118 (76.3)	0.908
Discontinuado por eventos adversos, n/N discontinuados (%)	3/54 (5.6)	8/90 (8.9)	0.537
Índice de masa corporal, media (DE)	28.0 (3.6)	29.6 (5.4)	0.177
Hígado graso, n/N (%)	60/70 (85.7)	91/118 (77.1)	0.122
Diabetes, n/N (%)	14/70 (20.0)	27/118 (22.9)	0.679
Dislipidemia, n/N (%)	46/70 (65.7)	70/118 (59.3)	0.318
VSG, mm/h, media (DE)	21.1 (18.2)	22.1 (19.2)	0.770



Resultados: Se incluyeron 188 pacientes que iniciaron tratamiento con MTX: 101 (53,7 %) con psoriasis, 87 (46,3 %) con artritis psoriásica. 70 (37 %) presentaron un FIB-4 basal ≥1,3. Se acumularon 156 años-paciente de seguimiento. La persistencia del tratamiento con MTX no difirió según la categoría basal de FIB-4 (log-rank p=0,32). En el análisis multivariable de regresión de Cox (n=183; 138 eventos), un FIB-4 basal ≥1,3 no se asoció con la discontinuación del MTX: HR 1,15; IC95 % 0,80–1,66; p=0,45. El sexo masculino se asoció con un mayor riesgo de discontinuación: HR 1,48; IC95 % 1,01–2,17; p=0,045. En cambio, la artritis psoriásica, en comparación con psoriasis, se asoció con un menor riesgo de discontinuación: HR 0,51; IC95 % 0,34–0,74; p=0,001. La presencia de hígado graso mostró una tendencia no significativa hacia un menor riesgo de discontinuación: HR 0,66; p=0,095. La diabetes, la dislipidemia y el IMC no se asociaron significativamente con la discontinuación del tratamiento. Los motivos de discontinuación del MTX, incluida la toxicidad, fueron similares entre los pacientes con FIB-4 basal alto y bajo. Durante el seguimiento, una proporción similar de pacientes cambió de categoría de FIB-4: 20 % pasó de FIB-4 alto a bajo. 21 % pasó de FIB-4 bajo a alto.

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con enfermedad psoriásica que iniciaron tratamiento con metotrexato, un FIB-4 basal elevado fue frecuente, pero no se asoció con una menor persistencia del tratamiento con MTX, tanto en el análisis de Kaplan-Meier como en el modelo de Cox ajustado.

Artritis reactiva: características clínicas, tratamiento y evolución de una serie de casos

Espondiloartritis / EPs 0188

Natalia Lorena Rivarola, Karín Natali Saravia Chocobar, Juan Pablo Vinicki

Unidad de Reumatología, Hospital Zonal General de Agudos Dr. Isidoro Iriarte

Introducción: La artritis reactiva es una espondiloartritis inflamatoria desencadenada por una infección, habitualmente genitourinaria o gastrointestinal. Su espectro clínico es heterogéneo y la evolución puede variar desde la resolución espontánea hasta la persistencia de la enfermedad.

Objetivo: El objetivo fue describir las características clínicas, el tratamiento y la evolución de pacientes con artritis reactiva atendidos en nuestro hospital.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de una serie de casos. Se incluyeron pacientes con diagnóstico clínico de artritis reactiva identificados mediante revisión de historias clínicas. Se registraron datos demográficos, infección desencadenante, tiempo hasta el inicio de la artritis, manifestaciones articulares periféricas, axiales y extraarticulares, tratamiento y evolución clínica. Las variables categóricas se expresaron como frecuencia y porcentaje, y las continuas como mediana y rango.

Resultados: Se incluyeron 9 pacientes; 6 (66,7 %) fueron hombres, con una mediana de edad de 23 años (rango: 14-56). Ocho pacientes (88,9 %) presentaron un antecedente infeccioso genitourinario y uno (11,1 %), una infección respiratoria. Predominaron la poliartritis (66,7 %), el compromiso de miembros superiores e inferiores (66,7 %) y la entesitis (77,8 %). Se observó dactilitis en 44,4 % y uveítis en un paciente. No se observó compromiso axial y todos los pacientes fueron HLA-B27 negativos. Cinco pacientes (55,6 %) presentaron resolución clínica completa, mientras que 4 (44,4 %) desarrollaron una espondiloartritis periférica persistente y requirieron escalamiento terapéutico con metotrexato (n=3) o adalimumab (n=2).

Conclusión: En esta serie, la artritis reactiva predominó en hombres jóvenes y estuvo precedida principalmente por infecciones genitourinarias. Aunque la mayoría de los pacientes presentó resolución clínica, casi la mitad desarrolló una espondiloartritis periférica persistente y requirió escalamiento terapéutico con DMARDs, lo que resalta la importancia de un seguimiento clínico estrecho.

Rigidez aórtica precoz (evaluada mediante velocidad de onda de pulso carótido-femoral) en la enfermedad psoriásica durante los primeros 2 años desde el inicio de los síntomas: comparación de tres fenotipos (PSO aislada, PSO+APS y APS aislada)

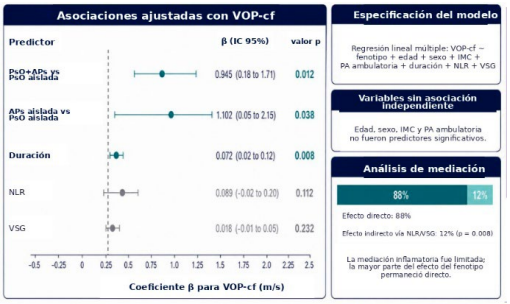
Espondiloartritis / EPs 0202

Jonatan Marcos Mareco[1], Virginia Baigorria[2], Mariana Emilia Bernardo[2], Melisa Baigorria[1], Cecilia Castro[1], Rosario Jaldín Céspedes[1], Facundo Salvatori[1], Patricia Velasco[1], Ana Sirera[1], María José Otero[3], Darío Aguerre[1], Carolina Bardini[3], María Eugenia Amoreo[1]

1. MedNova; 2. Centro Dermatológico y Capilar; 3. Hospital Interzonal especializado en agudos y crónicos San Juan de Dios, La Plata

Introducción: La enfermedad psoriásica se asocia con un incremento del riesgo cardiovascular. Sin embargo, el daño vascular subclínico precoz, cercano al inicio de los síntomas, aún no ha sido suficientemente caracterizado en los distintos fenotipos de la enfermedad.

Objetivo: Comparar el daño vascular subclínico entre tres grupos fenotípicos —psoriasis aislada (PsO aislada), psoriasis asociada con artritis psoriásica (PsO+APs) y artritis psoriásica sin psoriasis activa al momento de la evaluación (APs aislada)— y describir sus perfiles lipídicos e inflamatorios, incluida la apolipoproteína B (ApoB).



Variable	PsO aislada (n=36)	PsO+APs (n=32)	APs aislada (n=13)	valor p
Edad, años	45.6 ± 11.2	48.9 ± 11.9	51.1 ± 10.0	0.25
Sexo masculino, n/N (%)	17/36 (47.2)	19/32 (59.4)	10/13 (76.9)	0.17
IMC, kg/m²	27.1 ± 3.4	29.6 ± 4.2	27.1 ± 4.7	0.06
VOP-cf, m/s	8.61 ± 1.34	9.69 ± 1.42	9.84 ± 1.51	**0.0025**
VOP-cf >10 m/s, n/N (%)	4/36 (11.1)	11/32 (34.4)	5/13 (38.5)	**0.039**
PAS 24 h, mmHg	115.3 ± 6.9	120.9 ± 7.8	125.7 ± 6.4	**<0.001**
PAD 24 h, mmHg	71.5 ± 5.5	76.7 ± 6.4	74.5 ± 8.7	**0.006**
NLR (neutrófilos/linfocitos)	2.10 ± 0.63	1.41 ± 0.51	1.39 ± 0.65	**<0.0001**
VSG, mm/h	12.4 ± 7.9	18.7 ± 9.1	20.5 ± 8.4	**<0.001**
PCR, mg/L	3.1 ± 2.2	4.6 ± 3.1	5.2 ± 3.5	0.56
ApoB, mg/dL	84.8 ± 22.1	89.7 ± 20.3	91.2 ± 19.8	0.76
Placa carotídea, n/N (%)	3/36 (8.3)	5/32 (15.6)	0/13 (0.0)	0.26
Placa femoral, n/N (%)	13/36 (36.1)	7/32 (21.9)	1/13 (7.7)	0.11

Métodos: Estudio transversal multicéntrico realizado en centros públicos y privados. De un registro en curso de 743 pacientes evaluados en una Unidad Interdisciplinaria de Enfermedad Psoriásica, se incluyeron 81 pacientes elegibles en su primera consulta. Los criterios de inclusión fueron: duración de los síntomas <2 años, tratamiento previo exclusivamente tópico, ausencia de factores de riesgo cardiovascular conocidos y de enfermedad cardiovascular establecida. La duración se definió desde el inicio de los síntomas cutáneos en PsO aislada y desde el inicio de los síntomas musculoesqueléticos en los fenotipos con APs exclusiva. La rigidez arterial se evaluó mediante velocidad de onda de pulso carótido-femoral (VOP-cf), y la aterosclerosis subclínica mediante ecografía carotídea y femoral. Se determinaron ApoB, perfil lipídico convencional y marcadores inflamatorios (PCR y VSG).

Resultados: Se incluyeron 81 pacientes: 36 con PsO aislada, 32 con PsO+APs y 13 con APs aislada. La VOP-cf fue mayor en PsO+APs y APs aislada que en PsO aislada (9,69±1,42; 9,84±1,51 y 8,61±1,34 m/s, respectivamente; p=0,0025). Asimismo, la proporción de pacientes con VOP-cf >10 m/s fue mayor en los fenotipos con APs (34,4 % y 38,5 % vs. 11,1 %; p=0,039).

Conclusión: En la enfermedad psoriásica temprana, los fenotipos con APs presentaron mayor rigidez aórtica que la PsO aislada, sin diferencias significativas en la prevalencia de placas ateroscleróticas. Esta asociación con mayor VOP-cf se mantuvo tras el ajuste multivariable y fue independiente de la presión arterial sistólica ambulatoria.

Evaluación del compromiso hepático con elastografía en pacientes con enfermedad psoriásica

Espondiloartritis / EPs 0211

Laura Galván

Hospital Dr. Guillermo Rawson

Introducción: La enfermedad psoriásica es una enfermedad inflamatoria crónica multisistémica con afección cutánea, pero tiene distintas manifestaciones como artritis psoriásica y otras comorbilidades asociadas, trastornos metabólicos, elevado riesgo cardiovascular, enfermedad inflamatoria intestinal, trastornos psiquiátricos, enfermedad renal crónica, y compromiso hepático. Reconocer las comorbilidades asociadas es esencial para un manejo integral.

Objetivo: Objetivo evaluación por elastografía o fibroscan a nuestros pacientes con enfermedad psoriásica con alteración en el hepatograma. La elastografía o Fibroscan es un procedimiento de diagnóstico no invasivo que utiliza ultrasonido para medir la rigidez (fibrosis) y el grado de esteatosis en el hígado.

FIB-4 bajo	50 %
DMARDs suspendidos	82 %
Factores coexistentes obesidad	83 %
Cambios ecográficos esteatosis grado 1-2	83 %
Elastografía fibrosis leve de 0-1 a 2	77 %
Elastografía fibrosis avanzada 3-4	23 %

Métodos: La dupla reumatología-dermatología tiene agenda propia para pacientes con psoriasis y artritis psoriásica, se deciden tratamientos en conjunto y se evalúan mensualmente los pacientes que no logran remisión o presentan en controles alteraciones en laboratorio. En el seguimiento se evalúa perfil de seguridad en caso de metotrexato, función renal, hemograma completo y hepatograma, si presenta alteración en valores de transaminasas (TGO y TGP) se les calcula el FIB-4, se solicita ecografía hepática y finalmente a los pacientes se los deriva a evaluación por elastografía a cargo de Hepatología.

Resultados: De la población de 39 pacientes con diagnóstico de enfermedad psoriásica, 72 % eran mujeres y 28 % hombres, edad promedio de 52 años. El tiempo de evolución se midió en menos de 1 año, de un año a <5 años y >5 años. El 50 % de los pacientes presentaba *score* de FIB-4 bajo, pero el 82 % de ellos tenían suspendidos los DMRADs por alteración persistente en el hepatograma. Los factores de riesgo asociado eran obesidad 83 %, seguido por diabetes tipo 2 en 39 % de los pacientes. Los cambios ecográficos eran esteatosis leve grado 1 a 2 en 77 de los pacientes. Se realizó elastografía al 100 % de los pacientes con alteraciones en el hepatograma con hallazgos de fibrosis en distintos grados en todos los pacientes.

Conclusión: La alteración en el hepatograma fue motivo de suspensión de DMARDs en 82 % de nuestros pacientes. La elastografía mejora la detección de fibrosis en estos pacientes, el FIB-4 en nuestros resultados subestima el grado de fibrosis hepática. La obesidad es el factor asociado más frecuente seguido por DBT2.

Prevalencia de dolor residual en pacientes con espondiloartritis axial en remisión en una cohorte argentina

Espondiloartritis / EPs 0215

Andrea Valdez Donelli[1], Florencia Valdez Donelli[1], Gustavo Citera[1], Zuleyka Dayana Saltos Velasco[1], Emilce Schneeberger[1], Hernán Maldonado Ficco[2], Alejandro Ezquer[1], Juan Manuel Ferri[1], Carla Lallopizzo[1], Denisse Estefanía Gallardo Pérez[1], Robert Douglas Jácome Cusme[1], Patricia Belén Domínguez Leiva[3], Rodolfo Pérez Alamino[4], María Victoria Martire[5], Leandro Ferreyra Garrott[6], Deisy F. Moran Díaz[7], Fernando Dal Pra[1]

1. IREP; 2 Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua; 3. Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú; 4. Hospital Nicolás Avellaneda; 5. Hospital San Roque de Gonnet; 6. Hospital Italiano de La Plata; 7. Hospital Posadas

Introducción: El dolor continúa siendo el síntoma más relevante para los pacientes con espondiloartritis axial (EspAax), aun cuando cumplen criterios de remisión o baja actividad.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de dolor residual en pacientes con EspAax en remisión en una cohorte argentina.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico, de corte transversal. Se incluyeron 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 2025 a junio 2026. Se consignaron datos sociodemográficos y clínicos. Se administraron autocuestionarios BASDAI, BASFI, ASQoL, PHQ-9, GAD-7. Se definió enfermedad inactiva como ASDAS-ERS <1.3 y presencia de dolor como EVN dolor >=1. Análisis estadístico: Estadística descriptiva, test de Chi^2 o test exacto de Fisher y prueba T de Student o Mann-Whitney. Regresión logística múltiple.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas en pacientes con espondiloartritis axial.

Variables	n= 204
Sexo masculino n (%)	148 (73)
Edad (años) x̄ (DE)	49 (14)
Etnia	
• **Caucásico** n (%)	75 (37)
• **Mestizo** n (%)	129 (63)
Escolaridad (años) *m* (RIC)	12 (12-15)
Ocupado n (%)	121 (59)
Cobertura médica n (%)	155 (76)
Comorbilidades n (%)	108 (53)
• **Síndrome metabólico** n (%)	34 (17)
• **Obesidad** (IMC ≥30) n (%)	48 (24)
• **Ansiedad** n (%)	28 (14)
• **Depresión** n (%)	20 (9.8)
• **Fibromialgia** n (%)	12 (5.9)
IMC *m* (RIC)	26.7 (23.9-30.7)
Tabaquismo n (%)	64 (31)
EspAax-r n (%)	167 (82)
Demora diagnóstica (meses) *m* (RIC)	24 (12-91)
Tiempo de evolución de la enfermedad (años) *m* (RIC)	11 (5-20)
***HLA-B27* positivo** n (%)	113 (72)
Dolor (0-10 cm) x̄ (DE)	3 (1-7)
BASDAI *m* (RIC)	3.3 (1.2-6.2)
BASFI *m* (RIC)	3.9 (1.3-6.5)
ASDAS-ERS *m* (RIC)	2.3 (1.5-3.4)
SASDAS-ERS *m* (RIC)	14 (6-26)
ASQoL *m* (RIC)	5.5 (2-11)

*EspAax: espondiloartritis axial; n: número; x̄: media; DE: desvío estándar; *m*: mediana; RIC: rango intercuartilo; IMC: índice de masa corporal; -r, radiográfica; *HLA-B27*: human leukocyte antigen B27; BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index; ASDAS: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score; ERS: eritrosedimentación; SASDAS: Simplified Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score; ASQoL: Ankylosing Spondylitis Quality of Life.

Resultados: Se incluyeron 204 pacientes con EspAax, con una edad media de 49±14 años, 73 % de sexo masculino. El tiempo mediano (m) de evolución de la enfermedad fue de 16 años (RIC 10-25) con una demora diagnóstica mediana de 24 meses (RIC 12-84). El 82 % eran EspAax radiográfica, siendo la forma pura la más común (64 %). El 72 % eran HLA-B27 positivo. El resto de características se detallan en Tabla 1. Treinta y siete pacientes (18.1 %) tenían enfermedad inactiva, de los cuales el 29.7 % presentaban dolor

(EVN dolor m 2 RIC 1-2). Los pacientes con dolor presentaron mayor edad (m 56 años RIC 44-63 vs. m 42 años RIC 37-48, p= 0.03), mayor actividad global de la enfermedad por el paciente (EVN m 2 RIC 1-2 vs. m 0 RIC 0-0, p<0.001) y por el médico (EVN m 0 RIC 0-1 vs. m 0 RIC 0, p= 0.013), mayor actividad de la enfermedad (BASDAI m 1 RIC 0.4-2 vs. m 0.2 RIC 0-0.6, p= 0.004 y SASDAS-ERS m 4.5 RIC 2.8-7.4 vs. m 1.6 RIC 1-2.5, p<0.001) y peor capacidad funcional (BASFI m 2 RIC 0.3-2.6 vs. m 1 RIC 0-1.8, p= 0.02). No hubo diferencia entre los grupos en la presencia de fibromialgia según criterios ACR 2016, depresión (PHQ-9), ansiedad (GAD-7) y calidad de vida (ASQoL). No hubo pacientes inactivos que cumplieran criterios de EspAax D2M (Tabla 2). En el análisis multivariado, la única variable asociada a dolor residual fue SASDAS-ERS (OR 3.19, IC95 % 1.68-9.63, p= 0.006).

Conclusión: Aproximadamente un tercio de pacientes presentan dolor a pesar de considerarse inactivos de la enfermedad por ASDAS-ERS. El dolor residual se asoció independientemente con mayor actividad de la enfermedad.

Tabla 2. Comparación de características sociodemográficas y clínicas de pacientes con EspAax en remisión según ASDAS-ERS con y sin dolor residual.

Variables	Dolor EVN		p
	≥ 1cm (n= 11)	<1 cm (n= 26)	
Sexo masculino n (%)	8 (73)	19 (73)	0.99
Edad (años) *m* (RIC)	56 (44-63)	42 (37-48)	**0.03**
Ocupado n (%)	7 (64)	22 (85)	0.20
Comorbilidades n (%)	5 (45)	4 (15)	0.09
• **Obesidad (IMC ≥30)** n (%)	1 (9.1)	1 (3.8)	0.51
• **Ansiedad** n (%)	2 (18)	0 (0)	0.08
• **Depresión** n (%)	1 (9.1)	3 (12)	0.99
• **Fibromialgia** n (%)	0 (0)	0 (0)	0.99
Tabaquismo n (%)	3 (27)	4 (15)	0.40
Tiempo de evolución de los síntomas (años) *m* (RIC)	17 (8-31)	11 (7-18)	0.31
Tiempo de evolución del diagnóstico (años) *m* (RIC)	7 (4-17)	8 (4-14)	0.61
***HLA-B27* positivo** n (%)	5 (56)	18 (75)	0.40
Manifestaciones extra músculo esqueléticas			
• **Uveitis** n (%)	2 (18)	10 (38)	0.28
• **Psoriasis** n (%)	2 (18)	1 (3.8)	0.21
Dolor (0-10 cm) *m* (RIC)	2 (1-2)	0 (0-0)	**<0.001**
Actividad global de la enfermedad paciente *m* (RIC)	2 (1-2)	0 (0-0)	**<0.001**
Actividad global de la enfermedad médico *m* (RIC)	0 (0-1)	0 (0-0)	**0.01**
BASDAI *m* (RIC)	1 (0.4-2)	0.2 (0-0.6)	**0.004**
• **Pregunta 1** *m* (RIC)	2 (1-3)	0 (0-2)	**0.04**
• **Pregunta 2** *m* (RIC)	1 (1-3)	0 (0-0)	**<0.001**
• **Pregunta 3** *m* (RIC)	0 (0-3)	0 (0-0)	**0.03**
• **Pregunta 4** *m* (RIC)	0 (0-2)	0 (0-0)	**0.03**
• **Pregunta 5** *m* (RIC)	1 (0-2)	0 (0-1)	**0.01**
• **Pregunta 6** *m* (RIC)	0 (0-1)	0 (0-1)	0.28
BASFI *m* (RIC)	2 (0.3-2.6)	0.1 (0-1.8)	**0.02**
ERS *m* (RIC)	4 (0-8)	6.5 (5-15)	**0.01**
SASDAS-ERS *m* (RIC)	4.5 (2.8-7.4)	1.6 (1-2.5)	**<0.001**
PHQ-9 *m* (RIC)	2 (1-4)	1 (0-3)	0.32
GAD-7 *m* (RIC)	3 (0-4)	1 (0-3)	0.34
ASQoL *m* (RIC)	3 (1-7)	1.5 (0-3)	0.08

*EspAax: espondiloartritis axial; ASDAS: Spondylitis Disease Activity Score; ERS: eritrosedimentación; EVN: escala visual numérica; n: número; *m*: mediana; RIC: rango intercuartilo; IMC: índice de masa corporal; ACR: American College of Rheumatology, *HLA-B27*: human leukocyte antigen B27, x̄: media; DE: desvío estándar; BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index; SASDAS: Simplified Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score; PHQ-9: Patient Health Questionnaire 9; GAD-7: General Anxiety Disorder 7; ASQoL: Ankylosing Spondylitis Quality of Life.

Prevalencia y características de artritis psoriásica difícil de manejar (APS-D2M) en una cohorte multicéntrica de Argentina

Espondiloartritis / EPs | 0216

Adriana Castellanos Mancilla[1], Carla Lallopizzo[1], Florencia Valdez Donelli[1], María Victoria Martire[2], Agustina Alfaro[3], Lorena Alejandra Aviles Crespo[3], Cristian Alejandro Benitez[3], Hernán Maldonado Ficco[4], Pablo Nicolás Vece[5], Mariana Benegas[6], Emilce Schneeberger[1], Juan Manuel Ferri[1], Andrea Valdez Donelli[1], Denisse Estefanía Gallardo Pérez[1], Zuleyka Dayana Saltos Velasco[1], Alejandro Ezquer[1], Gustavo Citera[1], Fernando Dal Pra[1]

1. IREP; 2. Hospital San Roque de Gonnet; 3. Hospital Nacional Dr. Alejandro Posadas; 4. Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua; 5. Hospital Ángel C. Padilla; 6. Sanatorio Dr. Julio Méndez

Introducción: El concepto de APs-D2M fue definido recientemente por EULAR en 2025.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de APs-D2M en pacientes con APs e identificar las características sociodemográficas y clínicas asociadas.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico, de corte transversal, en el cual se incluyeron pacientes consecutivos >=18 años con diagnóstico de APs según criterios CASPAR entre abril y julio 2026. Se consignaron datos sociodemográficos, características analíticas (ERS, PCR), clínicas (forma clínica de APs, entesitis por MASES, dactilitis, manifestaciones extramúsculo- esqueléticas -MEME-, medidas de actividad de la enfermedad por DAPSA, discapacidad funcional por HAQ-A, calidad de vida por DLQI, presencia de fibromialgia según los criterios ACR 2016, depresión por PH-9 y ansiedad por GAD-7, cumplimiento de criterios MDA) y terapéuticas (tratamientos actuales y previos). Se definió continuidad del tratamiento como recibir >80 % de la dosis programada. Se consignó la

Tabla 1. Comparación de características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas en pacientes con APs-D2M y no D2M.

Variables	APs-D2M n= 14	APs-no D2M n= 102	p
Sexo femenino n (%)	8 (57.1)	63 (61.8)	0.74
Edad (años) x̄ (DE)	61 (17)	57 (13)	0.30
Etnia			
- **Caucásico** n (%)	7 (50)	34 (33.3)	0.24
- **Mestizo** n (%)	7 (50)	68 (66.7)	
Escolaridad (años) *m* (RIC)	13 (10-15)	12 (9-14)	0.50
Ocupado n (%)	7 (50)	65 (63.7)	0.32
Cobertura social n (%)	11 (78.6)	75 (73.5)	0.99
Comorbilidades n (%)	11 (78.6)	65 (63.7)	0.37
-**HTA** n (%)	8 (57.1)	44 (43.6)	0.34
- **Sobrepeso (IMC ≥ 25)** n (%)	3 (21.4)	34 (33.3)	0.54
-**Obesidad (IMC ≥ 30)** n (%)	5 (35.7)	22 (21.6)	0.31
-**Diabetes** n (%)	3 (21.4)	18 (17.6)	0.72
-**Síndrome metabólico** n (%)	3 (21.4)	19 (18.6)	0.73
-**Dislipemia** n (%)	6 (42.9)	69 (67.7)	0.56
-**Tabaquismo** n (%)	2 (14.3)	37 (36.3)	0.14
-**Ansiedad** n (%)	3 (21.4)	8 (7.8)	0.13
-**Depresión** n (%)	2 (14.3)	2 (2)	0.071
-**Neoplasias** n (%)	6 (42.9)	7 (6.9)	0.001
Demora diagnóstica (meses) *m* (RIC)	5 (0-15)	12 (0-24)	0.44
Tiempo de evolución de la enfermedad (años) *m* (RIC)	6 (5-20)	9 (3-17)	0.90
Antecedentes familiares de psoriasis n (%)	4 (28.6)	35 (34.3)	0.77
FR negativo n (%)	13 (92.9)	96 (98)	0.33
***HLA-B27* positivo** n (%)	1 (20)	1 (4.3)	0.33
Manifestaciones extramúsculo-esqueléticas			
- **Uveitis** n (%)	1 (7.1)	2 (2)	0.32
- **EII** n (%)	0 (0)	3 (2.9)	0.99
Dolor (0-10 cm) *m* (RIC)	7 (5-10)	3 (1-8)	**0.006**
HAQ-A *m* (RIC)	1.06 (0.75-1.69)	0.69 (0.13-1)	0.053
DLQI *m* (RIC)	7 (1-14)	1 (0-5)	**0.02**
DAPSA *m* (RIC)	20 (8-38)	8 (3-16)	**0.009**
DAPSA ERS *m* (RIC)	18 (11-39)	9 (4-16)	**0.006**
PHQ-9 *m* (RIC)	8 (4-15)	5 (2-10)	0.070
GAD-7 *m* (RIC)	9 (4-17)	6 (2-11)	**0.049**
Fibromialgia según criterios ACR 2016 n (%)	2 (14.3)	4 (3.9)	0.15
DME-sc n (%)	12 (86)	91 (89)	0.66
Corticoides sistémicos n (%)	6 (43)	76 (75)	0.21
DME-b n (%)	11 (79)	82 (61)	0.20
DME-sd n (%)	0 (0)	1 (1)	0.99
Tratamiento continuo n (%)	8 (67)	78 (84)	0.051
Agonistas de GLP-1 n (%)	0 (0)	1 (1)	0.99

*APs: artritis psoriásica; D2M: difícil de manejar; n: número; x̄ media; DE: desviación estándar; *m*: mediana; RIC: rango intercuartilo; HTA: hipertensión arterial; IMC: índice de masa corporal; FR: factor reumatoideo; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; HAQ-A: Health Assessment Questionnaire-versión argentina; DLQI: Dermatology Life Quality Index; DAPSA: Disease Activity in Psoriatic Arthritis; ERS: eritrosedimentación; PHQ-9: Patient Health Questionnaire 9; GAD-7: General Anxiety Disorder 7; ACR: American College of Rheumatology; DME: droga modificadora de la enfermedad; sc: sintética convencional; b: biológica; sd: sintética dirigida; GLP-1: glucagon-like peptide-1.

presencia de APs-D2M y refractaria al tratamiento (RT) según definición EULAR 2025. Análisis estadístico: Estadística descriptiva, test de Chi^2 o exacto de Fisher y prueba T de Student o Mann-Whitney. Regresión logística múltiple.

Resultados: Se incluyeron 116 pacientes, edad media de 57±13 años, 61.2 % sexo femenino. El tiempo de evolución de enfermedad fue m 9 años (RIC 3-17), con una demora diagnóstica m 12 meses (RIC 0-24). Las MEME fueron: psoriasis 98.3 %, enfermedad inflamatoria intestinal 2.6 %, y uveítis 2.6 %. Los tratamientos recibidos fueron: DME-sc en 88.8 %, DME-b en 62.9 % (TNFi 45.1 %, IL-17i 26.8 %, IL-23i 24 % e IL-12/23i 4.2 %) y DME-sd en 0.9 %. La prevalencia de APs-D2M fue 12.1 % y RT 7.8 % (correspondiendo al 64.3 % de D2M). Los pacientes con APs-D2M presentaron mayor frecuencia de antecedentes de neoplasias (42.9 % vs. 6.9 %, p= 0.001), de alta actividad de la enfermedad por DAPSA (38.5 % vs. 9.2 %, p= 0.014), mayor número de articulaciones dolorosas (p= 0.043), dactilitis (p= 0.038), entesitis por MASES (p= 0.027), mayores valores de dolor por EVN (p= 0.006), eritrosedimentación (p <0.001), mayor compromiso cutáneo por BSA (p= 0.004), mayor ansiedad medido por GAD-7 (p= 0.049) y peor calidad de vida por DLQI (p= 0.02) (Tabla 1). Más del 80 % de los pacientes recibieron el tratamiento de forma continua, sin diferencia entre grupos. En el análisis multivariado, la única variable asociada independientemente a APs-D2M fue la presencia de antecedente de neoplasias (OR 5.47, IC95 % 1.01-29.6, p= 0.04).

Conclusión: Aproximadamente 1 de cada 8 pacientes tiene APs-D2M. La principal variable asociada independientemente a APs-D2M fue el antecedente de neoplasia.

Frecuencia de obesidad en pacientes con enfermedad psoriásica: resultados del Registro Nacional de Enfermedad Psoriásica de Argentina (ReNaEPso)

Espondiloartritis / EPs 0217

Juan Manuel Miranda Bazán[1], Vanesa Cosentino[2], Jennifer Kreimer[2], Paula Alba[1], Alejandro Albiero[1], Agustina Alfaro[2], Candelaria Audisio[1], Nadia Benzaquen[2], Lucia Capelli[2], Martín Castillo[1], Micaela Cosatti[2], Cecilia Alejandra Costa[2], Ida Exeni[2], María Soledad Gálvez Elkin[2], Julieta Gentiletti[2], Carla Andrea Gobbi[1], María Florencia Gordillo[2], Débora Kaplan[2], Carla Lallopizzo[2], Eimer Lena[2], Paula Luna[2], Maximiliano Machado Escobar[2], Karina Malvido[2], Alejandro Martínez Muñoz[2], María Victoria Martire[2], Darío Mata[2], Carla Matellan[2], Cintia Otaduy[1], Facundo Ruffa[1], Verónica Saurit[2], Priscila Serravalle[2], Angie Severina[2], Zaida Troyano[2], Osvaldo Cerda[2], Cristina Echeverria[2], Verónica Savio[1]

1. Hospital Córdoba; 2. Investigador ReNaEPso

Introducción: La enfermedad psoriásica (EPs), que incluye psoriasis (PsO) y artritis psoriásica (APs), se asocia a mayor prevalencia de comorbilidades cardiometabólicas, entre ellas la obesidad, lo que contribuye a un exceso de mortalidad. Un metaanálisis global reciente estimó la prevalencia de obesidad en APs en 35 % (IC95 % 30–40 %), con hasta 57 % en África. Un mayor índice de masa corporal se asocia también con mayor riesgo de desarrollar APs. La obesidad podría contribuir a la EPs mecánicamente, generando microtraumatismos en las entesis, e inmunológicamente, mediante disregulación de adipoquinas (leptina, adiponectina) que activan vías proinflamatorias y aumentan IL-6 y TNF-α, generando un estado de "metainflamación".

Objetivo: Estimar la frecuencia de obesidad y comparar características clínicas, comorbilidades y actividad de la enfermedad de los pacientes con EPs incluidos en el Registro Nacional de Enfermedad Psoriásica de la Sociedad Argentina de Reumatología y la Sociedad Argentina de Psoriasis (ReNaEPso).

Tabla 1. Características demográficas, hábitos, comorbilidades, formas clínicas, tratamientos y actividad de la enfermedad en pacientes con enfermedad psoriásica, según la presencia o no de obesidad.

Variable	Overall N = 309	No obesidad N = 206	Obesidad N = 103	*p*
Datos demográficos y clínicos basales				
Edad, años	51.8 (13.7)	49.8 (12.9)	55.5 (14.5)	**0.005**
Duración de la enfermedad, años	8.0 (2.0–19.0)	10.0 (2.0–20.0)	6.0 (1.0–16.0)	0.160
Clasificación clínica – PS (psoriasis)	290 (97%)	193 (97%)	97 (97%)	1.000
Clasificación clínica – APs (artropatía psoriásica)	167 (58%)	100 (53%)	67 (67%)	**0.017**
Tiempo de demora diagnóstica, años	5.0 (1.0–19.0)	5.0 (1.0–19.0)	5.0 (1.0–24.0)	0.662
Hábitos				
Hábito tabáquico				0.810
Actual	45 (17%)	32 (19%)	13 (14%)	
Ex fumador	75 (28%)	47 (27%)	28 (30%)	
Sedentarismo	161 (65%)	81 (52%)	80 (88%)	**<0.001**
Hábito alcohólico				0.396
No	213 (87%)	135 (85%)	78 (90%)	
Sí	33 (13%)	24 (15%)	9 (10%)	
Comorbilidades				
Hipertensión arterial	102 (35%)	45 (23%)	57 (61%)	**<0.001**
Diabetes	50 (18%)	20 (10%)	30 (33%)	**<0.001**
Síndrome metabólico	62 (22%)	7 (3.7%)	55 (61%)	**<0.001**
Dislipemia	85 (30%)	33 (17%)	52 (57%)	**<0.001**
Enfermedad cardiovascular	26 (9.4%)	12 (6.3%)	14 (16%)	**0.015**
Enfermedad cerebrovascular	5 (1.8%)	2 (1.0%)	3 (3.5%)	0.324
Hipotiroidismo	42 (15%)	23 (12%)	19 (21%)	0.065
Esteatosis hepática	36 (14%)	10 (5.4%)	26 (33%)	**<0.001**
Depresión	21 (7.7%)	10 (5.2%)	11 (13%)	**0.041**
Ansiedad	41 (15%)	20 (11%)	21 (25%)	**0.003**
Fibromialgia	15 (5.4%)	9 (4.7%)	6 (7.1%)	0.579
Formas clínicas de artritis psoriásica (última evaluación)				
Compromiso periférico	91 (76%)	49 (72%)	42 (81%)	0.374
Entesitis	44 (38%)	22 (31%)	22 (48%)	0.101
Dactilitis	26 (22%)	18 (26%)	8 (17%)	0.410
Compromiso axial	31 (26%)	20 (27%)	11 (24%)	0.836
Antecedentes de manifestaciones extra-articulares				
Uveítis	9 (75%)	6 (67%)	3 (100%)	0.507
Enfermedad inflamatoria intestinal	1 (8.3%)	1 (10%)	0 (0%)	1.000
Tratamientos				
Tratamientos tópicos	161 (59%)	109 (60%)	52 (55%)	0.513
Fototerapia	26 (10.0%)	17 (9.9%)	9 (10%)	1.000
Tratamiento sistémico	193 (68%)	131 (70%)	62 (63%)	0.303
Sistémico – DARMEs biológicos	143 (51%)	91 (49%)	52 (55%)	0.402
Sistémico – DARMEs moléculas pequeñas	12 (4.7%)	8 (4.8%)	4 (4.4%)	1.000
Actividad de la enfermedad				
BSA, superficie corporal afectada (%)	4.0 (1.0–10.0)	4.0 (1.0–10.0)	4.0 (1.0–10.0)	0.773
DAS28 – N° articulaciones dolorosas	2.0 (0.0–4.0)	2.0 (0.0–3.0)	2.0 (0.5–7.0)	0.331
DAS28 – N° articulaciones inflamadas	1.0 (0.0–2.0)	1.0 (0.0–2.0)	2.0 (0.0–2.5)	0.090
DAS28 – valor total	3.6 (2.5–4.5)	3.5 (2.4–4.2)	3.9 (2.9–5.1)	0.119
BASDAI – puntaje total	3.7 (1.1–5.6)	3.0 (1.0–5.5)	4.6 (2.4–18.7)	0.286
HAQ-DI – puntaje total	0.8 (0.3–1.3)	0.5 (0.2–1.0)	1.0 (0.5–1.5)	**0.018**
DLQI – puntaje total	2.0 (0.0–7.0)	2.0 (0.0–7.0)	1.0 (0.0–7.0)	0.732

Métodos: Estudio transversal de pacientes incluidos en ReNaEPso con información clínica completa en la visita basal. Se incluyeron pacientes ≥18 años con diagnóstico confirmado de PsO y/o APs, con y sin obesidad (criterios OMS). Se recolectaron variables demográficas, clínicas, comorbilidades y hábitos tóxicos. Se aplicaron pruebas de chi2, t de Student o sus equivalentes no paramétricos según correspondiera. Se consideró significativo un valor de p<0,05.

Resultados: Se analizaron 309 pacientes con EPs, 103 (33 %) con obesidad. Los obesos fueron mayores (55,5 vs. 49,8 años; p=0,005) y tuvieron mayor frecuencia de APs (67 % vs. 53 %; p=0,017), sin diferencias en PsO (97 % en ambos) ni en demora diagnóstica (mediana 5 años en ambos). El sedentarismo fue más frecuente en obesos (88 % vs. 52 %; p<0,001), igual que hipertensión (61 % vs. 23 %), diabetes (33 % vs. 10 %), síndrome metabólico (61 % vs. 3,7 %), dislipemia (57 % vs. 17 %) y esteatosis hepática (33 % vs. 5,4 %) (p<0,001 para todas), enfermedad cardiovascular (16 % vs. 6,3 %; p=0,015), depresión (13 % vs. 5,2 %; p=0,041) y ansiedad (25 % vs. 11 %; p=0,003). No hubo diferencias en formas clínicas de artritis psoriásica, manifestaciones extraarticulares ni tratamientos recibidos. La actividad de la enfermedad (BSA, DAS28, BASDAI, DLQI) fue similar entre grupos, aunque los obesos tuvieron peor capacidad funcional (HAQ-DI 1,0 vs. 0,5; p=0,018).

Conclusión: La frecuencia de obesidad fue alta, uno de cada tres pacientes con EPs de esta población presentó obesidad, y la misma se asoció a mayor edad, mayor frecuencia de APs, más comorbilidades cardiometabólicas, mayor sedentarismo, ansiedad, depresión y peor capacidad funcional, sin impacto en la actividad clínica global. Estos hallazgos alertan sobre la importancia de un abordaje multidisciplinario en EPs.

LEAP-2 (péptido antimicrobiano 2 expresado en hígado): biomarcador de riesgo cardiometabólico en psoriasis

Espondiloartritis / EPs **0221**

Verónica Savio[1], Candelaria Audisio[1], Carla Andrea Gobbi[1], Juan Alejandro Albiero[1], Cintia Otaduy[1], Juan Manuel Miranda Bazán[1], Verónica Cantarelli[2], Paula Alba[1], Ana Carolina Martini[2]

1. Hospital Córdoba; 2. Instituto de Fisiología, Facultad de Ciencias Médicas, UNC e INICSA (CONICET-UNC)

Introducción: Enfermedad psoriásica (EPs) describe a las manifestaciones que afectan a pacientes con psoriasis (PsO) incluyendo enfermedades cardiometabólicas (ECM), con aumento del riesgo cardiovascular (RCV) y de la mortalidad. Ghrelina (Ghrl) presenta múltiples funciones incluyendo acciones antiinflamatorias, cardioprotectoras y de regulación del metabolismo glucídico. Actúa a través del receptor secretagogo de la hormona del crecimiento, para el que recientemente se ha descubierto otro ligando llamado LEAP-2.

Objetivo: Evaluar los niveles plasmáticos de LEAP-2, Ghrl (e índice Ghrelina/LEAP-2) en pacientes con PsO y su posible asociación con ECM, RCV y severidad de la enfermedad.

Tabla 1: Parámetros de laboratorio de pacientes con psoriasis (PsO) y controles sanos (C) reclutados en una institución hospitalaria de Córdoba (Argentina) y su correlación con los niveles de LEAP-2 plasmáticos.

Parámetro	Diferencias entre grupos			Correlación con LEAP-2	
	C (n=27)	PsO (n=27)	p	r	p
Edad (años), media (DE)	47,83±1,83	49,56±2,04	--	--	--
LEAP-2 (ng/ml)	44,72±2,44	60,99±3,94	**0,0015**	1,00	**<0,0001**
Ghrelina (pg/ml)	236,26±52,34	171,83±56,98	--	--	--
Ghrelina/LEAP-2	6,87±1,77	2,94±0,87	--	-0,35	**0,0046**
Leptina (ng/ml)	19428,46±2885,90	40901,43±5841,16	**0,0010**	0,27	**0,0299**
Índice de masa corporal (kg/m²)	27,38±0,95	32,60±1,46	**0,0036**	0,29	**0,0223**
Tensión arterial máxima (mmHg)	115,80±2,15	124,50±2,67	**0,0095**	0,26	**0,0461**
Tensión arterial mínima (mmHg)	75,40±1,43	76,92±1,66	--	--	--
Glóbulos blancos (/ul)	5831,08±236,52	7421,08±311,82	**0,0003**	--	--
Neutrófilos (/ul)	3178,89±179,83	4604,08±302,15	**0,0001**	--	--
Linfocitos (/ul)	2110,28±107,78	2003,13±113,63			
Neutrófilos/linfocitos	1,63±0,13	2,43±0,19	**0,0006**	--	--
Hemoglobulina (g/ul)	13,83±0,25	14,11±0,29	--	--	--
Plaquetas (/ul)	249486,49±9352,83	269192,31±3507,38	--	--	--
Velocidad de sedimentación globular (mm/hora)	12,73±1,51	21,38±4,32	--	--	--
Proteína C reactiva (mg/dl)	0,23±0,06	0,37±0,08	**0,0384**	--	--
Aspartato aminotransferasa (UI/l)	20,86±1,02	26,19±2,82			
Alanina aminotransferasa (UI/l)	22,44±2,05	29,19±4,16	--	0,25	0,0537
Fosfatasa alcalina (UI/l)	66,23±3,92	95,19±5,70	**0,0002**	0,36	**0,0039**
Gamma-glutamil transpeptidasa (UI/l)	29,26±3,91	37,52±12,19	--	--	--
Urea (mg/dl)	33,28±1,34	28,88±1,96	--	--	--
Creatinina (mg/dl)	0,85±0,04	0,79±0,04	--	--	--
Glucemia (mg/dl)	101,42±1,73	115,46±10,83	--	--	--
Hemoglobina glicosilada (%)	5,72±0,18	6,13±0,54	--	--	--
Colesterol total (mg/dl)	188,68±6,79	179,84±8,49	--	--	--
Colesterol-LDL (mg/dl)	113,06±4,85	112,38±6,87	--	--	--
Colesterol-HDL (mg/dl)	55,86±2,67	52,81±3,94	--	--	--
Triglicéridos (mg/dl)	177,03±64,45	119,85±9,96	--	--	--
Bilirrubina total (mg/dl)	0,56±0,05	0,54±0,04	--	--	--
Bilirrubina directa (mg/dl)	0,22±0,01	0,23±0,02	--	-0,25	0,0542
Bilirrubina indirecta (mg/dl)	0,36±0,03	0,32±0,03	--	--	--
Ácido úrico (mg/dl)	4,55±0,25	4,38±0,27	--	--	--
Tirotropina (uU/ml)	2,15±0,22	2,82±0,46	--	--	--
Tiroxina libre (ng/dl)	1,79±0,29	1,35±0,14	--	--	--
Insulina (uU/ml)	12,08±1,61	19,71±2,73	**0,0044**	0,25	0,0543
Microalbuminuria (mg/l)	8,41±2,36	13,94±3,91	--	--	--
EMI derecha (mm)	0,53±0,03	0,71±0,03	**0,0019**	--	--
EMI izquierda (mm)	0,52±0,02	0,64±0,05	--	--	--

LEAP-2: péptido antimicrobiano 2 expresado en hígado. Ac CCP: anticuerpo anti-citrulinado cíclico. EMI: engrosamiento mio-intimal (de carótida derecha o izquierda) evaluado por ultrasonido carotídeo. Los valores se expresan como Media+-EEM. Sólo se consignan las correlaciones y los valores de *p* que significativos (=0,050; marcados en negrita) o que sugieren una fuerte tendencia (0,051>p<0,060).

Métodos: Estudio transversal, caso-control, desarrollado en un hospital universitario, incluyendo 27 pacientes con PsO y 37 controles (C) (apareados por sexo y edad±3años). Inclusión: >18 años, con dg dermatológico de PsO; exclusión: PsO inducida por medicamentos y otras enfermedades reumáticas inmunomediadas. Se evaluaron variables demográficas, bioquímicos, comorbilidades. La actividad de la enfermedad fue medida por PASI (índice de área y gravedad de la PsO) y BSA (área de superficie corporal afectada; %); y la calidad de vida por DLQI (índice de calidad de vida en dermatología). Se evaluó aterosclerosis subclínica (ATEsc) mediante ecografía carotídea definida por engrosamiento miointimal (EMI) =0,9mm y/o placa carotídea (excluyendo pacientes con evento cardiovascular

previo). Ghrelina y LEAP-2 fueron cuantificados mediante kits de enzima-inmuno-análisis específicos. Análisis estadístico: prueba de Wilcoxon, correlaciones de Pearson, Chi-cuadrado/*Odds Ratios* (OR) y curvas ROC. Se consideró significativa una p=0,05.

Tabla 2: Comorbilidades en pacientes con psoriasis (PsO) o controles sanos (C) reclutados en una institución hospitalaria de Córdoba (Argentina) y niveles de LEAP-2, ghrelina y el índice ghrelina/LEAP-2 de los pacientes que presentan (o no) la patología.

Diferencias entre grupos					Niveles plasmáticos de marcadores					
					LEAP-2 (ng/ml)		Ghrelina (pg/ml)		Ghrelina/LEAP-2	
Diagnóstico positivo de (%):	C	PsO	*p*	OR	sí	no	sí	no	sí	no	*p*
Síndrome metabólico (ATP3)	16	35	--	--	57,29±5,50	49,18±2,57	149,42±65,30	229,39±47,16	3,34±1,36	5,84±1,41	-- --
Factores de riesgo cardiovascular (1 o más)	46	93	**0,0001**	14,84	58,10±2,91	41,31±3,00	151,87±39,44	300,44±81,62	2,72±0,61	8,66±2,62	**0,0006** **0,0272** **0,0043**
Obesidad	10	16	**0,0128**	3,84	56,38±3,75	48,76±3,08	191,28±59,40	218,54±54,28	3,41±0,91	5,97±1,72	-- --
Hipertensión arterial	24	59	**0,0047**	4,53	58,93±3,81	46,87±2,85	129,81±44,27	259,90±55,46	2,45±0,83	6,94±1,69	**0,0143** **0,0212** **0,0053**
Dislipemia	27	52	**0,0428**	2,91	57,96±3,92	47,76±2,88	163,61±54,60	236,37±52,30	2,65±0,68	6,71±1,69	**0,0375** -- --
Hipertrigliceridemia	11	9	--	--	57,68±4,41	48,81±2,77	179,64±50,78	222,46±51,34	4,43±1,82	5,53±1,40	0,0597 -- --
Diabetes	0	26	**0,0003**	12,60	68,28±8,18	49,53±2,37	155,23±125,63	215,70±40,77	2,78±2,35	5,48±1,21	**0,0323** **0,0323**
Cardiopatía isquémica	0	7	--	--	47,06±12,40	52,20±2,50	32,41±25,94	220,65±40,69	0,58±0,40	5,47±1,17	-- --
Aterosclerosis subclínica	43	71	--	--	55,27±3,85	45,74±3,93	183,40±61,82	275,41±76,90	3,41±1,03	7,63±2,48	-- **0,0368**

Fueron considerados factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, obesidad, tabaquismo y síndrome metabólico. LEAP-2: péptido antimicrobiano 2 expresado en hígado. OR: odds ratio. Sólo se consignan los valores de *p* significativos (<0,050; marcados en negrita) o que sugieren una fuerte tendencia (0,051<p<0,060). C: n=37 y PsO: n=27.

Resultados: La Tabla 1 muestra datos demográficos, clínicos y parámetros de laboratorio evidenciando alteraciones metabólicas e inflamatorias en PsO vs. C. Se correlacionaron indirectamente: Ghrl con tensión arterial máxima (r=-0,30; p=0,0203), y el índice Ghrelina/LEAP-2, con tensión arterial máxima y mínima (r=-0,34, p=0,0090 y r=-0,29, p=0,0251 respectivamente) y con EMI izquierdo (r=-0,48; p=0,0454). La Tabla 2 presenta la frecuencia de comorbilidades, los OR y los biomarcadores evaluados (y su índice) en pacientes con o sin comorbilidades. Los pacientes con PsO presentaron mayor riesgo de ECM y, el biomarcador que más frecuentemente se modificó (aumentó), fue LEAP-2. También se calcularon curvas ROC y de sensibilidad/especificidad para las comorbilidades evaluadas. Para la mayoría de las ellas, la línea de corte se encuentra alrededor de 50ng/ml de LEAP-2 (46,5ng/ml para RCV; 49ng/ml para ATEsc; 50ng/ml para obesidad, hipertensión y dislipemia; 52ng/ml para hipertrigliceridemia y 56ng/ml para diabetes). LEAP-2 se correlacionó negativamente con BSA (r=-0,45; p=0,0325), y el índice Ghrelina/LEAP-2 se asoció directamente (r=0,44; p=0,0350). El índice se correlacionó con DLQI (r=0,42; p=0,0386). Finalmente, a medida que aumentó el tiempo desde el diagnóstico de PsO (tiempo promedio 13,12±2,42 años), disminuyó la concentración de Ghrl (r=-0,49; p=0,0108) y el valor del índice (r=-0,40; p=0,0442).

Conclusión: LEAP-2 surge por primera vez como un biomarcador novedoso de ECM y/o RCV en PsO, siendo un predictor de las ECM asociadas. Mientras que Ghrl y el índice Ghrelina/LEAP-2 se asociaron a hipertensión y tiempo de evolución de la enfermedad. Este trabajo fue desarrollado bajo una Beca de la Fundación Florencio Fiorini.

Factores asociados a baja actividad de la enfermedad o remisión en una cohorte de pacientes con artritis psoriásica de la ciudad de Córdoba

Espondiloartritis / EPs 0243

Carla Maldini, Carla Andrea Gobbi, Juan Alejandro Albiero, Juan Manuel Miranda Bazán, Cintia Otaduy, Paula Alba, Verónica Savio

Hospital Córdoba

Introducción: En artritis psoriásica (APs), la estrategia *treat-to-target* busca la remisión o baja actividad de la enfermedad. Para medirlo se utilizan los criterios de Mínima/Muy Baja Actividad (MDA/VLDA), que evalúan al paciente de forma multidominio (articular, cutáneo, entesis y calidad de vida), y el índice DAPSA (Disease Activity in Psoriatic Arthritis), centrado en el compromiso articular periférico. Conocer qué características se asocian al logro de estas metas es clave para optimizar el tratamiento.

Objetivo: Estimar la frecuencia de pacientes con APs que alcanzan remisión o baja actividad de la enfermedad y los factores asociados en una cohorte de pacientes de Córdoba.

Tabla 1: Características demográficas, clínicas, comorbilidades y tratamiento de pacientes con Artritis Psoriásica según el logro de objetivos terapéuticos por criterios MDA/VLDA (n=27 vs. n=50) y por índice DAPSA (n=43 vs. n=35).

Variable	Análisis MDA/VLDA			Análisis DAPSA		
	MDA sí (n=27)	MDA no (n=50)	p	Remisión/ baja act. (n=43)	Mod./alta act. (n=35)	p
Edad (años), media (DE)	52,04 (13,05)	51,50 (11,31)	0,8511	53,02 (11,74)	49,60 (12,03)	0,2092
Sexo femenino, n (%)	13 (48,1)	31 (62,0)	0,2412	21 (48,8)	24 (68,6)	0,0793
Comorbilidades						
Obesidad, n (%)	15 (57,7)/26	23 (46,9)/47	0,4733	25 (61,0)/41	13 (40,6)/32	0,0842
Tabaquismo, n (%)	5 (18,5)	16 (32,0)	0,2050	6 (14,0)	16 (45,7)	**0,0019**
Dislipemia, n (%)	15 (57,7)/26	28 (58,0)	0,8877	24 (57,1)/42	19 (55,9)/34	0,9122
Aterosclerosis subclínica, n (%)	13 (61,9)/21	24 (60,0)/40	0,8880	21 (60,0)/35	16 (61,5)/26	0,9032
Dominios afectados						
Cutáneo, n (%) (PASI>1)	8 (33,3)/24	9 (20,5)/44	0,2412	11 (28,9)/38	7 (22,6)/31	0,5491
Articular periférico poliarticular, n (%)	25 (92,6)	39 (78,0)/49	0,1942	38 (90,5)/42	26 (74,3)	0,0590
Articular axial, n (%)	7 (25,9)	12 (24,5)/49	0,8899	7 (16,7)/42	12 (34,3)	0,0742
Entesitis, n (%)	5 (18,5)	14 (28,6)/49	0,3327	9 (21,4)/42	10 (28,6)	0,4691
Dactilitis, n (%)	15 (55,6)	13 (26,5)/49	**0,0121**	15 (35,7)/42	13 (37,1)	0,8968
Ungueal, n (%)	15 (55,6)	33 (67,3)/49	0,3078	25 (59,5)/42	23 (65,7)	0,5767
Tratamiento						
DMARD convencional, n (%)	15 (55,6)	34 (69,4)/49	0,2279	25 (59,5)/42	25 (71,4)	0,2727
DMARD biológico/tsDMARD, n (%)	17 (63,0)	10 (20,4)/49	**0,0002**	23 (54,8)/42	4 (11,4)	**<0,0001**
Glucocorticoides, n (%)†	2 (7,7)/26	5 (10,4)/48	1,000	4 (9,8)/41	4 (11,8)/34	1,000†
Antiinflamatorios, n (%)	8 (29,6)	16 (32,7)/49	0,7861	12 (28,6)/42	13 (37,1)	0,4238

MDA: Mínima Actividad de la Enfermedad (≥5/7 dominios). VLDA: Muy Baja Actividad de la Enfermedad (7/7 dominios). DAPSA: Disease Activity in Psoriatic Arthritis (remisión ≤4; baja actividad >4 y ≤14; moderada/alta actividad >14). PASI: Psoriasis Area and Severity Index. DMARD: fármaco antireumático modificador de la enfermedad; bDMARD: sintético dirigido. Cuando el N evaluado difiere del total del grupo por datos faltantes, se indica como n/tN evaluado. Se consignan en negrita los valores de p significativos (p<0,05). † p obtenido mediante test exacto de Fisher.

Métodos: Estudio analítico, transversal, de pacientes con APs (criterios CASPAR), mayores a 18 años, evaluados consecutivamente (07/2019-03/2022) en un hospital universitario de Córdoba, Argentina. Se analizaron variables demográficas, clínicas, comorbilidades y tratamiento recibido. La actividad se estratificó en dos análisis independientes: 1) MDA (≥5/7 dominios)/VLDA

(7/7); 2) DAPSA (remisión ≤4/baja actividad >4 y ≤14). Análisis estadístico: se aplicaron pruebas de Chi^2, Fisher, t de Student o Wilcoxon según correspondiera; se consideró significativa una p ≤ 0,05.

Resultados: Se incluyeron 77 pacientes para el análisis MDA/VLDA y 78 para DAPSA. El 35,1 % (27/77) alcanzó MDA, con mayor frecuencia de dactilitis (55,6 % vs. 26,5 %; p=0,0121) y de uso de DMARD biológico/sintético dirigido (63,0 % vs. 20,4 %; p=0,0002) respecto de quienes no la alcanzaron, sin diferencias en edad, sexo ni comorbilidades metabólicas. Según DAPSA, el 55,1 % (43/78) estuvo en remisión o baja actividad, con menor frecuencia de tabaquismo (14,0 % vs. 45,7 %; p=0,0019) y mayor uso de DMARD biológico/sintético dirigido (54,8 % vs. 11,4 %; p<0,0001) frente al grupo con actividad moderada/alta, sin diferencias en edad, sexo u otras comorbilidades (Tabla 1).

Conclusión: Los pacientes con APs que alcanzaron MDA fueron un tercio de esta cohorte, y algo más de la mitad logró remisión o baja actividad por DAPSA. El uso de terapias biológicas/sintéticas dirigidas se asoció consistentemente al logro de ambas metas, mientras que el tabaquismo fue el principal factor asociado a la persistencia de actividad por DAPSA. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de un abordaje integral, con optimización del tratamiento dirigido y control estricto de factores modificables como el tabaquismo, para mejorar los resultados terapéuticos en APs.

Evaluación de puntos de corte del PsASon22 frente a la actividad definida por DAPSA en pacientes de una consulta conjunta de dermatología y reumatología

Espondiloartritis / EPs 0253

Gilka Tainat Martínez Bejarano[1], Elías Emanuel Dufau[1], Linda Vergel Grey[1], Ignacio López[1], Mariano Gabriel Dejaco[2], Christian Dejaco[2], Alejandro Brigante[1]

1. Sanatorio Güemes; 2. Departamento de Reumatología, Hospital de Bruneck, South Tyrol Health Trust

Introducción: El PsASon22 es un *score* ecográfico compuesto bilateral para artritis psoriásica (22 articulaciones y 4 entesis), diseñado para el seguimiento de la enfermedad establecida. Su capacidad para discriminar la actividad definida por índices clínicos como el DAPSA no ha sido suficientemente evaluada.

Objetivo: Determinar puntos de corte del PsASon22 para la actividad de enfermedad definida por DAPSA y evaluar el rendimiento de tres regiones entésicas adicionales no contempladas en el *score*.

Métodos: Estudio de corte transversal de pacientes con APs (CASPAR) en seguimiento por el consultorio conjunto de dermatología y reumatología. El PsASon22 se reconstruyó a partir de los componentes por sitio según su definición original. Tres regiones entésicas adicionales (tendón cuadricipital, pata de ganso y tendón de Aquiles, bilaterales) se puntuaron por separado. Análisis ROC primario: actividad moderada o alta (DAPSA > 14). Las AUC se estimaron con intervalos de confianza *bootstrap* del 95 % (2000 réplicas) y los puntos de corte por índice de Youden. La independencia se evaluó por regresión logística ajustada por edad, IMC, tiempo de evolución y tratamiento biológico.

Resultados: Se analizaron 188 pacientes (105 APs, 83 psoriasis; edad media 52,8 años [DE 13,8]; 111 mujeres [59,0 %]; mediana de evolución 23,0 años [RIC 10,0–33,9]). La mediana del DAPSA fue de 16,1 (RIC 12,1–20,1); 69/105 (65,7 %) presentaban actividad moderada o alta. Frente a DAPSA > 14, el PsASon22 alcanzó un AUC de 0,539 (IC95 % 0,415–0,656), compatible con ausencia de discriminación; el corte de Youden (>=8; sensibilidad 72,5 %, especificidad 41,7 %) no resulta clínicamente utilizable. Las tres entesis ajenas al *score* alcanzaron un AUC de 0,711 (0,612–0,805), con rendimiento óptimo ante la presencia de cualquier hallazgo (>=1; sensibilidad 69,6 %, especificidad 69,4 %). Las entesis adicionales se correlacionaron con el EVA de dolor (rho = 0,497), el cDAPSA (0,493), el PhGA (0,489) y el EVA global (0,405), mientras que el PsASon22 alcanzó 0,237, 0,208, 0,189 y 0,074; con la PCR la correlación fue negativa y no significativa para ambos. Tras el ajuste, las entesis adicionales se mantuvieron como predictor independiente (OR 1,381; IC95 % 1,113–1,712; p = 0,003) y el PsASon22 no (OR 1,008; 0,969–1,049; p = 0,684). La descomposición de la DAPSA mostró que el 85,7 % del índice deriva de dolor referido y el 14,3 % de inflamación objetivable. Las entesis adicionales no difirieron entre APs y psoriasis (p = 0,764).

Conclusión: El PsASon22 no discriminó la actividad definida por DAPSA, a diferencia de tres entesis de carga ajenas al *score*, que lo hicieron de forma moderada e independiente. Este contraste refleja un desajuste de constructo más que una falla del *score*: el DAPSA está dominado por el dolor referido, un dominio asociado a las entesis de carga. Los puntos de corte ecográficos deberían derivarse ante referencias con inflamación objetiva, y el valor de las entesis de carga requiere confirmación prospectiva.

Estudio de prueba de concepto sobre la caracterización del proteoma inflamatorio e inmunológico en psoriasis cutánea, artritis psoriásica temprana y artritis psoriásica establecida

Espondiloartritis / EPs 0268

Linda Grey Vergel Orduz[1], Andrea Belén Gomez Vara[1], Elías Emanuel Dufau[1], Cecilia Andrea Torrejon Romero[1], Carlos Pérez Sánchez[2], Mariano Marini[1], Alejandro Brigante[1]

1. Sanatorio Güemes; 2. Hospital Reina Sofía

Introducción: La enfermedad psoriásica abarca desde la psoriasis cutánea (Ps) hasta la artritis psoriásica (APs). Diferentes vías inflamatorias e inmunológicas intervienen en su fisiopatogenia (IL-23, IL-17, TNF, etc.); sin embargo, su comportamiento a lo largo de los distintos estadios evolutivos de la enfermedad no está completamente caracterizado. La identificación de firmas de citoquinas diferenciales entre estadios podría contribuir al diagnóstico precoz de la APs y a la estratificación del riesgo de progresión.

Objetivo: Caracterizar y comparar el perfil proteómico inflamatorio e inmunológico en pacientes con Ps cutánea sin compromiso articular, APs temprana y APs establecida, y evaluar su asociación con el compromiso articular y entesal clínico y subclínico.

Métodos: Estudio observacional, analítico, de corte transversal con componente comparativo, realizado en un centro universitario de la Ciudad de Buenos Aires. Se incluyen pacientes adultos en tres grupos: Ps cutánea sin artritis, APs temprana y APs establecida (según los criterios CASPAR). Se registran variables demográficas, clínicas (artritis periférica, entesitis, dactilitis, compromiso axial y ungueal), índices de actividad cutánea y articular (PASI, BSA, DAPSA, HAQ) y resultados de laboratorio. La determinación del proteoma inflamatorio e inmunológico se realiza en muestras no invasivas, como "dried blood spots (DBS)", mediante un inmunoensayo de última generación, altamente sensible y específico, como el "proximity extension assay", en el laboratorio de referencia (Cobiomic/IMIBIC). En concreto, se utiliza el formato Olink Reveal, que permite cuantificar más de mil biomarcadores proteicos mediante la combinación de anticuerpos unidos a oligonucleótidos y su posterior lectura mediante secuenciación de próxima generación (NGS).

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes: 10 con Ps cutánea sin artritis, 13 con APs temprana y 10 con APs establecida. Mediana de edad: 56 años (RIC 49–61). En APs, la latencia entre el diagnóstico de psoriasis y el inicio de síntomas articulares fue de 15 años (RIC 14–33), y la duración de la enfermedad articular fue de 0,6 años (RIC 0,6–0,7) en APs temprana y 6,4 (RIC 6,1–8,7) en establecida. Se observó entesitis clínica en 8/12 (67 %), compromiso ungueal en 5/12 (42 %), axial en 3/11 (27 %) y dactilitis en 2/12 (17 %). La VSG fue mayor en APs establecida (mediana 52 vs. 13 mm/h). El 80 % recibía metotrexato. El perfil proteómico identificó múltiples mediadores inflamatorios e inmunológicos diferencialmente expresados entre grupos, con alteraciones comunes y distintivas, asociados a características clínicas clave de cada enfermedad.

Conclusión: Los distintos estadios de la enfermedad psoriásica presentan perfiles proteómicos inflamatorios diferenciados, asociados con características clínicas relevantes. Estos hallazgos respaldan el potencial de las firmas moleculares para la detección precoz y la estratificación de pacientes con APs.

Detección y cuantificación automática en capilaroscopía ungueal mediante *deep learning*

Est. Compl. / Imágenes 0028

Marcela Alejandra Romero Caballero[1], Analía Sánchez Leguizamo[1], Mariano Alves[1], Camila Montenegro[1], Natalia Andrea Perrotta[1], Carla Pappalardo[1], Natalia Rius[1], Agustín Bengolea[2], Juan Ignacio Riuz[2], Ángeles Piotroski[3], Facundo Nicolás Romero Caballero[3], Maximiliano Fenucci[1]

1. Hospital César Milstein; 2. Hospital Alemán; 3. Universidad Gastón Dachary

Introducción: La capilaroscopía ungueal es una técnica no invasiva para estudiar la microvasculatura y diferenciar el fenómeno de Raynaud primario del secundario. La clasificación en patrones suele realizarse de forma manual, lo que conlleva variabilidad entre distintos observadores. La inteligencia artificial y el *deep learning* emergen para automatizar este análisis.

Objetivo: El objetivo primario es estimar la sensibilidad de un modelo de *deep learning* para clasificar el patrón esclerodérmico, utilizando como "gold standard" la evaluación de médicos expertos.

Métodos: Estudio de cohorte transversal. Se realizaron capilaroscopias a pacientes del servicio de Reumatología. Las imágenes fueron sometidas a un preprocesamiento automatizado. La arquitectura del modelo se dividió en dos etapas: la primera empleó una red neuronal U-Net multi-tarea para segmentar los píxeles en 8 clases distintas de estructuras capilares y contabilizarlas; la segunda etapa consistió en un árbol de decisión clínico que evaluó esos conteos para determinar el diagnóstico final. Se utilizó el 80 % para realizar el set de entrenamiento y un 20 % para el set de prueba. Se calculó el índice kappa de Cohen no ponderado para determinar la concordancia entre los observadores.

Resultados: 103 pacientes, 93.2 % mujeres, con una media de edad de 72.6 años y un 84 % de casos con Raynaud. Se registraron 1252 fotografías. Se obtuvo un patrón inespecífico (63.1 %), esclerodérmico (23.3 %) y normal (13.6 %). Se realizó el set de entrenamiento en 86 pacientes. Al evaluar el modelo en el set de prueba (17 pacientes), se alcanzó una exactitud global del 70.6 %. Para el patrón esclerodérmico, el sistema obtuvo una buena recuperación (*recall* 0.75) aunque penalizada por falsos positivos (precisión 0.500, F1-*score*: 0.600). El patrón inespecífico demostró ser el más estable para el modelo (F1-*score*: 0.762), mientras que en el patrón normal se alcanzó una precisión perfecta (1.000), pero con una recuperación más baja (0.500). En la segmentación de capilares se obtuvo un IoU (Intersection over Union) de 0.128, debido a que penaliza muy fuerte a las estructuras finas. Se evaluó la concordancia entre los primeros dos observadores en 103 capilaroscopías k= 0.496 (IC 95 % 0.36-0.63); al considerar por categoría patrón esclerodérmico vs. otras categorías se obtuvo k=0.63 (IC 95 % 0.45-0.80), lo que representa un acuerdo sustancial.

Conclusión: En nuestra población se obtuvo un 70.6 % de sensibilidad (*recall*) en escenarios reales. El modelo de *deep learning* podría ser una herramienta útil en el diagnóstico de la etiología del fenómeno de Raynaud.

Tabla 1. Características clínicas basales, fotos de capilaroscopia, patrones y consenso entre observadores.

Características Basales	*Pacientes 103 (100)*
Sexo femenino, n (%)	96 (93.20)
Edad, media (DE)	72.6 (± 7.0)
Enfermedad reumatológica, n (%)	32 (31)
Esclerosis sistémica, n (%)	18 (56)
Lupus Eritematoso Sistémico, n (%)	2 (6.25)
Enfermedad de Sjogren, n (%)	4 (12.5)
Artritis Reumatoidea, n (%)	6 (18.75)
Artritis Psoriásica, n (%)	2 (6.25)
Fenómeno de Raynaud, n (%)	87 (84)
Duración del F. de Raynaud en meses, mediana (RIC)	24 (6–126)
Fotos de capilaroscopia	
Total de fotos, n (%)	1252 (100)
Fotos por Paciente, mediana (RIC)	10 (8–15)
Patrones	
Normal, n (%)	14 (13.60)
Inespecífico, n (%)	65 (63.10)
Esclerodérmico, n (%)	24 (23.30)
Consenso	
Total, n (%)	61 (59.22)
Parcial, n (%)	42 (40.78)
Índice de kappa de cohen ponderado lineal (IC 95%)	0.496 (IC 95% 0.36-0.63)
Indice de kappa de cohen por categoría patrón SD (IC 95%)	0.63 (IC 95% 0.45-0.80)

Tabla 2. Resultados de las métricas de evaluación de la red neuronal y desempeño en segmentación de estructuras capilares.

Métricas de Evaluación				
Clase	**Precisión**	**Recall**	**F1/Dice**	**Soporte**
Normal	1.000	0.500	0.667	2
Inespecífico	0.800	0.727	0.762	11
Esclerodérmico	0.500	0.750	0.600	4
macro	0.767	0.659	0.676	-
ponderado	0.753	0.706	0.713	-

Segmentación de Estructuras Capilares (conteos sobre el set de test = 17 pacientes)			
Clase	**Anotados**	**Detectados**	**IoU**
Mega capilar	68	115	0.244
Capilar normal	1454	1953	0.231
Microhemorragia	110	308	0.168
Dilatado	282	441	0.147
Arborificado	48	375	0.059
Tortuoso	213	309	0.025
Entrecruzado	131	316	0.019

Prevalencia y factores asociados a la intolerancia al metotrexato evaluada mediante el *score* MISS en una cohorte reumatológica

Est. Compl. / Imágenes 0093

Micaela Cosatti, Laura Quintero, Mayra Grosso Di Giorgio, Linda Grey Vergel Orduz, María Laura de la Torre, Cecilia Pisoni

CEMIC

Introducción: El metotrexato (MTX) es el fármaco más utilizado para enfermedades reumáticas, su intolerancia gastrointestinal, anticipatoria, asociativa y conductual es frecuente y puede comprometer la adherencia terapéutica.

Objetivo: El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia de la intolerancia al MTX y sus factores asociados en una cohorte de pacientes con enfermedades reumáticas que usan metotrexato.

Métodos: Estudio transversal analítico. Se incluyeron pacientes consecutivos en tratamiento con MTX durante al menos 6 meses, que completaron el cuestionario MISS (12 ítems, dominios de dolor abdominal, náuseas, vómitos y conductual, cada uno puntúa de 0 a 3), definiéndose intolerancia como puntaje total ≥6 con al menos 1 punto en ítems anticipatorios, asociativos o conductuales. Los datos clínico-demográficos se obtuvieron de la historia clínica y se combinaron con la encuesta autoadministrada al paciente. Se utilizó estadística descriptiva y se realizó regresión logística multivariada para identificar predictores independientes.

Tabla 1. Análisis univariado entre tolerantes vs intolerantes según cuestionario MISS

Variable	Total (n=152)	Tolerantes (n=137)	Intolerantes (n=15)	OR (IC95)	p
Sexo mujer, n (%)	119/152 (78)	105/137 (77)	14/15 (93)	4.27(0.55-33.71)	0.1932
Edad años, mediana (RIC)	58 (46-71)	60 (46-74)	52 (44-56)	-	0.1037
Diagnóstico de AR (vs otro), n (%)	89/152 (59)	82/137 (60)	7/15 (47)	0.59 (0.21-1.65)	0.4101
Años de enfermedad (meses), mediana (RIC)	40 (15-117)	36 (14-114)	66 (30-127)	-	0.5803
Años de educación > 12 años, n (%)	72/80 (90)	66/74 (89)	6/6 (100)	-	1.0000
Hipertensión arterial , n (%)	45/152 (30)	43/137 (31)	2/15 (13)	0.34 (0-1.45)	0.2328
Dislipemia, n (%)	44/152 (30)	42/137 (30)	2/15 (13)	0.34 (0.02-8.36)	1.0000
Enfermedad controlada según paciente, n (%)	111/133 (83)	102/119 (86)	9/14 (64)	0.30 (0.09-0.96)	0.0564
Dosis de MTX (mg/sem), mediana (RIC)	15 (15-25)	15 (15-25)	25 (15-25)	-	0.0884
Vía subcutánea (vs oral), n (%)	**38/152 (25)**	**30/137 (22)**	**8/15 (53)**	**4.08 (1.41-11.75)**	**0.0126**
Tiempo de uso de MTX (meses), mediana (RIC)	42 (20-84)	39 (19-90)	56 (39-78)	-	0.3298
Dosis MTX separada (solo orales, n=109) n (%),	11/109 (10)	10/103 (10)	1/6 (17)	1.86 (0.20-17.54)	0.4802
Horario de toma MTX (mañana vs resto), n (%)	55/152 (36)	49/137 (36)	6/15 (40)	1.20 (0.42-3.44)	0.7813
Dosis de ac. fólico (10 mg semanal vs resto), n (%)	73/152 (48)	66/137 (48)	7/15 (47)	0.94 (0.32-2.74)	1.0000
Olvido de ácido fólico (≥1/mes), n (%)	31/152 (20)	27/137 (20)	4/15 (27)	1.48 (0.44-5.01)	0.5089
Fumador, n (%)	14/152 (9)	12/137 (9)	2/15 (13)	1.60 (0-7.20)	0.6313
Consume café, n (%)	112/152 (74)	102/137 (75)	10/15 (67)	0.69 (0.23-2.05)	0.5421
Corticoides actual, n (%)	31/152 (20)	29/137 (21)	2/15 (13)	0.57 (0-2.42)	0.7370
Leflunomida, n (%)	**9/152 (6%)**	**6/137 (4%)**	**3/15 (20%)**	**5.46 (1.21-24.63)**	**0.0458**
Biológicos, n (%)	29/152 (19)	25/137 (18)	4/15 (27)	1.63 (0.51-5.30)	0.4880
Cefalea por MTX, n (%)	**22/133 (17)**	**14/119 (12)**	**8/14 (57)**	**10.00 (2.55-39.67)**	**0.0003**
Fatiga por MTX, n (%)	**25/133 (19)**	**18/119 (15)**	**7/14 (50)**	**5.61 (1.46-20.97)**	**0.0051**

Resultados: Se analizaron 152 pacientes (119 (78 %) mujeres, edad mediana 58 años [RIC 46–71]), 89 (56 %) con diagnóstico de artritis reumatoidea. La dosis mediana de MTX fue 15 mg/semana y el 24,5 % recibía vía subcutánea. La prevalencia de intolerancia al MTX fue 9 % (15/152). El dominio conductual fue el más prevalente entre los intolerantes (93 %), seguido de náuseas (86 %), dolor abdominal (79 %) y vómitos (14 %). En el análisis univariado, la vía subcutánea se asoció significativamente con intolerancia (50 % vs. 22 %; p=0.045), con una tendencia, pero no significativa, hacia menor edad y mayor dosis de MTX en el grupo intolerante. El uso de leflunomida mostró una asociación con la intolerancia (OR 5.46; IC95 % 1.21–24.63; p=0.046), basada en solo 3 eventos. La cefalea (12 % vs. 57 %; p=0.003) y la fatiga (15 % vs. 50 %; p=0.0051) se relacionaron significativamente a la intolerancia (no incluidos en cuestionario MISS). El consumo de café y el tabaquismo no mostraron asociación con la intolerancia (Tabla 1). En el modelo multivariado ajustado por edad, sexo, años de enfermedad, percepción de enfermedad controlada por el paciente, la vía subcutánea (OR 4.18; IC95 % 1.28–13.59; p=0.018) y el uso concomitante de leflunomida (OR 6.90; IC95 % 1.08-43.80; p=0.040) permanecieron como predictores independientes de intolerancia al metotrexato.

Conclusión: La intolerancia al MTX evaluada mediante el MISS en nuestra muestra fue del 9 % con predominio de síntomas conductuales y una asociación independiente con la vía subcutánea de administración y el uso concomitante de leflunomida.

Caracterización y análisis comparativo de hallazgos capilaroscópicos en pacientes con fenómeno de Raynaud

Est. Compl. / Imágenes 0142

Daniela Alejandra Ponce, Julieta Quiroga Sampirisi, Silvina Nasi, Agustín García Ciccarelli

Hospital El Carmen

Introducción: La capilaroscopia (CP) es indispensable en el estudio del fenómeno de Raynaud (FR), diferenciando entre FR primario y secundario. Sirve para un diagnóstico precoz y tiene valor pronóstico y predictivo.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la disminución de la densidad capilar (DC), megacapilares (MC), microhemorragias y patrones específicos y comparar las características capilaroscópicas de la ES con otras ETC.

Métodos: Diseño y población: Estudio retrospectivo, descriptivo. Se evaluaron datos clínicos y demográficos de pacientes de un servicio de Reumatología entre enero 2021 y julio 2026. Se realizó CP con microscopio digital USB (*zoom* digital 5X, *wireless*). Fueron clasificadas semicuantitativamente en patrón SD temprano, activo, tardío, *like*, inespecífico y normal. Realizadas e interpretadas por dos observadoras. Análisis estadístico: Las variables continuas se expresaron como media y desviación estándar (DE) o como mediana (Me) y rango intercuartílico (RIC). Las variables categóricas mediante frecuencias absolutas y relativas (n, %). Las variables continuas fueron comparadas con T-Test Student. Las variables categóricas fueron comparadas con prueba de chi cuadrado o Test exacto de Fisher. P < 0,05 fue estadísticamente significativa. Epi Info™ 7.2 5.

Tabla 1. Comparación de las alteraciones capilaroscópicas entre las distintas entidades y esclerosis sistémica

Alteración	ES	FRecc/1	DM	DMA	EMTC	Sjögren	LES	SAF	Ansain	EITC	AR	Otras
Densidad	33% (n=15)	15% (n=18) p=0,015 *	50% (n=1) p=1,000	50% (n=1) p=1,000	43% (n=3) p=0,682	11% (n=2) p=0,116	11% (n=1) p=0,253	0% (n=0) p=1,000	0% (n=0) p=1,000	100% (n=2) p=0,126	33% (n=1) p=1,000	40% (n=2) p=1,000
Megacapilares	49% (n=22)	29% (n=35) p=0,017 *	50% (n=1) p=1,000	100% (n=2) p=0,489	43% (n=3) p=1,000	22% (n=4) p=0,088	11% (n=1) p=0,062	0% (n=0) p=1,000	0% (n=0) p=1,000	0% (n=0) p=0,491	67% (n=2) p=1,000	20% (n=1) p=0,357
Áreas avasculares	22% (n=10)	8% (n=10) p=0,028 *	50% (n=1) p=0,417	0% (n=0) p=1,000	43% (n=3) p=0,347	6% (n=1) p=0,155	11% (n=1) p=0,667	0% (n=0) p=1,000	0% (n=0) p=1,000	50% (n=1) p=0,417	33% (n=1) p=0,551	20% (n=1) p=1,000
Microhemorragias	53% (n=24)	37% (n=45) p=0,076	50% (n=1) p=1,000	50% (n=1) p=1,000	57% (n=4) p=1,000	33% (n=6) p=0,174	22% (n=2) p=0,144	0% (n=0) p=0,478	100% (n=1) p=1,000	100% (n=2) p=0,495	33% (n=1) p=0,601	60% (n=3) p=1,000

Tabla 2. Comparación de los patrones capilaroscópicos respecto de esclerosis sistémica

Patrón	ES	FRecc/1	DM	DMA	EMTC	Sjögren	LES	SAF	Ansisint	EITC	AR	Otras
Normal	16% (n=7)	45% (n=55) p=0,001 *	50% (n=1) p=0,315	0% (n=0) p=1,000	29% (n=2) p=0,599	44% (n=8) p=0,023 *	67% (n=6) p=0,004 *	100% (n=1) p=0,174	0% (n=0) p=1,000	0% (n=0) p=1,000	33% (n=1) p=0,429	0% (n=0) p=1,000
Inespecífico	31% (n=14)	25% (n=31) p=0,056	0% (n=0) p=1,000	50% (n=1) p=0,541	14% (n=1) p=0,658	33% (n=6) p=1,000	22% (n=2) p=0,709	0% (n=0) p=1,000	100% (n=1) p=0,326	50% (n=1) p=0,541	0% (n=0) p=0,546	80% (n=4) p=0,057
SD temprano	20% (n=9)	15% (n=18) p=0,478	0% (n=0) p=1,000	0% (n=0) p=1,000	14% (n=1) p=1,000	11% (n=2) p=0,489	0% (n=0) p=0,328	0% (n=0) p=1,000	0% (n=0) p=1,000	50% (n=1) p=0,384	33% (n=1) p=0,512	20% (n=1) p=1,000
SD activo	11% (n=5)	7% (n=8) p=0,340	0% (n=0) p=1,000	50% (n=1) p=0,241	0% (n=0) p=1,000	6% (n=1) p=0,665	11% (n=1) p=1,000	0% (n=0) p=1,000	0% (n=0) p=1,000	0% (n=0) p=1,000	0% (n=0) p=1,000	0% (n=0) p=1,000
SD tardío	11% (n=5)	4% (n=5) p=0,135	0% (n=0) p=1,000	0% (n=0) p=1,000	14% (n=1) p=1,000	0% (n=0) p=0,310	0% (n=0) p=0,576	0% (n=0) p=1,000	0% (n=0) p=1,000	0% (n=0) p=1,000	0% (n=0) p=1,000	0% (n=0) p=1,000
SD-like	11% (n=5)	4% (n=5) p=0,135	50% (n=1) p=0,241	0% (n=0) p=1,000	29% (n=2) p=0,235	6% (n=1) p=0,665	0% (n=0) p=0,576	0% (n=0) p=1,000	0% (n=0) p=1,000	0% (n=0) p=1,000	33% (n=1) p=0,336	0% (n=0) p=1,000

Resultados: Se incluyeron 160 pacientes. Me de edad fue 52 años. 90 % fue sexo femenino. La Me de edad al inicio del FR fue 40 años. El 76 % (n=122) tenían FR en estudio/primario (FR e/1°), 28 % (n=45) ES, 11 % (n=18) enfermedad de Sjögren (ESj), 6 % (n=9) EMTC y 1,4 % (n=2) DM, EITC y dermatomiositis amiopática (DMA) y 0,6 % (n=1) síndrome antisintetasa (SAS). El 45 % (n=73) tuvo patrón normal, 25 % (n=40) inespecífico, 13 % (n=22) SD temprano, 6 % (n=10) SD-*like*, 5 % (n=9) SD activo y 4 % (n=6) SD tardío. En FR e/1° se vio menor frecuencia de alteraciones de la densidad, MC y áreas avasculares (AA) vs. ES (Tabla 1). No hubo diferencia significativa en la DC, MC o AA entre ES y DM, DMA o EMTC (Tabla 1). FR e/1°, ESj y LES tuvieron más frecuentemente patrones normales vs. ES (p significativa). Tabla 2.

Conclusión: ES mostró el mayor compromiso estructural. La DM y SAS muestran con frecuencia patrón SD-*like* (hasta 69 % DM) y en DM se suele conservar una mayor DC vs. ES. Esto no tuvo significancia estadística en nuestra base debido al bajo n en los subgrupos. Hasta 64 % de EMTC tienen SD-*like*, caracterizado por MC con menor pérdida capilar o AA vs. ES. En nuestro análisis 29 % (n=2) de EMTC tenían SD-*like* (p=0,235) y 43 % (n=3) DC disminuida (p=0,682). El diseño retrospectivo limita la posibilidad de establecer relaciones causales e introduce sesgos de selección y la distribución heterogénea entre ETC limita la potencia estadística. La realización de estudios multicéntricos, prospectivos y con muestras equilibradas permitirá realizar análisis comparativos, evaluar si la caracterización capilaroscópica es distintiva de una entidad nosológica diferente de la ES y determinar su valor diagnóstico y pronóstico.

Ejercicio panamericano de correlación ecográfica de glándulas salivales: análisis preliminar de la concordancia interobservador

Est. Compl. / Imágenes 0161

María Victoria Chiarvetto Peralta[1], María Victoria Martire[2], Johana Zacaríaz H.[1], Facundo Vergara[3], Clarisa Sandoba[4], Mario Díaz[5], Luis Javier Cajas[6], Florencia Gordillo[7], Patricia Belén Domínguez Leiva[8], Sofía Cherey[8], Wilfredo Patiño Grágeda[9]

1. Hospital Italiano de Buenos Aires; 2. Hospital San Roque de Gonnet; 3. Hospital Central del Instituto de Previsión Social; 4. Hospital Protomédico Manuel Rodríguez Recreo, Santa Fe; 5. Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá Dc, Colombia; 6. Hospital Universitario Nacional de Colombia-Bogotá; 7. Hospital Scaravelli, Tunuyán, Provincia de Mendoza; 8. Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú; 9. Hospital General de Agudos Ramos Mejía

Objetivo: Evaluar la concordancia interobservador de la clasificación ecográfica OMERACT por escala de grises de las glándulas salivales mayores (GSM) mediante un ejercicio panamericano de correlación.

Métodos: Se realizó un estudio observacional de concordancia, organizado por grupo de estudio de ecografía de SAR y PANLAR, mediante un ejercicio de correlación ecográfica de GSM. Se recolectaron 41 casos con imágenes ecográficas estáticas en escala de grises de GSM, adquiridas de acuerdo con las recomendaciones OMERACT, luego de una clase *online* sobre la técnica. Cada caso incluyó tres imágenes correspondientes al mismo paciente: parótida en cortes longitudinal y transversal, y glándula submandibular en corte longitudinal. El ejercicio fue distribuido en formato digital; para cada caso, los participantes asignaron el grado OMERACT (0–3) para cada glándula.

Acuerdo interobservador (Kappa de Light) — Ecografía de GSM (parótida y submandibular)

1. Kappa global — escala original OMERACT (0-3)

Grupo	N casos	% Acuerdo bruto	Kappa no ponderado (IC95%)	Kappa ponderado lineal (IC 95%)	Kappa ponderado cuadrático (IC95%)	N pares de observadores
Parótida	41	53.8%	0.351 [0.283–0.413]	0.523 [0.423–0.594]	0.677 [0.561–0.747]	595
Submandibular	41	45.7%	0.270 [0.215–0.315]	0.444 [0.367–0.500]	0.604 [0.515–0.668]	595
Total (Parótida + Submandibular)	82	49.8%	0.318 [0.272–0.356]	0.494 [0.431–0.548]	0.650 [0.567–0.705]	595

2. Kappa por grado (cada grado vs. el resto), escala 0-3 — exploratorio

Grado	Kappa Parótida	Kappa Submandibular	Kappa Total	Prevalencia Parótida	Prevalencia Submandibular	Prevalencia Total
0	0.46	0.432	0.46	0.383	0.237	0.31
1	0.205	0.123	0.169	0.312	0.276	0.294
2	0.28	0.192	0.242	0.193	0.317	0.255
3	0.473	0.322	0.388	0.112	0.17	0.141

3. Kappa dicotomizado: OMERACT 0-1 = Normal, OMERACT 2-3 = Patológico

Grupo	N Casos	Acuerdo bruto %	Kappa (Light), IC95%	DE pares	Min	Máx	Prevalencia patológico	N pares de observadores
Parótida (bin)	41	82.8%	0.602 [0.463–0.707]	0.172	0.057	1	0.305	595
Submandibular (bin)	41	74.5%	0.499 [0.384–0.598]	0.189	0.004	1	0.487	595
Total (bin)	82	78.6%	0.558 [0.460–0.644]	0.161	0.134	0.95	-	595

Resultados: Se evaluó el acuerdo interobservador entre 35 observadores sobre 41 casos ecográficos de GSM, clasificados según la escala OMERACT. El kappa (k) de Light ponderado (lineal) fue de 0,52 (IC95 % 0,42–0,59) para parótida, 0,44 (IC95 % 0,37–0,50) para submandibular y 0,49 (IC95 % 0,43–0,55) para el conjunto de ambas glándulas, con un porcentaje de acuerdo bruto de 53,8 %, 45,7 % y 49,8 % respectivamente. Al utilizar ponderación cuadrática los valores fueron más altos (parótida k =0,68 [0,56–0,75]; submandibular k =0,60 [0,52–0,67]; total k =0,65 [0,57–0,71]). Al dicotomizar la escala en normal (grados 0-1) y patológico (grados 2-3), el acuerdo mejoró de forma sustancial: k =0,60 (IC95 % 0,46–0,71) para parótida, k =0,50 (IC95 % 0,38–0,60) para submandibular y k =0,56 (IC95 % 0,46–0,64) para el total, con porcentajes de acuerdo bruto de 82,8 %, 74,5 % y 78,6 % respectivamente.

Conclusión: El acuerdo interobservador para la clasificación de la escala de grises OMERACT en GSM fue moderado en su versión ordinal completa (0-3) y sustancialmente mayor cuando la escala se simplifica a una distinción binaria normal/patológico, lo que sugiere que gran parte de la discrepancia entre observadores ocurre en los grados intermedios. La glándula parótida mostró de manera consistente mayor reproducibilidad que la submandibular. Estos hallazgos respaldan el uso de la clasificación dicotómica normal/patológico como criterio más reproducible para la práctica clínica y para estudios multicéntricos, mientras que la aplicación de la escala de 4 grados completa requeriría un mayor entrenamiento específico de los observadores.

Agradecimiento: Grupo de Estudio de Ecografía PANLAR (GEEP), PANLAR. ECO SAR, Sociedad Argentina de Reumatología.

Desempeño de la ecografía pleuropulmonar para la detección de enfermedad pulmonar intersticial en artritis reumatoide y rol diferencial de los hallazgos pleurales

Est. Compl. / Imágenes 0193

Caterina Marcoccia, Gilka Tainat Martínez Bejarano, Jonathan Eliseo Rebak, Ignacio López, Alejandro Brigante

Sanatorio Güemes

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una manifestación frecuente y grave de la artritis reumatoide (AR). Las guías recomiendan la tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) como estándar de filtro, pero es costosa y de acceso limitado. La ecografía pleuropulmonar constituye una alternativa emergente. Los hallazgos pleurales son frecuentes y pueden presentarse sin componente parenquimatoso.

Objetivo: Determinar la prevalencia de hallazgos ecográficos pleurales en pacientes con artritis reumatoide y evaluar el rendimiento diagnóstico de las versiones extendida y simplificada de un *score* ecográfico pleuropulmonar para la detección de enfermedad pulmonar intersticial asociada a la artritis reumatoide.

Métodos: Estudio observacional de corte transversal del desempeño diagnóstico de un *score* ultrasonográfico pleuropulmonar para la detección de EPID en pacientes con AR utilizando TCAR como patrón de referencia. En cada espacio intercostal se evaluó la morfología de la línea pleural. La evaluación cuantitativa se basó en el número y el porcentaje de sitios con alteración pleural. El compromiso pleural se examinó en 50 espacios intercostales en la versión extendida y en 14 en la versión simplificada. La evaluación semicuantitativa: 0, sin afectación; 1, <25 %; 2, 25–50 %; 3, 50–75 %; y 4, >75 % de sitios afectados, considerándose positivo un puntaje ≥1. Se evaluó el rendimiento de los *scores* pleural, de líneas B y combinados frente a la TCAR mediante curvas ROC y parámetros diagnósticos. Las correlaciones con la DLCO, la extensión tomográfica y el DAS28 se analizaron mediante la prueba de Spearman. Se exploró la discordancia entre las alteraciones pleurales y las líneas B, así como su distribución según la extensión tomográfica.

Resultados: Se evaluaron 130 pacientes. La prevalencia de EPI fue del 30 % (TACAR). Las dos versiones de los *scores* discriminaron EPID (AUC 0,80–0,86). El *score* pleural semicuantitativo simplificado (≥1) mostró alta sensibilidad y valor predictivo negativo (sensibilidad 94,9 %; VPN 94,9 %; LR– 0,13), por lo que se comporta como prueba de descarte, mientras que las líneas B mostraron mayor especificidad y capacidad para sustentar la sospecha de EPID (LR+ 3,0). Los *scores* correlacionaron con la DLCO (rho = −0,4) y con la extensión tomográfica (rho = +0,5 a +0,6), pero no con la actividad articular (DAS28). La versión simplificada fue prácticamente intercambiable con la extendida (rho 0,94). Las alteraciones pleurales estuvieron frecuentemente presentes en ausencia de líneas B (34 frente a 2 casos) y predominaron con baja extensión tomográfica, lo que sugiere un signo más temprano.

Conclusión: Ambas versiones de la ecografía pleuropulmonar detectan EPID en AR con alto rendimiento, así como las alteraciones pleurales. El componente pleural se comporta como prueba de tamizaje independiente y podría constituir un signo más temprano que las líneas B, hipótesis a confirmar en estudios longitudinales.

Resultados preliminares de protocolo de salud articular en hemofilia: monitoreo por ecografía musculoesquelética

Est. Compl. / Imágenes 0195

Juan Ignacio Godín, Mariana Alejandra Pera, Alfonsina Maitén Sarde, Sebastiana Graciela Azzaro, Carmen Parina Flores, Mercedes García

Hospital General de Agudos San Martín, La Plata

Introducción: La hemofilia es un trastorno hemorrágico hereditario ligado al cromosoma X, causado por deficiencia de factor VIII (FVIII) o IX (FIX). La artropatía hemofílica (AH), frecuente en formas graves, se caracteriza por sinovitis y daño progresivo osteocondral, pudiendo generar deterioro irreversible. El daño temprano puede ser clínicamente inadvertido. La ecografía musculoesquelética (EME), mediante el protocolo HEAD-US, permite detectar actividad y daño estructural, mientras que el Hemophilia Joint Health Score (HJHS) evalúa el compromiso articular clínico y funcional.

Objetivo: Detectar y caracterizar compromiso articular temprano mediante EME y HJHS, y evaluar su utilidad para identificar precozmente pacientes con AH potencialmente pasibles de intervención terapéutica.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, de cohorte monocéntrico. Se incluyeron pacientes con hemofilia A o B en seguimiento por hemoterapia. Se recolectaron variables demográficas, clínicas, terapéuticas, ecográficas y funcionales. La EME y el HJHS se realizaron en consultas programadas o ante

sospecha de hemartrosis. El compromiso ecográfico se evaluó mediante HEAD-US, con puntaje total y por articulación.

Resultados: Se describen resultados obtenidos a 60 días del inicio del estudio: De 141 pacientes en seguimiento, se evaluaron 45 (31,9 %). En 3 pacientes (6,7 %) la EME se realizó de urgencia confirmándose hemartrosis. Un 97,7 % tenía diagnóstico de hemofilia A. 80 % presentaban enfermedad severa, 13,8 % moderada y 6,2 % leve. La mediana de edad al diagnóstico fue de 1 año (RIC 0,44–3). 41 pacientes recibían FVIII, 3 emicizumab y 1 FIX. En la EME, se identificó hipertrofia sinovial en al menos una articulación en 33 pacientes (73,3 %), con mayor frecuencia en rodilla izquierda (33,3 %), codo derecho (31,1 %), codo izquierdo y rodilla derecha (28,9 %). Se identificó señal Doppler en al menos una articulación en 13 pacientes (28,9 %). El daño cartilaginoso se vio en al menos una articulación en 35 pacientes (77,8 %), y alteraciones óseas en 37 (82,2 %). El puntaje HEAD-US total presentó una mediana de 9 puntos (RIC 3–16; rango 0–31). Se identificó compromiso ecográfico (HEAD-US >0) en 39 pacientes (86,7 %). La frecuencia de compromiso articular fue de 51,1 % en codo derecho e izquierdo, 51,1 % rodilla izquierda, 48,9 % en rodilla y tobillo derecho y 42,2 % tobillo izquierdo. El HJHS total presentó una mediana de 13,5 puntos (RIC 3–25; rango 0–64), con compromiso (HJHS >0) en 35/44 pacientes (79,5 %). Las articulaciones con mayor frecuencia de compromiso fueron rodilla derecha (56,8 %), codo izquierdo (54,5 %) y codo derecho (52,3 %) (Figura 1). Entre los componentes del HJHS predominaron las alteraciones de la movilidad, particularmente la pérdida de extensión (58,5 %) y de flexión (56,4 %). En 5 pacientes se identificaron alteraciones ecográficas (HEAD-US >0) en ausencia de compromiso clínico según HJHS. Se observó una correlación positiva moderada y estadísticamente significativa entre los puntajes HEAD-US y HJHS totales (rho de Spearman=0,51; p < 0,001) (Figura 2).

Figura 1 - Comparación entre los compromisos articulares según HEAD-US y HJHS.

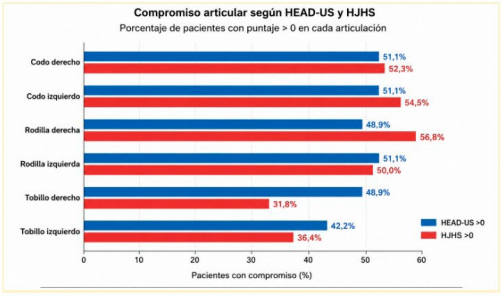
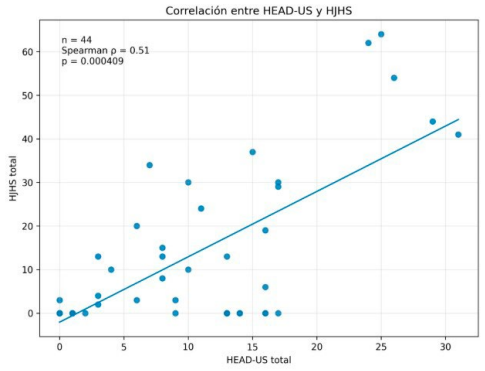


Figura 2 -



Conclusión: En esta cohorte de pacientes, la prevalencia de AH fue elevada. La escala HEAD-US demostró sólida correlación con HJHS y permitió identificar daño articular subclínico no detectado por la evaluación física, posicionando a la EME como un método clave para la detección precoz y el seguimiento continuo de la AH.

Re-biopsia renal en nefritis lúpica: transformación de clase y resultados clínicos

LES / SAF 0039

Keila Klaus Mac Kellar, Guillermina Moine, Ivana B. Santolaya, Nahuel Blando, Lucas Jorge Londero, Marianela Nicola, Carolina Solange Gallo, Lucía Cichillitti, Carolina Detorre, Ariana Agostina Basso, Brian Marcelo Abdala, Franco Lucci, Dianela Carbone, María Cecilia Argento, María Noel Cortese, Mariano Palatnik, María Boglioli, Silvina Lema, Rubén Cavoduro, Juan Pablo Ruffino, Ariana Ringer, Marcelo Abdala

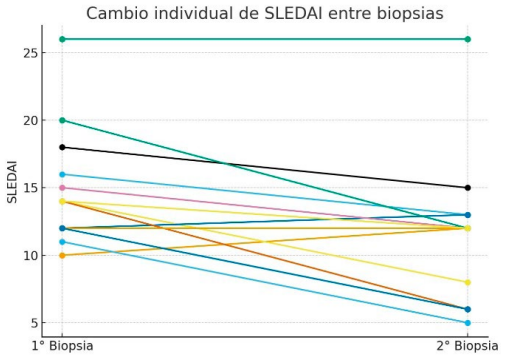
Hospital Centenario

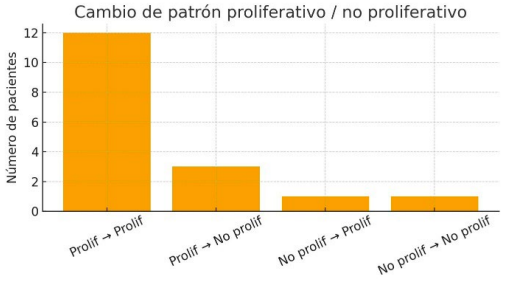
Introducción: La punción biopsia renal (PBR) es el método diagnóstico de referencia en la nefritis lúpica (NL), permitiendo determinar el estadio de la enfermedad y orientar el tratamiento. En pacientes que no alcanzan remisión completa, presentan recaídas o requieren redefinir la estrategia terapéutica, puede ser necesaria una segunda PBR. Se ha descrito una alta frecuencia de transformación de clases no proliferativas a proliferativas, otorgando a la re- biopsia un rol predictivo, dado que el aumento del índice de actividad (IA) y cronicidad (IC) se asocia a peor pronóstico renal.

Objetivo: Describir características demográficas de pacientes con NL sometidos a re-biopsia renal, identificar cambios histológicos entre la primera y segunda PBR y evaluar actividad sistémica y evolución clínica.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, basado en la revisión de historias clínicas y bases de datos de los servicios de Reumatología, Nefrología y Trasplante de un hospital de tercer nivel, durante el período 2013–2025. Se analizaron variables clínicas e histológicas.

Resultados: Se analizaron 63 pacientes con NL; 18 requirieron una segunda PBR (13 mujeres y 5 varones). La media del intervalo entre la primera y segunda PBR fue de 6,9 ± 4,8 años. En la segunda biopsia, el 77,8 % (n=14) presentó nefritis proliferativa. Tres pacientes evolucionaron de formas proliferativas a no proliferativas (clase II), mientras que uno progresó a una forma proliferativa (Figura 1). En la primera PBR, la media del IC fue de 1,6 ± 1,4 (n=11), aumentando a 3,6 ± 1,8 (n=8) en la segunda. La media del SLEDAI, obtenida en 13 pacientes, fue de 15,2 ± 4,2 en la primera PBR y 11,6 ± 5,1 en la segunda (Figura 2), evidenciando una disminución significativa de la actividad (p=0,003) En el 76,9 % (n=10) se observó reducción del SLEDAI entre ambas biopsias. En la evolución clínica, el 38,9 % (n=7) alcanzó remisión completa, el 16,7 % (n=3) remisión parcial, el 22,2 % (n=4) progresó a enfermedad renal crónica (ERC), el 11,1 % (n=2) falleció y en 2 pacientes no se obtuvieron datos.





Conclusión: La re-biopsia renal en pacientes con NL permite identificar cambios histopatológicos relevantes en una proporción significativa de casos, con incremento del índice de cronicidad pese a una mejoría global de la actividad clínica. Estos hallazgos se asocian a peor evolución renal, incluida la progresión a ERC, y respaldan las recomendaciones actuales de considerar la re-biopsia ante recaídas clínicas o falta de respuesta terapéutica, por su impacto en la estratificación pronóstica y la toma de decisiones clínicas.

Tiempo al diagnóstico y a la evaluación especializada de pacientes con LES. Datos de RELESSAR-prospectivo

LES / SAF 0063

Lucila García[1], Joan Manuel Dapeña[2], Carla Andrea Gobbi[3], Alejandro Brigante[4], Marina Micelli[5], Paula Alba[6], Agustina Damico[7], Ivana Romina Rojas Tessel[8], Malena Viola[9], Mercedes García[1], María Florencia Gordillo[10], Claudia Pena[1], Gelsomina Alle[11], Roberto Baez[12], María Pía Izaguirre Germain[5], Micaela Cosatti[13], Gisela Pendon[14], Cecilia Pisoni[13], Carolina Aeschlimann[15], Fernando Arizpe[16], Verónica Bellomio[17], José Manuel Díaz Ochoa[17], Pablo Nicolás Vece[17], Emilce Del Milagro García Núñez[17], Juan Manuel Rodríguez Gramazza[1], Alfonsina Maitén Sarde[1], Amira Buganem[1], Sofía Cherey[18], Julia Scafati[1], Juan Ignacio Godín[1]

1. Hospital General de Agudos San Martín, La Plata; 2. Sanatorio Dr. Julio Méndez; 3. Hospital Allende, Córdoba; 4. Sanatorio Güemes; 5. Hospital General de Agudos Ramos Mejía; 6. Hospital Universitario de Córdoba; 7. Hospital Naval Puerto Belgrano; 8. Hospital Señor del Milagro; 9. Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich; 10. Hospital Antonio Scaravelli; 11. Hospital Italiano de Buenos Aires; 12. Centro Médico IMIA; 13. CEMIC; 14. Hospital Ricardo Gutiérrez de La Plata; 15. Hospital Provincial de Rosario; 16. Hospital San Roque de Gonnet; 17. Hospital Ángel C. Padilla; 18. Hospital Tornú

Introducción: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad pleomórfica con múltiples formas de presentación que, sumado a la falta de manifestaciones específicas, la mayor afectación de grupos vul-

nerables y minoritarios y la escasez de médicos especializados y su distribución asimétrica en el país, contribuyen al retraso en el diagnóstico.

Objetivo: Evaluar el tiempo al diagnóstico y a la consulta especializada en pacientes con LES de Argentina.

Métodos: Se utilizó el registro nacional prospectivo de Lupus de la Sociedad Argentina de Reumatología (RELESSAR-P), el cual incluye pacientes con LES de <5 años de evolución de la enfermedad, que cumplen criterios de clasificación ACR 84/SLICC 2012/ EULAR-ACR 2019. Se evaluaron características sociodemográficas, clínicas, tratamientos, actividad y daño por la enfermedad, hospitalizaciones y comorbilidades. Se dividió la muestra según tiempo a la consulta especializada y se compararon variables. Análisis descriptivo.

Resultados: Se incluyeron 395 pacientes registrados en la visita basal (T0) del registro. La mediana de tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 5 meses [RIC 2-10]. El diagnóstico lo realizó un reumatólogo en el 86 % de los casos, seguido por médico clínico en 9.7 % y otras especialidades en 14 pacientes (3.7 %). El tiempo desde el primer síntoma hasta la atención médica por un reumatólogo fue de 4 meses [RIC 2-8]. Se compararon pacientes con <=4 y >4 meses de demora en la atención especializada. Los pacientes con menor demora eran más jóvenes con mayor proporción de mestizos, menor nivel socioeconómico y cobertura de salud, mayor frecuencia de hospitalizaciones, infecciones graves y uso de micofenolato y de dosis altas de corticoides. La alopecia y la artritis fueron más frecuentes entre los pacientes con menor demora. El lugar de diagnóstico más frecuente fue durante la hospitalización (Tabla 1).

Conclusión: El tiempo al diagnóstico y a la consulta especializada es similar en nuestra cohorte, ya que el diagnostico de Lupus lo realiza principalmente el reumatólogo. La artritis y la alopecia fueron manifestaciones que promovieron una atención más rápida con el reumatólogo, aunque la gravedad de la enfermedad, determinada por mayor uso de algunos inmunosupresores o el diagnóstico de la enfermedad durante la hospitalización, hace que la demora sea menor.

Dosis máxima de corticoides, n(%)				0.005
Sin dosis	25 (9.8%)	8 (6.1%)	17 (14%)	
<= 10 mg/d de prednisona o equivalente	153 (60%)	71 (54%)	82 (66%)	
10-30 mg/d	59 (23%)	38 (29%)	21 (17%)	
>30-60 mg/d	19 (7.4%)	14 (11%)	5 (4.0%)	
Pulsos de corticoides, n(%) Presente+Pasado	184 (47%)	99 (50%)	85 (44%)	0.781
CRITERIOS ACUMULADOS				
Fiebre, n(%)	94 (26%)	40 (23%)	54 (29%)	0.212
Alopecia, n(%)	184 (51%)	102 (57%)	82 (44%)	0.016
Eritema malar, n(%)	205 (56%)	103 (58%)	102 (54%)	0.533
Fotosensibilidad, n(%)	199 (55%)	97 (55%)	102 (55%)	1.000
Úlceras orales/nasofaríngeas, n(%)	129 (36%)	66 (37%)	63 (34%)	0.569
Artritis, n(%)	260 (71%)	140 (78%)	120 (64%)	0.004
Pleuritis, n(%)	72 (20%)	31 (18%)	41 (22%)	0.342
Pericarditis, n(%)	47 (13%)	19 (11%)	28 (15%)	0.267
Proteinuria persistente, n(%)	117 (32%)	49 (28%)	68 (37%)	0.104
Cilindros celulares, n(%)	39 (11%)	25 (14%)	14 (7.7%)	0.068
Leucopenia, n(%)	123 (34%)	62 (35%)	59 (32%)	0.628
Linfopenia, n(%)	113 (32%)	61 (34%)	52 (29%)	0.326
Trombocitopenia, n(%)	81 (22%)	35 (20%)	46 (25%)	0.239
Anemia hemolítica, n(%)	33 (9.2%)	12 (6.8%)	21 (11%)	0.174
Convulsiones, n(%)	16 (4.4%)	8 (4.5%)	8 (4.3%)	1.000
Psicosis, n(%)	12 (3.3%)	8 (4.5%)	4 (2.2%)	0.338

[1] Mediana [Q1, Q3]; n (%)
[2] Wilcoxon rank sum test; Pearson's Chi-squared test

Variable	Total N = 393[1]	Demora turno con Reumatólogo <=4 meses N = 195[1]	Demora turno con Reumatólogo >4 meses N = 194[1]	p-valor[2]
Edad al ingreso (años), mediana [Q1,Q3]	35 [26, 49]	30 [23, 42]	39 [32, 53]	<0.001
Sexo Femenino, n(%)	346 (88%)	175 (88%)	171 (88%)	1.000
Etnia, n(%)				0.031
Afro Latinoamericano	4 (1.0%)	0 (0%)	4 (2.1%)	
Amerindio	25 (6.4%)	13 (6.5%)	12 (6.2%)	
Caucásico	97 (25%)	42 (21%)	55 (28%)	
Mestizo	236 (60%)	132 (66%)	104 (54%)	
Lugar de diagnóstico, n(%)				0.004
Ambulatorio	78 (20%)	31 (16%)	47 (24%)	
Centro de atención primaria de la salud	3 (0.8%)	0 (0%)	3 (1.6%)	
Hospital/Sanatorio/Clínica	246 (64%)	123 (64%)	123 (64%)	
Hospitalización	58 (15%)	39 (20%)	19 (9.9%)	
Profesional, n(%)				0.317
Médico clínico	37 (9.7%)	22 (11%)	15 (8.0%)	
Médico de atención primaria de la salud	2 (0.5%)	0 (0%)	2 (1.1%)	
Otro	14 (3.7%)	6 (3.1%)	8 (4.3%)	
Reumatólogo	328 (86%)	166 (86%)	162 (87%)	
Daño orgánico (SLICC), n(%)	102 (38%)	50 (37%)	52 (39%)	0.900
TRATAMIENTOS				
Antipalúdicos, n(%) Presente+Pasado	384 (99%)	196 (100%)	188 (98%)	0.126
Metotrexato, n(%) Presente+Pasado	104 (27%)	45 (23%)	59 (31%)	0.093
Azatioprina, n(%) Presente+Pasado	97 (24%)	47 (22%)	50 (27%)	0.317
Micofenolato, n(%) Presente+Pasado	77 (36%)	47 (44%)	30 (28%)	0.026
Ciclofosfamida IV, n(%) Presente+Pasado	97 (25%)	55 (28%)	42 (22%)	0.229
Rituximab, n(%) Presente+Pasado	33 (8.7%)	18 (9.3%)	15 (8.1%)	0.812

Evaluar la indicación de tromboprofilaxis primaria con bajas dosis de aspirina en pacientes con inhibidor lúpico positivo

LES / SAF 0079

Ricardo Méndez[1], Sabrina Porta[1], María Natalia Tamborenea[1], Lucía María Castorino[1], Fernanda Ingenito[2], Natalia Baeza[2], Carolina León[2], Marisa Laura Quiroga[3], Débora Schuster[3]

1. Unidad de Reumatología, Hospital General de Agudos Carlos G. Durand; 2. Laboratorio de Inmunología, Hospital General de Agudos Carlos G. Durand; 3. Laboratorio de Hemostasia, Hospital General de Agudos Carlos G. Durand

Introducción: El riesgo de trombosis en pacientes con anticuerpos antifosfolípidos (AAF) positivos depende de no solo del isotipo, el título y su persistencia a lo largo del tiempo, sino también de otros factores como la inmovilización prolongada, riesgo cardiovascular, enfermedades autoinmunes asociadas y antecedentes obstétricos. En la práctica diaria se recomienda la tromboprofilaxis primaria con aspirina (AAS) según los factores de riesgo mencionados.

Objetivo: 1) Evaluar la indicación de tromboprofilaxis primaria con AAS en pacientes con inhibidor lúpico (IL) positivo. 2) Describir y comparar las características clínicas, sociodemográficas y serológicas.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de corte transversal, con recolección retrospectiva de los datos. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con al menos una determinación positiva de IL, realizado durante el periodo 2024-2025, en un hospital público de CABA. Se excluyeron aquellos con evento trombótico arterial o venoso documentado. Se evaluaron características demográficas, serológicas, y tratamiento con AAS hidroxicloroquina (HCQ). Las variables categóricas se reportan en frecuencias y porcentajes. Las variables continuas se reportan como media y desvío estándar.

Resultados: Se incluyeron 112 pacientes con una media de edad 44.9 (DE+- 13) años. El 95 % (106/112) eran de sexo femenino y el 22 % (25/112) tenían diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES). El 45 % (50/112) presentaron morbilidad obstétrica. 43 % (48/112) se encontraban en tratamiento con HCQ. El 62 % (69/112) presentaron IL positivo en una determinación, 38 % (43/112) en dos o más determinaciones. Solo 13 % (14/112) y el 5.4 % (6/112) eran doble y triple positivos respectivamente. El 45 % (50/112) recibían AAS y 28 % (31/112) lo hacían concomitantemente con HCQ (p=<0.001). Del total de pacientes con LES, solo 36 % (18/25) recibían AAS vs. 11 % (7/25) que no la recibían (p=0.004). El 36 % (25/69) de los pacientes con al menos una determinación positiva para IL recibían AAS vs. 64 % (44/69) (p=0.038). De los pacientes con dos o más determinaciones positivas para IL, 58 % (25/43) recibían profilaxis vs. 42 % sin tratamiento (18/43) (p=0.038). El 86 % (12/14) de pacientes doble positivos recibían AAS vs. 14 % (2/14) (p=0.003).

Conclusión: Un porcentaje relevante de pacientes con enfermedad autoinmune asociada y/o perfil serológico de alto riesgo no se encontraban en tratamiento con AAS, reflejando las discrepancias de su indicación en la actualidad. Se necesitan más estudios que avalen un consenso general de esta recomendación.

Característica	No aspirina (n=62)	Sí aspirina (n=50	*p-value*	Total (N=112)
Sexo femenino, n (%)	58 (94 %)	48 (96 %)	0.700	106 (95 %)
Edad, media (DE)	45.7 (14.5)	43.8 (11.8)	0.4478	44.9 (13.3)
Lupus eritematoso sistémico, n (%)	7 (11 %)	18 (36 %)	0.004	25 (22 %)
Otras enfermedades del tejido conectivo, n (%)	4 (6.5 %)	3 (6.0 %)	1.000	7 (6.3 %)
Uso de hidroxicloroquina, n (%)	17 (27 %)	31 (62 %)	<0.001	48 (43 %)
Anticoagulante lúpico + (1 determinación), n (%)	44 (71 %)	25 (50 %)	0.038	69 (62 %)
Anticoagulante lúpico + (persistente), n (%)	18 (29 %)	25 (50 %)	0.038	43 (38 %)
Anticuerpos antifosfolípidos (doble +), n (%)	2 (3.2 %)	12 (24 %)	0.003	14 (13 %)
Anticuerpos antifosfolípidos (triple +), n (%)	3 (4.8 %)	3 (6.0 %)	1.000	6 (5.4 %)

Recurrencia de infecciones graves en lupus eritematoso sistémico: análisis del registro RELESSAR transversal

LES / SAF 0085

Joan Manuel Dapeña[1], Lucila García[2], Rosana Quintana[3], Sandy Sapag Durán[3], Paula Beatriz Alba Moreyra[3], Cecilia Pisoni[3], Heber Matías Figueredo[3], María Julia Santa Cruz[3], María Victoria Martire[3], Óscar Rillo[3], Romina Nieto[3], Alberto Allievi[3], Alberto Omar Orden[3], Diana Dubinsky[3], Andrea Vanesa González[3], Víctor Daniel Caputo[3], Ramiro Gómez[3], Graciela Gómez[3], Graciela Rodríguez[3], María Victoria Gazzoni[3], Romina Rojas Tessel[3], Pablo Finucci Curi[3], Pablo Astesana[3], María Emilia Sattler[3], Mercedes García[2]

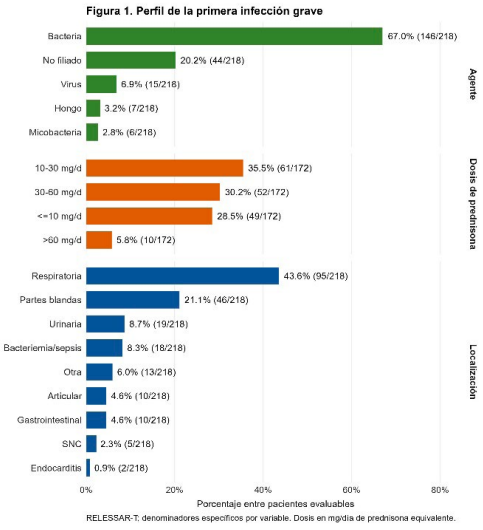
1. Hospital Santojanni; 2. Hospital General de Agudos San Martín, La Plata; 3. RELESSAR

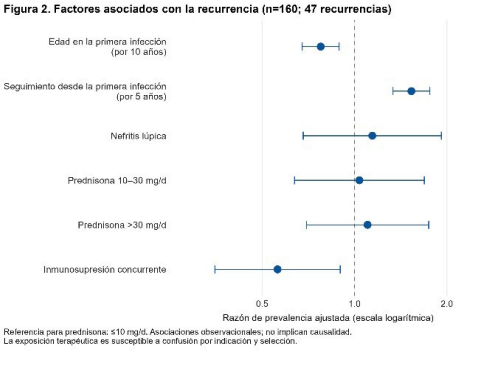
Introducción: Las infecciones graves son causa de internación y mortalidad en el lupus eritematoso sistémico (LES). RELESSAR describió las hospitalizaciones por infección, pero no su recurrencia ni el primer episodio.

Objetivo: Determinar la frecuencia de recurrencia de infecciones graves y evaluar los factores clínicos, terapéuticos y temporales asociados con la recurrencia.

Métodos: Estudio multicéntrico, retrospectivo y transversal basado en RELESSAR-T. De 1.596 pacientes, 1.523 tenían registrado si presentaron infección grave. Se definió infección grave como la que requirió internación y recurrencia, como dos o más episodios. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIC), y las categóricas como frecuencia y porcentaje. Se utilizaron Wilcoxon o Fisher. Entre quienes presentaron infección se describieron localización, agente causal y tratamiento concurrente al primer episodio. En casos completos se estimaron razones de prevalencia ajustadas (RPa) mediante regresión de Poisson robusta agrupada por centro. El modelo incluyó edad al primer episodio, intervalo hasta la última evaluación, nefritis, dosis concurrente de prednisona y estado de inmunosupresión concurrente.

Resultados: El 14,3 % (n=218) de 1.523 pacientes evaluables presentó infección grave; entre ellos, el 26,6 % (n=58) presentó recurrencia. En 203 pacientes con fechas de diagnóstico y primera infección evaluables, el 63,5 % (n=129) presentó el episodio dentro de los cinco años del diagnóstico. Predominaron la localización respiratoria, 43,6 % (n=95), y la etiología bacteriana, 67,0 % (n=146) (Figura 1). Los pacientes con recurrencia presentaron menor edad al primer episodio: 26,6 años [RIC 20,1–33,7] vs. 30,7 años [RIC 22,6–42,0]; p=0,025, y mayor intervalo hasta la última evaluación: 6,5 años [RIC 3,8–13,8] vs. 1,9 años [RIC 0,3–4,4]; p < 0,001. En el modelo primario (n=160; 47 recurrencias), la edad se asoció inversamente con recurrencia (RPa por 10 años 0,78; IC95 % 0,68–0,89) y el intervalo, en forma directa (RPa por 5 años 1,53; IC95 % 1,33–1,76). No se observaron asociaciones con nefritis ni con la dosis de prednisona. El estado de inmunosupresión concurrente se asoció inversamente con recurrencia (RPa 0,56; IC95 % 0,35–0,90) (Figura 2).





Conclusión: Más de una cuarta parte de los pacientes con infección grave presentó recurrencia y casi dos tercios de los primeros episodios ocurrieron durante los primeros cinco años del LES. La recurrencia se asoció con menor edad al primer episodio y mayor intervalo hasta la última evaluación. La asociación inversa con inmunosupresión concurrente debe interpretarse con cautela por la naturaleza retrospectiva de la cohorte, la temporalidad incompleta y la posible confusión por indicación.

Edad al diagnóstico y daño acumulado en el lupus eritematoso sistémico: análisis del registro RELESSAR transversal

LES / SAF 0087

Joan Manuel Dapeña[1], Lucila García[2], Rosana Quintana[3], Alberto Spindler[3], Susana Roverano[3], Catalina Gómez[3], María Celina De La Vega[3], Luciana González Lucero[3], Sergio Gordon[3], Julia Romero[3], Vanina Góngora[3], Cristina Guadalupe Battagliotti[3], Roberto Baez[3], Valeria Arturi[3], Mario Alberto Goñi[3], María Marcela Schmid[3], María Eugenia Bedoya[3], Nadia Domínguez[3], Victoria Collado[3], Zaida Noemí Bedran[3], Mónica Sacnun[3], Marina Werner[3], Maximiliano Machado Escobar[3], Ana Carolina Curti[3], Silvia Mabel Babini[3], Mercedes García[2]

1. Hospital Santojanni; 2. Hospital General de Agudos San Martín, La Plata; 3. RELESSAR

Introducción: La edad al diagnóstico se ha asociado con diferencias en las manifestaciones clínicas y el daño acumulado del lupus eritematoso sistémico (LES). RELESSAR comunicó previamente daño y manifestaciones clínicas; sin embargo, no evaluó como objetivo principal las diferencias según grupos de edad al diagnóstico.

Objetivo: Evaluar la asociación entre la edad al diagnóstico y el daño acumulado y describir diferencias en actividad y manifestaciones clínicas seleccionadas en pacientes del registro RELESSAR transversal.

Métodos: Estudio observacional transversal multicéntrico. Los pacientes se clasificaron según la edad al diagnóstico en juvenil (<18 años), adulto (18–49) o tardío (≥50). Los desenlaces principales fueron SDI ≥1 y puntaje total del SDI; como secundarios se analizaron SLEDAI >4, nefritis lúpica y hospitalización por actividad. Se estimaron razones de prevalencia (RP) mediante regresión de Poisson con varianza robusta agrupada por centro y razones de medias del puntaje (RM) mediante regresión binomial negativa. Los modelos se ajustaron por duración de la enfermedad, sexo, raza y era diagnóstica. Se repitió el análisis con edad al primer síntoma. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p < 0,05. Los análisis se realizaron con R 4.6.1.

Figura 1. Daño acumulado según edad al diagnóstico (SDI ≥1)

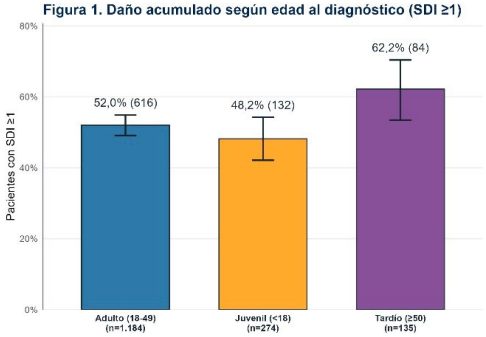
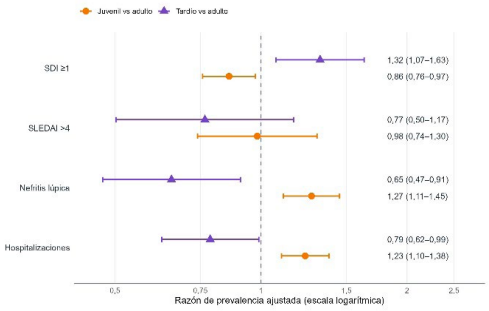


Figura 2. Asociaciones ajustadas por edad al diagnóstico



Resultados: Se incluyeron 1.593 pacientes: 17,2 % (n=274) juveniles, 74,3 % (n=1.184) adultos y 8,5 % (n=135) tardíos. La frecuencia de SDI ≥1 fue 48,2 % (n=132), 52,0 % (n=616) y 62,2 % (n=84), respectivamente (Figura 1). Los modelos primarios incluyeron 1.542 casos completos. Frente al grupo adulto, el diagnóstico tardío se asoció con mayor prevalencia de daño (RP 1,32; IC95 % 1,07–1,63) y mayor puntaje SDI (RM 1,51; IC95 % 1,16–1,97); el juvenil se asoció con menor prevalencia de daño (RP 0,86; IC95 % 0,76–0,97), sin diferencias concluyentes en el puntaje (RM 0,84; IC95 % 0,69–1,03). La nefritis lúpica se observó en 55,5 % (151 de 272) de los juveniles, 41,6 % (488 de 1.173) de los adultos y 26,1 % (35 de 134) de los tardíos; las RP fueron 1,27 (IC95 % 1,11–1,45) y 0,65 (IC95 % 0,47–0,91) para juvenil y tardío. La hospitalización por actividad se observó en 63,2 % (170 de 269), 51,6 % (600 de 1.162) y 40,2 % (53 de 132); las RP fueron 1,23 (IC95 % 1,10–1,38) y 0,79 (IC95 % 0,62–0,99). SLEDAI >4 se observó en 21,9 % (n=60), 23,1 % (n=274) y 19,3 % (n=26); las RP fueron 0,98 (IC95 % 0,74–1,30) y 0,77 (IC95 % 0,50–1,17) (Figura 2). Con edad al primer síntoma, 80 de 1.593 pacientes cambiaron de categoría y se mantuvieron las asociaciones del grupo tardío con SDI ≥1 (RP 1,34; IC95 % 1,07–1,68) y puntaje SDI (RM 1,45; IC95 % 1,12–1,88).

Conclusión: En esta cohorte de atención adulta, el diagnóstico tardío se asoció con mayor daño acumulado, mientras que el juvenil se asoció con menor prevalencia de daño, pero con mayor frecuencia de nefritis lúpica y hospitalización por actividad.

Frecuencia de interacciones farmacológicas, polifarmacia y adherencia al tratamiento en pacientes con lupus eritematoso sistémico

LES / SAF 0088

Joan Manuel Dapeña[1], Mariana Benegas[1], Agustina Meuli[1], Patricia Belén Domínguez Leiva[1], Sofía Cherey[2], Silvia Papasidero[2], Luis Fernando Hoyos Calderón[3], Sandra Petruzzelli[4], Andrea Verónica Suárez[4], Alejandra María Celenza[4]

1. Sanatorio Dr. Julio Méndez; 2. Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú; 3. Hospital Nacional Dr. Alejandro Posadas; 4. Hospital Santojanni

Introducción: Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) reciben múltiples tratamientos, aumentando las combinaciones farmacológicas potencialmente relevantes. Existen pocos datos argentinos que integren interacciones farmacológicas (IF), carga farmacológica y adherencia.

Objetivo: 1) Describir la frecuencia de IF, polifarmacia e hiperpolifarmacia. 2) Identificar los pares que requieren considerar modificar o evitar la combinación (D/X) más frecuente. 3) Evaluar la asociación entre carga farmacológica y adherencia y explorar características asociadas con D/X.

Tabla 1. Factores asociados con la presencia de D/X: regresión logística multivariable (n=126)

Factor	OR ajustado	IC95%	p
Polifarmacia (≥5 fármacos)	10,54	4,04–27,50	<0,001
Comorbilidades	1,31	1–1,72	0,049
Edad	0,94	0,65–1,34	0,712
SLEDAI-2K	0,70	0,40–1,22	0,214
SDI	1,01	0,65–1,57	0,955

Referencias =OR: odds ratio; SLEDAI-2K: índice de actividad del LES; SDI: índice de daño acumulado SLICC/ACR. D: considerar modificar; X: evitar la combinación.

Métodos: Estudio multicéntrico transversal en adultos ambulatorios con LES ACR/EULAR 2019 y =2 fármacos activos. Las IF se evaluaron de forma centralizada mediante la base de interacciones farmacológicas Lexidrug, que clasifica la conducta recomendada en: A, sin interacción conocida; B, sin acción requerida; C, monitorizar; D, considerar modificar; y X, evitar la combinación. Se consideraron IF las categorías B, C, D y X; D/X fueron prioritarias. Polifarmacia e hiperpolifarmacia se definieron como =5 y =10 fármacos regulares, respectivamente; adherencia baja, como CQR-19 <80,7 puntos. Se estimaron proporciones con IC95 %; se utilizaron chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher y regresión logística univariable y multivariable, informando OR con IC95 %. Se consideró una $p < 0,05$. Se utilizó R 4.6.1.

Resultados: Se incluyeron 132 pacientes de cinco centros; el 97 % (128) correspondió a mujeres y la media de edad fue 46,2 años (DE 13). La frecuencia de polifarmacia fue 46,2 % (61; IC95 % 37,9–54,7), la de hiperpolifarmacia 10,6 % (14; IC95 % 6,4–17) y la de adherencia baja 66,7 % (88; IC95 % 58,3–74,1). Se evaluaron 3256 pares y se detectaron 652 IF: B 36,3 % (237), C 51,4 % (335), D 12,1 % (79) y X 0,2 % (1). El 86,4 % (114; IC95 % 79,5–91,2) presentó =1 IF y el 34,8 % (46; IC95 % 27,3–43,3) presentó D/X; según la máxima categoría individual, 18 no tuvieron IF, 9 tuvieron B, 59 C, 45 D y 1 X. Los pares D/X más frecuentes fueron calcio-levotiroxina, calcio-hierro, calcio-ibandronato, enalapril-trimetoprima y metotrexato-omeprazol. La adherencia baja no se asoció con polifarmacia (OR 0,91; IC95 % 0,44–1,88; p=0,805) ni difirió entre los grupos con <5, 5–9 y =10 fármacos (p=0,510). En el modelo multivariable, la polifarmacia se asoció con D/X y el número de comorbilidades mostró una asociación limítrofe (Tabla 1).

Conclusión: Las IF fueron frecuentes y uno de cada tres pacientes presentó D/X. La polifarmacia fue el principal factor asociado con D/X y el número de comorbilidades mostró una asociación de menor magnitud, mientras que la carga farmacológica no se relacionó con adherencia baja. La evaluación sistemática de los pares farmacológicos podría contribuir a identificar riesgos relacionados con el tratamiento en pacientes con LES.

Complejidad del régimen terapéutico y adherencia en pacientes con lupus eritematoso sistémico

LES / SAF 0089

Joan Manuel Dapeña[1], Mariana Benegas[1], Agustina Meuli[1], Patricia Belén Domínguez Leiva[1], Sofía Cherey[2], Silvia Papasidero[2], Luis Fernando Hoyos Calderón[3], Sandra Petruzzelli[4], Andrea Verónica Suárez[4], Alejandra María Celenza[4]

1. Sanatorio Dr. Julio Méndez; 2. Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú; 3. Hospital Nacional Dr. Alejandro Posadas; 4. Hospital Santojanni

Introducción: En el lupus eritematoso sistémico (LES), el recuento de medicamentos no describe toda la complejidad del tratamiento: también importan las formas y vías de administración, la frecuencia y las instrucciones. El Medication Regimen Complexity Index (MRCI) permite cuantificar de manera estandarizada la complejidad estructural del régimen farmacológico y puede ser calculado por un profesional de la salud a partir de los tratamientos consignados. Su relación con la adherencia está poco caracterizada.

Objetivo: Describir la complejidad farmacológica mediante MRCI, analizar su relación con la carga de medicamentos y evaluar su asociación con la adherencia.

Métodos: Estudio multicéntrico transversal en adultos ambulatorios con LES ACR/EULAR 2019 y ≥2 fármacos activos. El MRCI se calculó sobre todos los tratamientos consignados, asignando puntajes según la vía/

forma farmacéutica, la frecuencia y las instrucciones adicionales. La suma de esos puntajes conformó el MRCI total; a mayor puntaje, mayor complejidad. Polifarmacia se definió como ≥5 fármacos e hiperpolifarmacia como ≥10. El MRCI se comparó entre pacientes con <5, 5–9 y ≥10 fármacos mediante Kruskal-Wallis. La adherencia se evaluó con CQR-19. Su relación con el MRCI se analizó mediante correlación de Spearman. Además, se construyó una regresión lineal multivariable con CQR-19 como variable dependiente y MRCI continuo como variable explicativa. El modelo se ajustó por edad, Graffar, SLEDAI-2K, SDI y comorbilidades. Se consideró significativo p < 0,05. Se utilizó R 4.6.1.

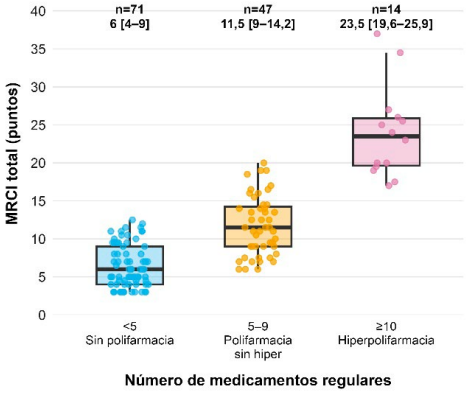


Figura 1. Distribución del MRCI según medicamentos regulares (N=132).
Polifarmacia: ≥5; hiperpolifarmacia: ≥10 como subgrupo anidado.
Puntos: pacientes; cajas: mediana y rango intercuartílico.
Valores superiores: mediana [P25–P75]. Kruskal-Wallis H=71,78; p<0,001.

Resultados: Se incluyeron 132 pacientes y 828 tratamientos. El MRCI fue 9 (RIC 5–12,5). Del total de puntos acumulados, la frecuencia de administración aportó 78,9 %; la vía/forma farmacéutica, 19,1 % y las instrucciones adicionales, 2 %. La polifarmacia fue 46,2 % (61) y la hiperpolifarmacia 10,6 % (14). La mediana del MRCI fue 6, 11,5 y 23,5 en pacientes con <5, 5–9 y ≥10 fármacos, respectivamente (H=71,78; p<0,001). Este gradiente se muestra en la Figura 1. El CQR-19 fue 68,4 (RIC 54,4–87,7). La correlación entre MRCI y CQR-19 fue débil e inversa (rho=-0,186; p=0,033). En el modelo ajustado (N=123), no se observó asociación entre MRCI y CQR-19 (β=0,06; IC95 % -0,58 a 0,71; p=0,846).

Conclusión: El MRCI aumentó con la carga farmacológica y la frecuencia de administración fue el principal componente del puntaje. La correlación con la adherencia fue débil e inversa, pero el análisis ajustado no mostró una asociación entre ambas variables.

Carga de factores de riesgo cardiovascular y estrategias de prevención en pacientes con lupus eritematoso sistémico: análisis integrado de los registros RELESSAR-T y RELESSAR-P

LES / SAF | 0095

Malena Viola[1], María Celina De La Vega[1], Belén María Virasoro[1], María Eugenia Urroz[1], Joan Manuel Dapeña[2], Carla Andrea Gobbi[3], Alejandro Brigante[4], Marina Micelli[5], Paula Alba[6], Agustina Damico[7], Ivana Romina Rojas Tessel[8], Mercedes García[9], Cecilia Castro[10], María Florencia Gordillo[11], Claudia Pena[9], Gelsomina Alle[12], Roberto Baez[13], María Pía Izaguirre Germain[5], Micaela Cosatti[14], Alejandro Muñoz[15], Gisela Pendon[16], Cecilia Pisoni[14], Carolina Aeschlimann[17], Fernando Arizpe[18], Verónica Bellomio[19], José Manuel Díaz Ochoa[19], Pablo Nicolás Vece[19], Emilce Del Milagro García Núñez[19], Juan Manuel Rodríguez Gramazza[9], Alfonsina Maitén Sarde[9], Amira Buganem[9], Sofía Cherey[20], Julia Scafati[9], Lucila García[9]

1. Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich; 2. Hospital César Milstein; 3. Hospital Allende, Córdoba; 4. Sanatorio Güemes; 5. Hospital General de Agudos Ramos Mejía; 6. Hospital Córdoba; 7. Hospital Naval Puerto Belgrano; 8. Hospital Señor del Milagro; 9 Hospital General de Agudos San Martín, La Plata; 10. Hospital Bernardino Rivadavia; 11. Hospital Antonio Scaravelli; 12. Hospital Italiano De Buenos Aires; 13. Centro Médico IMIA; 14. CEMIC; 15. Centro Médico San Fernando; 16. Hospital Ricardo Gutiérrez de La Plata; 17Hospital Provincial De Rosario; 18Hospital San Roque De Gonnet; 19Hospital Ángel C. Padilla; 20Hospital Tornú

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) se asocia con un aumento significativo de la morbimortalidad cardiovascular, debido a la interacción entre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) tradicionales y mecanismos propios de la enfermedad, como la inflamación crónica, el daño acumulado, la nefritis lúpica, el síndrome antifosfolípido (SAF) y la exposición prolongada a glucocorticoides. La identificación y el tratamiento precoz de estos factores son fundamentales; sin embargo, existe escasa información en Latinoamérica sobre la carga de FRCV tradicionales y la prevención cardiovascular en pacientes con LES.

Objetivo: Caracterizar la carga de FRCV tradicionales, identificar los factores asociados con la presencia de 2 o más FRCV tradicionales y describir la utilización de estrategias farmacológicas de prevención cardiovascular según la condición clínica en pacientes con LES.

Métodos: Estudio observacional multicéntrico que integró datos de los registros argentinos RELESSAR-T (transversal) y RELESSAR-P (prospectivo). Se evaluaron hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus, dislipidemia y tabaquismo. El desenlace fue la presencia de 2 o más FRCV tradicionales. Se realizó un análisis de regresión logística para identificar los factores asociados con dicho desenlace y se evaluó la utilización de estrategias farmacológicas de prevención cardiovascular según la condición clínica.

Resultados: Se incluyeron 1.932 pacientes con LES (RELESSAR-T, n=1515; RELESSAR-P, n=417). Los FRCV tradicionales más frecuentes fueron el tabaquismo (30,5 %) y la HTA (22,1 %). El 15,6 % de los pacientes presentó 2 o más FRCV tradicionales, con mayor frecuencia en RELESSAR-T que en RELESSAR-P (17,2 % vs. 10,1 %; p < 0,001). En el análisis multivariado, la edad (OR: 1,05; IC95 %: 1,04–1,07), el daño acumulado medido mediante SLICC-SDI (OR: 1,26; IC95 %: 1,16–1,38) y la nefritis lúpica (OR: 2,30; IC95 %: 1,73–3,06) se asociaron de forma independiente con la presencia de 2 o más FRCV tradicionales (Tabla1). La utilización de estrategias farmacológicas de prevención cardiovascular varió según la condición clínica (Tabla 2).

Conclusión: El 15,6 % de los pacientes con LES presentó 2 o más FRCV tradicionales. La edad, el daño acumulado y la nefritis lúpica se asociaron de manera independiente con esta condición. Se identificaron brechas en la utilización de estrategias farmacológicas de prevención cardiovascular en subgrupos con indicación de tratamiento preventivo.

Tabla 1. Factores asociados con ≥2 factores de riesgo cardiovascular tradicionales basal

Característica	Univariado				Multivariable		
	N	OR[1]	95% CI[1]	p-value	OR[1]	95% CI[1]	p-value
Edad, años	1,839	1.05	1.04, 1.06	<0.001	1.05	1.04, 1.07	<0.001
Sexo Masculino	1,932	1.85	1.26, 2.66	0.001			
Duración	1,805	1.00	1.00, 1.00	<0.001			
SLEDAI-2K	1,859	0.99	0.96, 1.01	0.400			
SLICC-SDI	1,796	1.42	1.31, 1.54	<0.001	1.26	1.16, 1.38	<0.001
Nefritis Lúpica	1,865	1.83	1.43, 2.35	<0.001	2.30	1.73, 3.06	<0.001
Corticoide Pulso	1,912	0.66	0.47, 0.91	0.014			
C3, C4 Bajo	1,815	0.99	0.72, 1.39	1.00			
Si							
Corticoides	1,932	0.70	0.50, 0.97	0.035			
Sin dosis							
SAF (Anticuerpos sin clínica)	1,785	1.84	0.61, 8.02	0.3			
Antipalúdicos	1,812	0.36	0.18, 0.73	0.003			
Anti B2GP1	1,245	0.68	0.41, 1.06	0.10			
Inhibidor Lúpico	1,474	1.13	0.78, 1.60	0.5			
Metotrexato	1,804	0.77	0.55, 1.05	0.11			
Azatioprina	1,796	1.25	0.96, 1.63	0.094			
Micofenolato Mofetil	1,614	1.26	0.94, 1.68	0.11			
Biológicos	1,740	0.45	0.17, 0.96	0.063			
Anti RNP	1,625	0.86	0.62, 1.17	0.3			

[1] OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

Tabla 2. Adecuación de las estrategias preventivas según condición clínica

Condición Clínica	Pacientes	Estrategia Evaluada	n (%)
Todos los pacientes con LES	1932	Hidroxicloroquina	1773 (91.8%)
HTA	416	Antihipertensivos	297 (77.7%)
Dislipidemia	309	Estatinas	151 (52.6%)
Proteinuria o nefritis lúpica	868	IECA/ARA II	585 (74.3%)
SAF trombótico	206	Anticoagulación	114 (58.5%)
Anticuerpos antifosfolípidos sin trombosis	346	Antiagregantes	151 (49%)

Caracterización de pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico seropositivos para anti-Ro52: estudio de cohorte

LES / SAF 0116

Lorena Alejandra Avilés Crespo, Carolina Ayelén Isnardi, Luis Fernando Hoyos Calderón, Julieta Gamba, Claudia Peón, Cristian Alejandro Benítez, Yhanderin Yampa Vedia, Arisai Graciela Huici Rojas, Deisy F. Morán Díaz, Nayra Arancibia, Agustina Alfaro

Hospital Nacional Dr. Alejandro Posadas

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad caracterizada por la presencia de autoanticuerpos y curso clínico variable. El rol del anti-Ro52 no está claro, aunque algunos estudios sugieren que se asociaría a mayor actividad.

Objetivo: Comparar las manifestaciones clínicas, actividad y daño orgánico entre pacientes con LES anti-Ro52 positivos y negativos del Hospital Nacional Alejandro Posadas.

Métodos: Estudio analítico observacional de cohorte ambispectivo con dos grupos definidos por la presencia o ausencia de anticuerpos anti-Ro52 por inmunoensayo lineal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES >=16 años que fueron seguidos anualmente desde el año 2023 y hasta la última visita, pérdida de seguimiento o muerte. Se consignaron variables sociodemográficas, clínicas y serológicas. Como medida desenlace se registró la actividad de la enfermedad por SLEDAI y CLASI, daño por SDI y CLASI daño, tomando como corte SLEDAI>=4, CLASI>=1, SDI>=1 y CLASI daño>=1. Análisis estadístico: analítica descriptiva, t de Student, U de Mann-Whitney, X^2 y prueba exacta de Fisher. Ecuaciones de estimación generalizadas (GEE) y comparaciones no ajustadas por visita (test de Mann-Whitney con corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples).

Resultados: Se registraron 132 pacientes con LES; 38 (28.8 %) presentaron anticuerpos anti-Ro52 positivos. Los pacientes anti-Ro52(+) tenían mayor edad al diagnóstico (mediana 33.5 años (Q1-Q3 24-41.5) vs. mediana 26 años (Q1-Q3 19-35.8), p=0.053) y presentaban concomitantemente con mayor frecuencia anti-Ro60 y anti-La (78.9 % vs. 29.8 %, p=<0.001; 21.1 % vs. 5.3 %, p=0.010, respectivamente). Se registraron dos pacientes con enfermedad pulmonar intersticial, ambos anti-Ro52(+). El uso de micofenolato fue más frecuente en el grupo anti-Ro52(+) (28.9 % vs. 12.8 %; p=0.026). No se encontraron otras diferencias en relación a la presentación clínica y el daño acumulado (Tabla 1). En el análisis longitudinal, no se encontraron diferencias significativas en el valor de SLEDAI entre los grupos. En la tercera visita el CLASI fue mayor en el grupo anti-Ro52(+) (1.8±1.5 vs. 0.9±1.9, p=0.017); sin embargo, luego de la corrección por comparaciones múltiples esta diferencia pierde la significancia estadística, al igual que mediante GEE. Resultados similares se observaron al aplicar los puntos de corte de SLEDAI y CLASI.

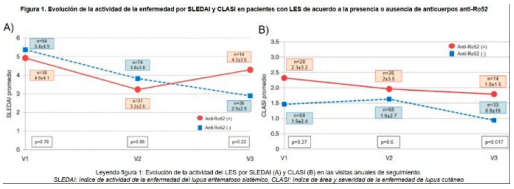
Conclusión: El anticuerpo anti-Ro52(+) se asoció con la presencia de anticuerpos anti-La, anti-Ro60 y al uso del micofenolato mofetil. En cuanto a la actividad, no hubo datos concluyentes que lo asocien con mayor actividad o daño.

Tabla 1. Características de los pacientes con LES de acuerdo con la presencia o ausencia de anticuerpos anti-Ro52

Variable	Total (n=132)	Anti-Ro52 (-) (n=94)	Anti-Ro52 (+) (n=38)	p
Edad al diagnóstico, m (Q1-Q3)	28 (19-38)	26 (19-35.8)	33.5 (24-41.5)	0.053
Sexo femenino, n (%)	120 (90.9)	87 (92.6)	33 (86.6)	0.301
Antecedentes, n (%)				
Tabaquismo	31 (23.5)	18 (19.1)	13 (34.2)	0.065
Sobrepeso/obesidad	29 (22)	22 (23.4)	7 (18.4)	0.531
Hipertensión arterial	23 (17.4)	19 (20.2)	4 (10.5)	0.215
Hipotiroidismo	22 (16.7)	17 (18.1)	5 (13.2)	0.610
Síndrome antifosfolipídico	16 (12.6)	12 (13.3)	4 (11.1)	1
Insuficiencia renal	10 (7.6)	6 (6.4)	4 (10.5)	0.473
Consumo problemático de alcohol	4 (3)	1 (1.1)	3 (7.9)	0.072
Manifestaciones clínicas, n (%)				
Artritis	87 (85.9)	64 (68.1)	23 (60.8)	0.407
Lupus eritematoso cutáneo agudo	67 (60.8)	46 (48.9)	21 (55.2)	0.510
Alopecia	63 (47.3)	45 (47.9)	20 (52.6)	0.956
Compromiso renal	48 (36.4)	31 (33)	17 (44.7)	0.204
Síndrome seco	40 (31)	25 (27.2)	15 (40.5)	0.138
Compromiso hematológico	35 (25.9)	22 (23.4)	13 (34.2)	0.233
Ulceras orales	25 (18.9)	17 (16.1)	8 (21.1)	0.684
Serositis	22 (16.7)	15 (16)	7 (18.4)	0.751
Sistema nervioso central/periférico	6 (4.5)	3 (3.2)	3 (7.9)	0.354
Lupus cutáneo crónico	4 (3)	4 (4.3)	0 (0)	0.324
Lupus cutáneo subagudo	3 (2.3)	3 (2.2)	0 (0)	0.324
Hipertensión pulmonar	2 (1.5)	2 (2.1)	0 (0)	1
Enfermedad pulmonar intersticial	2 (2.1)	0 (0)	2 (5.3)	0.081
Pulmón encogido	1 (0.8)	1 (1.1)	0 (0)	1
Tratamiento, n (%)				
Hidroxicloroquina	131 (99.2)	93 (98.9)	38 (100)	1
Metotrexato	39 (29.5)	30 (21.3)	9 (23.7)	0.404
Azatioprina	29 (22)	21 (22.3)	8 (21.1)	1
Micofenolato mofetil	23 (17.4)	12 (12.8)	11 (28.9)	**0.026**
Ciclofosfamida	18 (13.6)	13 (13.8)	5 (12.2)	0.919
Rituximab	8 (6.1)	7 (7.4)	1 (2.6)	0.438
Leflunomida	4 (3)	4 (4.3)	0 (0)	0.324
Anfirolumab	3 (2.3)	1 (1.1)	2 (5.3)	0.199
Gamaglobulina	1 (0.8)	1 (1.1)	0 (3)	1
Belimumab	1 (0.8)	1 (1.1)	0 (0)	1
Otros inmunosupresores	10 (7.8)	6 (6.4)	4 (10.5)	0.473
Pulsos de metilprednisolona	22 (17.7)	14 (14.9)	8 (21.1)	0.390
CLASI daño y/o SDI >=1, n (%)	43 (32.5)	34 (36.2)	9 (23.7)	0.166

m: mediana, n:número, Q: cuartil, CLASI: índice de área y severidad de la enfermedad de lupus cutáneo, SDI: índice de daño

Figura 1. Evolución de la actividad de la enfermedad por SLEDAI y CLASI en pacientes con LES de acuerdo a la presencia o ausencia de anticuerpos anti-Ro52



Leyenda figura 1. Evolución de la actividad del LES por SLEDAI (A) y CLASI (B) en las visitas anuales de seguimiento.
SLEDAI: índice de actividad de la enfermedad del lupus eritematoso sistémico, CLASI: índice de área y severidad de la enfermedad de lupus cutáneo

Compromiso pulmonar en pacientes con lupus eritematoso sistémico del registro RELESSAR

LES / SAF 0128

Ignacio López[1], Juan Pablo Araque Medina[1], Alejandro Brigante[1], Joan Manuel Dapeña[2], Lucila García[3], Carla Andrea Gobbi[4], Rosana Quintana[5], Malena Viola[6], María Pía Izaguirre Germain[3], Marina Micelli[3], Micaela Cosatti[7], Ivana Romina Rojas Tessel[8], Verónica Bellomio[9], José Manuel Díaz Ochoa[9], Pablo Nicolás Vece[9], Emilce Del Milagro García Núñez[9], Agustina Damico[10], Carolina Aeschlimann[11], Juan Manuel Bande[12], Sofía Cherey[12], María Florencia Gordillo[13], Gelsomina Alle[14], Juan Manuel Rodríguez Gramazza[15], Alfonsina Maitén Sarde[15], Amira Buganem[15], Julia Scafati[15], Juan Ignacio Godín[15], Fernando Arizpe[16], Claudia Pena[15], Gisela Pendon[15], Paula Alba[17], Roberto Baez[18], María Cecilia Castro[19], Jonatan Marcos Mareco[19], Sandy Sapag Durán[20], Alberto Spindler[20], Patricia Álvarez[20], Catalina Gómez[20], Raúl Héctor Paniego[20], Luciana González Lucero[20], María Julia Santa Cruz[20], Rodrigo Alejandro Águila Maldonado[20], Sergio Gordon[20], Julia Romero[20], Alberto Allievi[20], Alberto Omar Orden[20], Gretel Rausch[20], Johana Zacaríaz H.[20], Andrea Vanesa González[20], Juan Manuel Vandale[20], Mario Alberto Goñi[20], Víctor Daniel Caputo[20], María Larroude[20], Graciela Gómez[20], Josefina Marin[20], Victoria Collado[20], María Victoria Gazzoni[20], Maira Alejandra Arias Saavedra[20], Maximiliano Machado Escobar[20], Pablo Astesana[20], Mónica Sacnun[20], Vanesa Paris[20], Bernardo Pons-Estel[20], Mercedes García[20]

1. Sanatorio Güemes; 2. Sanatorio Dr. Julio Méndez; 3. Hospital General de Agudos Ramos Mejía; 4. Sanatorio Allende; 5. UNISAR; 6. Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich; 7. CEMIC; 8. Hospital Señor del Milagro; 9. Hospital Ángel C. Padilla; 10. Hospital Naval Puerto Belgrano; 11. Hospital Provincial de Rosario; 12. Hospital Tornú; 13. Hospital Antonio Scaravelli; 14. Hospital Italiano de Buenos Aires; 15. Hospital General de Agudos San Martín, La Plata; 16. Hospital San Roque de Gonnet; 17. Hospital Córdoba; 18. Centro Médico IMIA; 19. MedNova; 20. RELESSAR

Introducción: El compromiso pulmonar del lupus eritematoso sistémico (LES) es heterogéneo y probablemente subdiagnosticado, contando con información local escasa.

Objetivo: Estimar la frecuencia de compromiso pulmonar, describir características demográficas, clínicas, serológicas y terapéuticas comparado con los pacientes sin compromiso pulmonar.

Métodos: Estudio observacional, analítico, de corte transversal, de ambos registros (prospectivo y transversal) de RELESSAR con datos disponibles sobre compromiso respiratorio. Compromiso pulmonar: una de las siguientes manifestaciones atribuidas al LES: enfermedad pulmonar intersticial (EPI), hemorragia alveolar (HAD), hipertensión pulmonar (HTP), tromboembolismo pulmonar (TEP), síndrome de pulmón encogido (SPE) u otras manifestaciones pulmonares; se excluyó el compromiso pleural aislado. Categóricas n (%), X^2 o Fisher; continuas media (DE) o mediana [RIC], t de Student o Mann-Whitney; p < 0,05.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y serológicas según presencia de compromiso pulmonar.

Variable	Sin compromiso pulmonar (n=1309)	Con compromiso pulmonar (n=163)	p
Edad, años, media (DE)	39,1 (13,7)	41,6 (15,0)	0,069
Sexo femenino, n (%)	1207 (92,2)	145 (89,0)	0,201
Etnia, n (%)			<0,001
Mestiza	580 (45,8)	83 (52,5)	
Caucásica	585 (45,4)	51 (32,3)	
Amerindia	98 (7,6)	24 (15,2)	
Afrolatinoamericana	16 (1,2)	0 (0)	
Duración de la enfermedad, meses, mediana [RIC]	72,8 [30,5–142]	78,4 [28,6–165]	0,416
Duración ≥5 años, n (%)	721 (55,8)	93 (58,9)	0,518
SLEDAI-2K, mediana [RIC]	2,0 [0–4,0]	2,0 [0–6,0]	0,048
SLICC-SDI, mediana [RIC] *	0 [0–1,0]	1,0 [1,0–3,0]	<0,001
Hospitalización asociada al LES, n (%)	686 (52,4)	110 (67,5)	<0,001
Infección grave, n (%)	163 (12,9)	43 (27,9)	<0,001
Perfil serológico, n (%)			
ANA	1261 (97,0)	156 (96,9)	0,810
Anti DNA nativo	1283 (99,6)	152 (95,6)	<0,001
Complemento bajo	1259 (99,7)	153 (96,2)	<0,001
Anti Sm	374 (33,3)	47 (34,6)	0,844
Anti-RNP	271 (24,2)	49 (34,5)	0,011
Anti-Ro/SSA	462 (40,2)	68 (47,6)	0,109
Anti-La/SSB	198 (17,4)	37 (26,1)	0,017
Anticoagulante lúpico	171 (16,3)	21 (15,4)	0,884
Anticardiolipina	277 (24,9)	42 (28,8)	0,365
Anti-β2GPI *	102 (12,0)	12 (10,7)	0,804
Tratamientos (alguna vez), n (%)			
Antimaláricos	1179 (97,8)	145 (95,4)	0,093
Azatioprina	405 (33,6)	66 (42,6)	0,034
Micofenolato mofetil	280 (23,5)	50 (32,7)	0,017
Ciclofosfamida	391 (32,5)	60 (38,7)	0,146
Metotrexato	255 (21,0)	34 (21,5)	0,964
Rituximab	63 (5,2)	13 (8,4)	0,156

* SLICC-SDI: Systemic Lupus International Collaborating Clinics/ACR Damage Index. * Anti-β2GPI: anticuerpos anti-β2-glicoproteína I.
Los porcentajes se calculan sobre los datos disponibles para cada variable; los denominadores varían por datos faltantes.

Tabla 2. Manifestaciones pulmonares en la cohorte transversal (n=1515).

Manifestación pulmonar	n	% de pacientes con compromiso (n=155)	% de la cohorte transversal (n=1515)
Enfermedad pulmonar intersticial *	75	48,4	5,0
Hipertensión pulmonar *	37	23,9	2,5
Hemorragia pulmonar	22	14,2	1,5
Síndrome de pulmón encogido	22	14,2	1,5
Tromboembolismo pulmonar *	16	10,3	1,1
Otras *	15	9,7	1,0
Total de eventos registrados	187	—	—

Los 155 pacientes presentaron 187 eventos; algunos sumaron más de una manifestación, por lo que las categorías no son mutuamente excluyentes.
* Incluye exclusivamente las intersticial y hasta pulmonar (tomo de datos SLICC). * Definida por ecocardiograma y/o Boer de datos SLICC, sin confirmación por cateterismo cardíaco derecho.
* Incluido en la definición de compromiso pulmonar según estimador a priori. * Fibrosis pleural e infarto pulmonar reseñado.

Resultados: Se hallaron 155/1457 pacientes con compromiso pulmonar (10,6 %). La manifestación más frecuente fue EPI 5 % (n= 75) seguida de HTP (37; 2.5 %), HAD (22; 1.5 %), SPE (22; 1.5 %) y TEP (16; 1.1 %). Los pacientes con compromiso pulmonar presentaron mayor frecuencia de hospitalización asociada al LES (67,5 % vs. 52,4 %; p < 0,001), de infección grave (27,9 % vs. 12,9 %; p < 0,001) y mayor daño acumulado (SLICC-SDI mediana 1 [1–3] vs. 0 [0–1]; p < 0,001). En el perfil serológico, mayor frecuencia de anti-RNP (34,5 % vs. 24,2 %; p=0,011) y anti-La/SSB (26,1 % vs. 17,4 %; p=0,017) Anti-ADN (95,6 % vs. 99,6 %; p < 0,001) y la presencia hipocomplementemia (96,2 % vs. 99,7 %; p < 0,001). La exposición acumulada a azatioprina (42,6 % vs. 33,6 %; p=0,034) y micofenolato (32,7 % vs. 23,5 %; p=0,017) fue mayor en el grupo con compromiso pulmonar.

Conclusión: Uno de cada diez pacientes con LES presentó compromiso pulmonar, con predominio de EPI, comparable a la reportada en otras cohortes sin cribado sistemático. Se asoció a mayor hospitalización, mayor frecuencia de infección grave y mayor daño acumulado. Se observó, además, una mayor frecuencia de anti-RNP y anti-La/SSB, Anti-ADN e hipocomplementemia. Al tratarse de un corte transversal de registro sin evaluación respiratoria protocolizada, los hallazgos representan asociaciones sin secuencia temporal y la frecuencia observada probablemente subestima el compromiso subclínico.

Evidencia en vida real de anifrolumab en Argentina

LES / SAF | 0129

Ignacio López[1], Ramiro Gómez[2], Agustina Alfaro[3], Cristian Alejandro Benítez[3], Santiago Catalán Pellet[2], Alejandro Brigante[1], Pablo Maid[2]

1. Sanatorio Güemes; 2. Hospital Universitario Austral; 3. Hospital Nacional Dr. Alejandro Posadas

Introducción: El anifrolumab, anticuerpo monoclonal dirigido contra el receptor de interferón tipo I, fue aprobado para el lupus eritematoso sistémico (LES) sobre la base de los ensayos TULIP-1 y TULIP-2. Existe poca evidencia reportada sobre su efectividad en escenarios de la vida real en Latinoamérica.

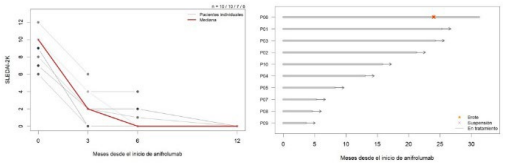
Objetivo: Evaluar respuesta al tratamiento del anifrolumab en la práctica clínica real, así como el perfil prescriptivo y la persistencia del fármaco.

Métodos: Serie de casos retrospectiva y multicéntrica de pacientes con LES según criterios EULAR/ACR 2019 en tratamiento con anifrolumab. Se registraron variables demográficas, clínicas y analíticas a los 3, 6 y 12 meses. Se analizaron variables categóricas como n (%) y continuas como mediana (RIC).

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes, todas mujeres, con una mediana de edad de 32 años [28-45] y de duración del LES de 3,6 años [2,3-5,5]. Todos habían fallado previamente tratamiento con HCQ, inmunomoduladores convencionales (mediana 1, RIC 1-2 inmunomoduladores) y 30 % un tratamiento biológico (Belimumab=2, RTX=1). La mediana de prednisona basal fue 10,0 mg/día [7,5-13,8] y de SLEDAI-2K basal 10 [8-10]; todas recibieron concomitantemente hidroxicloroquina y 80 % un inmunomodulador asociado. El principal motivo de indicación fue actividad mucocutánea en 40 % (n=4), seguida de actividad musculoesquelética en 30 %. La mediana de seguimiento fue de 14,4 meses [6,0-23,5]. Se observó descenso progresivo de SLEDAI-2K, alcanzando una mediana de 2 [2-4] a los 3 meses y 0 [0-1,5] a los 6 meses y de dosis de prednisona, alcanzando 5 mg/día [5,0–5,0] a los 3 meses y 2,5 mg/día [1,2-5,0] a los 6 meses (ver Gráfico). Se registraron eventos adversos en 4/10, todos infecciones (3 respiratorias); no se registró herpes zóster. Una paciente presentó un brote grave con internación y discontinuación a los 24 meses; la persistencia fue 9/10 y no hubo muertes.

Conclusión: El anifrolumab se asoció temporalmente con una reducción de la actividad medida por SLEDAI-2K y de la dosis de glucocorticoides, sin eventos adversos graves en el período observado. Su indicación fue dirigida al compromiso mucocutáneo y musculoesquelético; se requieren registros con mayor cantidad de pacientes y tiempo de seguimiento para confirmar estos hallazgos.

Característica	Valor
Demografía y cronología de la enfermedad	
Sexo femenino	10/10 (100)
Edad al inicio de anifrolumab, años mediana [RIC]	32 [28–45]
Edad al diagnóstico de LES, años mediana [RIC]	30 [24–35]
Duración del LES al inicio de anifrolumab, años mediana [RIC]	3,6 [2,3–5,5]
Retraso diagnóstico, meses (n = 8) mediana [RIC]	4 [3–7]
Perfil serológico	
ANA	10/10 (100)
Anti-DNA nativo	6/10 (60)
Anti-Sm	5/10 (50)
Anti-RNP	4/10 (40)
Anti-Ro	4/10 (40)
Anti-La	3/10 (30)
C3 bajo	3/10 (30)
C4 bajo	4/10 (40)
Anticuerpos antifosfolípidos	2/10 (20)
Manifestaciones acumuladas	
Mucocutánea	10/10 (100)
Musculoesquelética	8/10 (80)
Renal	2/10 (20)
Serosa	2/10 (20)
Hematológica	1/10 (10)
Compromiso activo al inicio de anifrolumab	
Mucocutáneo	10/10 (100)
Lupus cutáneo agudo	9/10 (90)
Úlceras mucosas	7/10 (70)
Fotosensibilidad	7/10 (70)
Alopecia	4/10 (40)
Lupus cutáneo subagudo	2/10 (20)
Musculoesquelético	9/10 (90)
Seroso	2/10 (20)
Hematológico	1/10 (10)
Renal	1/10 (10)
Neuropsiquiátrico	1/10 (10)
Actividad y daño basales	
SLEDAI-2K	10 [8–10]
Tratamiento al inicio de anifrolumab	
Prednisona, mg/día	10,0 [7,5–13,8]
Hidroxicloroquina	10/10 (100)
Inmunosupresor concomitante	8/10 (80)
Metotrexato	3/10 (30)
Azatioprina	2/10 (20)
Micofenolato	2/10 (20)
Ciclofosfamida	1/10 (10)
N.º de inmunosupresores previos	1 [1–2]
Biológico previo	3/10 (30)
Belimumab	2/10 (20)
Rituximab	1/10 (10)
Indicación principal de anifrolumab	
Actividad mucocutánea	4/10 (40)
Actividad musculoesquelética	3/10 (30)
Dependencia de glucocorticoides	2/10 (20)
Actividad persistente	1/10 (10)
Efectividad y persistencia	
Brote durante el seguimiento	1/10 (10)
Persistencia de anifrolumab	9/10 (90)
Discontinuación	1/10 (10)
Seguridad	
Cualquier evento adverso	4/10 (40)
Infección	4/9 (44)
Respiratoria	3/9 (33)
Otra localización	1/9 (11)
Hospitalización	1/10 (10)



Impacto del lupus eritematoso sistémico sobre la percepción de la competencia y el estrés parental

LES / SAF 0132

Luis Fernando Hoyos Calderón[1], Carolina Isnardi[1], Joan Manuel Dapeña[2], Agustina Alfaro[1], Claudia Peón[1], Lorena Alejandra Avilés Crespo[1], Cristian Alejandro Benítez[1], Yhanderin Yampa[1], Arisai Graciela Huici Rojas[1], Deisy F. Morán Díaz[1], Nayra Arancibia[1], Mariana Benegas[2], Julieta Gamba[1]

1. Hospital Nacional Dr. Alejandro Posadas; 2. Sanatorio Dr. Julio Méndez

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva; sin embargo, su impacto en la competencia parental ha sido poco estudiado.

Objetivo: Evaluar la asociación entre la actividad del LES, el dolor, la fatiga, la calidad de vida y la percepción de autoeficacia y estrés parental en pacientes con LES.

Métodos: Estudio observacional, transversal y multicéntrico. Se incluyeron madres y padres con LES y al menos un hijo <= 18 años. Se evaluaron variables sociodemográficas y clínicas, SLEDAI, SLICC, PGA, dolor y fatiga (EVA, cm), LupusQoL, competencia parental (PSOC-R, 16 ítems; mayor puntaje = mayor compe-

tencia) y estrés parental (PSI-SF, 36–180; mayor puntaje = mayor estrés). Se aplicaron puntos de corte clínicos para el PSI-SF (>=90: estrés parental clínicamente significativo) y el PSOC-total (<=60: baja competencia/autoeficacia; 61-73: moderada; >=74: alta). Análisis estadístico: correlación de Spearman, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis; regresión lineal múltiple.

Resultados: Se incluyeron 91 pacientes (94,5 % mujeres), con edad mediana de 37 años (RIC 10,5) (Tabla 1). Los valores medianos de PSOC-R y PSI-SF fueron 54 (RIC 7) y 111 (RIC 31), respectivamente. La mayoría (82,4 %) tuvo estrés significativo (PSI-SF >=90) y (84,6 %) baja percepción de competencia parental (PSOC-total <=60), mientras que solo el 3,3 % alcanzó alta competencia. El PGA se correlacionó de forma inversa con el PSOC-total (a mayor actividad, peor competencia; Rho=-0,700; p < 0,001) y de forma directa con el PSI-SF total (a mayor actividad, mayor estrés; Rho=0,615; p < 0,001). SLEDAI, SLICC, dolor, fatiga y LupusQol mostraron correlaciones débiles y sin significancia estadística con ambos cuestionarios (Tabla 2). En el análisis multivariado el PGA (ß=5,54; IC95 % 3,62-7,45; p < 0,001) y tener al menos un hijo de 13-18 años (ß=4,80; IC95 % 0,59 a 19,65; p=0,038) se asociaron de forma independiente con mayor estrés parental. Para el PSOC-total, únicamente el PGA conservó asociación independiente (ß=-2,43; IC95 % -2,97 a -1,89; p < 0,001).

Conclusión: En pacientes con LES, el PGA fue el principal determinante independiente de una peor percepción de competencia y mayor estrés parental, a diferencia del SLEDAI, el SLICC y el LupusQoL, que no mostraron asociación relevante. Además, tener un hijo adolescente se asoció de forma independiente con mayor estrés parental.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de la cohorte (n=91)

	Total (n=91)
Edad (años), mediana (RIC)	37 (10,5)
Sexo femenino, n (%)	86 (94,5)
Estado civil, n (%)	
Unión convivencial / Cohabitación	47 (51,6)
Soltero/a	20 (22,0)
Casado/a	15 (16.5)
Otros	9 (9,9)
Manifestaciones clínicas, n (%)	
Articulares	83 (91,2)
Cutáneas	74 (81,3)
Constitucionales	57 (62,6)
Hematológicas	26 (28,6)
Renales	16 (17,6)
Serositis	17 (18,7)
Vasculares	3 (3,3)
Neurológicas	1 (1,1)
Tratamiento, n (%)	
Hidroxicloroquina	89 (97,8)
Inmunosupresores	68 (74,7)
Biológicos	11 (12,1)
AINEs	13 (14,3)
Actividad y síntomas, mediana (RIC)	
SLEDAI	4 (6)
PGA (EVA, cm)	6 (3)
EVA dolor (EVA, cm)	5 (3)
EVA fatiga (EVA, cm)	6 (3)
PSOC-total	54 (7)
PSI-SF total	111 (31)

RIC: rango intercuartílico. PGA: evaluación global del médico (EVA 0-10 cm). EVA: escala visual analógica (0-10 cm). PSOC: Escala de Sentido de Competencia Parental Revisada. PSI-SF: Índice de Estrés Parental, versión abreviada.

Tabla 2. Correlaciones (Rho de Spearman) entre competencia/estrés parental y variables clínicas

	PSOC-T	PSOC-S	PSOC-A	PSI-ND	PSI-MP	PSI-T
PSOC-S	0,874*** p<0,001	—				
PSOC-A	0,733*** p<0,001	0,410*** p<0,001	—			
PSI-ND	-0,267* p=0,010	-0,308** p=0,003	-0,153 p=0,149	—		
PSI-MP	-0,173 p=0,097	-0,198 p=0,060	-0,058 p=0,585	0,178 p=0,091	—	
PSI-T	-0,316** p=0,002	-0,387*** p<0,001	-0,127 p=0,229	0,706*** p<0,001	0,596*** p<0,001	—
PGA	-0,700*** p<0,001	-0,703*** p<0,001	-0,392*** p<0,001	0,413*** p<0,001	0,442*** p<0,001	0,615*** p<0,001
SLEDAI	-0,024 p=-0,821	-0,116 p=0,275	0,124 p=0,240	0,028 p=0,792	0,023 p=0,832	-0,032 p=0,765
SLICC[1]	-0,078 p=0,463	-0,151 p=0,154	0,071 p=0,504	0,153 p=0,147	0,115 p=0,279	0,183 p=0,083
Dolor (EVA)	0,171 p=0,105	0,153 p=0,148	0,145 p=0,169	-0,122 p=0,249	0,073 p=0,491	-0,096 p=0,366
Fatiga (EVA)	0,204 p=0,053	0,208* p=0,048	0,162 p=0,125	-0,094 p=0,374	0,047 p=0,657	-0,102 p=0,337
LupusQoL-Salud física	-0,072 p=0,496	-0,013 p=0,905	-0,191 p=0,070	-0,029 p=0,783	-0,059 p=0,579	-0,076 p=0,472
LupusQoL-Dolor	-0,089 p=0,400	-0,070 p=0,510	-0,140 p=0,185	0,032 p=0,766	-0,068 p=0,520	-0,047 p=0,658
LupusQoL-Planificación	-0,037 p=0,760	-0,008 p=0,940	-0,139 p=0,190	-0,055 p=0,603	-0,038 p=0,720	-0,143 p=0,177
LupusQoL-Relac. íntimas	0,076 p=0,471	0,040 p=0,706	0,038 p=0,717	0,025 p=0,812	0,009 p=0,933	-0,006 p=0,954
LupusQoL-Carga a otros	-0,139 p=0,190	-0,154 p=0,146	-0,125 p=0,237	0,154 p=0,146	0,098 p=0,356	0,120 p=0,259
LupusQoL-Salud emocional	-0,027 p=0,799	-0,033 p=0,754	-0,065 p=0,542	-0,033 p=0,754	-0,148 p=0,161	-0,102 p=0,337
LupusQoL-Imagen corporal	-0,135 p=0,202	-0,128 p=0,227	-0,145 p=0,171	0,073 p=0,489	-0,115 p=0,278	-0,021 p=0,845
LupusQoL-Fatiga	-0,147 p=0,164	-0,154 p=0,144	-0,123 p=0,245	0,068 p=0,525	-0,121 p=0,253	-0,022 p=0,838

*Nota. * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001. PSOC-T: PSOC-Total; PSOC-S: PSOC-Satisfacción; PSOC-A: PSOC-Autoeficacia; PSI-ND: PSI-SF, subescala niño difícil; PSI-MP: PSI-SF, subescala malestar parental; PSI-T: PSI-SF Total; PGA: evaluación global del médico (EVA 0-10 cm); SLEDAI: Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index; SLICC: SLICC/ACR Damage Index (daño acumulado); Rho: coeficiente de correlación de Spearman.*

Anemia hemolítica autoinmune y riesgo de progresión a lupus eritematoso sistémico en una cohorte de un hospital universitario

LES / SAF 0156

Solana Mollerach, Marina Scolnik, Nicolás Alvarado

Hospital Italiano De Buenos Aires

Introducción: La anemia hemolítica autoinmune (AHAI) puede ser la manifestación inicial del lupus eritematoso sistémico (LES).

Tabla 2. Modelo multivariable de regresión de Cox

Variable	HR	IC95%	p
Edad <45 años	3,41	0,82-14,06	0,090
FAN >1/320	6,09	1,19-31,29	**0,030**
Uso de rituximab	0,12	0,01-0,97	**0,047**

Objetivo: Evaluar la incidencia de LES en pacientes con AHAI e identificar predictores de su desarrollo. Describir las estrategias terapéuticas utilizadas para el manejo de la AHAI y su respuesta clínica inicial. Evaluar las recaídas de AHAI durante el seguimiento.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de anemia hemolítica autoinmune realizado desde el 1/1/2010 hasta el 31/12/2017 en un hospital universitario. Se registraron variables clínicas y demográficas al momento del diagnóstico de AHAI. Se calculó la densidad de inciden-

cia de LES (criterios ACR/EULAR 2018). Se realizaron modelos de regresión de riesgo proporcional de Cox para identificar variables asociadas con el desarrollo de LES y de recaídas de AHAI durante el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes con AHAI, de los cuales 12 presentaron LES. Los pacientes con LES presentaron menor edad al diagnóstico (p < 0,001), mayor frecuencia de positividad de ANA, hipocomplementemia y anticuerpos específicos (anti-DNA, anti-Ro, anti-Sm y anti-RNP; p < 0,05). En la Tabla 1 se muestran otras características clínicas basales globales y de tratamientos realizados. La incidencia de lupus fue de 2,42 por 100 paciente-años (IC95 % 1,25-4,23). En el modelo multivariable de Cox (Tabla 2), el título de FAN > 1/320 se asoció significativamente con un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad (p=0,030), mientras que el uso de rituximab mostró un efecto protector significativo (p=0,047). El 28 % de los pacientes presentó al menos una recaída de AHAI.

Conclusión: La incidencia de AHAI como manifestación inicial de LES fue similar a la reportada en la literatura. Un título de FAN > 1/320 se asoció significativamente con un mayor riesgo, mientras que el tratamiento con rituximab se asoció con una menor incidencia de la enfermedad.

Tabla 1. Características basales de los pacientes

Característica	Total n=100	Sin lupus n=88	Con lupus n=12	p
Sexo femenino, %	74,0	73,9	75,0	0,933
Edad al diagnóstico de AHAI, en años, mediana (RIC)	69 (53-76)	70 (58-78)	37 (34-49)	<0,001
Evaluación por reumatología al diagnóstico de AHAI, %	23,0	14,8	83,3	<0,001
Hemoglobina, mediana (RIC)	7,2 (6,3-9,3)	7,2 (6,3-9,3)	7,0 (6,0-8,4)	0,762
Mínimo valor de hemoglobina, mediana (RIC)	6,2 (4,9-7,5)	6,2 (5,0-7,5)	6,9 (5,3-7,8)	0,510
Ant. Personales de Enf. Autoinmunes, %	35,0	39,3	18,2	0,172
Anticuerpos antinucleares, %				
Medidos	78,0	75,0	100	0,049
Título				0,037
1/80	26,5	33,3	10,0	
1/160	14,7	20,8	0	
1/320	17,6	20,8	10,0	
1/640	8,8	8,3	10,0	
1/1280	32,4	16,7	70,0	
Patrón, %				0,028
Homogéneo	32,4	25,0	50,0	
Granular fino	44,1	58,3	10,0	
Granular grueso	14,7	4,2	40,0	
Centromérico	2,9	4,2	0	
Nucleolar	2,9	4,2	0	
Citoplasmático	2,9	4,2	0	
Complemento, %				
Medido (n=52)	52,0	45,5	100	<0,001
Resultado				0,030
C3 bajo aislado	17,3	15,0	25,0	
C4 bajo aislado	9,6	10,0	8,3	
Ambos bajos	23,1	15,0	16,7	
Anticuerpos positivos, %				
Anti ADN	12,5	0	45,5	<0,001
Anti Ro	19,0	6,2	60,0	<0,001
Anti La	0	0	0	NA
Anti Sm	9,4	0	37,5	0,002
Anti RNP	7,1	0	25,0	0,020
Inhibidor lúpico	23,9	17,1	45,5	0,055
Anticardiolipinas (IgG/IgM)	31,6	22,2	54,5	0,052
Anti B2 GPI (IgG/IgM)	8,7	0	22,2	0,065
Tiempo de seguimiento, años, mediana (RIC)	5,6 (0,9-9,3)	5,5 (0,8-9,1)	7,9 (3,4-11,9)	0,314
Muerte por cualquier causa, %	37,0	39,8	16,7	0,124
Tratamientos				
Pulsos de corticoides	7,5	3,7	33,3	<0,001
Vía oral	86,4	84,6	100	0,182
Inmunoglobulina Endovenosa	16,0	17,1	8,3	0,44
Rituximab	39,4	42,7	16,7	0,085
Hidroxicloroquina	7,1	2,3	41,7	<0,001
Respuesta* al tratamiento del primer episodio, %				0,915
No respondedor	9,8	10,0	8,3	
Respuesta parcial	13,0	12,5	16,7	
Completa	77,2	77,5	75,0	

*Respuesta completa: Hemoglobina (Hb) >12g/dl y sin signos de hemólisis. Respuesta Parcial aumento de 2 g/dl Hb, sin requerimiento transfusional y mejoría clínica y laboratorio. Sin respuesta: aquel que no cumplía las condiciones previas

Uso de tacrolimus en nefritis lúpica en embarazo

LES / SAF | 0181

Candelaria Audisio[1], Verónica Savio[1], Alejandro Álvarez[2], Antonela Gallo2, Carla Andrea Gobbi[1], Juan Alejandro Albiero[1], Cintia Otaduy[1], Juan Manuel Miranda Bazán[1], Martín Castillo[1], Facundo Ruffa[1], Paula Alba[1]

1. Hospital Córdoba; 2. Hospital Materno Neonatal Ministro Dr. Ramón Carrillo

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune multiorgánica, que afecta predominantemente a mujeres y especialmente en edad fértil. En los últimos años, el control de la enfermedad, la planificación del embarazo, así como el seguimiento por un equipo multidisciplinario han logrado resultados maternos y fetales exitosos. Sin embargo, las complicaciones maternas y fetales todavía están presentes. Uno de los principales factores es la presencia de nefritis lúpica (NL), que se asocia a una mayor frecuencia de brotes. El pronóstico de los brotes renales es bueno si se realiza un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es describir el tratamiento inmunosupresor (tacrolimus) y los resultados materno-fetales en pacientes con NL que presentaron brotes renales.

Métodos: Se estudiaron retrospectivamente todas las pacientes embarazadas con diagnóstico LES por criterios de clasificación ACR/EULAR 2019 con NL previa que presentaron brotes renales, asistidas en el consultorio de enfermedades autoinmunes y embarazo en un hospital materno de la ciudad de Córdoba, Argentina, en los últimos 3 años. La NL fue confirmada por biopsia y clasificada de acuerdo a los criterios de NL ISN/RPS 200420. Todos los pacientes fueron evaluados en el consultorio por un reumatólogo y un obstetra bajo seguimiento de embarazo de alto riesgo. Se analizaron los datos demográficos, clínicos y de laboratorio, la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (AAF) y Síndrome Antifosfolípidos (SAF) acorde a los criterios de Sídney. Los brotes renales fueron definidos de acuerdo a la definición de Moroni y col. Se registró el tratamiento recibido durante la gestación, así como también en el puerperio. Se evaluaron los resultados maternos y fetales.



Resultados: Los pacientes con diagnóstico de LES con reactivación de NL durante el embarazo fueron 9 (ver Tabla). La edad media al embarazo fue de 27 años, con una evolución de la enfermedad de 15 años. Los brotes se presentaron en el 88.8 % (n=8) en el 2do trimestre y 11.1 % (n=1) en el 1er trimestre. Todos los pacientes presentaron brote renal con proteinurias en rango nefrótico 5.505 mg / 24 hs (3500-8000 mg/24hs) y solo una paciente mostró aumento de los valores de creatinina y ninguna desarrolló fallo renal. Con respecto a la clase histológica: 4 pacientes presentaron clase IV, 2 V, 2 III y 1 clases IV+V. Todas fueron tratadas con hidroxicloroquina, pulsos de metilprednisolona y esteroides orales, azatioprina, aspirina y 8/9 heparinoprofilaxis. Por persistencia de la proteinuria se inició tratamiento con tacrolimus (4-8 mg/d). 8/9 presentaron reducción de la proteinuria a menos de 1 g/24 hs. Todas presentaron parto pretérmino, 77.7 % (n=7) preeclampsia, 22.2 (n=2) diabetes gestacional, y la vía de parto fue cesárea en todas las pacientes. Con respecto a los resultados obstétricos 88.8 % (n=8) fueron nacidos vivos con edad gestacional de 32 semanas (28.6–37) con un peso al nacer de 1897g (1350–2970), y 66.6 % (n=6) pequeños para la edad gestacional. Se presentó un óbito fetal a las 18 semanas con 200 gramos.

Conclusión: El tacrolimus es una opción terapéutica eficaz en pacientes con LES embarazadas con brote lúpico refractario al tratamiento con azatioprina e hidroxicloroquina, permitiendo preservación de la función renal y reducción de la proteinuria. Los cambios farmacocinéticas del embarazo obligan a seguimiento estrecho de la función renal, proteinuria, tensión arterial y control glucémico. El tratamiento con tacrolimus permitió prolongar la gestación lo más cercano al término.

Resultados obstétricos en mujeres con historia de eventos cerebrovasculares en síndrome antifosfolípido (SAF)

LES / SAF 0184

Candelaria Audisio[1], Carla Andrea Gobbi[1], Verónica Savio[1], Cintia Otaduy[1], Juan Alejandro Albiero[1], Juan Manuel Miranda Bazán[1], Martín Castillo[1], Facundo Ruffa[1], Antonella Gallo[2], Alejandro Álvarez[2], Paula Alba[1]

1. Hospital Córdoba; 2. Hospital Materno Neonatal Ministro Dr. Ramón Carrillo

Introducción: El accidente cerebrovascular isquémico (ACV) es la manifestación neurológica más frecuente en pacientes con SAF. El embarazo aumenta el riesgo de trombosis y en pacientes con SAF este es aún mayor si es cercano al evento trombótico. Por otra parte, los pacientes con SAF y ACV tienen mayor frecuencia de complicaciones como preeclampsia, parto prematuro y restricción de crecimiento intrauterino. Pocos estudios han evaluado el resultado obstétrico en pacientes con historia de ACV isquémico.

Objetivo: Evaluar el resultado obstétrico en pacientes con SAF con ACV isquémico previo.

Métodos: Se estudiaron retrospectivamente embarazadas con ACV isquémico previo con diagnóstico de SAF primario de acuerdo a los criterios de Sídney en un hospital materno de la ciudad de Córdoba en los últimos 5 años. Los datos evaluados fueron: edad, antecedentes obstétricos, antecedentes de trombosis arterial /venosa y otras manifestaciones clínicas. Los anticuerpos anticardiolipinas (ACL) Ig G e Ig M y AntiBGPI Ig G e IG M fueron medidos por ELISA. El anticoagulante lúpico (AL) fue realizado con la técnica acorde a la Sociedad de Trombosis y hemostasia. Todos los pacientes fueron evaluados en el consultorio de enfermedades autoinmunes y embarazo, y asistidos por un reumatólogo y un obstetra bajo seguimiento de alto riesgo. Las complicaciones maternas evaluadas fueron: preeclampsia, eclampsia, HELLP, diabetes gestacional, REM, corioamnionitis, trombosis arterial y venosa y mortalidad materna. Se evaluó el tiempo entre el ACV y el embarazo, la vía de finalización y la indicación de la misma. Se evaluó el pronóstico fetal como nacidos vivos, peso al nacer y muerte neonatal.

Resultados: Los embarazos con SAF y ACV isquémico previo fueron 19 en 14 pacientes. La edad al momento del embarazo fue 31 años (23-38), siendo el 31.5 % (n=6) SAF trombótico y el 68.4 % (n=13) SAF trombótico y obstétrico. Con respecto al perfil de anticuerpos, el 73.6 % (n =14) tenían ACL Ig G, 36.8 % (n=7) ACL

Ig M, 15.7 % (n=3) AntiBGPI Ig G e IgM, 78.9 % (n=15) AL, 47.3 % (n=9) doble positividad y 21 % (n=4) triple positividad. Todos los pacientes fueron tratados con aspirina y enoxaparina a dosis de anticoagulación, 2 pacientes recibieron hidroxicloroquina y 1 paciente rosuvastatina. El tiempo desde ACV al embarazo fue de 41.4 meses (8-120). La vía de finalización fue cesárea en el 73.6 % (n=14) de los pacientes con un 89.4 % (n=17) de nacidos vivos. La edad gestacional fue de 35 semanas (23-40) con un peso de 2339 g (600-3680) siendo el 63.1 % (n=12) adecuado a la edad gestacional. El 10.5 % (n=2) tuvieron recurrencia del evento trombótico y se asoció a la presencia de triple positividad sin mortalidad materna.

Conclusión: El embarazo es posible y puede ser exitoso en pacientes con SAF e isquemia cerebral previa tratados con baja dosis de aspirina y anticoagulación. Un alto porcentaje de nacidos vivos puede ser logrado en estos pacientes, con una baja recurrencia de eventos trombóticos sin mortalidad materna. El tratamiento adecuado, el embarazo alejado al evento, un manejo multidisciplinario y el seguimiento estrecho permite lograr buenos resultados maternos y fetales.

Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con lupus eritematoso sistémico en estados de remisión o baja actividad de la enfermedad

LES / SAF 0212

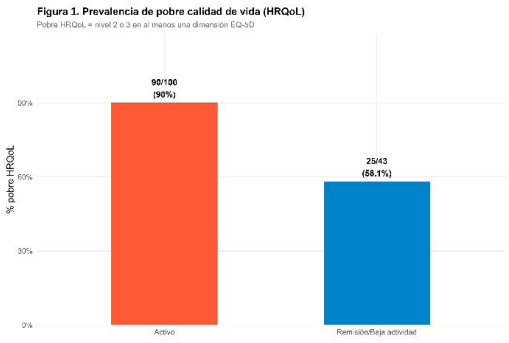
María Gabriela Torrez[1], Ivana Romina Rojas Tessel[1], Martín Miguel Ángel Salas Tolaba[1], Joan Manuel Dapeña[2], Carla Andrea Gobbi[3], Alejandro Brigante[4], Marina Micelli[1], Paula Alba[5], Agustina Damico[6], Malena Viola[7], Mercedes García[8], Cecilia Castro[9], María Florencia Gordillo[10], Claudia Pena[8], Gelsomina Alle[11], Roberto Baez[12], María Pía Izaguirre Germain[13], Micaela Cosatti[14], Gisela Pendon[15], Carolina Aeschlimann[16], Fernando Arizpe[17], Verónica Bellomio[18], José Manuel Díaz Ochoa[18], Pablo Nicolás Vece[18], Emilce Del Milagro García Núñez[18], Juan Manuel Rodríguez Gramazza[8], Alfonsina Maitén Sarde[8], Amira Buganem[8], Sofía Cherey[19], Julia Scafati[8], Juan Ignacio Godín[8], Emilio Buschiazzo[1], Lucila García[8]

1. Hospital Señor del Milagro; 2. Sanatorio Dr. Julio Méndez; 3. Sanatorio Allende; 4. Sanatorio Güemes; 5. Hospital Córdoba; 6. Hospital Naval Puerto Belgrano; 7. Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich; 8. Hospital General de Agudos San Martín, La Plata; 9. MedNova; 10. Hospital Antonio Scaravelli; 11. Hospital Italiano De Buenos Aires; 12. Centro Médico IMIA; 13. Hospital General de Agudos Ramos Mejía; 14. CEMIC; 15. Hospital Ricardo Gutiérrez de La Plata; 16. Hospital Provincial de Rosario; 17. Hospital San Roque de Gonnet; 18. Hospital Ángel C. Padilla; 19. Hospital Tornú

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica, multisistémica y heterogénea que se caracteriza por períodos alternantes de actividad y remisión. El control de la actividad de la enfermedad no siempre se traduce en una adecuada percepción de bienestar, por lo que la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha convertido en un aspecto fundamental del abordaje integral de estos pacientes.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la pobre CVRS en pacientes con LES que se encuentran en estado de baja actividad (LLDAS) o remisión clínica (criterios DORIS), e identificar las variables asociadas.

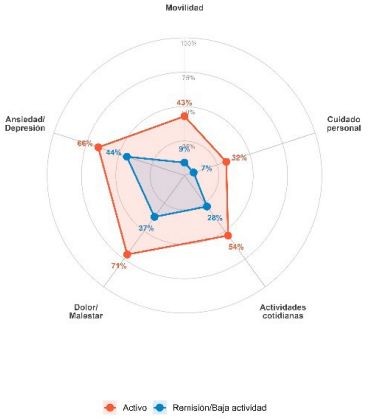
Métodos: Se realizó un estudio transversal utilizando datos de la visita basal (T0) del registro RELESSAR PROSPECTIVO. Las variables sociodemográficas y clínicas fueron expresadas según su naturaleza (categóricas en frecuencia y %, continuas en medias y desvío estándar). Se definió LLDAS y DORIS según los criterios vigentes. La CVRS se evaluó mediante el instrumento EQ-5D-3L y una Escala Visual Analógica (EQ-VAS). Se definió "pobre CVRS" como el reporte de niveles 2 (algunos problemas) o 3 (incapaz) en al menos una de las dimensiones. Se realizaron modelos de regresión logística multivariable para identificar determinantes independientes; además, debido a un porcentaje significativo de datos faltantes (60-67 %), se aplicó imputación múltiple por ecuaciones encadenadas (MICE). Se consideró significativa a una $p < 0.05$.



Resultados: Se incluyeron 359 pacientes, con una edad media de 36.9 años (29.2-50.2), el 86.9 % de sexo femenino, con una media de duración de enfermedad de 4.19 años. Se encontraban con enfermedad activa 229 (63.9 %) y en LLDAS/DORIS, 130 (36.2 %). En pacientes con LLDAS/DORIS, la prevalencia de CVRS fue del 58.1 % vs. 90 % en el grupo activo (p < 0.001). En el grupo LLDAS/DORIS, las dimensiones más frecuentemente afectadas fueron Ansiedad/Depresión (44 %) y Dolor/Malestar (37 %). La percepción general de salud (EQ-VAS) fue superior en el grupo LLDAS/DORIS (media 53.2) frente al grupo activo (44.9). Los factores asociados a una mayor probabilidad de pobre CVRS en pacientes con LLDAS/DORIS fueron el retraso diagnóstico, la cobertura médica pública y el estado civil sin pareja.

Conclusión: A pesar de alcanzar metas clínicas de remisión o baja actividad, más de la mitad de los pacientes con LES persisten con una pobre calidad de vida, impulsada principalmente por factores de salud mental y dolor. Estos hallazgos destacan la importancia de complementar la evaluación clínica tradicional con herramientas reportadas por el paciente.

Figura 2. Perfil EQ-5D por estado de actividad
% con nivel 2-3 (algún problema o incapaz) en cada dimensión



Desenlaces clínicos luego de la discontinuación de terapias inmunosupresoras en pacientes con lupus eritematoso sistémico que alcanzan la remisión según criterios doris: datos de gladel 2.0

LES / SAF | 0213

Carolina Isnardi, Karen Roberts, Gricel Maita Romero, Carmen Funes Soaje, Paula Alba, Verónica Saurit, Mercedes García, Guillermo Berbotto, Romina Nieto, María Constanza Bertolaccini, Eduardo Kerzberg, Nicolás Pérez, Cecilia Pisoni, Vicente Juárez, Joaquín Martínez Serventi, Andrese Aline Gasparin, Ana Carolina O. S. Montandon, Henrique Ataide Mariz, Francinne M. Ribeiro, Eduardo F. Borba, Edgard Torres Dos Reis-Neto, Eloísa Bonfá, Iris Guerra Herrera, Milena Mimica, Gustavo Aroca Martínez, Carlos Alberto Cañas, Johan Fernando Ortega Bravo, Valentina Pérez Jiménez, Carlos Enrique Toro Gutiérrez, Mario Moreno, Miguel Ángel Saavedra, Margarita Portela Hernández, Hilda Fragoso-Loyo, Luis H. Silveira, Ignacio García de la Torre, Carlos Abud-Mendoza, Jorge A. Esquivel Valerio, Isabel Acosta Colman, Marcos Aurelio Vázquez, Magaly Alva Linares, Manuel Francisco Ugarte-Gil, Armando Calvo Quiroz, Teresandris Polanco, Carina Pizzarossa, Gonzalo Silveira, Bernardo Pons-Estel, Guillermo Pons-Estel

Grupo Latinoamericano de Estudio del Lupus

Introducción: La estrategia *treat-to-target* en lupus eritematoso sistémico (LES) establece la remisión como el principal objetivo terapéutico. Los criterios DORIS permiten definir la remisión con tratamiento (RCT) y sin tratamiento (RST); sin embargo, su frecuencia y su impacto sobre los desenlaces clínicos en pacientes latinoamericanos no han sido establecidos.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de RCT y RST según los criterios DORIS y comparar la incidencia de recaídas, daño acumulado y mortalidad entre ambos grupos.

Métodos: Estudio observacional, de cohorte del registro GLADEL 2.0. Se incluyeron pacientes adultos con LES que alcanzaron la remisión según criterios DORIS: SLEDAI=0, PGA<0.5, prednisona <=5 mg/d, inmunosupresores (IS) y antimaláricos en dosis estables. Se clasificaron según la continuidad o suspensión de glucocorticoides (GC) e IS en RCT y RST, respectivamente. Se evaluaron recaídas (SELENA-SLEDAI Flare Index) y daño acumulado (aumento de SDI >=1 punto) mediante análisis de supervivencia, Andersen-Gill para recaídas recurrentes y modelos de Cox.

Resultados: Se incluyeron 1083 pacientes con LES. Al momento del ingreso a la cohorte, 107 (9,9 %) se encontraban en RST y 55 (5,1 %) en RCT (todos recibían GC, dosis media 4,3 mg/día). Los pacientes en remisión eran de mayor edad al basal (p < 0,001) y presentaban mayor duración de la enfermedad (p < 0,001) que aquellos con enfermedad activa, con menor frecuencia de compromiso renal (p < 0,001) y hematológico(p=0,011) (Tabla 1). Durante un seguimiento mediano de 4,7 años, el 80,2 % de los pacientes en remisión presentó >=1 recaída (77,6 % RST vs. 85,5 % RCT). El tiempo mediano hasta la primera recaída fue de 13,2 y 13,0 meses y la incidencia total de recaídas fue de 242.1 (IC95 % 179.7 - 319.2) y 226.9 (IC95 % 182.4 - 278.9) eventos/1000 ptes-año (p=NS) en RCT y RST, respectivamente. En el análisis de Andersen-Gill la suspensión del tratamiento no se asoció con recaídas (HR 0.97, IC95 % 0.79 – 1.17, p=0.719). La acumulación de daño fue menor en los pacientes con RST (16,8 % vs. 38,2 %), con incidencias de 45.7 vs. 129.7 eventos/1000 ptes-año, respectivamente (p < 0,001) (Figura 1). Esta diferencia se mantuvo luego de ajustar por recaídas previas (HR 0.35, IC95 % 0.17 - 0.65, p < 0.001). La mortalidad fue de 1.9 % y 3.6 % en los grupos RCT y RST, respectivamente (p=NS).

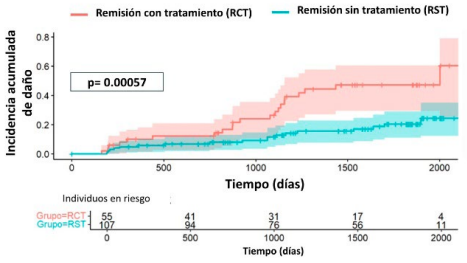
Conclusión: En esta cohorte latinoamericana, menos del 15 % de los pacientes alcanzó la remisión y el 80 % perdió ese estado durante el seguimiento, mostrando la dificultad actual en alcanzar el objetivo. La suspensión de IS y GC en aquellos en remisión no se asoció con un mayor riesgo de recaída y sí con menor acumulación de daño. Este hallazgo podría reflejar una selección clínica de pacientes con menor actividad y riesgo de progresión para la reducción terapéutica. Estos resultados aportan evidencia del mundo real sobre la evolución de los pacientes en remisión y podrían contribuir a optimizar las estrategias terapéuticas.

Tabla 1. Características basales de los pacientes de acuerdo a su estado de actividad en la evaluación basal

	RCT (N=55)	RST (N=107)	Activo (N=921)	p	Total (N=1083)
Sexo femenino, n (%)	50 (90.9)	96 (89.7)	824 (89.5)	0.943	970 (89.6)
Edad (años), mediana [Q1, Q3]	41.4 [31.4, 50.6]	41.1 [33.9, 48.8]	34.4 [26.6, 43.4]	**<0.001**	35.4 [27.3, 44.5]
Tiempo de evolución de la enfermedad	6.81 [3.27, 15.4]	10.1 [5.07, 15.6]	5.03 [1.38, 11.4]	**<0.001**	5.64 [1.68, 12.0]
Etnia, n (%)					
Afro-Latin American	7 (13.0%)	9 (8.4%)	74 (8.1%)	0.0816	90 (8.3%)
Mestizo	35 (64.8%)	**56 (52.3%)**	610 (66.4%)		701 (65.0%)
Caucásico	12 (22.2%)	**40 (37.4%)**	225 (24.5%)		277 (25.7%)
Indígena	0 (0%)	2 (1.9%)	7 (0.8%)		9 (0.8%)
Otro	0 (0%)	0 (0%)	2 (0.2%)		2 (0.2%)
Desconocido	1 (1.8%)	0 (0%)	3 (0.3%)		4 (0.4%)
Educación (años), media (DE)	12.4 (3.81)	13.7 (3.72)	13.3 (3.86)	0.179	13.3 (3.85)
Cobertura médica, n (%)					
Sin cobertura	15 (28.3%)	34 (32.1%)	267 (29.3%)	0.907	316 (29.6%)
Cobertura parcial	8 (15.1%)	12 (11.3%)	133 (14.6%)		153 (14.3%)
Cobertura total	30 (56.6%)	60 (56.6%)	510 (56.0%)		600 (56.1%)
Desconocido	2 (3.6%)	1 (0.9%)	11 (1.2%)		14 (1.3%)
Estado socioeconómico, n (%)					
Alto	1 (1.9%)	3 (2.9%)	22 (2.4%)	0.432	26 (2.4%)
Medio-alto	15 (28.3%)	24 (22.9%)	185 (20.4%)		224 (21.0%)
Media	13 (24.5%)	42 (40.0%)	324 (35.6%)		379 (35.5%)
Medio-bajo	15 (28.3%)	29 (27.6%)	273 (30.0%)		317 (29.7%)
Bajo	9 (17.0%)	7 (6.7%)	105 (11.6%)		121 (11.3%)
Desconocido	2 (3.6%)	2 (1.9%)	12 (1.3%)		16 (1.5%)
Manifestaciones clínicas, n (%)					
Manifestaciones generales	38 (69.1%)	76 (72.4%)	716 (78.3%)	0.128	830 (77.3%)
Cutáneas	49 (89.1%)	97 (91.5%)	829 (90.4%)	0.879	975 (90.4%)
Musculoesqueléticas	44 (80.0%)	91 (85.8%)	762 (83.1%)	0.624	897 (83.2%)
Serositis	19 (35.2%)	34 (32.1%)	291 (31.7%)	0.869	344 (31.9%)
Cardiovasculares	6 (10.9%)	12 (11.3%)	118 (12.9%)	0.838	136 (12.6%)
Hematológicas	37 (68.5%)	80 (75.5%)	757 (82.6%)	**0.011**	874 (81.2%)
Renales	28 (50.9%)	42 (39.3%)	588 (63.9%)	**<0.001**	658 (60.8%)
Anti-DNAn positivo, n (%)	36 (67.9%)	72 (72.7%)	712 (83.0%)	**0.002**	820 (81.2%)
Anti-Sm positivo, n (%)	16 (44.4%)	19 (21.3%)	279 (42.3%)	**<0.001**	314 (40.0%)
Anti-Ro positivo, n (%)	15 (41.7%)	24 (26.7%)	290 (44.5%)	**0.006**	329 (42.3%)

RCT: remisión con tratamiento; RST: remisión sin tratamiento; n: número; Q: cuartilo; DE: desvío estandar

Figura 1. Incidencia de daño en pacientes con lupus eritematoso sistémico en remisión con y sin tratamiento



Leyenda figura 1: Incidencia acumulada de daño (aumento de SDI ≥1 punto) en pacientes que cumplen criterios DORIS de remisión con (naranja) y sin (verde) tratamiento.

Concordancia entre CLIA y ELISA para la detección de anticuerpos antifosfolípidos: estudio piloto en pacientes con sospecha clínica de SAF

LES / SAF 0232

Simón Escandar, Carolina Jazmín Torres, Néstor Portela, Angélica Molina, Natalia Raimondo

LACE Laboratorios

Introducción: La incorporación de metodologías automatizadas para la determinación de anticuerpos antifosfolípidos constituye un desafío en los laboratorios clínicos. Estudios recientes muestran que los inmunoensayos por quimioluminiscencia (CLIA) presentan un desempeño comparable al ELISA para la detección de anticuerpos anticardiolipina (aCL) y anti-ß2 glicoproteína I (aß2GPI), con ventajas en estandarización y tiempo de respuesta.

Objetivo: Evaluar la concordancia y correlación entre CLIA y ELISA para la detección de aCL y aß2GPI de isotipo IgG/IgM y analizar la distribución de anticuerpos en pacientes con sospecha clínica de síndrome antifosfolípidos (SAF).

Métodos: Estudio retrospectivo en 39 pacientes con sospecha clínica de SAF. Se evaluaron aCL y aß2GPI IgG/IgM por ELISA (ORGENTEC) y CLIA (iFlash-Cardiolipin e iFlash-ß2-Glycoprotein I IgG/IgM, YHLO). Se analizó concordancia (Kappa de Cohen), correlación (Spearman) y distribución de pacientes positivos por ambas metodologías.

Resultados: Con los valores de corte establecidos por el fabricante, los índices Kappa y coeficientes de Spearman fueron: 0,722 y 0,84 (aß2GPI IgG); 0,392 y 0,65 (aCL IgG); 0,391 y 0,57 (aCL IgM); 0,341 y 0,76 (aß2GPI IgM). De los 39 pacientes, 12 (31 %) fueron positivos para algún anticuerpo por ELISA y 35 (90 %) por CLIA; este último detectó aproximadamente 2,9 veces más pacientes positivos. Discusión: La alta correlación positiva y sustancial concordancia para aß2GPI IgG respaldan el uso de ambas metodologías. Para aCL IgG, aCL IgM y aß2GPI IgM se observó moderada correlación positiva y aceptable concordancia, posiblemente relacionada con diferencias en puntos de corte y capacidad de detección. El mayor número de positivos por CLIA sugiere una mayor detección de reactividad serológica. Si bien el papel de los anticuerpos de isotipo IgM continúa siendo controvertido, hay autores que señalan su posible relevancia en la morbilidad obstétrica. En este contexto, la mayor detección de reactividad, especialmente IgM, podría representar una oportunidad para ampliar la caracterización serológica en pacientes con sospecha clínica de SAF, particularmente en escenarios obstétricos.

Conclusión: CLIA mostró adecuada correlación con ELISA para todos los anticuerpos y concordancia sustancial para aß2GPI IgG. La mayor positividad por CLIA podría favorecer una caracterización más amplia del perfil serológico en pacientes con sospecha clínica de SAF. Se requieren estudios con mayor número de pacientes para determinar el impacto del aumento de la positividad por esta metodología.

Motivo de internación en pacientes con LES en transición

LES / SAF 0236

Juan Pablo Araque Medina, Andrés Moreno Páez, Demelza Yucra, Alejandro Brigante

Sanatorio Güemes

Introducción: El LES presenta características específicas según la edad en la cual se presente; dentro de los diferentes fenotipos, nos enfocamos en el sistémico juvenil (LESj), el cual hace parte del periodo de transición entre la adolescencia y la adultez. Entre sus características, destaca una mayor gravedad clínica y mayor requerimiento terapéutico que el lupus de inicio en el pediátrico o en el adulto. Los datos sobre internación en lupus juvenil en la población argentina son escasos.

Objetivo: Describir el motivo de internación, las características clínicas y evolutivas de los pacientes con lupus eritematoso sistémico juvenil en un centro de tercer nivel durante un periodo de 5 años.

Métodos: Estudio retrospectivo, transversal donde se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES según criterios ACR/EULAR 2019 en etapa de transición comprendida entre los 15-19 años de edad, internados en el sanatorio Güemes entre el periodo de 2020-2025.

Manifestaciones clínicas	N: 12 (100%)
Fiebre	8 (66%)
Hematológico	10 (83%)
Articular	9 (75%)
Serositis	7 (58%)
Renal	7 (58%)
Neuropsiquiatrico	1 (8%)
Cardiaco	1 (8%)
Pulmonar	1 (8%)
Manifestaciones serologicas	
Hipocomplementemia	11 (92%)
Anti DNA	4 (41%)
Ac. Antifosfolipidos	4 (41%)
tratamiento en la internación	
Pulsos de corticoides	11 (92%)
Gammaglobulina	2 (16%)
Ciclofosfamida	1 (8%)
Rituximab	1 (8%)
Tacrolimus	1 (8%)
Micofenolato	8 (66%)

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes, 8 (66 %) mujeres, edad media al debut de 14 años (RIC 12-15.5), antecedentes patológicos 8/12 (66.6 %), 2/8 (16 %) hepatitis autoinmune. Medicación previa: hidroxicloroquina 11/12 (91 %), corticoide 3/12 (25 %), micofenolato 8/12 (66 %), belimumab 8/12 (33 %). Motivo de internación, ver Gráfico. SLEDAI 2K media 10 (RIC 5.75-14). Manifestación hematológica: plaquetopenia 10/12 (83 %), anemia hemolítica 4/12 (33 %). Manifestación renal: síndrome nefrótico, biopsia renal: GMN clase IV en los

7 (100 %). Debut 2/12 (16 %). Media de hospitalización: 14.9 días (RIC 8.25-16.5). Requirieron UTI 3/12 (25 %), HAD, síndrome nefrótico, sepsis. No hubo muertes.

Conclusión: Los resultados muestran que el motivo de internación en LESj en edad de transición es por actividad, alta de la enfermedad, mayor compromiso hematológico, articular y renal en comparación con el lupus del adulto que es renal. Todos requirieron inmunosupresión, internaciones más prolongadas, en comparación a la población adulta y pediátrica, con necesidad de terapia intensiva. Esta cohorte refuerza la necesidad de estrategias de transición estructurada, protocolos de detección de actividad y de tratamiento precoz.



Litifilimab en lupus eritematoso sistémico: diseño del estudio y características basales del programa de fase 3 TOPAZ, análisis de subgrupos de América Latina

LES / SAF 0237

José Luis Velasco Zamora[1], Alisson Pugliesi[2], Ronald Van Vollenhoven[3], Richard Furie[4], Kenneth Kalunian[5], María Dall'Era[6], Eric Morand[7], Effie Pournara[8], Youmna Lahoud[6]

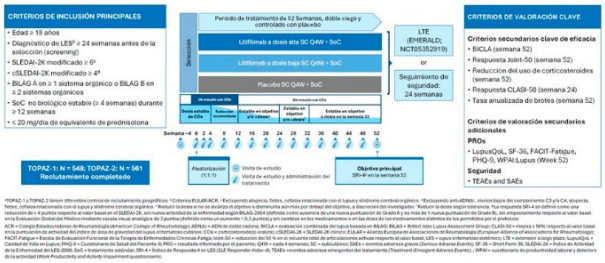
1. Instituto de Investigaciones Clínicas, Quilmes; 2. Universidad de Campinas; 3. Centros Médicos Universitarios de Ámsterdam; 4. Northwell Health, Great Neck; 5. Universidad de California, Facultad de Medicina de San Diego; 6. Universidad de California, San Francisco; 7. Monash University; 8. Biogen, Baar

Introducción: Litifilimab es un anticuerpo monoclonal dirigido al antígeno 2 de las células dendríticas sanguíneas (BDCA2), es un receptor inhibitorio expresado principalmente en células dendríticas plasmocitoides, productoras clave de interferón tipo I. En la Parte A del estudio fase 2 LILAC (NCT02847598) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), litifilimab redujo significativamente la media de articulaciones activas y aumentó las tasas de respuesta del SRI-4 frente al placebo en la semana 24. TOPAZ-1 (NCT04895241) y TOPAZ-2 (NCT04961567) son estudios de fase 3 en curso, que evalúan eficacia y seguridad de litifilimab frente a placebo durante 52 semanas en pacientes con LES activo que reciben el estándar de tratamiento.

Objetivo: Describir las características demográficas y basales de participantes de América Latina (LATAM) incluidos en TOPAZ-1 y 2.

Métodos: En TOPAZ-1 y 2 se incluyeron 548 y 561 participantes, respectivamente. Los mismos eran provenientes de América del Norte (Estados Unidos, Canadá, Puerto Rico; n=158), LATAM (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Perú; n=481), Región Asia-Pacífico (n=190) y Europa (n=280).

Resultados: De los 1109 participantes, la mayoría fueron mujeres (92,6 %), con una media de edad de 40,7 años en LATAM, 42,9 en TOPAZ-1 y 42,2 en TOPAZ-2. El origen étnico predominante entre los participantes de LATAM fue el "hispano o latino" (97,7 %), frente al 46,4 % y el 46,0 % en TOPAZ-1 y TOPAZ-2, respectivamente. La duración de la enfermedad y los recuentos de articulaciones activas (articulaciones dolorosas e inflamadas) fueron similares entre las cohortes, con una mediana de duración de la enfermedad de 7,4 (2,9–12,4) años y una media (DE) de recuento de articulaciones activas de 9,4 (5,2) en LATAM. Se informó lupus eritematoso cutáneo activo en proporciones similares de participantes de LATAM (79,0 %), TOPAZ-1 (83,9 %) y TOPAZ-2



(78,1 %); se observó una puntuación CLASI-A ≥10 en el 17,3 %, el 21,0 % y el 16,6 % de los participantes, respectivamente. Se informaron puntuaciones SLEDAI-2K ≥10 en el 58,4 %, el 57,3 % y el 56,1 % de los participantes, respectivamente. Entre los participantes con datos de BILAG-2004 disponibles los dominios más frecuentes con gravedad A o B fueron el musculoesquelético (98,1 %, 96,9 % y 92,2 %) y el mucocutáneo (78,8 %, 78,8 % y 77,0 %) en LATAM, TOPAZ-1 y 2, respectivamente.

Conclusión: En los estudios TOPAZ-1 y 2 se incluyó una población multinacional y geográficamente diversa con notoria representación de LATAM, que permite hacer una evaluación integral y sólida del litifilimab en pacientes con LES activo.

Pacientes con trombocitopenias inmunes: serie de casos de un hospital de alta complejidad de Mendoza

LES / SAF 0244

Antonella Sinatra, Facundo Vergara, Giovanna Macello, Cecilia Castel del Cid, María Gloria Rivero

Hospital Central de Mendoza

Introducción: La trombocitopenia inmune o PTI se define como la plaquetopenia aislada menor a 100.000 mm^3 de causa (auto)inmune. Hay formas primarias (no asociadas a otra patología identificable, aunque en un porcentaje la causa se hará evidente en el seguimiento) y secundarias a enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS), linfoproliferativas, infecciones o inmunodeficiencias.

Objetivo: Describir las características demográficas, clínicas, etiológicas, de laboratorio y terapéuticas de pacientes con trombocitopenias inmunes internados en un hospital de alta complejidad, entre el período de enero 2024 a junio 2026.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, que incluyó los hemogramas realizados por hematólogo de un hospital de alta complejidad de Mendoza, entre enero de 2024 y junio de 2026. Se registraron un total de 105.834 hemogramas. Tras un proceso de selección se identificaron los pacientes internados con diagnóstico de PTI primaria o secundaria, conformando la cohorte final de 29 pacientes (Figura 1). Se recolectaron variables demográficas, antecedentes, manifestaciones clínicas, de laboratorio, número de episodios, y tratamientos recibidos.

Resultados: Se incluyeron 29 pacientes con trombocitopenia inmune. Del total, 18 con PTI primaria (62 %) y 11 con PTI secundaria a EAS (38 %). La mediana de la edad fue de 37 años, con predominio del sexo femenino (23 pacientes, 79,3 %). La causa más frecuente de EAS fue LES (8/11; 72,7 %). El recuento plaquetario nadir mediano fue de 5000 mm^3 (RIC 2000-11000), sin diferencias significativas entre los dos grupos. Del total de la cohorte se registró síndrome de Evans en 4 pacientes (13,8 %). El grupo con EAS presentó valores de C3 significativamente más bajos que el grupo sin EAS (106,0 vs. 133,0; p=0,044) (Tabla 1). Se registraron 65 episodios de recaída sobre 164,8 personas-año, con una tasa global de 39,5 por 100 pacientes-año (IC95 % 30,3–49,2). Del subgrupo con LES (8/29; 27,6 % del total), en el 37,5 % la PTI fue el debut de la enfermedad, acompañado de compromiso cutáneo y articular (100 %) y renal (37,5 %). Presentaron mediana de SLEDAI de 5,0 (RIC 3,0–7,5). Respecto al tratamiento, 20/29 (69 %) pacientes recibieron un agente ahorrador de corticoides, siendo el micofenolato y rituximab los más utilizados (13/29;44,8 % y 5/29;17,2 %). En el subgrupo con LES, el 100 % requirió ahorrador de corticoides.

Conclusión: En esta cohorte de pacientes internados con PTI el LES constituyó la principal causa de PTI secundaria, pudiendo ser la manifestación de debut, aun con índice de actividad bajo. El nivel de C3 fue significativamente menor en el grupo de EAS. Las plaquetopenias inmunomediadas presentan una elevada tasa de recaídas. Estos hallazgos resaltan complejidad clínica y terapéutica de esta población, y la importancia de la búsqueda sistemática de enfermedad autoinmune subyacente y del seguimiento estrecho por el riesgo de recaída.

Variable	Total (N=29)	Sin EAS (N=18)	Con EAS (N=11)	p	Test
Edad actual, mediana (RIC)	37.0 (29.0–44.0)	34.5 (28.2–38.8)	44.0 (33.5–46.0)	0.092	Mann–Whitney U
Días de internación, mediana (RIC)	6.0 (4.0–8.0)	5.5 (4.2–8.5)	6.0 (4.5–7.5)	0.856	Mann–Whitney U
Sexo femenino, n (%)	23 (79.3 %)	13 (72.2 %)	10 (90.9 %)	0,362	Fisher exacto
Plaquetas nadir, mediana (RIC)	5000.0 (2000.0–11000.0)	5000.0 (2000.0–7500.0)	5000.0 (4000.0–13500.0)	0.188	Mann–Whitney U
Síndrome de Evans, n (%)	4 (13.8 %)	2 (11.1 %)	2 (18.2 %)	0.622	Fisher exacto
Hemoglobina, mediana (RIC)	12.6 (8.2–13.6)	12.8 (12.2–13.7)	10.2 (7.9–13.2)	0.150	Mann–Whitney U
Gamma (g/L), mediana (RIC)	13.2 (10.8–16.2)	12.0 (10.0–14.4)	14.5 (13.1–17.3)	0.226	Mann–Whitney U
Coombs positivo, n (%)	7 (41.2 %)	4 (50.0 %)	3 (33.3 %)	1.000	Fisher exacto
C3, mediana (RIC)	118.0 (88.5–141.5)	133.0 (107.2–150.8)	106.0 (58.8–123.5)	0.044	Mann–Whitney U
C4, mediana (RIC)	15.0 (8.4–21.0)	15.5 (13.5–23.0)	10.8 (5.5–16.0)	0.069	Mann–Whitney U
Episodios de recaídas, mediana (RIC)	2.0 (1.0–3.0)	2.5 (1.2–3.0)	1.0 (1.0–3.0)	0.279	Mann–Whitney U

Impacto de la implementación de CLIA frente a ELISA sobre el perfil de anticuerpos antifosfolípidos, en la evaluación de pacientes con sospecha clínica de SAF

LES / SAF 0248

Carolina Jazmín Torres, Simón Escandar, Néstor Portela, Natalia Raimondo, María Angélica Molina

LACE Laboratorios

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmune cuyo diagnóstico requiere de criterios clínicos y de laboratorio. Si bien ACR/EULAR 2023 continúa considerando al ELISA como el método de referencia para la detección de anticuerpos anticardiolipina (aCL) y anti-ß2 glicoproteína I (aß2GPI), los inmunoensayos automatizados por quimioluminiscencia (CLIA) han demostrado correlación diagnóstica para títulos moderados y altos.

Objetivo: Evaluar si la utilización de CLIA frente a ELISA modifica la interpretación del perfil de anticuerpos antifosfolípidos (aFL) en pacientes estudiados por sospecha clínica de SAF. Evaluar el impacto sobre los criterios de clasificación ACR/EULAR 2023.

Métodos: Estudio retrospectivo. Incluimos 39 pacientes estudiados por sospecha clínica de SAF. Los dividimos en 2 grupos: 20 con anticoagulante lúpico (AL) negativo (GI) y 19 con AL positivo (GII). Se evaluaron aCL y aß2GPI IgG/IgM mediante ELISA (ORGENTEC) y CLIA (iFlash-Cardiolipin e iFlash-ß2-Glycoprotein I, YHLO). Para CLIA, se utilizaron los puntos de corte moderados y altos sugeridos por la ISTH (International Society on Thrombosis and Haemostasis).

Resultados: En GI se identificaron: Con ELISA, 1 paciente (5 %) con perfil simple positivo y 2 (10 %) doble positivo; con CLIA, 12 pacientes (60 %) y 2 (10 %), respectivamente. En GII se identificaron: Con ELISA, 15 pacientes (79 %) simple positivo, 1 (5 %) doble positivo y 3 (16 %) triple positivo; con CLIA, 3 pacientes (16 %), 10 (53 %) y 6 (32 %), respectivamente. CLIA modificó el perfil de aFL en el 55 % de los pacientes del GI y en el 63 % de los pacientes del GII. Considerando D7 y D8 de los criterios de clasificación ACR/EULAR 2023, el 15 % de los pacientes alcanzó un *score* de >=3 utilizando ELISA, frente al 23 % utilizando CLIA. El

aß2GPI IgM fue el anticuerpo que presentó el mayor incremento de positividad (5 % con ELISA vs. 67 % con CLIA). Discusión: La utilización de CLIA modificó el perfil de aFL tanto en GI como en GII. Este cambio podría tener implicancias tanto en la estratificación de riesgo como en su clasificación. El incremento en la positividad de anticuerpos aß2GPI de isotipo IgM merece especial atención, considerando la controversia sobre el peso que presenta este isotipo en relación a las manifestaciones clínicas, fundamentalmente en manifestaciones obstétricas. Las limitaciones del presente trabajo son: la asignación de puntos de corte utilizados para otra plataforma analítica y el reducido número de pacientes estudiados.

Conclusión: CLIA modificó el perfil de aFL y aumentó la proporción de pacientes que alcanzaron un *score* de >=3 considerando D7 y D8 en la clasificación ACR/EULAR 2023. Estos hallazgos sugieren que la utilización de CLIA podría influir en el diagnóstico y la clasificación de pacientes con sospecha clínica de SAF.

Desenlaces en pacientes trasplantados renales con enfermedades autoinmunes: experiencia de 6 años de un centro de Argentina

LES / SAF 0251

Pablo Nicolás Vece, Luciana González Lucero, José Manuel Díaz Ochoa, Emilce del Milagro García Núñez, Raúl Sueldo, Ana Lucía Barbaglia Navarro, María Constanza Bertolaccini, María Fabiana Seu, Verónica Bellomio

Hospital Ángel C. Padilla

Introducción: Las enfermedades reumatológicas autoinmunes (ERA) constituyen una causa reconocida de compromiso renal y pueden conducir, en casos avanzados, al desarrollo de enfermedad renal crónica terminal. El tratamiento de elección en estos pacientes consiste en diálisis y/o trasplante renal. Establecer la frecuencia de estas enfermedades en la población trasplantada resulta fundamental para reconocer su importancia como etiología de la enfermedad renal terminal y considerarlas en la evaluación de pacientes sin una causa establecida.

Objetivo: Determinar la prevalencia de ERA en pacientes con trasplante renal, y la frecuencia de recaída de enfermedad renal y rechazo del injerto.

Métodos: Estudio observacional, de corte transversal. Se analizaron historias clínicas de pacientes mayores de 18 años con trasplante renal en seguimiento entre julio de 2020 y julio de 2026. Se registraron variables demográficas (edad, sexo y residencia), etiología de la enfermedad renal (reumatológica o no reumatológica) y variables relacionadas con el trasplante (diálisis previa, tiempo en diálisis, año del trasplante, recaída de la enfermedad renal, rechazo del injerto y tipo de donante).

Resultados: Se evaluaron 142 historias clínicas de una unidad de trasplante renal de Argentina. Se incluyeron para el análisis 130 pacientes con edad media de 41.9 ± 12.5 años; 69 (53.1 %) hombres. Todos habían recibido diálisis pretrasplante. La mediana del tiempo en diálisis fue de 46.5 meses (6–242). El 93.8 % recibió injerto de donante cadavérico. Durante el seguimiento, 19/130 pacientes (14.6 %) presentaron recaída de la enfermedad renal, 22/130 (16.9 %) desarrollaron rechazo del injerto y uno falleció por *shock* séptico. Trece pacientes tenían diagnóstico de ERA como etiología de la enfermedad renal (prevalencia 10 %; IC 95 %: 5.4-16.5), 10 (7.7 %) Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y 3 Vasculitis Sistémica (2.3 %): 1 Granulomatosis con Poliangeítis (GPA), 1 Granulomatosis Eosinofílica con Poliangeítis (GEPA) y 1 Vasculitis por Ig A. Ningún paciente con ERA presentó recaída renal, mientras que 3 (23.1 %) desarrollaron rechazo del injerto y ninguno de ellos falleció. No hubo asociación entre ERA y recaída de la enfermedad renal (p NS) ni rechazo del injerto (p NS).

Conclusión: En esta población de pacientes trasplantados renales, las ERA representaron el 10 % de las causas de trasplante renal, con predominio de LES. Tres pacientes presentaron rechazo de injerto y ninguno recaída renal. Ambos grupos se comportaron en forma similar en los desenlaces estudiados.

Factores de riesgo de infección y mortalidad intrahospitalaria en internaciones por lupus eritematoso sistémico

LES / SAF 0278

José Ignacio Puco Flores, Cristina Romero, Marina García Carrasco, Gustavo Medina

Hospital de Clínicas José de San Martín

Introducción: Las infecciones constituyen una causa mayor de morbimortalidad en el lupus eritematoso sistémico (LES). Los factores asociados a su aparición durante la internación y a la mortalidad hospitalaria en poblaciones locales permanecen insuficientemente caracterizados.

Objetivo: Identificar factores asociados de forma independiente a infección intrahospitalaria (IIH) y mortalidad durante internaciones en pacientes con LES.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de pacientes con LES internados en un centro de tercer nivel entre junio de 2021 y febrero de 2026, incluyendo 107 internaciones correspondientes a 89 pacientes. La unidad de análisis fue la internación. Se recolectaron variables demográficas, clínicas, serológicas y terapéuticas, además de requerimiento de UCI, asistencia respiratoria mecánica, *shock*, cirugía y desenlaces. Se realizó análisis bivariado y regresión logística multivariada, informándose *odds ratio* (OR) ajustados e IC95 %.

Resultados: El 75,7 % de las internaciones correspondió a mujeres y la edad mediana fue de 33 años (RIC 27-46,5). El motivo de ingreso más frecuente fue la complicación de un LES previamente diagnosticado (57,9 %); el diagnóstico inicial de LES fue motivo de ingreso en 14 internaciones (13,1 %). Se registró IIH en 18 internaciones (16,8 %): sepsis 44,4 %, infección urinaria 38,9 % y neumonía 27,8 %. La mortalidad intrahospitalaria fue 5,7 % (6/106), con causa infecciosa asociada en todos los fallecidos. En el análisis bivariado, la IIH se asoció con UCI (OR 10,13), asistencia respiratoria mecánica (OR 14,33), *shock* hipovolémico (OR 17,00), cirugía (OR 4,68), y mayor duración de la internación ($p < 0,001$). La mortalidad se asoció con UCI (OR 101,17), asistencia respiratoria mecánica (OR 31,57), IIH (OR 36,67), cirugía (OR 9,76) y mayor duración ($p=0,020$). En el análisis multivariado, UCI fue predictor independiente de IIH (OR ajustado 8,98; IC95 % 2,39-33,78; $p=0,001$). La duración de la internación (OR ajustado 1,031 por día; IC95 % 1,001-1,062; $p=0,043$) y la cirugía (OR ajustado 9,02; IC95 % 1,41-57,82; $p=0,020$) fueron predictores independientes de mortalidad.

Conclusión: El ingreso a UCI identificó internaciones con mayor riesgo de IIH, mientras que la duración de la hospitalización y la cirugía fueron predictores independientes de mortalidad. La asociación de una causa infecciosa con todos los óbitos refuerza la importancia de la vigilancia y prevención de infecciones en pacientes con LES hospitalizados.

¿Puede el lupus en los pacientes adultos ser una manifestación de error innato de la inmunidad?

LES / SAF 0280

María Gloria Rivero[1], Leila Ferreyra[2], Gustavo Vijoditz[2], Virginia Paolini[3], Lucía Peirano[4], Matías García[4], Agostina Llarens[4], Liliana Bezrodnik[5]

1.Hospital Central de Mendoza; 2.Hospital Nacional Dr. Alejandro Posadas; 3. Hospital de Oncología Marie Curie; 4. Hospital El Cruce; 5. CIC

Introducción: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) se reconoce hoy como fenotipo de presentación de pacientes con errores innatos de la inmunidad (EII), tanto de inmunodeficiencias con disregulación, interferonopatías, defectos del aclaramiento de inmunocomplejos, defectos de anticuerpos, entre otros. Su identificación permite una terapia dirigida más precisa, prevención y tratamiento oportuno de infecciones y asesoramiento genético.

Objetivo: Describir EII que se diagnostican en la adultez en pacientes con LES. Analizar los fenotipos clínicos predominantes. Analizar si los signos de alarma para de PIDCAP estaban presentes en estos pacientes.

Métodos: Se incluyeron pacientes con LES (por criterios ACR-EULAR 2019) a quienes se les hubiera realizado diagnóstico de un EII encuadrado en IUIS a la edad = 15 años. Los EII debieron cumplir criterios ESID para su inclusión (con confirmación fenotípica/funcional y/o genética) o tener mutación genética confirmada. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, colaborativo, anonimizado.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes provenientes de 5 centros. 18/20 (90 %) eran mujeres. La mediana de la edad al momento del registro fue 38 años (RIC: 25 - 58,5). En 18/20 (90 %) el diagnóstico de LES precedió al de EII, y en 2 (10 %) fue concomitante. Frecuencia de los grupos de EII. Los diagnósticos finales fueron: Deficiencia selectiva de IgA (n=4), IDCV (n=2), IDCV-*like* por mutación de IKZF1 (n=1), Deficiencia de subclases de IgG (n=2), Deficiencia de IgM (n=2), Deficiencia específica de anticuerpos (n=2), Síndrome de PI3K-delta activado tipo 1 (APDS1) por Mutación de PIK3CD (n=1), Mutación en IRF2B8P2 (n=1), SPENCDI Mutación Gen ACP (n=1), Mutación de PLCG1(n=2), Mutación en RELA (n=1), Deficiencia de Prolidasa (n=1), Portación de Enfermedad Granulomatosa Crónica (n=1). Tuvieron más de un diagnóstico concurrente 2 pacientes. En cuanto a las características del LES, las manifestaciones más frecuentes fueron: cutáneas 18/20 (90 %); articulares 16/20 (80 %); hematológicas 13/20 (65 %): 4 pacientes tuvieron PTAI y 6 AHAI, y nefropatía lúpica 8/20 (40 %). Presentaban poliautoinmunidad 11/20 (55 %) y el 50 % tenían antecedentes familiares de autoinmunidad, LES o EII. Se evaluó la presencia de signos discriminativos PIDCAP para sospechar EII en adultos, 14/20 (70 %) cumplían la premisa de presentar 2 o más de ellos.

Conclusión: En nuestra cohorte de pacientes con LES los EEI más frecuentes fueron deficiencia predominantemente de anticuerpos; enfermedad con disregulación inmune; enfermedades autoinflamatorias, interferonopatías de tipo 1 y defectos congénitos de fagocito. Si bien las señales de alerta clásicas priorizan el fenotipo infeccioso en los EII, la evidencia demuestra que en el adulto se pueden manifestar predominantemente como fenómenos de disregulación inmune. Las herramientas estandarizadas como PIDCAP pueden ayudar a sospechar EII en pacientes adultos con Lupus. La presencia de antecedentes familiares y de poliautoinmunidad son otros hallazgos a tener en cuenta.

Caracterización del compromiso pulmonar intersticial en una cohorte de pacientes con miopatías inflamatorias inmunomediadas

Miopatías Inflamatorias 0061

María Belén Scarabotti, Javier Rosa, Nicolás Alvarado, Nicolás Marin Zucaro

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La presencia de enfermedad pulmonar intersticial (EPI) en el contexto de miopatías inflamatorias inmunomediadas (MII) se asocia con un incremento de la morbimortalidad.

Objetivo: Comparar características de pacientes con MII y EPI e identificar factores asociados de progresión pulmonar al año. Describir variaciones en la capacidad vital forzada (CVF) durante el seguimiento hasta los 2 años.

Métodos: Cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes con MII y EPI diagnosticados entre el 1/1/2014 y el 31/12/2024. Se registraron variables clínicas y demográficas al momento del diagnóstico de la EPI y los valores de CVF basales y a los 6, 12 y 24 meses de seguimiento. Se definió como progresión a un incremento en la extensión del compromiso intersticial tomográfico acompañado por al menos una de las siguientes características: reducción de la CVF >= 5 % o reducción en la DLCO >= 10 % dentro de los 12 meses. Análisis estadístico: Se realizó estadística descriptiva, se calcularon modelos de regresión logística para identificar factores asociados a la progresión, y modelos lineales mixtos para evaluar los cambios de la CVF en el tiempo.

Tabla 1. Características basales globales y según progresión a los 12 meses.

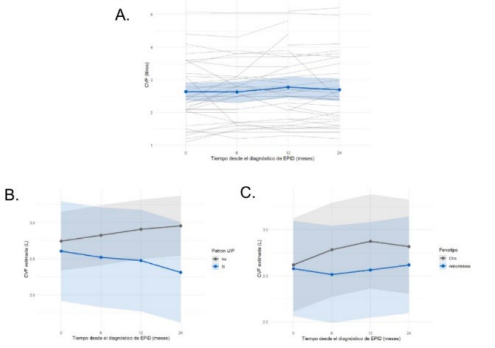
Características	Global n=44	Sin progresión n=37	Con progresión n=7	p
Generales				
Sexo femenino, %	43,8	43,2	42,9	0,985
Edad al diagnóstico EPID, media (DS)	55,7 (12,8)	53,2 (11,2)	59,1 (16,9)	0,248
Tabaquismo alguna vez, %	41,7	47,8	71,4	0,099
De la EPI				
Capacidad Vital Forzada, media (DS)				
En litros	2,6	2,6	3,1	0,212
En porcentaje	71,2	68,9	81,6	0,140
DLCO, media (DS)	61,1	59,0	63,0	0,432
Patrón tomográfico				0,026
NIU	16,7	10,8	42,9	
NINE	33,3	29,7	57,1	
Organización	33,3	37,8	0	
NINE + Organización	16,7	21,6	0	
De la Miositis				
Síndrome antisintetasa, %	47,9	45,9	57,1	0,857
Raynaud, %	27,1	29,7	14,3	0,402
Compromiso cutáneo†, %	72,9	83,8	14,3	**<0,001**
Debilidad muscular, %	16,7	13,5	14,3	0,956
Artritis, %	25,0	24,3	28,6	0,812
Laboratorio general				
CPK, mediana (RIC)	107 (61-367)	107 (60-303)	128 (72-254)	0,971
CPK elevada‡	35,6	34,3	33,3	0,964
Eritrosedimentación >40 mm 1ª hora VN, %	31,9	25,0	57,1	0,090
PCR >5 mg/L, %	42,9	39,3	75,0	0,178
Anticuerpos				
Anticuerpos antinucleares positivos, %	70,8	64,9	72,0	0,853
Tipo de anticuerpo				0,667
Dermatomiositis¶*	6,8	8,1	0	
Antisintetasa¶*	18,1	16,2	28,6	
Necrotizante¶*	4,5	2,7	14,3	
Asociados (excl. Ro52)¶*	22,7	21,6	28,6	
Anti Ro52, %				
Con otro AS	9,1	10,8	0	
Con otro no AS	9,1	8,1	14,3	
Aislado	18,2	18,9	14,3	
Seronegativo	11,4	13,5	0	
Tratamientos				
Cualquier droga§				
Inicio ≤6 meses de inicio de EPID	72,9	81,1	57,1	0,166
Inicio entre 7 y 11 meses de EPID	25,0	21,6	28,6	0,687

NIU: Neumonía intersticial usual. NINE: Neumonía intersticial no específica.
† Manos de mecánico, signo de Gottron, eritema en heliotropo, manos puffy, úlceras cutáneas, calcinosis.
‡ CPK >171 UI/L.
¶ anti-MDA5, anti-TIF1γ, anti-NXP2, anti-Mi2, anti-SAE1. ª anti-OJ, EJ, Jo-1, PL-7, PL-12. ª SRP. ª anti-KU, U1RNP, Ro60, Scl-100.
§ Metotrexato, azatioprina, rituximab, ciclofosfamida, micofenolato, nintedanib, pirfenidona.

Resultados: Se incluyeron 44 pacientes, el 43,8 % de sexo femenino, con una media de edad de 55,7 años (DE 12,9) al momento del diagnóstico de EPI. El 47,9 % presentó síndrome antisintetasa (SAS) y los patrones tomográficos más frecuentes fueron: la neumonía intersticial no específica y la neumonía en organización (33,3 % cada una). Al año de seguimiento, el 16 % de los pacientes cumplió el criterio de progresión. En la Tabla 1 se muestran otras características clínicas basales globales y estratificadas según progresión. En el análisis de regresión logística multivariado, la presencia de manifestaciones cutáneas basales se asoció de forma independiente con un menor riesgo de progresión de EPID al año (OR 0,04, p < 0,001), no se identificaron otros predictores. En los modelos lineales mixtos (Figura 1) se observaron valores más bajos de CVF durante el seguimiento en los pacientes con síndrome antisintetasa y con patrón tomográfico neumonía intersticial basal, pero esto no resultó estadísticamente significativo.

Conclusión: La frecuencia de progresión es similar a la reportada en la bibliografía, la presencia de manifestaciones cutáneas se comportó como un factor protector. Los pacientes con UIP basal y SAS mostraron una mayor tendencia a la reducción de la CVF durante 2 años de seguimiento.

Figura 1. Evolución de la CVF durante el seguimiento



A. Global. B. Según diagnóstico de SAS. C. Según patrón tomográfico de NIU.

¿Cómo estratifican nuestras miopatías asociadas a cáncer los criterios IMACS 2023?

Miopatías Inflamatorias 0111

Ignacio López[1], Mariana Aciar[2], Graciela Gómez[3], Amelia Granel[4], Malena Viola[5], Janet Balverdi[6], Boris Kisluk[7], Marina García Carrasco[8], Patricia Belén Domínguez Leiva[9], Carolina Sánchez Andía[10], Sabrina Arguello[11], Cristian Alejandro Benítez[12], Ramiro Gómez[13]

1. Sanatorio Güemes; 2. Hospital Nuestra Señora del Milagro; 3. Instituo Lanari; 4. Hospital San Roque de Gonnet; 5. Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich; 6. Hospital Privado de Córdoba; 7. Hospital Provincial de Rosario; 8. Hospital de Clínicas José de San Martín; 9. Hospital Tornú; 10. Hospital General de Agudos José María Penna; 11. Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Kirchner; 12. Hospital Nacional Dr. Alejandro Posadas; 13. Hospital Universitario Austral

Introducción: En 2023 IMACS (Grupo Internacional de Evaluación y Estudios Clínicos de Miositis) creó un modelo estandarizado de estratificación del riesgo para el cribado de cáncer en pacientes con miopatías inflamatorias inmunomediadas (MII) a partir de diferentes características de estos pacientes. Estudios recientes evaluaron estos criterios, sin evidencia local a la fecha.

Objetivo: Evaluar cómo los criterios IMACS estratifican a nuestros pacientes con miositis asociada a cáncer.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico, longitudinal, de cohorte retrospectiva, en pacientes >=18 al momento del diagnóstico de MII registrados en el Grupo de Estudios de MII de la Sociedad Argentina de Reumatología. Se recolectaron variables demográficas, clínicas, serológicas y terapéuticas; las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes, y las continuas con distribución normal se informaron como media y desvío estándar, mientras que aquellas con distribución no normal se expresaron como mediana y rango intercuartílico.

Resultados: Se analizaron 564 pacientes con MII, el 3.7 %

Tabla 1 (n= 21)

Sexo Femenino, n (%)	13/21 (62)
Edad Mediana, (RIC)	55 (43 - 67)
Exposición a Tabaco, n (%)	8/21 (40%)
Tipo de MII (n=20)	
-Dermatomiositis, n (%)	16/20 (80)
-Dermatomiositis Clínicamente Amiopática, n (%)	1/20 (5)
-Polimiositis, (n (%)	3/20 (15)
-No Dato, n (%)	1 (5)
Categoría IMACs	
-Riesgo Estándar, n (%)	1/21 (4.8)
-Riesgo Moderado, n (%)	2/21 (9.5)
-Riesgo Alto, n (%)	18/21 (86)
Tipo de Neoplasia	
-Mama, n (%)	5/18 (27.7)
-Ovario, n (%)	3/18 (16.6)
-Colon, n (%)	3/18 (15)
-Renal, n (%)	2/18 (11.1)
-Pulmón, n (%)	2/18 (11.1)
Elevación de Creatina Fosfoquinasa	
-<5 veces, n (%)	4/14 (29)
->5 veces, n (%)	10/14 (71)
Tratamiento Realizados	
-Prednisona Oral, n(%)	21 (100)
-Pulsos Metilprednisolona, n(%)	9 (45)
-Metotrexato, n(%)	10 (50)
-Azatioprina, n(%)	7 (33)
-Hidroxicloroquina, n(%)	9 (43)
-Ciclofosfamida, n(%)	4 (20)
-Gammaglobulina Endovenosa, n(%)	4 (20)
-Micofenolato, n(%)	1 (5)
-Rituximab, n(%)	2 (9.5)

(n=21) tenían miositis asociada a cáncer. Un 62 % (n=13) eran mujeres con una mediana de 55 años (RIC 43-67), la mayoría era de raza mestiza 13 (62 %), siendo el subtipo más frecuente la DM con 16 pacientes (80 %); tras la aplicación de criterios IMACS, 86 % (n=18) clasificaron como alto riesgo, 9.5 % (n=2) como moderado y 4.8 % (n=1) como riesgo estándar. Dentro de los factores de alto riesgo, 81 % (n=17) eran mayores de 40 años; 80 % (n=16) tenían dermatomiositis; 10 % (n=2) presentaron anti-TIF1γ (aunque solo 7 tenían disponible la determinación); se observó disfagia en 29 % (n=6) de los pacientes y refractariedad a tratamiento en 15 % (n=3) de los pacientes. En relación a los factores de riesgo moderado, 15 % (n=3) presentaron polimiositis y la variable más observada fue el sexo masculino con 38 % (n= 8) de pacientes. Por último, entre los factores de bajo riesgo, se encontró 5 % (n=1) de pacientes con miopatía por superposición, 5 pacientes (24 %) con Raynaud, 8 (38 %) con artritis inflamatoria y 4 (25 %) con enfermedad pulmonar intersticial.

Tabla 2 - Factores de Riesgo de IMACs

Alto Riesgo	
>40 años, n(%)	17/21 (81)
Actividad Persistente, n(%)	3/21 (15)
Tipo de MII	
-Dermatomiositis, n(%)	16/21 (80)
Anticuerpos Alto Riesgo	
-Anti-TIF1γ, n(%)	2/7 (29)
-Anti-NXP2, n(%)	1/7 (14)
Disfagia, n(%)	6/21 (29%)
Lesiones Vasculopatías, n(%)	0/21
Moderado Riesgo	
Tipo de MII	
-Dermatomiositis Clínicamente Amiopática, n(%)	1 (5)
-Polimiositis, n(%)	3 (15)
-Miopatía Necrotizante Inmunomediada, n(%)	0 (0)
Anticuerpos Moderado Riesgo	
-Anti-SAE 1, n(%)	0
-Anti-HMGCR, n(%)	0
-Anti-Mi2, n(%)	1/13 (7.7)
-Anti-MDA5, n(%)	1/7 (14.2)
-Sexo Masculino, n(%)	8 (26)
Riesgo Estándar	
Tipo de Miopatía	
-Síndrome Antisintetasa, n(%)	0
-Miopatía de Superposición, n(%)	1
Anticuerpos Moderado Riesgo	
-Anti-SRP, n(%)	0
-Anti-Jo1, n(%)	0
-AcSas No Jo1, n(%)	0
Fenómeno de Raynaud. n(%)	5/21 (24)
Artritis inflamatoria. n(%)	8/21 (38)
Enfermedad pulmonar intersticial, n(%)	4/16 (25)

Conclusión: En nuestro registro observamos un 3,7 % de pacientes con miositis asociada a cáncer (MAC), una proporción menor que la reportada en otros estudios. Por otro lado, encontramos una frecuencia levemente superior de pacientes estratificados como de alto riesgo comparado con otros estudios, pero esto podría estar influenciado por la cantidad de pacientes con MAC incluidos en cada uno. En relación a la estratificación, los principales determinantes de riesgo fueron la edad y la presencia de DM, al igual que lo observado en otros registros. La correlación observada entre la estratificación y la presencia de cáncer fue elevada, lo que refuerza la importancia de aplicar las guías IMACS en nuestra práctica diaria.

Características clínicas, serológicas y evolutivas de las miopatías inflamatorias idiopáticas en Argentina: actualización a nueve años de un registro nacional multicéntrico

Miopatías Inflamatorias 0115

Cristian Alejandro Benítez[1], Graciela Gómez[2], Boris Kisluk[3], Ramiro Gómez[4], Ignacio López[5], Ana Carolina Costi[6], Amelia Granel[7], Sabrina Arguello[8], Cecilia Pisoni[9], Malena Viola[10], Micaela Cosatti[9], Julia Sosa[11], Gustavo Medina[12], Carolina Sánchez Andía[13], Janet Barlverdi[14], Catalina Pizarro[3], Patricia Belén Domínguez Leiva[15], Sabrina Porta[16], Mariana Aciar[17]

1. Hospital Nacional Dr. Alejandro Posadas; 2. Instituo Lanari; 3. Hospital Escuela Eva Perón; 4. Hospital Universitario Austral; 5. Sanatorio Güemes; 6. Hospital San Martín; 7. Hospital San Roque de Gonnet; 8. Hospital El Cruce; 9. CEMIC; 10. Hospital Argerich; 11. Sanatorio La Trinidad Mitre; 12. Hospital de Clínicas; 13. Hospital Dr. J. M. Penna; 14. Hospital Privado de Córdoba; 15. Hospital Tornú; 16. Hospital Durand; 17. Hospital Nuestra Señora del Milagro

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas son enfermedades autoinmunes heterogéneas, con compromiso muscular y extramuscular variable. La evidencia longitudinal latinoamericana sobre su comportamiento clínico y evolutivo es limitada.

Objetivo: Describir las características clínicas, serológicas, evolutivas y terapéuticas de los pacientes incluidos en un registro argentino de miopatías inflamatorias idiopáticas, en su actualización a nueve años de seguimiento.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico, longitudinal y descriptivo de pacientes registrados entre 2016 y agosto de 2025, clasificados según criterios EULAR/ACR 2017 y/o ENMC. Se analizaron variables demográficas, manifestaciones clínicas, autoanticuerpos específicos y asociados a miositis, tratamientos y curso evolutivo. El análisis se realizó sobre los casos con información disponible.

Resultados: Se incluyeron 564 pacientes, 424 (75,2 %) mujeres, con una edad media al inicio de los síntomas de 46,1 ± 15,9 años. Entre los 497 pacientes clasificables, la dermatomiositis fue el subtipo más frecuente (46,1 %), seguida de polimiositis (22,7 %) y síndrome antisintetasa (20,3 %). La debilidad muscular estuvo presente en 91,2 % y la elevación de enzimas musculares en 94,2 % de los pacientes evaluados. Se detectaron autoanticuerpos específicos de miositis en 73,7 % de los pacientes estudiados; los más frecuentes fueron anti-MDA5 (22,6 %), anti-Jo-1 (15,3 %) y anti-Mi-2 (12,7 %). Anti-Jo-1 predominó en síndrome antisintetasa (66,0 %), anti-MDA5 en dermatomiositis clínicamente amiopática (85,7 %) y anti-SRP en miopatía necrotizante autoinmune (52,6 %). La enfermedad pulmonar intersticial afectó al 28,5 % de la cohorte y fue especialmente frecuente en síndrome antisintetasa (71,0 %). La artritis/artralgias se observó en 42,0 % y la neoplasia asociada en 7,2 % de los pacientes con información disponible. Los glucocorticoides orales fueron el tratamiento más utilizado (79,1 %), seguidos por metotrexato (40,8 %), azatioprina (30,7 %) y micofenolato mofetilo (21,3 %); rituximab se utilizó en 14,9 %. El curso clínico fue crónico continuo en 33,3 %, monocíclico en 30,1 % y policíclico en 20,4 %. El curso crónico fue más frecuente en dermatomiositis clínicamente amiopática (56,0 %) y en pacientes anti-MDA5 positivos (67,4 %). El 30,3 % requirió al menos una internación atribuible a la miopatía inflamatoria.

Conclusión: Esta actualización caracteriza los principales fenotipos clínicos, serológicos y evolutivos de las miopatías inflamatorias idiopáticas en Argentina. Los hallazgos amplían la evidencia regional y destacan la carga de compromiso pulmonar en el síndrome antisintetasa, así como la utilidad de los autoanticuerpos para definir fenotipos clínicos. La interpretación debe considerar el diseño observacional y la disponibilidad heterogénea de algunas variables.

Hallazgos *post mortem* en casos fatales de intoxicación por metotrexato: revisión narrativa de la literatura

Misceláneas 0030

Nicolás Martín Lloves Schenone[1], Paula Tamara Mohamad[2]

1. Hospital Churruca-Visca; 2. CEMESI

Introducción: El metotrexato (MTX) es uno de los fármacos más utilizados en reumatología debido a su eficacia y bajo costo. Si bien presenta un perfil de seguridad favorable a bajas dosis, errores en la dosificación, interacciones farmacológicas o determinadas condiciones clínicas pueden conducir a toxicidad grave y potencialmente fatal. La literatura sobre hallazgos de autopsia y toxicología *post mortem* en estos casos es escasa y se limita principalmente a reportes aislados y pequeñas series.

Objetivo: Describir los hallazgos anatomopatológicos, toxicológicos y médico-forenses reportados en autopsias de pacientes fallecidos por intoxicación por MTX.

Métodos: Se realizó una revisión narrativa de la literatura publicada entre 2001 y 2026 en PubMed/MEDLINE, Google Scholar, SciELO, LILACS y Cochrane Library. Se incluyeron reportes y series de casos de pacientes fallecidos por intoxicación por MTX que describieran hallazgos de autopsia y/o estudios toxicológicos *post mortem.* Se excluyeron estudios experimentales, reportes de intoxicación no fatales y publicaciones que no aportaran información anatomopatológica o toxicológica *post mortem* relevante.

Resultados: De las 35 publicaciones inicialmente identificadas, se incluyeron 5 que describieron 7 pacientes fallecidos por intoxicación con MTX. Una de las publicaciones correspondió a un análisis toxicológico *post mortem* complementario de un caso previamente reportado y no fue considerada como paciente adicional. Los pacientes presentaron edades comprendidas entre los 49 y 85 años, observándose un predominio de adultos mayores y un ligero predominio del sexo femenino. Las indicaciones de tratamiento más frecuentes fueron artritis reumatoidea y psoriasis. La principal circunstancia asociada al fallecimiento fue el error de medicación, particularmente la administración diaria accidental. Los hallazgos clínicos más frecuentes previos al fallecimiento fueron pancitopenia, mucositis, lesiones cutáneas, fiebre y sepsis. En las autopsias se describieron hallazgos de diátesis hemorrágica, incluyendo petequias cutáneo-mucosas y hemorragias viscerales multifocales, particularmente a nivel pulmonar, hepático y renal. Asimismo, se observaron pulmo-

Autor	Número de pacientes	Indicación de tratamiento	Circunstancia de intoxicación	Hallazgos *post mortem* principales
Moisa et al., 2006	4	Psoriasis (2), artritis reumatoidea (2)	Administración diaria	Pancitopenia, lesiones mucocutáneas, hemorragias multifocales, edema pulmonar, aplasia medular
Smedra et al., 2013	1	No especificada	Administración diaria	Eritrodermia generalizada, insuficiencia cardiorrespiratoria, depresión medular
Abouzahir et al., 2024	1	Psoriasis	Administración diaria	Lesiones bullosas y pustulosas extensas, congestión visceral, derrame pleural, hipoplasia medular
Gao et al., 2026	1	Artritis reumatoidea	Error dosificación	Lesiones multiorgánicas, compromiso hepático e intestinal, alteraciones esplénicas
Szpot et al., 2022	1	No especificada	Administración diaria	Cuantificación *post mortem* de MTX en sangre y tejidos

nes aumentados de peso, con edema y congestión vascular, ulceraciones y erosiones extensas de mucosas gastrointestinales, y signos anatomopatológicos compatibles con *shock* y falla multiorgánica. A nivel histológico los hallazgos más frecuentes incluyeron hipocelularidad o aplasia medular, necrosis hepática, necrosis tubular aguda, lesiones ulceronecróticas intestinales y cambios inflamatorios inespecíficos en otros órganos. Los estudios toxicológicos *post mortem* demostraron persistencia del MTX en sangre y tejidos varios días después de suspendido el tratamiento, con mayores concentraciones en hígado, riñón y médula ósea.

Conclusión: La intoxicación fatal por MTX presenta un patrón anatomopatológico relativamente consistente, caracterizado por mielosupresión severa, compromiso mucocutáneo, hemorragias y falla multiorgánica; sin embargo, ninguno de estos hallazgos es específico. La administración diaria accidental emergió como el principal mecanismo asociado a los casos fatales revisados. Desde la perspectiva médico-forense, estos hallazgos resaltan la importancia de la investigación de posibles errores de medicación y su eventual implicancia en la determinación de responsabilidad profesional. Ante una sospecha de intoxicación fatal por MTX, autopsia, toxicología y antecedentes clínicos no deben analizarse por separado, sino como partes de una misma evidencia médico-forense.

Análisis comparativo de la seguridad entre los inhibidores del JAK y el inhibidor de la IL-6 en una cohorte de pacientes paraguayos y uruguayos con artritis reumatoide

Misceláneas 0034

Paloma De Abreu Trigueros[1], **Sonia Cabrera Villalba**[2], Patricia Melgarejo Paniagua[3], Teresa Chávez[2], Mariela Zarza Torres[4], Angélica Amarilla Ortíz[2], Lourdes Román[5], Astrid Paats[6], Vannia Valinotti[2], Zoilo Morel Ayala[2], Roger Rolón[2], Laura Martínez[6], Claudia Coronel[6], Raquel Aranda[6], Santiago Ferreira Medina[6], Paola Pusineri6, Paola Jara Gómez[2], Sany Gómez González[2], Mireya Ivenzi[2], Alicia Quiñónez[6], Edis Ortigoza Aquino[2], Sebastián Alderete[6], Silvia Calderoli[2], Magui Viviana Ullón Godoy[6], Manuel Méndez[2], Santiago Castillo[2], Clyde Parodi[7], Cristina Brunengo[8], Yesica de León[8], Pedro Delgadillo Benítez[9], Carlos da Costa[8], Sandra Consani[10], Pilar Garino[11], Sofía Rostán[11], Darwin Cordovilla[12], Gabriela Ávila Pedretti[2]

1. Sociedad Paraguaya de Reumatología; 2. Hospital Central del Instituto de Previsión Social; 3. Hospital de Villarrica; 4. Hospital del Ineram; 5. Hospital de Villa Elisa; 6. Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción; 7. Hospital General Coronel Oviedo; 8. Instituto Nacional de Reumatología; 9. Hospital Regional de Concepción; 10. Cosem, Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales; 11. Hospital Maciel; 12. Hospital Evangélico

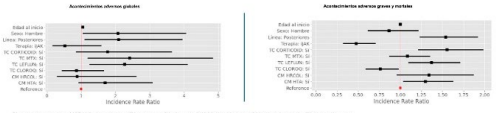
Introducción: La evidencia comparativa entre los inhibidores de las janus quinasas (iJAK) y el inhibidor de la interleucina (iIL-6) es limitada en población latinoamericana y en condiciones de vida real.

Objetivo: Comparar la seguridad iJAK e iIL-6 en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide (AR) del registro BIOBADAGUAY.

Métodos: Se analizaron pacientes diagnosticados de AR del registro paraguayo-uruguayo de acontecimientos adversos (AA) con terapias dirigidas Biobadaguay (https://biobadaguay.ser.es), tratados con iIL-6 o iJAK. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, fármaco recibido, tipo y gravedad del AA. Se calcularon tasas de incidencia (IR) por 1000 pacientes-año (IC 95 %) y razones de tasas (IRR) mediante regresión de Poisson (p < 0,05).

Tabla 1. Acontecimientos adversos globales por tratamiento: frecuencia y gravedad

Tipos de acontecimientos adversos	Inhibidor IL-6		Inhibidor JAK		Todos	
	Graves	Totales	Graves	Totales	Graves	Totales
Infecciones n (%)	**19 (43,2)**	**159 (42,9)**	**4 (100)**	**24 (70,6)**	**23 (48,0)**	**183 (45,2)**
Procedimientos médicos/quirúrgicos n (%)	9 (11,4)	27 (7,28)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (10,4)	27 (7,2)
Manifestaciones metabólicas n (%)	1 (2,3)	22 (5,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	22 (5,4)
Manifestaciones hematológicas n (%)	1 (2,3)	22 (5,9)	0 (0,0)	7 (20,6)	1 (2,1)	29 (7,2)
Manifestaciones vasculares n (%)	6 (13,6)	20 (5,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (12,5)	20 (4,9)
Manifestaciones del sistema nervioso n (%)	1 (2,3)	19 (5,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	19 (4,7)
Manifestaciones cutáneas n (%)	2 (4,5)	16 (4,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,2)	16 (3,9)
Manifestaciones hepáticas n (%)	1 (2,3)	15 (4,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	15 (3,7)
Manifestaciones musculoesqueléticas n (%)	2 (4,5)	13 (3,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,2)	13 (3,2)
Lesiones traumáticas/ intoxicaciones n (%)	2 (4,5)	10 (2,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,2)	10 (2,5)
Manifestaciones gastrointestinales n (%)	1 (2,3)	9 (2,4)	0 (0,0)	2 (5,6)	1 (2,1)	11(2,7)
Manifestaciones respiratorias n (%)	0 (0,0)	5 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0, (0,0)	5 (1,2)
Manifestaciones inmunológicas n (%)	0 (0,0)	5 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0, (0,0)	5 (1,2)
Exploraciones complementarias n (%)	0 (0,0)	5 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0, (0,0)	5 (1,2)
Manifestaciones cardiacas n (%)	0 (0,0)	4 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0, (0,0)	4 (1,0)
Manifestaciones oculares n (%)	1 (2,3)	4 (1,1)	0 (0,0)	1 (3,0)	1 (2,1)	2 (0,5)
Manifestaciones endocrinas n (%)	0 (0,0)	4 (1,19	0 (0,0)	0 (0,0)	0, (0,0)	4 (1,0)
Manifestaciones renales n (%)	0 (0,0)	3 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0, (0,0)	3 (0,7)
Manifestaciones otorrinolaringológicas n (%)	0 (0,0)	2 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0, (0,0)	2 (0,5)
Neoplasias n (%)	1 (2,3)	2 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	2 (0,5)
Manifestaciones gestacionales /perinatales n (%)	0 (0,0)	2 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0, (0,0)	2 (0,5)
Trastornos generales/ lugar aplicación n (%)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0, (0,0)	1 (0,2)
Manifestaciones ginecológicas n (%)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0, (0,0)	1 (0,2)
Manifestaciones psiquiátricas n (%)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	1 (0,29
Total n (%)	**44 (100)**	**371 (100)**	**4 (100)**	**34 (100)**	**48 (100)**	**405 (100)**



Resultados: Se analizaron un total de 217 pacientes (163 en tratamiento con iIL-6 y 75 en tratamiento con iJAK (13 tofacitinib, 65 upacitinib)). La mayoría fueron mujeres (87,7 %), con una edad media al inicio del tratamiento de 49,7 ± años. El grupo iIL-6 presentó mayor duración de enfermedad, mayor positividad para FR y anti-CCP, y mayor uso concomitante de metotrexato, leflunomida e hidroxicloroquina (p < 0,05). Se suspendieron un total de 92 tratamientos (83 iIL-6 y 9 iJAK), la causa más frecuente en iIL-6 fue el AA (37,3 %) y en los iJAK, la ineficacia (55,6 %). No se encontraron diferencias significativas entre las causas de suspensión. Se registraron un total de 405 AA en su mayoría leves, 354 (84,7 %), 48 (11,8 %) graves y 3 (0,7 %) mortales. La infección fue el AA más frecuente en un 45,2 % (183) en su mayoría de carácter leve en un 86,3 % del total de infecciones (Tabla 1). Al analizar la IR global de AA el tratamiento con iJAK mostró una menor tasa de AA globales respecto a los iIL-6 (IRR=0,36 [95 % CI, 0,2-0,6]); no hubo diferencia al analizar la IR por tipos de AA. El análisis multivariante, usando como referencia los iIL-6, mostró un mayor riesgo de AA globales en las segundas y posteriores líneas de tratamiento (IRR=1,5 [95 % CI,1,2-1,9] p=0,0001), el uso concomitante de corticoides (IRR=1,5 [95 % CI,1,2-1,9] p=0,0004) y el uso concomitante de leflunomida (LFM) (IRR=1,4 [95 % CI,1,1-1,7] p=0,004), y un menor riesgo la terapia con iJAK (IRR=0,5 [95 % CI,0,3-0,7] p=0,0002) y el uso concomitante de HCQ (IRR=0,7 [95 % CI,0,6-1,0] p=0,03) (Figura 1).

Conclusión: Las infecciones fueron la principal causa de AA siendo en su mayoría de carácter leve. Los iIL-6 mostraron una mayor IR de AA globales, pero no hubo diferencias entre los tipos de AA. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de estudios con mayor número de pacientes y seguimiento prolongado para confirmar su perfil de seguridad.

Vacunación contra el dengue en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas autoinmunes

Misceláneas 0035

Anabel González Márquez[1], Paula Eva Poleri[1], María Victoria Martire[1], Amelia Granel[1], Adriana Testi[1], Ana Marcos[1], Joan Manuel Dapeña[2], Mariana Benegas[3], Patricia Belén Domínguez Leiva[3], Eliana Serrano[3], Agustina Meuli[3], Arisai Graciela Huici Rojas[4], Lucía Belén Cisterna Guzmán[5], Sofía Cherey[5], María de los Ángeles Correa[5]

1. Hospital San Roque de Gonnet; 2. Hospital Santojanni; 3. Sanatorio Dr. Julio Méndez; 4. Hospital Posadas; Hospital 5. Tornú; 6. IREP

Introducción: En el contexto del desafío epidemiológico de un gran incremento de casos de dengue en los últimos años, desde 2024 se vienen realizando en nuestro país campañas masivas de inmunización mediante una nueva vacuna (Qdenga o TAK-003) que puede ser aplicada a personas sin antecedente de infección. Sin embargo, al ser esta a virus atenuado, está contraindicada en pacientes inmunocomprometidos, lo cual limita su uso en personas con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas autoinmunes (ERICA). En este trabajo nos proponemos identificar si existen casos en los cuales se haya producido la vacunación, y de encontrarse, evaluar cuáles fueron sus desenlaces.

Objetivo: Describir en pacientes con ERICA: Antecedentes de infección por dengue y su gravedad, frecuencia de vacunación con TAK-003, si existieron eventos adversos y sus características, y si se registraron rebrotes o dengue postvacunal.

Métodos: Estudio multicéntrico, retrospectivo, descriptivo, observacional, donde se recabaron mediante cuestionarios dirigidos a pacientes consecutivos con ERICA desde abril hasta julio de 2026 antecedentes de infección previa por dengue y su gravedad, antecedentes vacunales con TAK-003, eventos adversos referidos y sus características, y variables relacionadas con la enfermedad reumatológica de base, tratamiento y comorbilidades.

Resultados: Se incluyeron 514 pacientes provenientes de centros de CABA y provincia de Bs. As., 83 % de sexo femenino con edad mediana de 53,5 años (RIC 44-63). 11,3 % (n=58) habían tenido infección por dengue, siendo 84 % de sexo femenino (n=49) con edad mediana de 48,5 años (RIC 40-62); de estos casos, el 67,2 % (n=39) fue diagnosticado por nexo epidemiológico, y 32,8 % (n=19) confirmado por serología. Con respecto a la gravedad, 70,7 % (n=41) no presentó signos de alarma, 20,7 % (n=12) sí los tuvo, y 8,6 % (n=5) cursó dengue grave (Figura 1). En cuanto a antecedentes vacunales, 4,4 % (n=23; IC 95 %) de los pacientes recibieron TAK-003, 69,5 % (n=16) de sexo femenino y edad mediana de 48 años (RIC 41-57); el 30,4 % (n=7) ocurrió sin indicación médica, 56,5 % (n=13) con indicación médica sin conocimiento de su reumatólogo, y 13 % (n=3) con indicación por parte de reumatólogo (Figura 1). De los pacientes vacunados, 43,4 % (n=10) habían cursado dengue; de estos, el 40 % (n=4) fue grave y 20 %, (n=1) con signos de alarma. Los 3 pacientes vacunados con indicación reumatológica habían tenido dengue grave. En ningún caso se registraron eventos adversos ni rebrote o dengue postvacunal (IC 95 %). La ERICA y el tratamiento inmunosupresor al momento de la vacunación se especifican en la Tabla 1.

Conclusión: No encontramos en los 23 casos de vacunación registrados en nuestro trabajo eventos adversos, rebrotes o dengue postvacunal. Consideramos que estos hallazgos deben interpretarse como generadores de hipótesis y no como prueba de seguridad, dadas las limitaciones del diseño del estudio. Serán necesarios estudios prospectivos, con mayor tamaño muestral, seguimiento prolongado y análisis ajustados por factores de confusión para definir el perfil de seguridad de TAK-003 en pacientes con ERICA.

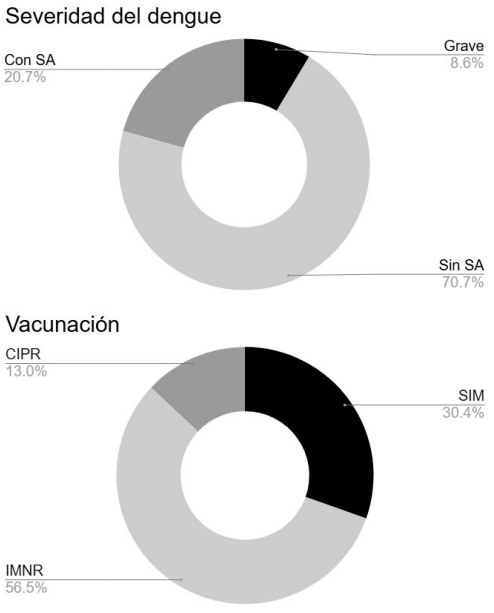


Figura 1. Abreviaciones: SA, signos de alarma; SIM, sin indicación médica; IMNR, indicación médica no reumatológica; CIPR, con indicación por reumatólogo

ERICA	GC	DME	Vacunación
LES	0	HCQ	Sin indicación médica
ESj	4	HCQ	Sin indicación médica
AR	0	MTX	Sin indicación médica
AR	4	MTX	Sin indicación médica
AR	0	MTX	Sin indicación médica
AR	0	MTX	Sin indicación médica
ESj	0	MTX;AZA	Sin indicación médica
APs	0	MTX	Indicación médica, sin conocimiento de reumatólogo
AR	0	MTX	Indicación médica, sin conocimiento de reumatólogo
AR	4	MTX	Indicación médica, sin conocimiento de reumatólogo
ESA	20	MTX	Indicación médica, sin conocimiento de reumatólogo
AR	0	MTX;LFN	Indicación médica, sin conocimiento de reumatólogo
AR	0	MTX	Indicación médica, sin conocimiento de reumatólogo
LES	0	HCQ	Indicación médica, sin conocimiento de reumatólogo
AR	0	LFN;anti-TNF	Indicación médica, sin conocimiento de reumatólogo
APs	0	MTX	Indicación médica, sin conocimiento de reumatólogo
APs	0	MTX	Indicación médica, sin conocimiento de reumatólogo
AR	0	MTX;LFN	Indicación médica, sin conocimiento de reumatólogo
AR	8	MTX;LFN	Indicación médica, sin conocimiento de reumatólogo
AR;ESj	2	MTX;LFN;HCQ	Indicación médica, sin conocimiento de reumatólogo
AR	0	anti-TNF	Indicación médica por parte de reumatólogo
LES	0	HCQ;AZA	Indicación médica por parte de reumatólogo
AR	0	MTX	Indicación médica por parte de reumatólogo

Tabla 1. Abreviaciones: GC, glucocorticoides (equivalentes en mg. de meprednisona); DME, drogas modificadoras de la enfermedad; LES, Lupus Eritematoso Sistémico; ESj, Enfermedad de Sjögren; AR, Artritis Reumatoide; APs, Artritis Psoriásica; ESA, Enfermedad de Still del Adulto; HCQ, hidroxicloroquina; MTX, metotrexato; AZA, azatioprina; LFN, leflunomida.

Persistencia terapéutica y causas de discontinuación de terapias biológicas y sintéticas dirigidas en una cohorte de pacientes paraguayos y uruguayos con enfermedades reumáticas

Misceláneas 0037

Gabriela Ávila[1], Paloma De Abreu Trigueros[2], Patricia Melgarejo[3], Laura Martínez[4], Teresa Chávez[1], Angélica Amarilla[1], Claudia Coronel[4], Sany Gómez[1], Mireya Invernizzi[1], Santiago Ferreira[4], Alicia Quiñones[4], Edis Ortigoza[1], Sebastián Alderete[4], Silvia Calderoli[1], Manuel Méndez[1], Magui Ullón[4], Santiago Castillo[1], Cristina Brunengo[5], Yesica de León[5], Carlos da Costa[5], Mariela Zarza[6], Zoilo Morel[1], Clyde Parodi[7], Darwin Cordovilla[8], Raquel Aranda[4], **Sonia Cabrera[1]**

1. Hospital Central del Instituto de Previsión Social; 2. Sociedad Paraguaya de Reumatología; 3. Hospital de Villarrica; 4. Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción; 5. Instituto Nacional de Reumatología; 6. Hospital del Ineram; 7. Hospital General Coronel Oviedo; 8. Hospital Evangélico

Introducción: Los registros de farmacovigilancia permiten estimar la retención terapéutica y discriminar patrones de suspensión, proporcionando evidencia complementaria a los ensayos clínicos.

Objetivo: Estimar la supervivencia global de las terapias biológicas y sintéticas dirigidas y analizar los motivos de retirada.

Métodos: Estudio observacional del registro BIOBADAGUAY (registro paraguayo-uruguayo de acontecimientos adversos en pacientes con enfermedades reumáticas en tratamiento con terapias dirigidas, https://biobadaguay.ser.es.). Se incluyeron tratamientos en artritis reumatoide (AR), espondiloartritis (EsP), artritis psoriásica (ApS) y artritis idiopática juvenil (AIJ). La supervivencia se estimó con Kaplan–Meier y los factores asociados mediante regresión de Cox (HR e IC95 %).

Resultados: Se registraron 744 discontinuaciones: 29,4 % por ineficacia, 6,5 % por remisión y 20,7 % por acontecimientos adversos (otros motivos en el resto). En el análisis global, la mediana de supervivencia fue mayor en los pacientes con EsP (314.6; IC95 %, 248.9–422.0), y la AIJ presentó la menor mediana de supervivencia (149.0 semanas; IC95 %, 119.9–190.6). En el análisis multivariado, la AIJ se asoció significativamente a un mayor riesgo de discontinuación del tratamiento (HR=1.626; IC95 %, 1.309–2.019; $p < 0.005$), comparado con el resto de diagnósticos. Al analizar la retirada del fármaco por ineficacia, la AR se asoció a mayor riesgo (HR=1,421; p=0,02). Al considerar la retirada por remisión, la AIJ presentó el mayor riesgo (HR=17,327; $p < 0,005$) y la AR menor probabilidad (HR=0,084; $p < 0,005$). Al analizar la suspensión por acontecimientos adversos, la AR se asoció a mayor riesgo (HR=1,902; $p < 0,005$) y las EsP a menor riesgo (HR=0,464; p=0,01); los inhibidores de IL-6 se asociaron a mayor suspensión (HR=1,744; $p < 0,005$) por este motivo. En el análisis multivariado, los factores asociados a la retirada por ineficacia fueron el número de ciclos (HR=1.32; IC95 %, 1.11–1.58; $p < 0.005$) y el uso de corticoides (HR=1.50; IC95 %, 1.03–2.17; p=0.03). Para la retirada por remisión, AIJ (HR=9.69; $p < 0.005$) y mayor número de comorbilidades (HR=2.43; p=0.05) fueron predictores independientes. En la retirada por acontecimientos adversos, se asociaron significativamente el uso de inhibidores de IL-6 (HR=1.58; IC95 %, 1.06–2.36; p=0.03) y la hipertensión arterial (HR=1.66; IC95 %, 1.01–2.73; p=0.05).

Conclusión: En BIOBADAGUAY, la supervivencia y los motivos de discontinuación de terapias dirigidas varían según diagnóstico, clase terapéutica y características clínicas. La artritis idiopática juvenil se asocia a menor retención global y mayor probabilidad de retirada por remisión y los inhibidores de IL-6 se vinculan a mayor retirada por acontecimientos adversos. Estos hallazgos respaldan un enfoque individualizado en el inicio y mantenimiento de terapias dirigidas.

Primer reporte sobre las características clínicas, serológicas, sociodemográficas y de ecografía articular en pacientes post virus Chikunguña evaluados en consultorios de reumatología de la provincia de Tucumán

Misceláneas 0047

María Cecilia Goizueta[1], Maximiliano Augusto Machado Escobar[2], Ana Alejandra Pereyra[3], Dora Lía Vásquez[4], Yessika Soria Curi[2], Sinda Hortencia Zalles Lazarte[5], Ana Lucía Barbaglia Navarro[6], Mariana Pera[7], Verónica Bellomio[6]

1. Sanatorio 9 de Julio; 2. Hospital Eva Perón; 3. Hospital Nicolás Avellaneda; 4. Centro Integral de Reumatología; 5. Consultorio Privado; 6. Hospital Ángel C. Padilla; 7. Clínica Mayo UMCB

Introducción: La infección por el virus Chikunguña (CHIKV) es una arbovirosis causada por un alfavirus, transmitido principalmente por los mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. Entre sus manifestaciones clínicas se incluyen fiebre, exantema, mialgias y artralgias que suelen ser poliarticulares, simétricas y de predominio periférico. Aunque la mayoría de los pacientes mejora luego de la fase aguda, una proporción significativa evoluciona con dolor articular persistente, rigidez, fatiga y, en algunos casos, artritis inflamatoria postinfecciosa.

Objetivo: General: Describir las características clínicas, demográficas, epidemiológicas, serológicas y ecográficas de los pacientes adultos con manifestaciones musculoesqueléticas reumatológicos post Chikunguña evaluados en consultorios de Reumatología de Tucumán durante el brote de enero-febrero de 2026.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico y descriptivo. Se incluyeron adultos con infección por CHIKV confirmada por laboratorio, evaluados por Reumatología entre las 8 y 12 semanas del inicio del cuadro. Se registraron variables sociodemográficas, manifestaciones clínicas, laboratorio, autoanticuerpos, ecografía articular y tratamientos indicados. Los pacientes fuera de la ventana predefinida fueron excluidos del análisis principal y se analizaron de manera separada. Se realizó un análisis descriptivo.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes, mujeres (90 %), con edad media de 44,4 años, evaluados a los 65,9 días del inicio de los síntomas. Durante la fase aguda todos presentaron fiebre y mialgias, y el 90 % poliartralgia. En la evaluación reumatológica persistían en la mayoría de los pacientes, poliartralgia (100 %), rigidez matinal >60 minutos (90 %), mialgias (70 %), fatiga (70 %) y poliartritis (60 %). El 70 % presentó ERS elevada y la mediana de PCR ultrasensible fue de 8,5 mg/L. La ecografía articular Doppler realizada en 3 pacientes describió derrame articular en 2 (66,7 %) y ausencia de señal Doppler en todos los casos. El 90 % requirió AINEs, el 70 % glucocorticoides de depósito y el 30 % inició tratamiento con DMARDs. Siete pacientes fueron excluidos del análisis principal por no cumplir la ventana temporal; sin embargo, presentaban elevada carga inflamatoria y requerimientos terapéuticos similares, además utilizaron: AINEs 100 %, glucocorticoide oral 71,4 % y DMARD 71,4 %, por lo que continuarán en seguimiento prospectivo.

Conclusión: Los pacientes derivados a especialistas en Reumatología luego de la infección por CHIKV presentaron una elevada frecuencia de manifestaciones inflamatorias persistentes, reactantes elevados y necesidad de tratamiento específico incluso entre las 8 y 12 semanas posteriores a la infección. Estos hallazgos resaltan la importancia del seguimiento reumatológico precoz durante los brotes epidémicos. El estudio continúa con reclutamiento prospectivo para identificar factores asociados a persistencia y cronificación.

Invitaciones editoriales no solicitadas y revistas depredadoras en reumatología

Misceláneas 0067

Ana Karina Vacaflor D., Yeimy Vega, Gabriel Sequeira, Fabiana Montoya

Hospital General de Agudos Ramos Mejía

Introducción: El crecimiento de las revistas de acceso abierto ha favorecido la aparición de revistas con prácticas editoriales cuestionables. Estas revistas suelen utilizar invitaciones editoriales no solicitadas (IENS) enviadas por correo electrónico para contactar potenciales autores.

Objetivo: Describir las características de las IENS recibidas por correo electrónico por un reumatólogo.

Métodos: Estudio observacional descriptivo basado en el análisis documental de todas las IENS recibidas por correo electrónico por un reumatólogo con actividad científica y publicaciones internacionales entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2026. Por razones de seguridad informática, no se accedió a enlaces ni archivos adjuntos. Se registraron las características del remitente, de la revista y del contenido de los mensajes, incluyendo personalización, coincidencia temática, mención de publicaciones, fecha límite, cargos por procesamiento de artículos (APC), sistemas de visibilidad editorial y bases bibliográficas internacionales reconocidas. Se consideraron bases bibliográficas internacionales reconocidas MEDLINE/PubMed, Scopus, Web of Science, Embase, SciELO, LILACS y CAS.

Tabla 1: Características de las IENS según la inclusión de una fecha límite

Variable	Con fecha límite n (%)	Sin fecha límite n (%)	p
Personalización nominal	138 (89,6)	78 (64,5)	<0,001
Coincidencia con el área de investigación	35 (22,7)	13 (10,7)	0,010
Mención de una publicación del investigador	33 (21,4)	13 (10,7)	0,022
Mención de cargos por procesamiento de artículos (APC)	60 (39,0)	83 (68,6)	<0,001
Mención del monto del APC	36 (23,4)	65 (53,7)	<0,001
Mención de sistemas de visibilidad editorial	149 (96,8)	120 (99,2)	0,250
Indexación en bases bibliográficas internacionales reconocidas	26 (16,9)	8 (6,6)	0,011

Tabla 2: Comparación de las IENS según el país de origen declarado (Estados Unidos vs. otros países)

Variable	EE.UU. n (%)	No EE.UU. n (%)	p
Personalización nominal	128 (72,3)	88 (89,8)	<0,001
Coincidencia con el área de investigación	24 (13,6)	24 (24,5)	0,030
Mención de una publicación del investigador	20 (11,3)	26 (26,5)	0,002
Identificación de un Editor en Jefe	87 (49,2)	33 (33,7)	0,016
Mención de cargos por procesamiento de artículos (APC)	105 (59,3)	38 (38,8)	0,002
Fórmula de desuscripción	145 (81,9)	61 (62,2)	<0,001
Mención de sistemas de visibilidad editorial	176 (99,4)	93 (94,9)	0,046
Indexación en bases bibliográficas internacionales reconocidas	6 (3,4)	28 (28,6)	<0,001

Resultados: Se analizaron 275 IENS. Tras la depuración de los registros, se identificaron 166 revistas, además de 2 plataformas o editoriales y 5 remitentes no identificables. Durante la verificación independiente de las revistas, 3 sitios generaron advertencias de suplantación de identidad (*phishing*). El 78,5 % de las invitaciones estaban dirigidas nominalmente al destinatario; sin embargo, solo 48 (17,5 %) correspondían a su área de investigación y 46 (16,7 %) mencionaban alguna de sus publicaciones. En 154 (56,0 %) se incluyó una fecha límite para el envío del manuscrito. De las 275 IENS, 269 (97,8 %) mencionaban al menos un sistema de visibilidad editorial; sin embargo, solo 34 (12,4 %) correspondían a revistas indexadas en bases bibliográficas internacionales reconocidas. Con respecto al país de origen declarado, 177 (64,4 %) invitaciones correspondían a Estados Unidos, 66 (24,0 %) no declaraban un país de origen, 9 (3,3 %) al Reino Unido, 5 (1,8 %) a Australia y 3 (1,1 %) a Singapur; el resto correspondió a otros países.

Conclusión: Las IENS fueron frecuentemente personalizadas, aunque rara vez guardaban relación con la actividad científica del destinatario. La mayoría mencionó sistemas de visibilidad editorial, pero solo una minoría correspondía a revistas indexadas en bases bibliográficas internacionales reconocidas. Las IENS con fecha límite mencionaban con menor frecuencia los cargos por procesamiento de artículos (APC), mientras que las revistas con origen declarado en Estados Unidos estuvieron indexadas con menor frecuencia en bases bibliográficas reconocidas. Se sugiere una evaluación crítica y precaución por parte de los reumatólogos frente a las invitaciones editoriales no solicitadas.

Predictores clínicos independientes de desenlaces adversos en sarcoidosis: cohorte retrospectiva de un centro terciario

Misceláneas 0083

Melina Delgado, Marina Scolnik, Nicolás Alvarado, Javier Rosa

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La sarcoidosis presenta un curso clínico heterogéneo e impredecible, con escasos datos sobre predictores de evolución adversa en cohortes latinoamericanas.

Objetivo: Identificar factores clínicos al diagnóstico asociados a desenlaces adversos a largo plazo (recaída, hospitalización, muerte) en una cohorte institucional de sarcoidosis.

Métodos: Estudio observacional, analítico, de cohorte retrospectiva de pacientes del Registro Institucional de Sarcoidosis del Hospital Italiano de Buenos Aires (2006-2025), analizados mediante modelos de Cox multivariados independientes por desenlace.

Resultados: Se incluyeron 163 pacientes (55,2 % mujeres; mediana de edad: 49,0 años), con una mediana de seguimiento de 6,9 años. El 43,6 % presentó compromiso sistémico (>=2 dominios de la World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders, WASOG) al diagnóstico. El 28,2 % recayó, el 23,9 % se hospitalizó y el 5,5 % (n=9) falleció, ninguno por causa atribuible a sarcoidosis. El compromiso sistémico se asoció de forma independiente con recaída (HR 3,67) y hospitalización (HR 3,22), no con mortalidad. El índice de Charlson predijo hospitalización (HR 1,50) y muerte (HR 1,59).

Conclusión: El compromiso sistémico y el índice de Charlson al diagnóstico son predictores clínicos independientes de desenlaces adversos en sarcoidosis, con un patrón diferencial: el primero predice morbilidad, y el segundo, morbilidad y mortalidad.

Tabla 1. Características basales de la cohorte (n=163)

Variable	Cohorte (n=163)
Demografía y proceso diagnóstico	
Sexo femenino, n (%)	90 (55,2%)
Edad al diagnóstico, años, mediana (RIC)	49,0 (39,5-58,0)
Demora diagnóstica, meses, mediana (RIC)	3,0 (1,0-8,5)
Tiempo de seguimiento, años, mediana (RIC)	6,9 (3,7-10,2)
Diagnóstico por criterios WASOG 1999, n (%)	158 (96,9%)
Biopsia realizada, n (%)	152 (93,3%)
Comorbilidades al diagnóstico	
Sobrepeso (IMC ≥25), n/n (%) [n=125]	86 (68,8%)
Hipertensión arterial, n (%)	46 (28,2%)
Tabaquismo (alguna vez), n (%)	44 (27,0%)
Dislipemia, n (%)	31 (19,0%)
Diabetes, n (%)	15 (9,2%)
Cáncer, n (%)	15 (9,2%)
Índice de Comorbilidad de Charlson, mediana (RIC)	1,0 (0,0-2,0)
Estudios complementarios al diagnóstico	
TC de tórax realizada, n (%)	155 (95,1%)
Estadio de Scadding, n/n (%) [n=155]	
0 - Sin afectación torácica	11 (7,1%)
1 - Adenopatía hiliar aislada	53 (34,2%)
2 - Adenopatía hiliar + EPID	79 (51,0%)
3 - EPID aislada	6 (3,9%)
4 - Fibrosis pulmonar	6 (3,9%)
Enfermedad pulmonar intersticial, n/n (%) [n=155]	91 (58,7%)
Hipercalcemia, n/n (%) [n=75]	6 (8,0%)
ECA elevada, n/n (%) [n=89]	38 (42,7%)
VSG, mm/hr., mediana (RIC) [n=113]	25,0 (14,0-37,0)
PCR, mg/dl, mediana (RIC) [n=42]	5,4 (2,5-11,6)
CVF, % teórico, mediana (RIC)	93 (82-101)
VEF1, % teórico, mediana (RIC)	91 (81-100)
DLCO, % teórico, mediana (RIC)	92 (79-100)

EPID: Enfermedad pulmonar intersticial
Hipercalcemia: definida como calcio total >10 mg/dl
ECA: Enzima convertidora de angiotensina. Definida como elevada: >60 U/L
VSG: Velocidad de sedimentación globular
PCR: Proteína C reactiva
CVF: Capacidad vital forzada
VEF1: Volumen Espiratorio Forzado en el primer segundo
DLCO: Capacidad de difusión de monóxido de carbono

Tabla 2. Predictores independientes de desenlaces adversos: Cox multivariado

Predictor	Recaída HR (IC95%)	Hospitalización HR (IC95%)
Compromiso sistémico	**3,67 (1,69-7,97) ***	**3,22 (1,56-6,67) ***
Índice de Charlson	-	**1,50 (1,24-1,82) ***
Sexo femenino	1,46 (0,68-3,11)	0,82 (0,39-1,70)
Sobrepeso	1,33 (0,61-2,90)	-
Diabetes	2,08 (0,83-5,20)	-
Demora diagnóstica >3 meses	-	-
DMARD-sc desde el inicio	0,89 (0,30-2,66)	1,17 (0,54-2,53)

DMARD-sc: droga antirreumática modificadora de la enfermedad sintética convencional

Mastitis granulomatosa idiopática: adherencia al tratamiento inmunosupresor y su asociación con la remisión. Experiencia de un hospital público de Buenos Aires, Argentina

Misceláneas 0097

Verónica Inés Zárate Bartolomeo, Verónica Vargas, Noelia Germán, Lucila Albert, Carolina Sánchez Andía

Hospital General de Agudos J. M. Penna

Introducción: La mastitis granulomatosa idiopática (MGI) es una enfermedad crónica, inflamatoria de la mama, de etiología desconocida, que afecta a mujeres en edad fértil, no existiendo actualmente un consenso establecido para el tratamiento y su duración. Dado su curso habitual en brotes y recidivas, el tratamiento inmunosupresor con metotrexato y/o corticoides requiere adherencia por períodos prolongados.

Objetivo: Nuestro objetivo fue describir la adherencia al tratamiento en una cohorte de pacientes de un hospital público, así como su asociación con la remisión.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, unicéntrico, de pacientes con MGI seguidas en la sección de reumatología y patología mamaria de un hospital público de Buenos Aires, Argentina, entre 01/02/2008 y el 01/02/2026. Se define adherencia al cumplimiento del tratamiento prescrito durante al menos 6 meses, duración mínima recomendada en MGI. La remisión clínica es definida como ausencia de nódulo palpable, dolor, eritema, absceso o fístula, luego de 6 meses de tratamiento instaurado, y sin recidivas en este período. El esquema de tratamiento utilizado en todos los casos fue corticoides orales (en dosis variables), asociado con metotrexato.

Resultados: De 62 pacientes con diagnóstico de MGI que recibieron tratamiento, 31 pacientes (50 %) cumplieron con la adherencia al tratamiento a 6 meses o más. De estos, el 80.6 % (25 pacientes) lograron la remisión clínica y 6 pacientes (19.4 %) recidivaron.

Conclusión: Se observó que solo el 50 % de las pacientes tratadas mantuvo una adherencia al tratamiento durante por lo menos 6 meses. Este hallazgo tiene relevancia clínica debido a que esta es una enfermedad que requiere inmunosupresión prolongada. Entre las pacientes adherentes, la tasa de remisión fue alta (80,6 %), este resultado concuerda con lo descrito en la literatura, en donde un único estudio publicado asoció la adherencia al tratamiento con un menor riesgo de recidiva. Sin embargo, la falta de datos completos en el grupo no adherente no permitió comparar ambos grupos y así poder establecer una asociación, por lo que estos resultados se deben interpretar como descriptivos. Estos hallazgos justifican incorporar el registro sistemático de la adherencia y de sus causas en el seguimiento de estas pacientes, con el fin de orientar intervenciones dirigidas a mejorar las tasas de remisión.

Adherencia al tratamiento en enfermedades reumatológicas: evolución 2024-2026 y comparación entre diferentes centros del país

Misceláneas 0100

Emilce del Milagro García Núñez[1], Emilio Buschiazzo[2], María de los Ángeles Correa[3], Eugenia Picco[2], Ana Carolina Ralle[2], Ivana Romina Rojas Tessel[2], Martín Miguel Ángel Salas Tolaba[2], José Manuel Díaz Ochoa[1], María Laura Toso[2], Leila Belbruno[2], Pablo Nicolás Vece[1], Verónica Bellomio[1], Vicente Juárez[2]

1. Hospital Ángel C. Padilla; 2. Hospital Señor del Milagro; 3. IREP

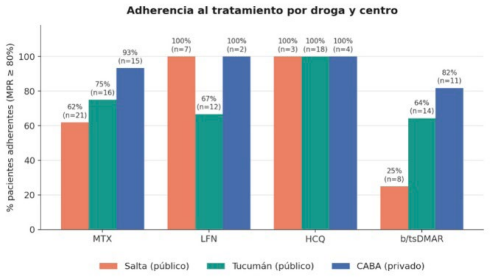
Introducción: La adherencia al tratamiento condiciona el control de la enfermedad en patologías reumatológicas crónicas. Las diferencias en el acceso a terapias entre efectores públicos y privados podrían impactar en el cumplimiento, en especial de fármacos biológicos y sintéticos dirigidos (b/tsDMAR).

Objetivo: Describir la evolución de la adherencia al tratamiento (2024–2026) en una cohorte de pacientes reumatológicos del sector público de una provincia del interior, y comparar los niveles de adherencia y las características basales entre tres centros del país evaluados en 2026.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. La adherencia se estimó mediante Medication Possession Ratio (MPR), definiendo adherente como MPR = 80 %, para MTX, leflunomida, hidroxicloroquina, azatioprina, micofenolato y b/tsDMAR. Se compararon proporciones mediante X^2 y variables continuas mediante t de Student/U de Mann-Whitney (jamovi 2.6/R 4.4).

Tabla 1. Características basales de las tres cohortes

Variable	Salta (n=25)	Tucumán (n=46)	CABA (n=21)
Edad, media ± DE (años)	48.3 ± 7.3	52.5 ± 13.6	56.5 ± 12.9
Años de educación, media ± DE	10.6 ± 3.9	11.3 ± 4.2	14.5 ± 3.4
Sexo femenino, n (%)	22 (88.0%)	43 (93.5%)	16 (76.2%)
Diagnóstico AR, n (%)	20 (80.0%)	23 (50.0%)	15 (71.4%)
Diagnóstico LES, n (%)	0 (0.0%)	14 (30.4%)	1 (4.8%)
Casado/a, n (%)	12 (48.0%)	27 (58.7%)	12 (57.1%)
Sin cobertura de salud, n (%)	13 (52.0%)	5 (10.9%)	0 (0.0%)



Resultados: En al centro público en el cual se evaluaron 3 muestras de pacientes en años consecutivos (n=133/88/25 en 2024/2025/2026), la adherencia a MTX se mantuvo estable (57.1 %, 54.7 % y 61.9 %; p=0.842), mientras que la adherencia a b/tsDMAR descendió de 45.5 % (2025) a 25.0 % (2026; p=0.586, n.s.), en un contexto de aumento de pacientes sin cobertura de salud (34 % a 52 %) y desempleo (58 % a 72 %).

Conclusión: La adherencia a b/tsDMAR fue significativamente menor en el sector público de Salta que en Tucumán y CABA, en paralelo con menor cobertura de salud formal. La no adherencia a b/tsDMAR se asoció a mayor exposición a corticoides, lo que podría traducirse en mayor riesgo de toxicidad acumulada. Estos hallazgos sugieren que las barreras de acceso y provisión de biológicos en el sistema público podrían ser un determinante relevante de la adherencia, y respaldan la necesidad de estrategias dirigidas a sostener la continuidad de tratamiento en poblaciones con menor cobertura formal de salud.

Mastitis granulomatosa idiopática: resultados de un abordaje multidisciplinario en una cohorte de 161 pacientes

Misceláneas 0107

Darío Mata, María Gimena Gómez, Malena Viola, Belén María Virasoro, Mariela Fernández, Natalia Pugliese, Gustavo Fernández, María Celina de la Vega

Hospital Argerich

Introducción: La mastitis granulomatosa idiopática (MGI) es una enfermedad inflamatoria mamaria benigna, poco frecuente, caracterizada por inflamación granulomatosa no caseificante, de etiología incierta, asociada frecuentemente a *Corynebacterium* spp. La evidencia actual respalda la participación de mecanismos inflamatorios inmunomediados en el desarrollo de la MGI, impulsando un cambio de paradigma hacia las estrategias de manejo predominantemente clínico sobre el quirúrgico. La mayor serie reportada hasta el momento es de origen turco; sin embargo, la evidencia continúa siendo limitada, especialmente en Latinoamérica.

Objetivo: Describir las características clínicas, los tratamientos recibidos y las frecuencias de remisión y recurrencia en una cohorte de 161 pacientes con MGI evaluadas en un consultorio conjunto (reumatología/cirugía mamaria).

Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico histopatológico confirmado de MGI, asistidas en un centro de referencia entre enero de 2017 y julio de 2026, manejadas en forma conjunta por Reumatología y Cirugía Mamaria mediante un circuito asistencial estandarizado que incluyó clasificación clínica de Yaghan, estudios por imágenes, clasificación anatomopatológica: mastitis granulomatosa (MG)/ mastitis granulomatosa neutrofílica quística (MGNQ), evaluación microbiológica y tratamiento médico escalonado (Figura 1). Se evaluaron: procedimientos quirúrgicos, duración del tratamiento, tiempo libre de enfermedad, remisión y recurrencias.

Figura 1. Algoritmo de evaluación, diagnóstico y manejo clínico de la mastitis granulomatosa idiopática (MGI)

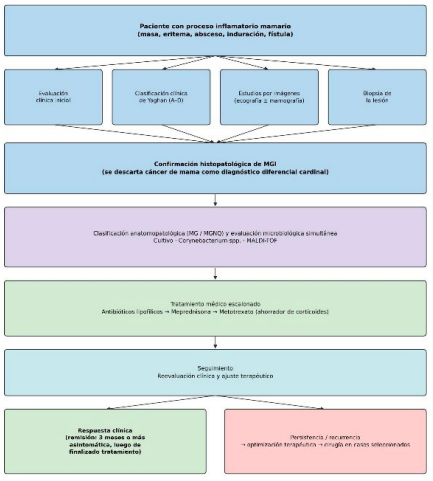


Figura 1. Algoritmo de evaluación, diagnóstico y manejo clínico de la mastitis granulomatosa idiopática (MGI) en un consultorio conjunto de Reumatología y Cirugía Mamaria.
MG: mastitis granulomatosa; MGNQ: mastitis granulomatosa neutrofílica quística; MGI: mastitis granulomatosa idiopática.

Pacientes incluidos	161
Mastitis granulomatosa (MG)	95 (59,0 %)
Mastitis granulomatosa neutrofílica quística (MGNQ)	66 (41,0 %)
Asociación con *Corynebacterium* (cultivo y/o histopatología)	103 (63,9 %)
Cultivo positivo para *Corynebacterium*	60 (37,2 %)
Antibioticoterapia	151 (93,8 %)
Meprednisona	133 (82,6 %)
Metotrexato	90 (55,9 %)
Sin procedimientos invasivos	68 (42,2 %)
Tumorectomía	4 (2,6 %)
Mediana de duración del tratamiento	9 meses
Mediana de tiempo libre de enfermedad	31 meses
Remisión sostenida	83,1 %
Recurrencias	15 (9,3 %)

Resultados: Se incluyeron 161 mujeres: 95 (59 %) con MG y 66 (41 %) con MGNQ. Se documentó la presencia de *Corynebacterium* spp. (aislamiento microbiológico y/o hallazgos histopatológicos compatibles) en 103 pacientes (63,9 %). El aislamiento microbiológico se confirmó en 60 (37,2 %), con predominio de *Corynebacterium kroppenstedtii*. El tratamiento fue predominantemente médico: 93,8 % recibió antibioticoterapia, 82,6 % meprednisona y 55,9 % metotrexato como ahorrador de corticoides. El 57,8 % de los pacientes requirió procedimientos invasivos (44 punciones evacuadoras/4 tumorectomías). La mediana de duración del tratamiento fue de 9 meses (RIC) y la del tiempo libre de enfermedad de 31 meses (RIC). El 83,1 % alcanzó remisión. Se registraron recurrencias en el 9.3 % de los pacientes (n:15) (Tabla 1).

Conclusión: Nuestra cohorte constituye una de las mayores series reportadas en Latinoamérica. Mientras que otras series informan tasas de recurrencias de entre 15 % y 40 %, la menor frecuencia observada en nuestra cohorte podría deberse a un abordaje multidisciplinario basado en un circuito asistencial estandarizado.

Análisis longitudinal de *abstracts* de la sociedad Argentina de reumatología mediante BERTopic

Misceláneas 0175

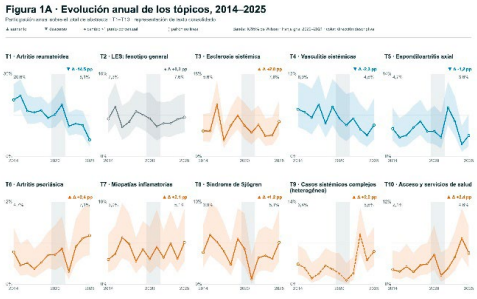
Joan Manuel Dapeña, Nadia Domínguez

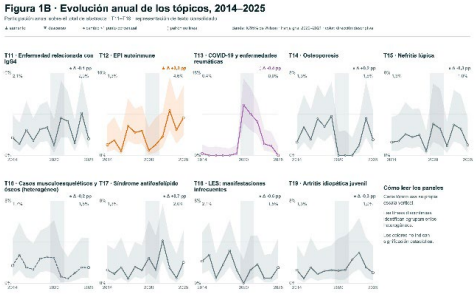
Hospital Santojanni

Introducción: Los libros de *abstracts* registran cambios en la agenda científica. Su volumen y heterogeneidad dificultan reconocer cómo evoluciona la participación de las distintas áreas temáticas.

Objetivo: Aplicar técnicas de procesamiento del lenguaje natural y modelado de tópicos mediante BERTopic para caracterizar la evolución longitudinal de las temáticas presentadas en los congresos de la Sociedad Argentina de Reumatología entre 2014 y 2025.

Métodos: Estudio documental retrospectivo de 2.480 *abstracts* de 12 congresos. Se generaron *embeddings* con Multilingual E5 sobre el texto completo y dos representaciones alternativas: secciones y fragmentos de texto (Chunks). BERTopic combinó Uniform Manifold Approximation and Projection (UMAP) como técnica de reducción de dimensionalidad de los documentos (con 30 vecinos, cinco componentes y distancia coseno), Hierarchical Density-Based Spatial Clustering of Applications with Noise (HDBSCAN) para el agrupamiento no supervisado de los documentos (con tamaño mínimo de grupo 35; mínimo de muestras 10) y class-based Term Frequency–Inverse Document Frequency (c-TF-IDF) para caracterizar las palabras más representativas de cada tópico. Para cada tópico se calculó su participación anual sobre el total de *abstracts* del año. Las tendencias se estimaron mediante modelos lineales generalizados binomiales agrupados por año, corrección por sobredispersión, intervalos de confianza del 95 % y ajuste de Benjamini-Hochberg. La reproducibilidad se examinó comparando dirección, magnitud y significación entre las tres representaciones.





Resultados: Las representaciones de texto consolidado, secciones y fragmentos organizaron el corpus en 19, 13 y 15 tópicos, respectivamente. La proporción de *abstracts* vinculados con artritis reumatoidea disminuyó entre 2014 y 2025 en las tres representaciones (-12,0; -9,7 y -9,2 puntos porcentuales; q=0,002). En la representación por fragmentos aumentaron los tópicos de artritis psoriásica (+3,3 puntos porcentuales), acceso y servicios de salud (+2,8) y enfermedad pulmonar intersticial autoinmune (+3,2; q=0,025); los dos primeros constituyeron las señales ascendentes más consistentes y el tercero permaneció exploratorio. Los tópicos vinculados con COVID-19 mostraron un patrón no lineal, con emergencia desde 2020 y descenso posterior. La Figura 1A-B presenta las trayectorias anuales de los 19 tópicos de la representación de texto consolidado.

Conclusión: BERTopic identificó una redistribución longitudinal de la participación temática en los congresos. La señal más reproducible fue el descenso de los *abstracts* vinculados con artritis reumatoidea; en la representación por fragmentos aumentaron artritis psoriásica y servicios de salud, mientras que COVID-19 mostró una emergencia transitoria.

Linfohistiocitosis hemofagocítica: experiencia en un centro hospitalario de alta complejidad

Misceláneas 0208

Eva Victoria Javier Gelatti, Daniela Galnares, Mayra Etcheverry, Lucía Peirano, Agostina Llarens, Alejandra Abalo, María Julia Papagno, Sabrina Argüello, Matías García, Graciela Betancur, Patricia Velasco, Irene Sorokin, Adrián Estévez

Hospital El Cruce, Florencio Varela

Introducción: La linfohistiocitosis hemofagocítica (HLH) es un síndrome hiperinflamatorio infrecuente, subdiagnosticado y potencialmente fatal, producido por la activación persistente y desregulada de linfocitos T y macrófagos, con liberación excesiva de citocinas y daño tisular progresivo. Puede presentarse en el contexto de alteraciones genéticas predisponentes o ser secundaria a infecciones, neoplasias o enfermedades reumatológicas. Clínicamente se caracteriza por fiebre persistente, citopenias, hiperferritinemia, esplenomegalia, alteraciones hepáticas y de la coagulación, pudiendo evolucionar rápidamente a falla multiorgánica. La superposición clínica con sepsis y otros estados hiperinflamatorios graves dificulta su reconocimiento, siendo el diagnóstico y el tratamiento precoz determinantes del pronóstico.

Objetivo: Describir las características clínicas, la etiología y los factores asociados al desenlace de pacientes con HLH evaluados en un hospital de alta complejidad.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron los pacientes evaluados por el Servicio de Autoinmunidad entre enero de 2018 y abril de 2026 que cumplían criterios diagnósticos de HLH-2004 (>=5/8), HScore y/o criterios PRINTO-2016.

Resultados: Se incluyeron nueve pacientes, con una mediana de edad de 26 años (rango: 9-74). Las formas de presentación inicial fueron síndrome febril prolongado (n=8) y hepatitis fulminante (n=1). Ocho pacientes (88,9 %) requirieron internación en unidad de cuidados intensivos y la mortalidad global fue del 55,6 %. El virus de Epstein-Barr (VEB) fue el desencadenante más frecuente (33,3 %) y presentó una mortalidad del 66,7 %. Entre las enfermedades o condiciones subyacentes se identificaron artritis idiopática juvenil (AIJ) (n=2), errores innatos de la inmunidad (n=2), infección por virus de hepatitis B (n=1) y antecedente de trasplante alogénico haploidéntico (n=1). El tratamiento se realizó de acuerdo con el protocolo HLH-2004 y, en los casos asociados a VEB, se agregó rituximab. Los sobrevivientes presentaron menor carga de comorbilidades y recibieron tratamiento específico de manera precoz, mientras que las complicaciones infecciosas graves fueron más frecuentes entre los pacientes fallecidos. Los casos de HLH asociados a AIJ respondieron favorablemente a terapia biológica dirigida (anti-IL-1).

Conclusión: La HLH representa un importante desafío diagnóstico por su superposición clínica con la sepsis y otros síndromes hiperinflamatorios. En esta serie, ningún paciente fue reconocido como HLH al ingreso y el VEB fue el desencadenante infeccioso más frecuente. Los pacientes con HLH asociado a enfermedades reumatológicas presentaron evolución favorable, al igual que aquellos en quienes el tratamiento específico pudo instaurarse precozmente. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de mantener un alto índice de sospecha e incorporar la HLH al diagnóstico diferencial de pacientes con inflamación sistémica grave.

Profilaxis de tuberculosis en pacientes con enfermedades autoinmunes en Salta

Misceláneas 0223

Eugenia Picco, Ivana Romina Rojas Tessel, Adriana Echazú, Emilio Buschiazzo, Ana Carolina Ralle, Mariana Aciar, Leila Belbruno, Natalia Vanesa Neriz, Martín Miguel Ángel Salas Tolaba, María Laura Toso, María Torrez, Marco Antonio Gutiérrez, Federico Taboada, Vicente Juárez

Hospital Señor del Milagro

Introducción: La tuberculosis (TB), a pesar de ser una infección prevenible y tratable, continúa siendo un importante problema de salud pública. La provincia con mayor tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis

en 2025 fue Salta. La tuberculosis latente (TBL) constituye un desafío clínico en regiones de alta prevalencia, especialmente en pacientes con enfermedades autoinmunes que requieren terapias inmunosupresoras. La profilaxis es fundamental para reducir el riesgo de reactivación, pero es frecuente el abandono por falta de adherencia y presencia de efectos adversos.

Objetivo: Describir las características de pacientes con enfermedades autoinmunes sometidos a profilaxis de TB en una provincia de alta prevalencia. Determinar el grado de cumplimiento y seguridad.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo utilizando datos de registros de profilaxis de TB y registros de historia clínica hospitalaria. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de enfermedad autoinmune derivados para inicio de quimioprofilaxis al servicio de tisiología de referencia de la provincia desde junio de 2023 a julio de 2026. Se analizaron variables sociodemográficas, tipo de enfermedad autoinmune, tratamiento de base, motivo de indicación de la quimioprofilaxis, cumplimiento y presentación de reacciones adversas.

Resultados: Se valoraron un total de 110 pacientes. El 54,5 % provenía del sector privado y el 77,3 % eran mujeres. Media de edad 51,4 años (DE 14,2). El diagnóstico más frecuente fue artritis reumatoide (57,3 %), seguido de espondiloartritis (12,7 %) y vasculitis (10,9 %). El 80 % presentó TBL, al 7,3 % se le indicó quimioprofilaxis por contacto y al 20 % se le indicó tratamiento por inmunosupresión de urgencia. La radiografía de tórax fue normal en el 73,1 %. El 50,8 % estaba en tratamiento con metotrexato, el 27,1 % con leflunamida y el 20,3 % con hidroxicloroquina; 66,1 % había recibido corticoides alguna vez y 51,9 % los utilizaba al momento de la evaluación. Respecto a biológicos, el 16,7 % los había recibido alguna vez y el 74,7 % estaban en trámite de inicio. Se registraron reacciones adversas en el 17,5 % de los pacientes, principalmente cutáneas y gastrointestinales, no se reportó ninguna manifestación grave. Solo el 42,2 % completó la quimioprofilaxis en tiempo y forma, 6,4 % la completó con demoras, 22,9 % la abandonó, 6,4 % se le indicó suspender y 1,8 % pasó a tratamiento por considerarse TB. Un 20,2 % continuaba en curso.

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con enfermedades autoinmunes con indicación de quimioprofilaxis predominó la artritis reumatoide y la alta proporción de pacientes en trámite de biológicos. La alta tasa de abandono hallada a pesar de una seguridad aceptable obliga a considerar la necesidad de esquemas de profilaxis alternativos simplificados para mejorar la adherencia.

Hipogammaglobulinemia secundaria a rituximab e infecciones asociadas en pacientes con enfermedades reumáticas: estudio de cohorte retrospectivo

Misceláneas 0262

Cecilia Andrea Torrejón Romero, Ignacio López, Alejandro Brigante

Sanatorio Güemes

Introducción: El rituximab (RTX), un anticuerpo monoclonal anti-CD20, induce la depleción de linfocitos B y se utiliza en diferentes enfermedades autoinmunes. En ocasiones produce hipogammaglobulinemia, una complicación potencialmente vinculada a un mayor riesgo de infecciones, cuya frecuencia e impacto clínico no están completamente caracterizados en pacientes reumatológicos.

Objetivo: Estimar la incidencia de hipogammaglobulinemia y evaluar su asociación con el desarrollo de infecciones clínicas en los 3 meses posteriores a la infusión de RTX, en función de los niveles séricos de gammaglobulinas e inmunoglobulinas.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo (2015-2026). Se incluyeron pacientes =18 años con enfermedades reumáticas autoinmunes que recibieron al menos un ciclo de RTX, con proteinograma electroforético e inmunoglobulinas (IgG, IgM) basales y posteriores al tratamiento, y seguimiento clínico =3 meses. Se definió hipogammaglobulinemia como gammaglobulina <1,0 g/dL y/o IgG <700 mg/dL durante los 3 meses posteriores a la infusión. Las infecciones se clasificaron en leves, moderadas o graves. Se utilizaron el test exacto de Fisher, la U de Mann-Whitney y la regresión logística; se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes (edad media 48,6 ± 16,7 años; 69 % mujeres), con una mediana de 2 ciclos de RTX (RIC 1-3); el 88,1 % recibía glucocorticoides. Entre los pacientes con laboratorio postratamiento disponible (n=19), la proporción de pacientes con hipogammaglobulinemia fue de 29/42 (69,0 %; IC95 % 54,0–80,9). Presentaron infecciones clínicas 16/38 pacientes evaluables (42,1 %; IC 95 %: 27,9-57,8), con 30 episodios en total; 11 casos fueron moderados y 3 graves. El 68,8 % de los infectados requirió hospitalización y no se registraron requerimientos de inmunoglobulina endovenosa ni muertes. Los pacientes con infección presentaron niveles significativamente menores de gammaglobulina postratamiento (mediana 0,96 vs. 2,08 g/dL; p=0,017), IgM postratamiento (60 vs. 229 mg/dL; p=0,033) e IgM basal (47 vs. 156 mg/dL; p=0,009), con tendencia para IgG postratamiento (1075 vs. 2054 mg/dL; p=0,065). La hipogammaglobulinemia se asoció con una mayor frecuencia de infección (87,5 % vs. 50 %; OR 7,0; IC 95 % 0,61-79,9; p=0,152), sin alcanzar significación estadística. En el análisis multivariado, ninguna variable mostró una asociación independiente con la infección (ciclos de RTX: OR 1,71; p=0,054).

Conclusión: La hipogammaglobulinemia fue una complicación frecuente tras el tratamiento con RTX. Los pacientes que desarrollaron infecciones presentaron niveles significativamente más bajos de gammaglobulinas e IgM, lo que respalda el monitoreo sistemático del proteinograma y el dosaje de inmunoglobulinas antes y después de cada ciclo. El tamaño muestral limitado puede restringir el poder estadístico para detectar asociaciones; se requieren cohortes prospectivas de mayor tamaño para confirmar estos hallazgos.

Terapia secuencial con denosumab o ácido zoledrónico posterior a romosozumab en mujeres posmenopáusicas con osteoporosis severa

Osteoporosis / MFC 0027

Marcelo Audisio, Marcos González, Mariana S. González Pernas, Fernando Jerkovich, Rubén Abdala, Aizhar Giselle Mumbach, Vanesa Longobardi, María Belén Zanchetta

IDIM

Parámetro	Basal Romo	Ganancia con Romo (%)	Basal Dmab	12 meses Dmab Secuencial	12m Ganancia Secuencial (%)	Basal Romo	Ganancia con Romo (%)	Basal Zol	12 meses Zol secuencial	12 meses ganancia secuencial (%)
DMO (g/cm²)										
Col. Lumbar	0.820 (0.546-0.975)	+12.3	0.931 (0.75-1.199)	0.977 (0.793-1.268)	+4.94	0.847 (0.694-0.892)	+8.61	0.920 (0.743-1.3)	0.923 (0.770-1.093)	+0.32
Cadera Tot.	0.674 (0.54-0.9)	+6.37	0.727 (0.572-0.893)	0.752 (0.574-0.915)	+3.43	0.717 (0.626-0.909)	+4.74	0.751 (0.663-0.939)	0.759 (0.665-0.935)	+1.06
Cuello Fem.	0.684 (0.558-0.877)	+3.8	0.710(0.593-0.877)	0.725 (0.61-0.875)	+2.11	0.695 (0.651-0.849)	+7.33	0.746 (0.687-0.862)	0.721 (0.703-0.877)	-3.35
Radio 33%	0.6 (0.507-0.729)	+0.66	0.604 (0.488-0.698)	0.605(0.5-0.708)	+0.16	0.588 (0.527-0.731)	-4.08	0.594 (0.385-0.845)	0.536 (0.390-0.802)	-4.96
Marcadores de Remodelado Oseo										
PTH (pg/mL)	45	-	54.5	50	-8.2	42.85	-	58.8	35.9	-38.94
25(OH)VD (ng/mL)	40.5	-	40.45	46.7	+15.45	51.85	-	38.6	49.8	+29.01
Osteocalcina (ng/mL)	23.45	-	21.75	9.6	-55.86	27.9	-	22.75	17.45	-23.29
FAL Osea (ug/L)	10.7	-	10.9	6.2	-43.11	11.1	-	14.35	11.1	-23.71
B-CTX (pg/mL)	496	-	229	100	-56.33	484.5	-	322	285	-11.49

Introducción: La osteoporosis es una condición crónica caracterizada por baja masa ósea y compromiso de la microarquitectura, que conlleva a un aumento del riesgo de fracturas por fragilidad (Fx). Pacientes con osteoporosis severa o muy severa, o los que han sufrido una Fx por fragilidad tienen un riesgo aumentado de sufrir una segunda fractura en años subsiguientes. La eficacia del denosumab (Dmab) y del zoledronico (Zol) como terapia secuencial ha sido evaluada en diversos ensayos clínicos mostrando eficacia tanto en el aumento de los valores densitométricos, como en la disminución del riesgo de Fx. El presente estudio de vida real evalúa la respuesta densitométrica al tratamiento con Dmab y Zol en mujeres posmenopáusicas con osteoporosis de alto riesgo de Fx luego de un año de tratamiento con romosozumab.

Objetivo: Comparar cambios en la densidad mineral ósea (DMO) y perfil de marcadores de remodelado óseo en mujeres posmenopáusicas con osteoporosis que reciben terapia secuencial con denosumab (Dmab) o ácido zoledrónico (Zol) tras completar 12 meses de tratamiento con romosozumab (Romo).

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo para evaluar parámetros densitométricos (columna lumbar (CL), cadera total (CT), cuello femoral (CF), radio distal), fracturas vertebrales morfométricas y marcadores de remodelado óseo. De 50 pacientes ingresadas, 36 completaron la terapia con Romo y 23 terminaron 12 meses de terapia secuencial: 16 recibieron Dmab y 7 recibieron Zol. La selección del tratamiento secuencial se basó en la respuesta densitométrica al finalizar Romo (Zol: T-Score > -3 y/o ganancia de DMO con Romo = 5 %; Dmab: T-Score = -3 y/o ganancia de DMO con Romo < 5 %).

Resultados: La edad media de las 36 pacientes que completaron Romo fue de 72.6 años (54-89). El 69 % tenía antecedente de Fx (51 % múltiples, 57 % vertebrales, 11 % cadera, 17 % muñeca). El 31 % presentaba

Fx reciente (<24 meses) y el 14 % no tenía tratamiento previo. DMO basal: CL 0.807 (0,546-0,945), T-Score -3 (-5,2 a -2); CT 0.674 (0,54-0,971), T-Score -2.6 (-3,8 a -0,3). Grupo Dmab: edad mediana 73 años (61-75); 88 % con antecedentes de Fx (69 % múltiples, 81 % vertebrales, 19 % cadera, 19 % muñeca); 44 % con Fx reciente; 13 % sin tratamiento previo. Grupo Zol: edad mediana de 76 años (70-82); 100 % con antecedentes de Fx (71 % múltiples, 71 % vertebrales, 14 % cadera, 14 % muñeca); 43 % con Fx reciente; 43 % sin tratamiento previo. La terapia secuencial se inició en =3 meses en el 91 % de las pacientes. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Grupo Dmab: se observó una ganancia final de DMO del 17 % en CL, 10 % en CT y 6 % en CF. Grupo Zol: se observó una ganancia final de DMO del 9 % en CL, 6 % en CT y 4 % en CF (Tabla 1).

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con muy alto riesgo de fractura, la terapia secuencial con Dmab logró notables ganancias acumuladas de DMO. Zol mantuvo eficazmente la ganancia de DMO inducida por Romo, en concordancia con metaanálisis recientes que validan a los bifosfonatos como alternativa viable en pacientes adecuadamente seleccionados.

Experiencia de la vida real en pacientes con osteoporosis tratados con romosozumab

Osteoporosis / MFC 0119

Emilce Schneeberger, Florencia Valdez Donelli, Juan Manuel Ferri, Fernando Dal Pra

IREP

Introducción: El romosozumab (RMZ), disponible en Argentina desde 09/2020, está indicado para el tratamiento de la osteoporosis (OP) grave en mujeres posmenopáusicas.

Objetivo: Describir una serie de pacientes con OP a quienes se les prescribió RMZ, evaluar el acceso a RMZ en nuestro país y caracterizar su perfil de eficacia/seguridad.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal, se incluyeron pacientes con OP a quienes se les indicó RMZ desde 9/2021 hasta 07/2026. Se consignaron datos sociodemográficos, comorbilidades y terapéuticos. A todos los pacientes se les realizó un laboratorio con metabolismo fosfocálcico y densitometría ósea tipo DXA de columna lumbar y cuello femoral al basal y luego de terminar el tratamiento. Se recopilaron datos sobre RMZ, suspensión del tratamiento y eventos adversos (EA). Análisis estadístico: Estadística descriptiva, test de rangos señalados de Wilcoxon.

Resultados: A un total de 21 pacientes se les indicó RMZ por OP (alto y muy alto riesgo de fractura), y 5 de ellos todavía están gestionando el acceso a la medicación. De los restantes, 16 pacientes (15 mujeres posmenopáusicas y 1 varón), sólo una paciente con obra social no pudo acceder a la medicación. Los restantes 15 pacientes que accedieron al RMZ, todos poseían prepaga y 13 tuvieron que tramitar el certificado único de discapacidad (CUD). El tiempo mediano (m) de demora en acceder al RMZ fue de 4 meses (RIC 2-7, rango 1-20 meses). La edad media de los pacientes fue de 72.7±11.7 años y el tiempo promedio desde el diagnóstico de OP fue de 12.7±7.1 años. Cinco pacientes (31.3 %) tenían ETC [2 PMR, 1, AR, 1 AIJ y 1 APs]. El 93.8 % tenían fracturas previas [9 vertebrales y 10 no vertebrales], número de fracturas previas m 2 (RIC 1-3, rango 1-7). Todos los pacientes tenían comorbilidades, dos neoplasias (mama y riñón) y ningún antecedente de IAM y/o ACV. Cuatro pacientes (25 %) eran tabaquistas, 1 menarca tardía y 5 menopausia temprana. La pérdida de talla se observó en 81.3 % con una pérdida media de 3.3±1.5 cm. Los tratamientos previos para la OP fueron: bifosfonatos (75 %), ranelato de estroncio (6.25 %), denosumab (8.8 %) y teriparatide (25 %). Y los tratamientos concomitantes eran: AINES (50 %), inhibidores de la bomba de protones (50 %), glucocorticoides (25 %), estatinas (43.8 %), T4 (31.2 %), DMARD-b (12.5 %) y anastrazole (6.25 %). Los 15 pacientes que recibieron RMZ no presentaron EA, a excepción de 1 fractura de cadera a 3 meses del inicio del tratamiento. A 4 pacientes se les diagnosticó hipercalciuria idiopática y fueron tratados con tiazidas. El tratamiento con RMZ mejoró significativamente la DMO en la columna lumbar (cambio medio 7 %, p = 0,027) y no se observaron cambios en el cuello femoral. Ninguno de los pacientes experimentó nuevas fracturas.

Conclusión: En nuestro estudio, RMZ fue sólo accesible en pacientes con prepaga y en la mayoría de los casos en aquellos con CUD. El tratamiento con RMZ fue seguro y efectivo en pacientes con OP.

Adherencia a tratamiento en pacientes con osteoporosis

Osteoporosis / MFC 0235

Emily Belén Díaz Miranda, Martina Combes, Aixa Lucía Mercé, Anastasia Secco

Hospital Bernardino Rivadavia

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

Objetivo: Evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes con OP primaria y secundaria. Comparar las características sociodemográficas de los pacientes con OP adherentes y no adherentes al tratamiento suplementario. Evaluar los factores que influyeron en la adherencia.

Métodos: Estudio observacional, analítico, de corte transversal, que incluyó pacientes con diagnóstico de OP primaria y secundaria atendidos en la Sección de Reumatología de un hospital público. Se utilizó el cuestionario Compliance Questionnaire on Rheumatology (CQR), validado al español, a mayor puntaje mejor adherencia. Variables continuas se expresaron como media y desvío estándar (DE), las categóricas en porcentaje (%). Se realizó análisis bivariado y multivariado de regresión lineal tomando al puntaje total del Cuestionario de Adherencia como variable dependiente.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con OP

Pacientes con Osteoporosis	Total (n = 83)
Género femenino - n (%)	83 (100)
Edad al diagnóstico, años - media (SD)	58,99 (±9,14)
Escolaridad - n (%) Ninguna Primaria Secundaria Superior	 1 (1,20) 34 (40,96) 38 (45,78) 10 (12,05)
Cantidad de fármacos que toma al día - n (%) 0-5 6-10 >10	 43 (51,81) 35 (42,17) 5 (6,02)
Tipo de OP - n (%) Primaria Secundaria	 75 (90,36) 8 (9,64)
Enfermedad Reumatológica - n (%) Artritis Reumatoidea Artrosis Ninguna Lupus Eritematoso Sistémico Sjogren Esclerosis Sistémica Enfermedad Mixta de Tejido Conectivo Síndrome de Superposición Behcet Fibromialgia	 27 (32,53) 24 (28,92) 20 (24,10) 4 (4,82) 3 (3,61) 1 (1,20) 1 (1,20) 1 (1,20) 1 (1,20) 1 (1,20)
OP segun DMO - n (%) OP OP grave	 73 (87,95) 10 (12,05)
Clasificación de Genant - n (%) Grado 0 Grado 1 Grado 2 Grado 3	 73 (87,95) 7 (8,43) 3 (3,61) 0 (0)
Alteración de parámetros en laboratorio - n (%) Perfil fosfocálcico en sangre Perfil fosfocálcico en orina Ionograma urinario CTX FAL osea Vitamina D	 2 (2,41) 23 (27,71) 2 (2,41) 3 (3,70) 7 (8,43) 16 (19,28)
Consumo de corticoides - n (%)	24 (28,92)
Tratamiento - n (%) Calcio 1500 mg + Vitamina D 400 UI Vitamina D 100000 UI Ibandronato 150 mg Risendronato 150 mg Ácido Zoledrónico 5 mg Denosumab 60 mg	 63 (75,90) 73 (87,95) 32 (38,55) 23 (27,71) 19 (22,89) 15 (18,07)
Factores que influyen en la Adherencia - n (%) Socioeconómicos Cobertura de Salud	 16 (19,28) 11 (13,25)

Resultados: Se incluyeron 83 pacientes con OP; 100 % eran mujeres. La media de edad al diagnóstico fue de 58,99 años (±9,14); 90,36 % tenían OP primaria; el 12,05 % de los pacientes presentó OP grave, de estos, el 70 % presentó fractura grado 1 y el 30 %, grado 2, según la clasificación de Genant. Los factores socioeconómicos influyeron en la adherencia en un 19,28 % y los problemas con la cobertura de salud fueron de un 13,25 % (Tabla 1).

Conclusión: El promedio del cuestionario de adherencia fue de 64,99 %. La asociación entre la adherencia al tratamiento y la alteración del perfil fosfocálcico en orina, así como el porcentaje de pacientes en el que la adherencia se observó influenciada por factores socioeconómicos y de cobertura de salud, pone en manifiesto la necesidad de implementar estrategias multidisciplinarias para abordar dichos factores y monitorear marcadores metabólicos urinarios como posible indicador clínico relevante de adherencia terapéutica.

Evaluación de las medidas de prevención de osteoporosis inducida por glucocorticoides en pacientes con polimialgia reumática y arteritis de células gigantes: experiencia de un hospital universitario de Buenos Aires

Osteoporosis / MFC 0274

Tomás Romero, Cecilia Zaffarana, Cecilia Asnal, María Lourdes Gil Uliarte, Yina Paola Arias Cisneros, Anabella María Rodríguez, Guillermo Bartel, Walter Jacinto Vallejo Carrasco, Hugo Laborde, Simón Signorio, Julia Scafati, Damián Duartes Noe

Hospital Británico

Introducción: La polimialgia reumática (PMR) y la arteritis de células gigantes (ACG) constituyen enfermedades inflamatorias frecuentes en adultos mayores cuyo tratamiento continúa basándose principalmente en glucocorticoides. La exposición prolongada a estos fármacos se asocia con pérdida acelerada de masa ósea y aumento del riesgo de fracturas por fragilidad, por lo que diversas guías recomiendan la evaluación sistemática del riesgo de fractura y la implementación temprana de estrategias preventivas. Sin embargo, la adherencia a estas recomendaciones en la práctica clínica habitual continúa siendo variable.

Objetivo: Evaluar las estrategias de prevención de osteoporosis en pacientes con polimialgia reumática y arteritis de células gigantes tratados con glucocorticoides en un hospital privado de Buenos Aires.

Variable	Total (n=43)
Edad, años x (DE)	74,3 +/- 9,8
Sexo femenino, n (%)	32 (74,4)
Sexo masculino, n (%)	11 (25,6)
Polimialgia reumática (PMR), n (%)	38 (88,3)
Arteritis de células gigantes (ACG), n (%)	4 (9,3)
PMR + ACG, n (%)	1 (2,3 %)
Tiempo de seguimiento en meses, m (RIC)	20,5 (12–36)
Dosis inicial de glucocorticoides (mg/d), m (RIC)	15 (10–20)
Tiempo de tratamiento con glucocorticoides, meses, m (RIC)	17 (11,75–36,5)

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Mediante la revisión de historias clínicas se incluyeron pacientes con diagnóstico de PMR y/o ACG, según criterios EULAR/ACR 2012 y ACR/EULAR 2022 respectivamente, que hubieran recibido tratamiento con glucocorticoides durante al menos tres meses y contaran con seguimiento en la institución. Se registraron datos clínicos, sociodemográficos, tratamiento instaurado. Se consignaron datos de la densitometría ósea y radiografías de columna dorsal y lumbar. En cada paciente se consignaron las medidas tomadas por el equipo médico tratante (calcio, vitamina D y tratamiento antiosteoporótico) y el desarrollo de fracturas vertebrales y no vertebrales. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyeron 43 pacientes, con una edad media de 74,3 años. 32 pacientes (74,4 %) de sexo femenino. 38 (88,3 %) tenían diagnóstico de PMR, 4 (9.3 %), ACG. Una paciente tenía ambas entidades. 27 pacientes (62,7 %) contaban con una densitometría ósea (DXA) registrada durante el seguimiento, mientras que en 16 casos (37,3 %) no se documentó dicho estudio. 14 pacientes (32,6 %) recibían suplementación con calcio y 21 (48,8 %) con vitamina D. La frecuencia de utilización de tratamiento farmacológico específico para osteoporosis (bisfosfonatos, denosumab o fármacos osteoanabólicos) fue la siguiente: 8 pacientes (18,6 %) recibieron tratamiento con bifosfonatos, mientras que un paciente recibía tratamiento con denosumab (2,3 %). En 21 pacientes (48,8 %) se habían realizado radiografías de columna. Se documentaron 2 casos (4,6 %) con fracturas vertebrales durante el seguimiento. No hubo fracturas no vertebrales registradas durante el período analizado.

Conclusión: En nuestra cohorte se observó una implementación subóptima de estrategias de evaluación y prevención de la osteoporosis inducida por glucocorticoides, lo que evidencia una brecha entre las recomendaciones internacionales y la práctica clínica habitual.

Variable	Total (n=43)	Variable	Total (n=43
Dosaje de vitamina D disponible, n (%)	37 (86,0)	DXA documentada, n (%)	27 (62,7)
25-OH vitamina D, ng/mL, m (RIC)	35,5 (27,5–40,8)	T-score lumbar ≤ −2,5, n (%)	3 (6,9)
25-OH vitamina D insuficiente (20 a 30 ng/mL), n (%)	8 (18,6)	T-score lumbar ≤ −1,7, n (%)	3 (6,9)
Vitamina D baja (menor a 20 ng/ml) registrada en la historia clínica, n (%)	3 (6,9)	T-score cuello femoral ≤ −2,5, n (%)	2 (4,6)
Suplementación con vitamina D, n (%)	21 (48,8 %)	T-score cuello femoral ≤ −1,7, n (%)	6 (13,9)

Calidad de vida relacionada con la salud y necesidades no cubiertas en pacientes con fibromialgia

Reum. de Partes Blandas / FM 0163

Marcos Aurelio Vázquez Báez, Karin Baumann Escobar

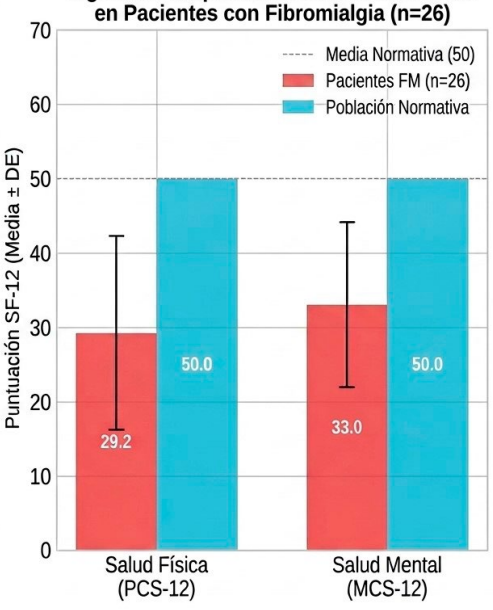
Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción

Introducción: La fibromialgia es una enfermedad caracterizada por dolor crónico nociplástico asociada a un marcado impacto social, sanitario, discapacidad laboral y deterioro de la calidad de vida.

Objetivo: Evaluar el perfil sociodemográfico, estado nutricional (índice de masa corporal), edad al diagnóstico, calidad de vida relacionada con la salud a través del cuestionario abreviado SF-12, itinerario diagnóstico, tratamiento farmacológico y necesidades no cubiertas en fibromialgia.

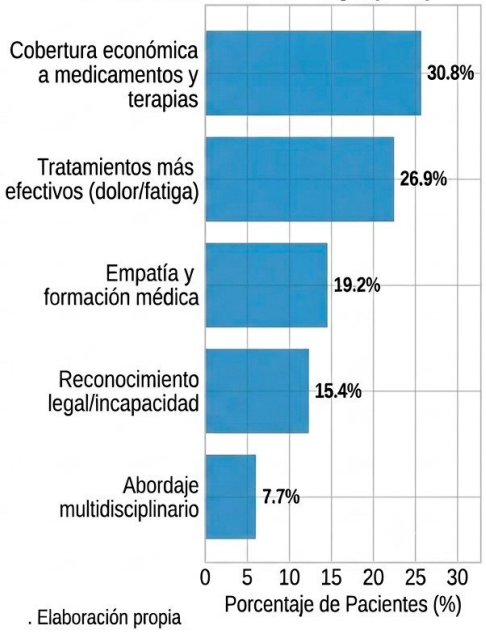
Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal correspondiente a un segundo corte de evaluación mediante encuesta electrónica voluntaria a personas con fibromialgia (cohorte mixta: pacientes nuevos y de seguimiento anual). Se analizaron datos sociodemográficos, antropométricos, edad al diagnóstico, comorbilidades, fármacos e itinerario diagnóstico. La calidad de vida relacionada con la salud se evaluó con el cuestionario SF-12 (Componentes de Salud Física y Mental estandarizados; media normativa = 50 ± 10). Se empleó estadística descriptiva. Las comparaciones de variables cualitativas y proporciones se analizaron mediante la prueba de Chi-cuadrado a través del *software* IBM SPSS versión 32.0.

Figura 1. Componentes de Calidad de Vida en Pacientes con Fibromialgia (n=26)



. Elaboración propia

Figura 2. Principales Necesidades No Cubiertas en Pacientes con Fibromialgia (n=26)



. Elaboración propia

Resultados: Se analizaron 26 pacientes (92.3 % mujeres, edad actual 49.6 ± 10.9 años, edad al diagnóstico 43.2 ± 11.5 años, e índice de masa corporal 28.4 ± 5.2 kg/m^2). El 69.2 % (n:18) respondió la encuesta por primera vez y el 30.8 % (n: 8) correspondía a seguimiento anual. El 57.7 % completó estudios universitarios y el 38.5 % mantenía empleo activo (15.4 % con incapacidad o baja laboral). El 76.9 % consultó a 3 o más especialistas antes del diagnóstico (3–5: 34.6 %; 6–10: 30.8 %; >10: 11.5 %). El 96.2 % recibía tratamiento farmacológico: antiinflamatorios no esteroideos (69.2 %), neuromoduladores (57.7 %: pregabalina 38.5 %, gabapentina 15.4 %), antidepresivos (50.0 %) y miorrelajantes u opioides débiles (34.6 %). Las comorbilidades más frecuentes fueron enfermedades autoinmunes (26.9 %), síndrome de intestino irritable (15.4 %), trastornos del sueño (15.4 %) e hipotiroidismo (15.4 %). En el SF-12, el 73.1 % percibió su salud como regular o mala (Salud Física: 29.2 ± 13.0 puntos; Salud Mental: 33.0 ± 11.0 puntos). El 80.8 % refirió marcada interferencia del dolor. Las principales necesidades no cubiertas fueron: cobertura económica a tratamientos (30.8 %), terapias efectivas contra el dolor (26.9 %), empatía y formación médica (19.2 %) y reconocimiento legal/incapacidad (15.4 %), abordaje multidisciplinario 7,7 %.

Conclusión: La fibromialgia genera un deterioro grave en las esferas física y mental de la calidad de vida, asociado a una elevada prevalencia de sobrepeso u obesidad y una alta tasa de incapacidad o baja laboral. Esta carga se ve agravada por múltiples consultas especializadas antes de obtener un diagnóstico definitivo. Otra de las debilidades es la resolución de las barreras económicas para el acceso a medicamentos y terapias, y el desarrollo de estrategias analgésicas más efectivas.

Factores predictores de recaída en arteritis de Takayasu

Vasculitis / PMR 0092

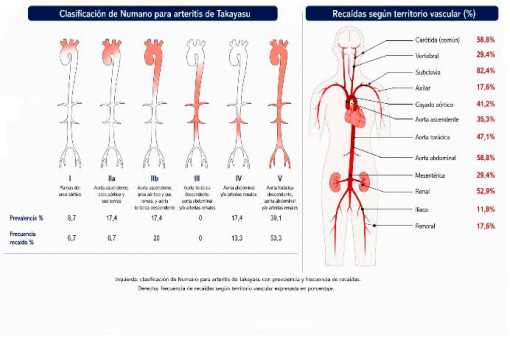
Franco Miguel Faelo, Marina Scolnik, Nicolás Alvarado

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La arteritis de Takayasu es una vasculitis crónica de grandes vasos con un curso recurrente, presentando recaídas en el 50–96 % de los pacientes dentro de los cinco años posteriores al diagnóstico, a pesar del tratamiento inmunosupresor. Aunque se han propuesto diversos factores predictores de recaída, como características clínicas, angiográficas y biomarcadores inflamatorios, los resultados entre estudios son inconsistentes y la capacidad para identificar pacientes con mayor riesgo sigue siendo limitada. En este contexto, resulta fundamental definir predictores de recaída que permitan optimizar la estratificación pronóstica y orientar el seguimiento y el tratamiento.

Objetivo: Estimar la incidencia de recaída de Takayasu y evaluar factores de riesgo asociados. Describir las características clínicas de los pacientes.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de Arteritis de Takayasu (TAK) según criterios ACR/EULAR 2022 seguidos en un hospital universitario entre el 1/1/2001 y el 30/11/2025. Se realizó estadística descriptiva de las características demográficas y clínicas. Los pacientes fueron seguidos desde el diagnóstico hasta la última consulta en el hospital, su muerte o la finalización del estudio (30/6/2026). La recaída se definió según criterios de Kerr y ACR/EULAR 2018. Se calculó la incidencia de recaídas por 100 paciente-años y se realizaron modelos de regresión de Cox para identificar factores de riesgo de recaída.



Izquierda: clasificación de Numano para arteritis de Takayasu con prevalencia y frecuencia de recaídas.
Derecha: frecuencia de recaídas según territorio vascular expresada en porcentaje.

Tabla 1. Características basales de los pacientes según la presencia de recaídas

Característica	Total (n=28)	Sin recaída (n=10)	Con recaída (n=18)	p
Sexo femenino, %	88,9	88,9	88,2	0,963
Edad al diagnóstico, mediana (RIC)	31 (19–47)	41 (28–49)	29 (17–35)	0,148
Tabaquismo alguna vez, %	7,1	11,1	5,9	0,634
Antecedentes familiares, %				
Takayasu	3,7	0	5,9	0,458
Otra enfermedad autoinmune	3,7	11,1	0	0,161
Tiempo de seguimiento, años, mediana (RIC)	7,8 (1,8–12)	1,5 (0,1–6,6)	11 (6,6–17,0)	0,004
Síntomas que motivaron el diagnóstico, %				0,194
Constitucional	7,4	0	11,8	
Isquemia	81,5	100	70,6	
Ausencia de pulsos	11,0	0	17,6	
Laboratorio, mediana (RIC)				
Eritrosedimentación	32 (17–52)	32 (28–43)	36 (16–69)	0,802
Proteína C reactiva	14 (2–27)	5 (3–12)	14 (2–31)	0,456
PET/TC* patológico, %	48,1	22,2	64,7	0,039
Cluster, %				0,075
1	51,9	44,4	52,9	
2	11,1	33,3	0	
3	3,7	0	5,9	
4	3,7	11,1	0	
5	25,9	11,1	35,3	
Cantidad de territorios vasculares, mediana (RIC)	4 (2–6)	3 (2–4)	5 (4–7)	0,039
Tratamientos, %				
Corticoides				0,202
Vía oral	14,8	0	23,5	
Pulsos	70,4	77,8	64,7	
Inmunosupresores	88,9	77,8	94,1	0,215
Tratamiento quirúrgico, %				
Endovascular	44,4	11,1	58,8	0,019
Bypass	3,7	0	5,9	0,458

*PET/TC: tomografía por emisión de positrones con tomografía computarizada. RIC: rango intercuartílico.
Los datos se expresan como medianas (RIC) o porcentaje, según corresponda.

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes, 88,9 % de sexo femenino, mediana de edad al diagnóstico de 31 años (RIC 19-47) y una mediana de seguimiento de 7,8 años (RIC 2-12). Los síntomas que motivaron el diagnóstico con mayor frecuencia fueron los isquémicos (82,5 %), el fenotipo predominante de la clasificación de Numano fue el Tipo V (39,1 %), seguido por el IIa, IIb y IV (17,4 % cada uno). Al momento del diagnóstico, el 85,2 % de los pacientes recibió corticoides y el 88,9 % inmunosupresores convencionales. El 65,4 % de los pacientes presentó al menos una recaída, la incidencia de recaídas fue de 28,1 por 100 pacientes-año. El compromiso de más de 3 territorios vasculares, una PCR mayor a 10 mg/L y el compromiso de la aorta abdominal al diagnóstico se asociaron con mayor riesgo de recaídas durante el seguimiento ($p < 0,005$ en todos los casos).

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con arteritis de Takayasu, las recaídas fueron frecuentes durante el seguimiento. El compromiso de múltiples territorios vasculares, la elevación de la PCR al diagnóstico y el compromiso de la aorta abdominal se asociaron con un mayor riesgo de recaída. Estos hallazgos sugieren que la evaluación de la extensión vascular y de la actividad inflamatoria al diagnóstico podría contribuir a identificar pacientes con mayor riesgo de recaída y permitir una estrategia de seguimiento más estrecho.

Caracterización clínica de la enfermedad de Behçet en Argentina: estudio multicéntrico observacional con análisis exploratorio de fenotipos

Vasculitis / PMR 0105

Paloma Pavlic López[1], Claudia Pena[1], Lucila García[1], Julia Scafati[1], Máximo Cosentino[1], Alfonsina Maitén Sarde[1], Zuleyka Saltos[2], Nayra Arancibia[3], Joan Manuel Dapeña[4], Paula Fernández[5], Emilio Buschiazzo[6], Marco Antonio Gutiérrez[6], María Emilia Bianco[1], María Gabriela Nanni[1], Rosana Quintana[7], Karen Roberts[7], Mercedes García[1]

1. Hospital General de Agudos San Martín, La Plata; 2. IREP; 3. Hospital Posadas; 4. Sanatorio Municipal Dr. Julio Méndez; 5. Consultorio privado; 6. Hospital Señor del Milagro; 7. UNISAR

Introducción: La enfermedad de Behçet (EB) es una vasculitis de vaso variable con una marcada heterogeneidad clínica. La identificación de fenotipos mediante técnicas de *clustering* podría contribuir a una mejor comprensión de la enfermedad y favorecer estrategias diagnósticas y terapéuticas más individualizadas. Existen escasos datos sobre la distribución de fenotipos clínicos de la EB en la población argentina.

Objetivo: Describir las características clínicas de una cohorte argentina de pacientes con EB e identificar la presencia de fenotipos clínicos.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y multicéntrico. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de EB según criterios ICBD 2014. Se recolectaron variables demográficas, clínicas y desenlaces (daño acumulado y número de hospitalizaciones). Se realizó un análisis de *clustering* jerárquico utilizando distancia de Gower y método de Ward. Los clústeres identificados se compararon mediante pruebas de Fisher y Kruskal-Wallis, considerando significativo un valor de $p < 0,05$.

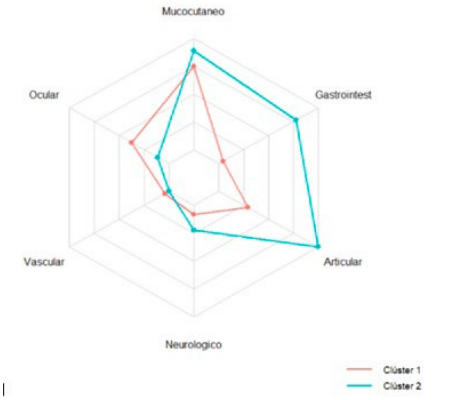
Resultados: Se analizaron 38 pacientes de 6 centros, con una mediana de edad al diagnóstico de 36 años (RIC 28–44); 58 % fueron mujeres. El 59 % de los pacientes eran mestizos. La mediana de retraso diagnóstico fue de 20 meses (RIC 9–30). Las manifestaciones al debut más frecuentes fueron las mucocutáneas (92 %), seguidas por las articulares (53 %) y oculares (50 %); el compromiso vascular y neurológico se presentó en 18 % y 7,9 %, respectivamente. Se contó con determinación de HLA-B51 en 34 pacientes, de los cuales 56 % presentaron positividad. El análisis de *clustering* identificó dos fenotipos clínicos (Figura 1). El clúster 1 se caracterizó por menor edad al diagnóstico, mayor frecuencia de úlceras genitales persistentes (42 % vs. 0 %; p=0,032) y uveítis (38 % vs. 0 %; p=0,020). El clúster 2 estuvo conformado predominantemente por mujeres y presentó una mayor frecuencia de artritis (78 % vs. 21 %; p=0,005), entesitis (67 % vs. 0 %; p<0,001) y compromiso gastrointestinal (78 % vs. 4,2 %; p < 0,001), principalmente dolor abdominal (67 % vs. 4,2 %; p < 0,001). No se observaron diferencias significativas en el retraso diagnóstico, compromiso vascular, neurológico, daño acumulado ni hospitalizaciones entre ambos grupos (Tabla 1).

Conclusión: El análisis de *clustering* en esta cohorte preliminar argentina con EB permitió caracterizar dos fenotipos diferencia-

Tabla 1. Comparación de las características clínicas entre los fenotipos identificados

Características	1 N=24	2 N=9	p-valor
Sexo, n (%)			0.056
Femenino	12 (50)	8 (89)	
Edad al diagnóstico (años) mediana (RIC)	34 (27,40)	43 (39,61)	0.041
Retraso en el diagnóstico (meses) mediana (RIC)	19 (11,28)	24 (9,48)	0.400
Manifestaciones durante la evolución			
Mucocutáneas, n (%)	18 (75)	8 (89)	0.600
Úlceras genitales	10 (42)	0 (0)	0.032
Papulopustulosas	8 (33)	0 (0)	0.073
Eritema nodoso	5 (21)	1 (11)	>0.900
Oculares, n (%)	9 (38)	1 (11)	0.020
Uveítis	9 (38	0 (0)	
Vasculares, n (%)	1 (4.2)	0 (0)	>0.900
Neurológicas, n (%)	2 (8.3)	2 (22)	0.300
Articulares, n (%)	7 (29)	9 (100)	<0.001
Artritis	5 (21)	7 (78)	0.005
Entesitis	0 (0)	6 (67)	<0.001
Gastrointestinales, n (%)	1 (4.2)	7 (78)	<0.001
Dolor abdominal	1 (4.2)	6 (67)	<0.001
Úlceras ileocecales	1 (4.2)	1 (11)	0.500
Hemorragia	0 (0)	1 (11)	0.300
VDI a la última consulta, n (%)			0.600
0	9/19 (47)	0/1 (0)	
1	6/19 (32)	1/1 (100)	
2	3/19 (16)	0/1 (0)	
5	1/19 (5.3)	0/1 (0)	
Hospitalizaciones, n (%)			
SI	4 (17)	2 (25)	0.600
Número de hospitalizaciones, n (%)			0.400
0	3 (43)	0 (0)	
1	2 (29)	1 (50)	
2	2 (29)	0 (0)	
3	0 (0)	1 (50)	
Desconocido/ sin dato	17	7	

Figura 1. Distribución de las manifestaciones clínicas según cluster de la Enfermedad de Behcet



dos (mucocutáneo-ocular y musculoesquelético/gastrointestinal), con una prevalencia de HLA-B51 del 56 %. Estos hallazgos aportan evidencia sobre el comportamiento clínico local de la enfermedad y resultan relevantes para orientar el diagnóstico y definir estrategias de tratamiento dirigido.

Rituximab en vasculitis asociadas a ANCA: experiencia de vida real en Uruguay

Vasculitis / PMR 0134

Danilo Sosa[1], Leandro Llugain[1], Sofía Maissonave[2], Valentina Zubiaurre[3], Álvaro Danza[1]

1. Hospital Pasteur; 2. Unidad Académica de Métodos Cuantitativos, Universidad de la República; 3. Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República

Introducción: Las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) son enfermedades multisistémicas potencialmente graves. Rituximab constituye una alternativa para la inducción y el mantenimiento, especialmente ante recaída o refractariedad. Este estudio constituye la primera descripción de uso de rituximab en esta enfermedad en Uruguay.

Objetivo: Describir las características y la evolución clínica de pacientes con vasculitis asociadas a ANCA tratados con rituximab financiado por el Fondo Nacional de Recursos.

Métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo de cohorte única. Se incluyeron adultos con vasculitis asociada a ANCA y tratamiento con rituximab aprobado desde 2019 hasta 2025. Se relevaron variables demográficas, clínicas, serológicas, terapéuticas y de seguridad. Se comparó la evaluación basal, correspondiente a la primera administración (T0), con la realizada al momento de la segunda (T1). Para los análisis longitudinales se consideraron únicamente datos pareados. El protocolo fue aprobado por un comité de ética.

Tabla 1. Características clínicas, serológicas y terapéuticas de los pacientes con vasculitis asociadas ANCA tratados con rituximab (n = 58).

Forma clínica	n (%)
Granulomatosis con poliangeítis (GPA)	41 (70,7)
Poliangeítis microscópica (PAM)	13 (22,4)
Vasculitis limitada al riñón	4 (6,9)
Perfil serológico	
ANCA-PR3	35 (60,3)
ANCA-MPO	21 (36,2)
Doble positivo	1 (1,7)
Indeterminado	1 (1,7)
Tratamientos en el año previo	
Ciclofosfamida	17 (29,3)
Micofenolato de mofetilo	13 (22,4)
Otros inmunosupresores	21 (36,2)
Inmunoglobulinas intravenosas	3 (5,2)
Plasmaféresis	2 (3,4)

Tabla 2. Evolución clínica, parámetros renales y dosis glucocorticoides entre la evaluación basal (T0) y la segunda evaluación (T1)

Variable	T0 n = 58	T1 n = 43	*valor p**
BVAS total	18,5 (11,25)	7,0 (12,5)	< 0,001
Creatinina sérica, mg/dl	1,3 (1,13)	1,1 (0,6)	0,11
Índice proteinuria/creatininuria g/g	0,395 (1,05)	0,05 (0,25)	0,012
Prednisona, mg/día	30 (25)	5 (10)	<0,001

Nota. *Todas las variables se expresan como mediana (RIC);*
T0: *evaluación basal;* ***T1:*** *segunda evaluación.*
**Prueba de rangos con signo de Wilcoxon.*
12 datos faltantes en las variables "Creatinina sérica" e "Índice proteinuria/creatininuria".

Resultados: Se incluyeron 58 pacientes. Del total de la cohorte, 28 (48,3 %) fueron mujeres, y 30 (51,7 %), hombres. La edad media fue de 58,6 (DE 12,9). Las características clínicas más relevantes se recogen en la Tabla 1. La indicación fue por refractariedad al tratamiento estándar en 32 casos (55,2 %) y recaída de la enfermedad en 26 (44,8 %). 43 (74,1 %) tuvieron evaluación en T1, tras una mediana de 6,9 meses. Las características evolutivas con el tratamiento se recogen en la Tabla 2. En el análisis por perfil serológico, los pacientes ANCA-PR3 mostraron una reducción significativa del BVAS (19 a 4; p < 0,001) y de la dosis de prednisona (30 a 5 mg/día; p < 0,001). En los ANCA-MPO, la reducción del BVAS no alcanzó significación estadística (19 a 12; p = 0,054), mientras que disminuyeron significativamente la dosis de prednisona (30 a 5 mg/día; p = 0,004), la creatinina sérica (p = 0,006) y la proteinuria (p = 0,014). En la cohorte total, se registraron ocho fallecimientos (13,8 %), cuatro durante los primeros seis meses posteriores a la primera administración. No se reportaron reacciones infusionales ni otros eventos adversos en los registros analizados.

Conclusión: En esta cohorte nacional de pacientes con vasculitis asociadas a ANCA refractaria o en recaída, el uso de rituximab se asoció con menor actividad de la enfermedad, reducción de la proteinuria y un marcado descenso de la dosis de glucocorticoides. La creatinina no mostró cambios significativos en la cohorte global, aunque disminuyó significativamente en los pacientes ANCA-MPO. Los resultados aportan evidencia de vida real en Uruguay; deben interpretarse considerando el diseño retrospectivo, la disponibilidad incompleta de seguimiento y la selección de pacientes por criterios de cobertura.

Factores predictivos y aplicabilidad del *score* francés de recaídas en vasculitis ANCA: estudio de cohorte multicéntrico argentino

Vasculitis / PMR 0141

María Lourdes Gil Uliarte[1], Anabella María Rodríguez[1], Joan Manuel Dapeña[2], Graziana Cippitelli[3], Alfonsina Maitén Sarde[4], Guillermo Bartel[1], Cecilia Zaffarana[1], Tomás Romero[1], Yina Paola Arias Cisneros[1], Cecilia Asnal[1], Damián Duartes Noe[1]

1. Hospital Británico; 2. Hospital Santojanni; 3. Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú; 4. Hospital General de Agudos San Martín, La Plata

Introducción: Las vasculitis asociadas a ANCA (VAA) son un grupo de enfermedades autoinmunes caracterizadas por la inflamación necrotizante de vasos de pequeño y mediano calibre. Pese a los progresos terapéuticos, la remisión sigue siendo un desafío, con tasas de recaída que oscilan entre el 13,7 % y el 44 % a los 18-36 meses. Si bien se postulan como factores de riesgo de recaída la positividad para PR3, la edad joven y la afectación de algunos órganos específicos, el French Relapse Score (FRS) surge como una herramienta calculable al diagnóstico para estratificar dicho riesgo. El *score* asigna un punto a cada uno de sus tres componentes (edad <= 75 años, positividad PR3 y *clearance* renal (eGFR) > 30 mL/min/1,73m^2), demostrando riesgos de recaída del 2 %, 8 %, 14 % y 29 % a los dos años, y del 8 %, 30 %, 48 % y 76 % a los cinco años, para puntuaciones de 0 a 3 respectivamente.

Objetivo: Identificar factores clínicos y de laboratorio de recaída en VAA y evaluar el desempeño del FRS en la población argentina.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo de cohorte multicéntrico en pacientes >16 años con diagnóstico de Granulomatosis con Poliangeítis (GPA) y Poliangeítis microscópica (PAM) con seguimiento >12 meses posteriores al diagnóstico. Requirieron, al momento del diagnóstico, serología por ELISA (PR3 y MPO) e información para calcular el Birmingham Vasculitis Activity Score (BVAS), junto con características del desenlace de la enfermedad. Se realizó un análisis estadístico descriptivo con prueba Chi2 o Fisher, t de Student o Mann-Whitney, según distribución; y la discriminación del *score* mediante índice C.

Resultados: De 44 pacientes incluidos (4 centros), 20 (45.4 %) presentaron al menos 1 recaída en una media de 48 (IC95 % 36-79) meses de seguimiento. La mediana de tiempo para la primera recaída fue de 23.8 meses. Quienes recayeron fueron más jóvenes (42.6 ± 15.3 vs. 60.3 ± 9.3 años, p < 0.0001), el subtipo predominante fue GPA (80 % vs. 29.2 %; p=0.002), y presentaban un eGFR mayor (95 % vs. 50 % p=0.003). El grupo con recaídas mostraba más compromiso otorrinolaringológico (ORL) (65 % vs. 25 %; p=0.018) y mucoso/ocular (40 % vs. 8.3 %; p=0.02), y menor renal (35 % vs. 79.2 % p=0.007) inicial comparado con los no recaedores. El uso de metotrexato como mantenimiento (30 % vs. 4.1 %; p=0.03) fue mayor en el grupo recaedor. De esta forma, el FRS mostró una discriminación moderada (C-índex 0.636, IC95 % 0.514-0.757) y una calibración razonable en el estrato intermedio (FRS=2), en la misma dirección que lo reportado por el desarrollo original francés.

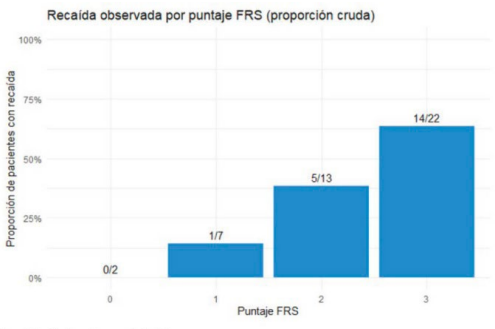


Figura 1: Recaída observada por puntaje de FRS

Conclusión: Los pacientes recaedores se caracterizaron por ser más jóvenes, presentar mayor eGFR, subtipo GPA y compromiso ORL y mucoso/ocular. Si bien el FRS mostró una discriminación moderada y una calibración razonable, el tamaño muestral actual resulta insuficiente para lograr una validación externa concluyente. Se agradece a la UNISAR por su colaboración.

	Al menos una recaída (N=20)	Sin recaída (N=24)	P-value	Total (N=44)
Edad al diagnóstico (SD)	42.6 (15.3)	60.3 (9.35)	<0.001	52.2 (15.1)
Género femenino	13 (65.0 %)	15 (62.5 %)	1	28 (63.6 %)
Subtipo GPA	16 (80.0 %)	7 (29.2 %)	0.0022	23 (52.3 %)
eGFR <29	19 (95.0 %)	12 (50.0 %)	0.003	31 (70.5 %)
BVAS General	9 (45.0 %)	17 (70.8 %)	0.153	26 (59.1 %)
BVAS Cutáneo	3 (15.0 %)	3 (12.5 %)	1	6 (13.6 %)
BVAS Mucosas Ocular	8 (40.0 %)	2 (8.3 %)	0.027	10 (22.7 %)
BVAS ORL	13 (65.0 %)	6 (25.0 %)	0.018	19 (43.2 %)
BVAS Pulmonar	13 (65.0 %)	15 (62.5 %)	1	28 (63.6 %)
BVAS Gastrointestinal	0 (0 %)	0 (0 %)	1	0 (0 %)
BVAS Cardiovascular	1 (5.0 %)	1 (4.2 %)	1	2 (4.5 %)
BVAS Renal	7 (35.0 %)	19 (79.2 %)	0.007	26 (59.1 %)
BVAS Sistema Nervioso Central	3 (15.0 %)	9 (37.5 %)	0.184	12 (27.3 %)
BVAS Otros	1 (6.7 %)	1 (4.8 %)	1	2 (5.6 %)
Inducción CFM	7 (35.0 %)	13 (54.2 %)	0.333	20 (45.5 %)
Inducción RTX	8 (40.0 %)	5 (20.8 %)	0.291	13 (29.5 %)
Inducción MMF	0 (0 %)	1 (4.3 %)	1	1 (2.3 %)
Inducción MTX	3 (15.0 %)	0 (0 %)	0.086	3 (6.8 %)
Inducción AZA	1 (5.0 %)	0 (0 %)	0.455	1 (2.3 %)
Inducción Plasmaféresis	1 (5.0 %)	3 (12.5 %)	0.614	4 (9.1 %)
Inducción Inmunoglobulinas	0 (0 %)	0 (0 %)	1	0 (0 %)
Mantenimiento CFM	0 (0 %)	2 (8.3 %)	0.493	2 (4.5 %)
Mantenimiento RTX	10 (50.0 %)	7 (29.2 %)	0.27	17 (38.6 %)
Mantenimiento MMF	0 (0 %)	4 (16.7 %)	0.114	7 (15.9 %)
Mantenimiento AZA	5 (25.0 %)	13 (54.2 %)	0.098	18 (40.9 %)
Remisión	18 (90.0 %)	15 (65.2 %)	0.076	33 (76.7 %)

Características clínicas y de tratamiento de las vasculitis sistémicas primarias asistidas en un hospital público de la ciudad de Buenos Aires

Vasculitis / PMR 0143

Leandro Maddalena, Belén María Virasoro, Darío Mata, Malena Viola, María Gimena Gómez, María Eugenia Urroz, Fabio Salazar Soto, Narda Krupskaia Chilán Santana, Griselda Redondo, Iris Girón, Augusto Martín Riopedre, María Celina de la Vega

Hospital Argerich

Introducción: La epidemiología de las vasculitis sistémicas es variable según la región geográfica, el origen étnico y la edad de la población estudiada. Sin embargo, los datos epidemiológicos siguen siendo escasos en Latinoamérica.

Objetivo: Describir las características demográficas, clínicas, serológicas y terapéuticas de los pacientes con diagnóstico de vasculitis sistémica de un centro público de la Ciudad de Buenos Aires.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de vasculitis sistémica definidas y categorizadas según la nomenclatura de la Chapel Hill 2012, evaluados en un centro público de la Ciudad de Buenos Aires entre enero de 2021 y diciembre de 2025. Se excluyeron vasculitis secundarias a enfermedades del tejido conectivo, a infecciones, a neoplasias o a fármacos. La información se obtuvo mediante revisión de las historias clínicas identificadas a través de la base de datos del registro de diagnósticos del hospital. Las variables categóricas se expresaron en n (%),

las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIC) o media y desvío estándar (DE) según la distribución de las mismas.

Tabla 1. Distribución de pacientes según subtipo de vasculitis (N=61)

Subtipo	n (%)
Granulomatosis con poliangeítis	19 (31,1)
Poliangeítis microscópica	13 (21,3)
Arteritis de Takayasu	11 (18,0)
Vasculitis crioglobulinémica	6 (9,8)
Arteritis de células gigantes	4 (6,6)
Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis	4 (6,6)
Vasculitis urticariana hipocomplementémica	2 (3,3)
Poliarteritis nodosa	1 (1,6)
Vasculitis IgA	1 (1,6)

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes, de los cuales 39 (63,9 %) eran de sexo femenino, con una mediana de edad al diagnóstico de 59 años (RIC 37–68). Se evaluó la distribución de pacientes según el subtipo de vasculitis (Tabla 1). De acuerdo al calibre vascular comprometido, predominaron las vasculitis de vaso pequeño asociadas a ANCA (n=36; 59,0 %), luego las de vaso grande (n=15; 24,6 %). La mediana de tiempo de seguimiento fue de 60 meses (RIC 12–108). Recibieron glucocorticoides 57 pacientes (93,4 %), ciclofosfamida 30 (49,2 %), rituximab 15 (24,6 %), azatioprina 27 (44,3 %), metotrexato 15 (24,6 %) y micofenolato 7 (11,5 %). Tres pacientes recibieron plasmaféresis. El 68,9 % (n=42) de los pacientes no presentaron recaída, dentro del subgrupo que tuvieron recaída el 73,7 % (n=14) presentaron recaída mayor y el 26,3 % (n=5) recaída menor. La mediana de tiempo a la recaída fue de 48 meses (RIC 24–60). La mortalidad fue del 16,4 % (n=10). Se registraron complicaciones infecciosas en 22 pacientes (36,1 %), complicaciones cardiovasculares en 12 (19,7 %) y neoplasias en 2 (3,3 %).

Conclusión: Presentamos una de las primeras caracterizaciones integrales de vasculitis sistémicas en un centro de tercer nivel de Argentina. Predominaron las vasculitis de pequeño vaso asociadas a ANCA y las frecuencias de recaída, complicaciones y mortalidad fueron comparables con las reportadas en otras cohortes. Estos hallazgos aportan información local relevante sobre el perfil clínico de las vasculitis sistémicas y constituyen una base para futuros estudios en nuestra región.

Frecuencia de síndrome metabólico en vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos

Vasculitis / PMR 0218

Juan Manuel Miranda Bazán, Candelaria Audisio, Martín Castillo, Facundo Ruffa, Cintia Otaduy, Carla Andrea Gobbi, Verónica Savio, Alejandro Albiero, Paula Alba

Hospital Córdoba

Introducción: Las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (VAA) afectan principalmente capilares, arteriolas, vénulas y ocasionalmente arterias pequeñas, con vasculitis necrotizante y escasos o nulos depósitos autoinmunes. Se clasifican en granulomatosis con poliangeítis (GPA), poliangeítis microscópica (MPA) y granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA), y según el ANCA en MPO, PR3 o ANCA negativas. El síndrome metabólico (SM) es un conjunto de alteraciones vinculadas a estilos de vida no saludables (alta ingesta de carbohidratos y grasas, tabaquismo, sedentarismo) que favorecen sobrepeso y obesidad, y que mediante insulinorresistencia, hiperglucemia, liberación de interleuquinas y activación protrombótica aumentan el riesgo cardiovascular.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de SM en pacientes con VAA y su asociación con manifestaciones clínicas y tipo de ANCA.

Métodos: Estudio de corte transversal, observacional y analítico. Se incluyeron pacientes ≥18 años con diagnóstico de VAA (GPA, MPA, GEPA) atendidos en la Unidad de Reumatología del Hospital Córdoba (Argentina) entre enero de 2024 y marzo de 2026, excluyendo otras enfermedades autoinmunes. El grupo control fue población general apareada por edad y sexo. Se evaluó mediante historia clínica, examen físico y laboratorio. El SM se definió según criterios IDF y ATP III. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado significativo.

Tabla 1: Variables de síndrome metabólico analizadas en pacientes con VAA (n=26).

Variable	Media (DE)[1]	Mediana (mín.–máx.)[1]
Altura (m)	1.6 (0.1)	1.6 (1.5–1.8)
Peso (kg)	80.0 (20.9)	76.0 (49.0–124.0)
BMI (kg/m2)	30.0 (7.2)	28.6 (19.9–48.4)
Perímetro abdominal (cm)	103.7 (18.2)	100.0 (47.0–135.0)
TA sistólica (mmHg)	127.0 (15.0)	130.0 (90.0–150.0)
TA diastólica (mmHg)	84.5 (13.1)	90.0 (50.0–100.0)
Glucemia en ayunas (mg/dL)	99.8 (12.9)	98.0 (81.0–138.0)
Colesterol total (mg/dL)	195.3 (45.6)	202.0 (114.0–286.0)
Colesterol LDL (mg/dL)	129.5 (42.6)	122.0 (64.0–209.0)
Colesterol HDL (mg/dL)	53.3 (18.2)	50.0 (32.0–96.0)
Triglicéridos (mg/dL)	133.1 (70.8)	111.0 (55.0–351.0)

[1] BMI: body mass index; TA: tensión arterial. Media (desviación estándar); Mediana (mínimo-máximo).

Resultados: Se incluyeron 26 pacientes con VAA y 52 controles apareados, sin diferencias en edad (47,2 vs. 52,5 años) ni sexo (69,2 % vs. 67,3 % mujeres). El 53,8 % presentó GPA, 38,5 % MPA y 7,7 % GEPA, con tiempo medio de evolución de 7,8 años. El compromiso pulmonar fue el más frecuente (73,1 %), seguido de renal (53 %), ENT (50 %) y neuroló-

gico (15,4 %). El perfil ANCA fue PR3+ 50 %, MPO+ 38,5 % y ANCA negativo 11,5 %. Entre las comorbilidades, la HTA fue la más frecuente (50 %), seguida de dislipemia (34,6 %) y obesidad (23,1 %); el 50 % eran sedentarios. La frecuencia de SM (criterio IDF) fue significativamente mayor en VAA que en controles (84,6 % vs. 15,4 %; p=0,001); por ATP III fue 73,1 % en VAA. No se hallaron diferencias significativas entre la positividad de MPO ni el compromiso pulmón-riñón y la presencia de SM (p=NS).

Conclusión: El SM fue más frecuente en pacientes con VAA, siendo el criterio IDF una herramienta más sensible en estos individuos. Los pacientes con VAA y SM presentan un perfil de alto riesgo cardiovascular, y la coexistencia de ambas entidades podría agravar las anormalidades endoteliales propias de la VAA. La identificación del SM debería incorporarse a la práctica clínica de rutina, dado que es una entidad modificable que incrementa el daño vascular y podría intervenirse para mejorar el riesgo cardiovascular y la morbimortalidad.

Estrategias de inducción y mantenimiento en la glomerulonefritis asociada a vasculitis ANCA: análisis de una cohorte hospitalaria

Vasculitis / PMR 0255

María Cristina Romero, Diego A. Marino, Óscar Gut, Tamara Graciela Arias, Gustavo Medina

Hospital de Clínicas José de San Martín

Introducción: La glomerulonefritis asociada a vasculitis ANCA (GN-VAA) es una de las manifestaciones principales de las vasculitis necrotizantes de pequeños vasos, observada en los subtipos poliangeítis microscópica (PAM), vasculitis limitada al riñón (VLR) y granulomatosis con poliangeítis (GPA). El tratamiento estándar comprende una fase de inducción con ciclofosfamida (CYC) o rituximab (RTX) más glucocorticoides, seguida de mantenimiento con RTX, Avacopan, azatioprina (AZA) o micofenolato mofetilo (MMF).

Objetivo: Evaluar remisión y recaída renal/extrarrenal según estrategia terapéutica a 12, 24 y >24 meses (tardías), e identificar factores asociados a enfermedad renal terminal (ERT) y daño acumulado (VDI).

Métodos: Cohorte observacional retrospectiva (julio 2003-marzo 2026), Hospital de Clínicas José de San Martín. Se incluyeron pacientes con GN-VAA de reciente diagnóstico según criterios ACR/EULAR 2022. Se evaluaron variables clínicas, serológicas, histológicas y terapéuticas. Los datos de remisión y recaídas se analizaron a los 12, 24 meses y >24 meses. Remisión completa: BVAS=0 y prednisona =10 mg/día. Se utilizaron pruebas de chi-cuadrado/Fisher, Kruskal-Wallis y análisis multivariado.

Resultados: 50 pacientes: GPA (n=21), PAM (n=16), VLR (n=13). Mediana de edad de 54,5 años; 68 % femenino.100 % ANCA positivo. Biopsia renal en 46 (92 %): crescéntica 37 %, mixta 26 %, esclerótica 20 %, focal 17 % (Berden). GNRP en 50 %, más frecuente en VLR (77 %) y PAM (56 %) que GPA (29 %; p=0,022). Creatinina basal mediana 2,29 mg/dL, siendo mayor en VLR (6,60 mg/dL; p=0,093, NS) (Tabla 1). Inducción: CYC en 49 pacientes (98 %, 5 combinados con RTX), RTX solo en 1. Remisión completa: 19/42 (45 %) a 12 meses y 28/35 (80 %) a 24 meses, sin

Tabla 1. Características basales según subtipo de vasculitis ANCA

Variable	Total (n=50)	GPA (n=21)	PAM (n=16)	VLR (n=13)	Valor p
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS					
Edad, años (M, RIC)	54,5 (43,8–64)	51 (42–60)	59 (49,3–67,3)	64 (46–68)	0,134
Sexo femenino, n (%)	34 (68%)	12 (57%)	11 (69%)	11 (85%)	0,254
Seguimiento, meses (M, RIC)	40,2 (16–79)	68 (22–88)	40 (24,8–73)	19 (12–62)	0,134
COMPROMISO RENAL AL DIAGNOSTICO					
GNRP, n (%)	25 (50%)	6 (29%)	9 (56%)	10 (77%)	0,022
Hematuria con dismorfia, n (%)	46 (92%)	19 (90%)	16 (100%)	11 (85%)	0,277
Creatinina basal, mg/dL (M, RIC)	2,29 (1,61–6,83)	2,07 (1,60–4,90)	2,21 (1,35–3,71)	6,60 (2,40–8,17)	0,093
Proteinuria, mg/24hs (M, RIC)	1200 (570–2230)	960 (610–2220)	1000 (370–1800)	1700 (1200–2230)	0,395
HISTOLOGIA (Berden)					
Biopsia renal realizada, n (%)	46 (92%)	18 (86%)	16 (100%)	12 (92%)	—
Focal	8 (17%)	5 (28%)	2 (13%)	1 (8%)	0,559
Crescéntica	17 (37%)	8 (44%)	7 (44%)	2 (17%)	0,234
Mixta	12 (26%)	2 (11%)	4 (25%)	6 (50%)	0,053
Esclerótica	9 (20%)	3 (17%)	3 (19%)	3 (25%)	0,896
INMUNOLOGIA					
Anti-PR3 (ELISA), n (%)	15 (30%)	15 (71%)	0 (0%)	0 (0%)	<0,001
Anti-MPO (ELISA), n (%)	26 (50%)	6 (28%)	11 (69%)	9 (69%)	<0,001
ANCA-C (IFI), n (%)	16 (32%)	14 (67%)	1 (6%)	1 (8%)	<0,001
ANCA-P (IFI), n (%)	33 (66%)	6 (28%)	15 (94%)	12 (92%)	<0,001
COMPROMISO EXTRARRENAL					
Compromiso extrarrenal, n (%)	34 (68%)	20 (95%)	14 (88%)	0 (0%)	<0,001
ORL, n (%)	17 (34%)	16 (76%)	1 (6%)	0 (0%)	<0,001
Pulmonar, n (%)	20 (40%)	11 (52%)	9 (56%)	0 (0%)	0,003
Hemorragia alveolar, n (%)	7 (14%)	4 (19%)	3 (19%)	0 (0%)	1,000
LABORATORIO BASAL					
VSG, mm/h (media ± DE)	83,8 ± 38,4	84,9 ± 43	88,4 ± 35,9	71,9 ± 34	0,642
PCR, mg/dL (M, RIC)	8,01 (1,43–14,4)	9 (3,94–13,3)	7,23 (1,44–16,2)	4,72 (0,73–8,15)	0,672
SCORES BASALES					
BVAS basal (media ± DE)	12 ± 5,9	12,7 ± 6,1	13,1 ± 6,1	10,6 ± 4,7	0,368
FFS basal (M, RIC)	1 (0,25–2)	1 (0–2)	1 (0–2)	1 (1–2)	0,994

Tabla 2. Tasas de recaida por periodo de seguimiento según estrategia de inducción y mantenimiento

Estrategia terapéutica	Recaída < 12 meses		Recaída 12–24 meses		Recaída > 24 meses	
	N=42 (%)	p	N=42 (%)	p	N=35 (%)	p
INDUCCIÓN						
CYC (n=49)	2/42 (5%)	1,000	2/40 (5%)	1,000	14/37 (38%)	1,000
RTX (n=6)	1/6 (17%)	0,228	0/5 (0%)	—	2/5 (40%)	—
RTX + CYC (n=5)	1/5 (20%)	0,192	0/4 (0%)	—	0/4 (0%)	0,611
Plasmaféresis (n=7)	0/5 (0%)	1,000	1/4 (25%)	0,263	0/4 (0%)	0,169
Pulsos EV esteroides (n=44)	2/42 (4%)	0,486	3/42 (7%)	0,486	10/35 (28%)	0,076
Esteroides VO (n=48)	2/42 (5%)	1,000	3/42 (7%)	1,000	13/35 (43%)	0,167
MANTENIMIENTO						
RTX (n=10)	1/10 (10%)	0,363	0/10 (0%)	—	3/10 (30%)	1
AZA (n=23)	1/22 (5%)	1,000	3/22 (9%)	0,090	10/22 (45%)	0,070
MMF (n=5)	0/5 (0%)	—	1/5 (20%)	0,192	3/5 (60%)	0,152
Esteroides solos (n=17)	0/13 (0%)	—	0/10 (0%)	—	3/7 (43%)	0,199
CYC (n=5)	1/5 (20%)	0,192	0/5 (0%)	—	4/5 (80%)	0,024*
MTX (n=2)	—	—	0/2 (0%)	—	1/2 (50%)	0,486

Datos analizados sobre pacientes con seguimiento disponible al tiempo evaluado. «—»: no calculable.
**p<0,05 (significativo, resaltado en rojo).*

diferencias entre CYC y RTX, ni entre esquemas de mantenimiento. 18 (36 %) presentaron recaídas: 4 (22 %) renales, 8 (44 %) extrarrenales y 6 (33 %) ambas. A 12 y 24 meses no hubo diferencias significativas entre los distintos esquemas terapéuticos de mantenimiento. Se detectaron mayores recaídas tardías con CYC (4/5, 80 %; p=0,024) y menor con RTX (3/10, 30 %, p=0,496, NS) vs. el resto de las estrategias (Tabla 2). ERT en 22 %. Creatinina basal (OR 1,32; IC95 % 1,05-1,78; p=0,018) y GNRP (OR 3,21; IC95 % 1,08-9,54; p=0,036) fueron predictores independientes de ERT. VDI a 24 meses, mediana 2 (RIC 1–4). Tendió a ser mayor en GPA y PAM respecto a VLR, pero no alcanzó la significancia estadística (p=0,608).

Conclusión: Las estrategias de inducción mostraron tasas de remisión equivalentes. En mantenimiento, solo CYC (80 %) se asoció a mayor recaída >24 meses y menor con RTX (30 %) vs. AZA, MMF, esteroides solos, p no significativa. La progresión a ERT se relacionó principalmente con la severidad renal al diagnóstico (creatinina y GNRP).

Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis: características clínicas, serológicas y terapéuticas según estado ANCA en una cohorte argentina

Vasculitis / PMR | 0256

Claudia Gisel Otazo, Diego Andrés Marino, Óscar Gut, Gustavo Medina, María Cristina Romero

Hospital de Clínicas José de San Martín

Introducción: La granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA) es una vasculitis sistémica heterogénea caracterizada por asma, eosinofilia y manifestaciones vasculíticas. Los ANCA se detectan sólo en una proporción de los pacientes y se asocian con diferentes perfiles clínicos. La evidencia latinoamericana es limitada.

Objetivo: Describir las características demográficas, serológicas, clínicas, histopatológicas y terapéuticas de una cohorte argentina de pacientes con EGPA y explorar diferencias según el estado ANCA (positivo vs. negativo).

Métodos: Estudio observacional basado en un registro institucional. Se incluyeron 14 pacientes que cumplían criterios de clasificación para EGPA y presentaban estado ANCA interpretable. Las variables categóricas se compararon mediante prueba exacta de Fisher y las continuas con t de Welch o U de Mann-Whitney.

Resultados: Ocho pacientes fueron ANCA positivos (57,1 %) y seis ANCA negativos; 10/14 (71,4 %) eran mujeres y la edad media al diagnóstico fue 51,2 ± 20,6 años. Las manifestaciones más frecuentes fueron compromiso de vías aéreas superiores (14/14), principalmente rinosinusitis; asma (13/14); compromiso de vías aéreas inferiores (12/14), predominantemente enfermedad pulmonar intersticial, y neurológico (11/14), principalmente neuropatía periférica. Se registró compromiso cardiovascular en 7/14, fundamentalmente miocarditis y pericarditis, y renal en 2/14. Un paciente ANCA positivo presentó glomerulonefritis. Al diagnóstico, la mediana de eosinófilos fue 2017/µL [RIC 1665–4110] en ANCA positivos y 1582/µL [RIC 814–1845] en ANCA negativos (p=0,548). Se realizaron biopsias en 8/14 pacientes; entre las histologías interpretables, se observó leucocitoclasia en 3/4 ANCA positivos y 0/2 ANCA negativos. Todos recibieron glucocorticoides como inducción y 9/14 ciclofosfamida. En el último registro, 12/14 continuaban con glucocorticoides, con una mediana de 25 mg/día [RIC 13,3–40]. La azatioprina fue el inmunosupresor convencional más utilizado (7/14); dos pacientes recibían biológicos, uno rituximab y otro mepolizumab. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Conclusión: La cohorte reprodujo el fenotipo clásico de EGPA, con predominio respiratorio y neurológico, función renal globalmente conservada y elevada positividad ANCA. Aunque no se demostraron diferencias significativas, la mayor frecuencia de compromiso neurológico fue concordante con el mayor porcentaje de seropositividad y con el fenotipo vasculítico descripto internacionalmente. La exposición persistente a glucocorticoides justifica evaluar longitudinalmente la actividad, la fase terapéutica y las estrategias ahorradoras de esteroides.

Tabla 3. Compromiso orgánico acumulado según estado ANCA

Compromiso / manifestación	Total	ANCA+	ANCA-
Dominios clínicos			
Vías aéreas superiores	14/14 (100%)	8/8 (100%)	6/6 (100%)
Vías aéreas inferiores	12/14 (85,7%)	6/8 (75,0%)	6/6 (100%)
Neurológico	11/14 (78,6%)	7/8 (87,5%)	4/6 (66,7%)
Síntomas generales	9/14 (64,3%)	5/8 (62,5%)	4/6 (66,7%)
Cardiovascular	7/14 (50,0%)	5/8 (62,5%)	2/6 (33,3%)
Mucocutáneo	3/14 (21,4%)	2/8 (25,0%)	1/6 (16,7%)
Renal	2/14 (14,3%)	1/8 (12,5%)	1/6 (16,7%)
Otológico	2/14 (14,3%)	0/8 (0%)	2/6 (33,3%)

Asociación entre el perfil serológico y la evolución clínica en vasculitis asociadas a ANCA: análisis interino de una cohorte prospectiva multicéntrica

Vasculitis / PMR 0258

Agostina Bonicatto[1], Natalia Andrea Perrotta[2], Ana Lizarraga[3], Claudia Pena[4], Ignacio López[1], Micaela Cosatti[5], Adriana Seewald[6], Linda Vergel[1], Alejandro Brigante[1]

1. Sanatorio Güemes; 2. Hospital César Milstein; 3. OMI; 4. Higa General San Martín, La Plata; 5. Hospital Universitario CEMIC; 6. Hospital Escuela de Agudos Doctor Ramón Mara

Introducción: Los anticuerpos anti-proteinasa 3 (PR3) y anti-mieloperoxidasa (MPO) han sido propuestos como biomarcadores de actividad en las vasculitis asociadas a ANCA (VAA), pero la evidencia sobre el valor de su seguimiento seriado durante la inducción es heterogénea. Presentamos un análisis interino de una cohorte prospectiva multicéntrica con seguimiento serológico centralizado y protocolizado.

Objetivo: Describir el perfil clínico y serológico basal de la cohorte y explorar la asociación entre la cinética de PR3/MPO durante los primeros 3 meses de inducción y la evolución clínica.

Métodos: Estudio de cohorte prospectiva, multicéntrico, de pacientes con GPA, PAM o EGPA (criterios ACR 1990/Chapel Hill 2012). La serología (IFI y ELISA PR3/MPO, con corte =5 U/mL) se determinó en un laboratorio central al basal y a los 3 meses. La transición serológica se clasificó en cuatro combinaciones (+/+, +/-, -/+, -/-). Se utilizaron la mediana (RIC), la prueba U de Mann-Whitney, la prueba de Wilcoxon pareada y la prueba exacta de Fisher. Esta última, para la asociación principal entre persistencia serológica y remisión, con a=0,05 bilateral, en un análisis de carácter exploratorio.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes (GPA 23, PAM 18, EGPA 9); mediana de edad: 51,7 años (RIC 41,3–61,2); 52 % de sexo masculino. La presentación fue grave: BVAS v3, mediana de 9,5 (6,3–15); glomerulonefritis rápidamente progresiva 26 %; hemorragia alveolar 21 %; ingreso a UCI 26 %. El perfil serológico basal fue MPO+ 32 %, PR3+ 26 %, doble positivo 13 % y ANCA negativo 30 %, y se asoció con el diagnóstico (PR3–GPA, MPO–PAM; p=0,008). A los 3 meses de inducción, el BVAS descendió de 9 a 0 (p=0,008) y se redujo el uso de glucocorticoides (p=0,008). En 27 pacientes con serología pareada, la negativización fue más frecuente con PR3 (5/6; 83 %) que con MPO (8/14; 57 %). Se observó un gradiente de remisión según la transición serológica (+/+ 57 %, +/- 75 %, -/- 88 %; p=0,33) con el patrón inverso en recaída (50 %, 27 % y 29 %, respectivamente; p=0,36). Los pacientes con persistencia de ANCA presentaron mayores reactantes de fase aguda a los 3 meses (VSG: mediana 49,5 vs. 15,5 mm/h, p=0,073; PCR: 16,6 vs. 4,6 mg/L, p=0,074).

Conclusión: En este análisis interino, la cohorte reproduce las asociaciones serotipo-diagnóstico descriptas y sugiere una cinética diferencial de los anticuerpos durante la inducción, con mayor persistencia de MPO. La persistencia serológica a los 3 meses mostró una tendencia a una menor remisión, una mayor recaída y una mayor actividad inflamatoria, sin alcanzar significación estadística. Estos hallazgos, de carácter exploratorio y generador de hipótesis, respaldan la continuación del seguimiento prospectivo protocolizado para establecer el valor de PR3 y MPO como biomarcadores evolutivos en VAA.

Características clínicas de una cohorte de pacientes con arteritis de celulas gigantes

Vasculitis / PMR 0260

Miguel Perandones[1], Juan Sebastián Alonso[2], Martina Siporin[2], María Noelia Antoniol[1], Carlos Edgardo Perandones[1]

1. Fleni, Fundacion Favaloro; 2. Universidad Favaloro, Facultad de Medicina

Introducción: La arteritis de células gigantes (ACG) es la forma más frecuente de vasculitis primaria sistémica que afecta a personas mayores de 50 años. El compromiso es principalmente a nivel de los vasos craneales, con mayor frecuencia en las ramas de la carótida externa. Sin embargo, el compromiso de las ramas de la carótida interna como de los vasos extracraneales tiene alto impacto, pudiendo generar daños severos y secuelas en estos pacientes de no diagnosticarse tempranamente.

Objetivo: Describir las características clínicas de una cohorte de ACG seguidas por nuestro servicio. Se analizaron las formas de presentación clínica, los factores de riesgo cardiovasculares (CV), la presencia previa de Polimialgia reumática (PMR). Se analizaron los estudios complementarios realizados; reactantes de fase aguda, Doppler de arterias temporales y biopsia de la arteria temporal de los pacientes en la primera consulta con nuestro servicio.

Métodos: Estudio observacional. Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes en seguimiento por nuestro grupo con diagnóstico de ACG, en el periodo comprendido entre 4/2017 y 6/2026. Análisis estadístico: Estadística descriptiva; $p < 0.05$ significativa.

Resultados: Durante el periodo comprendido entre 4/2017 y 6/2026, se incluyeron 47 pacientes con diagnóstico de ACG. 30 pacientes (63.8 %) de sexo femenino, con una mediana de edad de 77.5 años (RIC 58-99). El 85.1 % (n=40) de los pacientes presentó una forma inicial de compromiso craneal, mientras que un 2.1 % (n=1) presentó una forma extracraneal. En 3 pacientes (6.3 %) se observó un compromiso combinado craneal-extracraneal. El 12.8 % presentó diagnóstico previo de PMR. El síntoma más frecuente fue Cefalea en 68.1 %, siendo un 53.3 % de las cefaleas de presentación bilateral. El segundo síntoma en frecuencia fue seguido por Amaurosis Fugax 20.4 %. El 53.2 % de los pacientes presentaron manifestaciones visuales, un 25.5 % de los pacientes debutaron con isquemia anterior de nervio óptico (AION). El 14.8 % de nuestra cohorte presentó ACV isquémico. El 86.2 % presentó VSG elevada, con una × (media) de 67.5 mm/hora. En la primera evaluación de nuestra cohorte, el 79 % de los pacientes realizó Doppler de arterias temporales, encontrándose el signo del halo en un 73.5 %; y tan solo 29.2 % de los pacientes llegó a realizar biopsia de arteria temporal en la primera consulta analizada, siendo patológica en el 80 % de los casos.

Conclusión: La forma de presentación más frecuente de nuestra cohorte fue la cefalea en 68.1 %, seguida por las manifestaciones visuales; siendo la amaurosis fugax y el AION las formas de presentación más frecuentemente observadas.

Netosis en neutrófilos de sangre periférica como marcador de actividad en vasculitis asociadas a ANCA: análisis interino de un estudio piloto

Vasculitis / PMR | 0263

Alejandro Brigante[1], Agostina Bonicatto[1], Linda Grey Vergel Orduz[1], Micaela Cosatti[2], Sebastián Magri[3], Adriana Hamaui[1], Analía Trevani[4], Irene Keitelman[4]

1. Sanatorio Güemes; 2. CEMIC; 3. Hospital Italiano de la Plata; 4. Instituto de Medicina Experimental (IMEX), CONICET, Academia Nacional de Medicina

Introducción: Las trampas extracelulares de neutrófilos (NETs) participan en la patogenia de las vasculitis asociadas a ANCA (VAA): exponen MPO y PR3, promueven la formación de autoanticuerpos y contribuyen al daño vascular. La susceptibilidad de los neutrófilos circulantes a sufrir NETosis podría constituir un biomarcador de actividad, complementario de los índices clínicos y de los reactantes de fase aguda.

Objetivo: Explorar la asociación entre la proporción de neutrófilos en vías de liberar NETs y la actividad de la enfermedad en VAA, y describir la cohorte según el estado de actividad.

Métodos: Estudio piloto, experimental, exploratorio y de corte transversal, en pacientes adultos con VAA (GPA y PAM) y donantes sanos. La actividad se definió según el Birmingham Vasculitis Activity Score (BVAS): activa vs. no activa. Se registraron variables demográficas, serológicas, clínicas y de laboratorio, el Five Factor Score (FFS) y el tratamiento. En neutrófilos aislados se cuantificó, mediante inmunomarcación y microscopía confocal, el porcentaje de células en un estadio previo a la expulsión de NETs en respuesta a PMA (25 ng/ml), y se determinó la secreción basal de interleucina-1β (IL-1β) y la secreción frente a LPS (150 ng/ml) + ATP (2,5 mM). Medianas (rango); Mann-Whitney y Spearman.

Resultados: Diez pacientes (6 mujeres; edad: 64 años [24-89]; 5 anti-MPO y 5 anti-PR3; 6 activos y 4 no activos). BVAS 15,5 (3-23) vs. 0 (0-5). Activos vs. no activos: VSG 90 vs. 16 mm/h; PCR 38,9 vs. 9 mg/L; neutrófilos 6.274 vs. 4.637/mm^3. Los compromisos más frecuentes fueron renal, pulmonar y de senos paranasales (9/10 cada uno), seguidos de mucosas (8/10) y ocular (4/10); 8/10 presentaron FFS ≥ 1. Seis recibían corticoides (4 en pulsos) y 7 inmunosupresores (rituximab 3, ciclofosfamida 2, azatioprina 1). El porcentaje de neutrófilos en NETosis fue amplio y variable: 57,3 % (21,1-98,0) global, 53,8 % (31,2-97,8) en activos

y 63,8 % (21,1-98,0) en no activos (p=0,76), sin diferencias según serotipo (MPO 51,7 % vs. PR3 68,8 %; p=0,42) ni respecto de donantes sanos (n=3; 63,1 % [61,1-71,0]; p=0,47), y sin correlación con BVAS (rho=-0,29; p=0,42), VSG, PCR ni FFS. La secreción de IL-1β frente a LPS+ATP fue heterogénea (312,6 [20,4-736,8]) y similar a la de donantes sanos (238,3 [216,4-259,2]; p=1,00), con valores muy bajos en pacientes activos bajo pulsos de corticoides y ciclofosfamida.

Conclusión: Es factible cuantificar la NETosis inducida por PMA en pacientes con VAA. Con el número de muestras disponible no se identificó asociación con la actividad ni con el serotipo ANCA, ni diferencias frente a donantes sanos. La variabilidad interindividual, el posible efecto del tratamiento inmunosupresor y la necesidad de estandarizar los criterios morfológicos justifican ampliar la muestra antes de descartar su utilidad como biomarcador.

Experiencia en el tratamiento con tocilizumab en pacientes con polimialgia reumática refractaria

Vasculitis / PMR 0267

Florencia Valdez Donelli[1], Emilce Schneeberger[1], Tomás Cazenave[1], Eduardo Mysler[2], Julieta Morbiducci[2], Enrique R. Soriano[3], Gustavo Citera[1]

1. IREP; 2. Organización Médica de Investigación; 3. Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La interleuquina-6 (IL-6) desempeña un papel clave en la patogenia de la polimialgia reumática (PMR). Los inhibidores de la IL-6 han demostrado en estudios controlados aleatorizados superioridad al placebo en la remisión sostenida sin glucocorticoides (GC) y en el tiempo hasta la recaída.

Objetivo: Describir nuestra experiencia a través de una serie de casos de pacientes con PMR refractaria tratados con tocilizumab (TCZ).

Métodos: Se incluyeron pacientes con PMR, diagnosticados según los criterios EULAR/ACR 2012, quienes por respuesta inadecuada al tratamiento convencional fueron tratados con TCZ. Se registraron características demográficas, clínicas, analíticas, imágenes, tratamientos previos y desenlaces. Se calculó el Polymyalgia Rheumatica Activity Score (PMR-AS) tanto al inicio como luego del tratamiento. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon.

Resultados: Se incluyeron 11 pacientes, 9 mujeres, con una edad mediana (m) al diagnóstico de PMR de 67 años (RIC 58-75 años), con un tiempo de evolución de la enfermedad m 4 años (RIC 2-7 años). Todos los pacientes debutaron con dolor e impotencia funcional en la cintura escapular y/o pelviana con una ERS m 55 mm/h (RIC 22-85 mm/h) y PCR m 14 mg/L (RIC 10-38.3 mg/L). En los estudios por imágenes, la ecografía musculoesquelética mostró sólo hallazgos compatibles con PMR en 4/5 pacientes (80 %), mientras que la PET/TC con 18F-FDG presentó captación vascular en aorta y/o grandes vasos en 3/4 pacientes (75 %), evidenciando en estos casos la presencia de arteritis subclínica. Todos los casos fueron tratados con GC dosis de inicio m 16 mg/día (RIC 12-20, rango 8-24 mg), el 100 % inició *tapering y* el 72.7 % lograron suspenderlos. Ocho pacientes recibieron metotrexato previamente (dosis máxima m 15 mg/semana, RIC 15-20 mg/semana, rango 15-25 mg). El tiempo desde el diagnóstico al inicio de TCZ fue m 22 meses (RIC 17-50) y el tiempo en tratamiento con TCZ fue m 28 meses (RIC 7-36). Se observó una reducción significativa de la actividad de la enfermedad tras el tratamiento con TCZ (PMR-AS basal m 24.9 RIC 18.1-29.1 versus m 1.6 RIC 0.7-3.4 luego del tratamiento, p= 0.012). Cinco pacientes iniciaron *tapering* de TCZ luego de suspender GC y 3 de ellos lo suspendieron en un tiempo m de 32 meses manteniendo la remisión clínica. Una paciente debutó posteriormente con un cuadro de poliartritis que se interpretó como artritis reumatoidea.

Conclusión: El TCZ mostró resultados favorables en pacientes con PMR refractaria al tratamiento convencional, logrando la remisión clínica de los síntomas y permitiendo la suspensión de los GC en la mayoría de los pacientes.

Volver al índice

Características capilaroscópicas en pacientes pediátricos con cambios de coloración de las manos: estudio observacional retrospectivo en un hospital de tercer nivel. Estudio preliminar

Reumatología Pediátrica 0104

Guissela Glenda Lacuadra, Vanesa Cervetto, María Jimena Gómez Sosa, Camila Belén González, María Emilia Lacapra, María Marcantoni, Federico de Jesús Vargas Cadenas, Facundo Gabriel Villalba, Ezequiel Zacañino, María Isabel Brusco

Hospital General de Niños Dr. Pedro Elizalde

Introducción: La videocapilaroscopía (VC) es un método no invasivo que evalúa la microcirculación del pliegue ungueal y constituye una herramienta fundamental para el estudio del fenómeno de Raynaud y de las enfermedades del tejido conectivo, especialmente la esclerosis sistémica. Sus hallazgos forman parte de los criterios ACR/EULAR 2013 para esclerosis sistémica. Aunque su utilidad está ampliamente demostrada en adultos, la evidencia en población pediátrica sigue siendo limitada, particularmente en pacientes sin enfermedades reumatológicas establecidas.

Objetivo: Describir los patrones capilaroscópicos y las alteraciones morfológicas observadas en pacientes pediátricos con cambios de coloración de las manos.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo mediante revisión de historias clínicas y registros capilaroscópicos de pacientes con cambios de coloración en las manos, atendidos entre enero y diciembre de 2025 en el Servicio de Reumatología. Se realizó análisis descriptivo de las variables: las cuantitativas se expresaron como media ± DE o mediana con rango intercuartílico (RIC), según su distribución, y las cualitativas como frecuencias y porcentajes. Los datos se analizaron con R v4.4.2.

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes con cambios de coloración en manos, con una edad media de 13,7±1,8 años; 25 (76 %) fueron mujeres. Se analizaron 264 dedos (excluyendo pulgares); el 6,4 % no fue evaluable por traumatismo, cuticulitis o visualización dificultosa. La densidad capilar mediana fue de 6,9 capilares/mm [RIC 6,2-7,3]. Predominó el grado 1 de densidad (7-9 capilares/mm) en el 62 % de los dedos, seguido del grado 2 (4-6 capilares/mm) en el 32 % (Figura 1). Las alteraciones morfológicas más frecuentes fueron capilares tortuosos (76 %), disposición entrecruzada (73 %), dilatación eferente (70 %) y ectasias (58 %), evidenciándose también el plexo venoso subpapilar (21 %). Los megacapilares, las zonas avasculares y la neoformación capilar estuvieron presentes en menos del 3 % de los dedos (Figura 2).

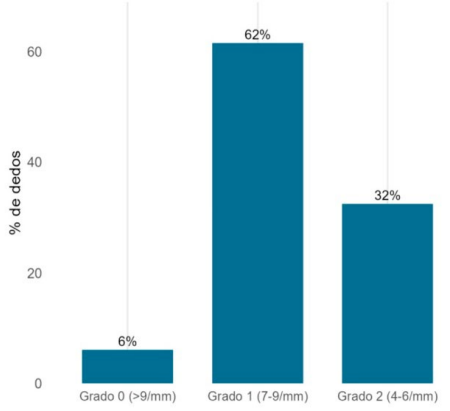


Figura 1: Distribución del grado de densidad capilar en dedos evaluables

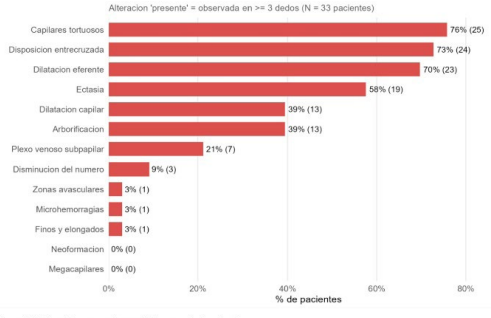


Figura 2: Alteraciones capilaroscópicas a nivel paciente.

El patrón capilaroscópico fue inespecífico en 32 pacientes (97 %). Un solo paciente presentó un patrón esclerodermiforme activo (3 %), el cual reunió criterios de enfermedad del tejido conectivo. El resto de los pacientes no cumplieron criterios clasificatorios para enfermedad reumática hasta el momento de la recolección de datos.

Conclusión: En esta cohorte pediátrica con cambios de coloración de las manos, la mayoría de los pacientes presentó hallazgos capilaroscópicos sin características de microangiopatía esclerodermiforme, predominando alteraciones inespecíficas. Estos resultados resaltan la importancia de interpretar la VC en el contexto de las particularidades de la microcirculación pediátrica y evitar la extrapolación directa con patrones establecidos en adultos. El seguimiento prospectivo permitirá determinar la evolución temporal de estos hallazgos y mediante la incorporación de un grupo control contribuir a establecer parámetros de referencia para VC en la población pediátrica.

Experiencias escolares de niños y adolescentes con lupus u otras enfermedades reumáticas

Reumatología Pediátrica 0123

Mariana Elisa López[1], Luciana de Marco[2], Jessica Ciriacci[3], Sandra Vilches[4]

1. Licenciada en Educación, Docente de Nivel Superior; 2. Terapista Ocupacional, UCC, PROSAR, SAR; 3. Psicopedagoga, Docente de Nivel Inicial; 4. Enfermera, UCC, PROSAR, SAR

Introducción: Las enfermedades reumáticas durante la infancia y adolescencia pueden afectar significativamente la trayectoria escolar debido a las limitaciones derivadas de la enfermedad, el ausentismo y la escasa información disponible en las instituciones educativas sobre estas condiciones. Esta situación puede repercutir en el rendimiento académico, el bienestar emocional, la participación escolar y la inclusión social de los estudiantes.

Objetivo: El presente estudio impulsado por el equipo "Caminos de Aprendizaje", conformado por profesionales de educación y salud, tuvo como objetivo analizar las experiencias escolares de niños y adolescentes con Lupus u otras enfermedades reumáticas para generar estrategias de acompañamiento e inclusión en el ámbito educativo, buscando la plena inserción de estos estudiantes en la vida institucional de la escuela.

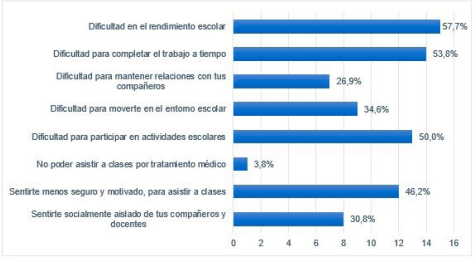


Figura: Dificultades experimentadas por niños o adolescentes con enfermedad reumática durante su trayectoria escolar

Métodos: El trabajo se desarrolla bajo una estructura de Investigación-acción. Se llevó a cabo un estudio descriptivo con enfoque mixto; con la realización de una encuesta dirigida a estudiantes con diagnóstico de lupus u otra enfermedad reumática, a sus madres, padres o cuidadores y a personas jóvenes y adultas diagnosticadas durante la niñez o adolescencia. Los participantes pertenecían a diferentes provincias argentinas y, en menor medida, a otros países de Latinoamérica. La información obtenida se complementó con el diseño de entrevistas y con acciones de sensibilización dirigidas a instituciones educativas.



Imagen: Encuentro informativo y de sensibilización en Institución Educativa

Resultados: Los hallazgos de esta primera encuesta evidenciaron que la mayoría de los participantes experimentó dificultades durante su trayectoria escolar. El 57,7 % informó una disminución del rendimiento académico, el 53,8 % manifestó dificultades para completar las tareas escolares en tiempo y forma, y la mitad reconoció limitaciones para participar en las actividades cotidianas de la escuela. Asimismo, aproximadamente un tercio de los encuestados señaló dificultades de movilidad dentro de la institución y sentimientos de aislamiento respecto de

sus compañeros y docentes. Como respuesta a estas necesidades, se desarrollan instancias de sensibilización en instituciones de nivel secundario y de formación docente desde el año 2025, destinadas a promover el conocimiento de las enfermedades reumáticas y favorecer prácticas educativas inclusivas.

Conclusión: Los resultados preliminares ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer las estrategias de articulación entre las familias, las instituciones educativas y los equipos de salud, generando redes de trabajo, para garantizar trayectorias escolares inclusivas. La sensibilización de la comunidad educativa, la formación docente y la implementación de protocolos de acompañamiento escolar constituyen acciones fundamentales para favorecer el bienestar, la participación y el derecho a una educación de calidad de los niños y adolescentes con enfermedades reumáticas.

Enfermedad de Kawasaki en pediatría: epidemiología, clínica y complicaciones. Experiencia en centro privado en los últimos 10 años

Reumatología Pediátrica 0148

Gabriel Ignacio Barilla, Camila Ríos, María Teresa Apaz, Gonzalo Rostagno

Clínica Universitaria Reina Fabiola

Introducción: La enfermedad de Kawasaki (EK) es una de las vasculitis más frecuentes en pediatría, y la causa más frecuente de cardiopatía adquirida en menores de 5 años. Es caracterizada por al menos 5 días de fiebre y 3 de 4 criterios clásicos. La EK presenta una distribución geográfica heterogénea con claro predominio en Asia. En Japón se registran las tasas más elevadas del mundo. Afecta predominantemente a lactantes y niños menores de cinco años, con un pico de incidencia entre los 18 y 24 meses de vida, y una relación varón:mujer de aproximadamente 1,5:1.

Objetivo: Describir las características clínicas, sociodemográficas y complicaciones de los pacientes ingresados en nuestra institución con diagnóstico de enfermedad de Kawasaki.

Métodos: Estudio transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo, entre el 1 de enero de 2016 al 31 de marzo de 2026.

Resultados: Durante el período de estudio se han internado en nuestra institución un total de 49 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Kawasaki, de los cuales entraron al análisis estadístico 45 pacientes, ya que las historias clínicas estaban incompletas en 4 de ellos. Del total de los pacientes que entraron en el análisis, el 66.7 % (n=30) son de sexo masculino, y 33.3 % son de sexo femenino (n=15) [relación 2:1]. El rango etario va de 0.17 años a los 11 años (media: 3.16 años). El tipo de enfermedad de Kawasaki predominante fue el tipo clásico, con un 66.7 % (n=30), seguido del tipo incompleto con un 31.1 % (n=14), y del tipo atípico hubo un 2.2 % (n=1). Con respecto a los días de fiebre, hasta el momento del diagnóstico, el rango fue de 5 días a los 23 días (media de 7 días). Se investigó sobre los 5 criterios clínicos principales al momento del diagnóstico, encontrando que el exantema se presentó en el 77.7 % (n=35); los cambios en las extremidades se presentaron en 19 pacientes (edema en el 33.3 %, descamación periungueal en el 8.9 %); inyección conjuntival estuvo presente en el 71.1 % de los casos; los cambios en los labios y la mucosa oral se manifestaron en 91.1 %; la linfadenopatía cervical se manifestó en 57.8 % de los pacientes. En los parámetros analíticos que se estudiaron, al momento del diagnóstico se observó una media de: hemoglobina 11.8 g/dL [8.4-11.8 g/dL], leucocitos 22.000 mm^3 [4.000-40.000 mm^3], plaquetas 363.500mm^3 [103.000-624.000 mm^3], VSG 64 mm/h [10-118 mm/h], PCR 128.5 mg/L [1-256 mm/L] y ALT/GPT 133 U/L [7-259 U/L]. A todos los pacientes se le realizó ecocardiograma, hallando al momento del diagnóstico lesiones aneurismáticas en el 15.6 % (n=7). Se registró que un paciente presentó refractariedad al tratamiento inicial y un paciente presentó recaída.

Conclusión: Este estudio aporta evidencia epidemiológica local ante la escasez de datos en la región. Se observó un perfil clínico congruente con la literatura internacional, con baja tasa de refractariedad/recaída, pero con un porcentaje relevante de complicaciones aneurismáticas al diagnóstico. Fortalecer el reconocimiento temprano de las formas clásicas e incompletas resulta clave para el abordaje oportuno y la reducción del riesgo coronario en nuestro medio. También entendemos que este trabajo es un puntapié inicial para comenzar a registrar datos de una de las vasculitis más frecuentes en pediatría.

Rendimiento de la derivación a reumatología para el diagnóstico de enfermedad reumatológica en pacientes pediátricos con trombocitopenia inmune

Reumatología Pediátrica 0155

Facundo Gabriel Villalva, Camila Belén González, Federico Vargas, Guissela Glenda Lacuadra, María Emilia Lacapra, Vanesa Laura Cervetto, María Jimena Gómez Sosa, María Marcantoni, Ezequiel Zacañino, María Isabel Brusco

Hospital General de Niños Dr. Pedro Elizalde

Introducción: La trombocitopenia inmune (PTI) es una enfermedad autoinmune frecuente en la población pediátrica. Aunque la mayoría de los pacientes presenta una evolución favorable, un subgrupo puede desarrollar enfermedades reumatológicas (ER). La evidencia acerca del rendimiento de la derivación a Reumatología y de las características de los pacientes finalmente diagnosticados con una ER es limitada.

Objetivo: Evaluar el rendimiento de la derivación a Reumatología en pacientes pediátricos con PTI y describir características clínicas, hematológicas e inmunológicas de pacientes derivados, así como explorar factores asociados al diagnóstico de ER.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo-analítico, retrospectivo en pacientes de 0 a 18 años con diagnóstico de PTI atendidos en hematología y derivados a reumatología entre el 1/1/16 y el 31/12/25. Para el rendimiento de derivación se evaluó mediante el número necesario para derivar (NNR = paciente con PTI derivados/casos confirmados de ER) con su correspondiente IC95 %. Se registraron variables demográficas, clínicas, hematológicas e inmunológicas. En el análisis descriptivo se usó medianas con RIC, categóricas como porcentajes con IC95 %. Para medidas de asociación se hizo análisis bivariado utilizando test exacto de Fischer, Mann-Whitney. Regresión logística penalizada para las variables serológicas expresado como OR e IC95 %. Análisis realizado con R v4.4.2.

Variable	Nivel	No LES (n=30) n, %	LES (n=8) n, %	
Sexo	Femenino	22 (73,3 %)	8 (100%)	(p=0,164)
	Masculino	8 (26,7%)	0	
Tipo de PTI	Reciente	1 (3,3%)	0	(p=0,519)
	Persistente	1 (3,3%)	1 (12,5%)	
	Crónico	28 (93,3%)	7 (87,5%)	
Edad en el diagnostico de PTI		9,2 años (RIC 6,7-14,1)	11,3 años (RIC 8,6-13,6)	
Edad en la derivación		14,4 años (RIC 10,9-15,4)	12,9 años (RIC 10,5-14,7)	
Refractariedad a tratamiento de primera linea	No	20 (66,7%)	1 (12,5%)	
	Si	10 (33,3%)	7 (87,5%)	Fisher exacto, p=0,013
Refractariedad a tratamiento de segunda linea	No	19 (63,3%)	1 (12,5%)	
	Si	11 (36,7%)	7 (87,5%)	Fisher exacto, p=0,016
Factor Reumatoideo	Negativo	25 (96,2%)	4 (57,1%)	
	Positivo	1 (3,8%)	3 (42,9%)	OR 13,22; IC95% 1,72-163,76; p=0,013; n=33
Complemento C3	Normal	28 (96,6%)	5 (62,5%)	
	Disminuido	1 (3,4%)	3 (37,5%)	OR 12,09; IC95% 1,63-144,82; p=0,015; n=37
Complemento C4	Normal	22 (75,9%)	0	
	Disminuido	7 (24,1%)	8 (100%)	OR 51,00; IC95% 5,28-6895,98; p<0,001; n=37

Tabla N° 1

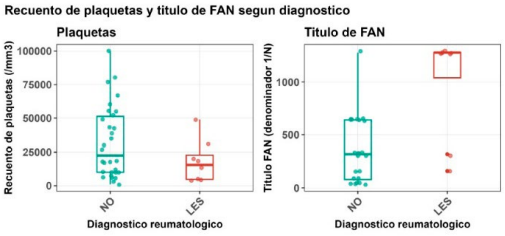


Figura 2. Boxplot mostrando recuento plaquetario y título de FAN entre pacientes sin diagnóstico reumatológico y aquellos con diagnóstico de LES.

Resultados: De 226 pacientes con PTI, 38 (16,8 %; IC95 %: 12,5–22,2) fueron derivados a Reumatología. Entre los pacientes derivados, 8 (21,1 %; IC95 %: 9,6–37,3) presentaron diagnóstico confirmado de LES (Tabla 1). El rendimiento de la derivación fue de 4,8 (IC95 % 2,7-10,5) pacientes derivados por cada diagnóstico de LES. La refractariedad al tratamiento de primera y segunda línea de la PTI se asoció significativamente con el diagnóstico de LES (p=0,013 y p=0,016, respectivamente). El análisis a modo exploratorio con 14 serologías, mostró una asociación significativa con el diagnóstico de LES para FR (OR 13,22; IC95 % 1,72-163,76; p=0,013; n=33), C3 disminuido (OR 12,09; IC95 % 1,63-144,82; p=0,015; n=37) y C4 disminuido (OR 51,00; IC95 % 5,28-6895,98; p < 0,001; n=37). El resto de las serologías no mostró asociación estadísticamente significativa. Se observó que el grupo sin ER presentó amplia dispersión en el recuento de plaquetas y títulos de FAN en contraste con los pacientes con LES que presentaron menores recuentos plaquetarios y mayores títulos de FAN, sin significancia estadística (Figura 2).

Conclusión: La evaluación de los pacientes derivados con PTI identificó un alto rendimiento para el diagnóstico de LES, donde 1 de cada 5 podrían presentar la enfermedad. La refractariedad al tratamiento de PTI, la presencia de FR, la disminución de C3 o C4 se asoció con el diagnóstico de ER. Estos hallazgos sugieren que estos pacientes podrían constituir un grupo de mayor riego de ER. Se requieren estudios prospectivos y con mayor tamaño muestral para confirmar estas asociaciones.

Preparación para la transición a la atención de adultos en adolescentes con enfermedades reumáticas crónicas: análisis transversal de datos basales

Federico Vargas, María Isabel Brusco, Vanesa Cervetto, María Jimena Gómez Sosa, Camila González, María Emilia Lacapra, Guissela Glenda Lacuadra, María Marcantoni, Facundo Gabriel Villalva

Hospital General de Niños Dr. Pedro Elizalde

Introducción: La transición desde la atención pediátrica hacia la de adultos requiere el desarrollo progresivo de autonomía y habilidades de autocuidado. Evaluar la preparación permite identificar brechas y orientar intervenciones específicas.

Objetivo: Describir la preparación basal para la transición mediante TRAQ, y explorar su asociación con variables sociodemográficas y clínicas, para evaluar posteriormente el efecto de una intervención.

Métodos: Estudio unicéntrico, de corte transversal, de datos basales de estudio cuasiexperimental en curso, realizado en Servicio de Reumatología, entre 03/26 y 08/26. Se incluyeron de forma consecutiva pacientes >=14 años con diagnóstico de AIJ o LES y otras patologías reumáticas, con TRAQ 5.0 completo versión validada al español. El puntaje total TRAQ varía entre 1 y 5; cuanto mayor es el valor, indica mayor preparación. Se definió comorbilidad la presencia o no de condición vinculada con la enfermedad y corticoides si usó o no. Se realizó estadística descriptiva; las correlaciones se evaluaron con Pearson o Spearman y las comparaciones entre dos grupos con t de Student o Wilcoxon, según los supuestos. Dado el carácter exploratorio del análisis, no se imputaron datos faltantes ni se ajustaron los valores de p por comparaciones múltiples. Como análisis secundario de sensibilidad se ajustó una regresión lineal múltiple con errores estándar robustos HC3, incluyendo edad, comorbilidad y uso de corticoides. Se utilizó R v4.4.2.

Tabla 1. Características basales de la cohorte analítica (n=33)

Variable	Resultado
Edad al completar TRAQ, años, media ± DE	16,57±1,29
Sexo femenino	25 (75,8%)
Artritis idiopática juvenil	18 (54,5%)
Lupus eritematoso sistémico	9 (27,3%)
Otros	6 (18,2%)
Tiempo de enfermedad, meses, mediana (RIC)	71 (34–134)
Comorbilidad	9 (27,3%)
FAME convencional	23 (69,7%)
Tratamiento biológico	16 (48,5%)
Uso de corticoides	10 (30,3%)
Seguimiento regular, n (%)	23 (69,7%)
TRAQ basal, media ± DE	3,34±0,59

Los datos categóricos se expresan como n (%). Los tratamientos no son mutuamente excluyentes.
DE: desvío estándar; RIC: rango intercuartílico; FAME: fármaco antirreumático modificador de la enfermedad.

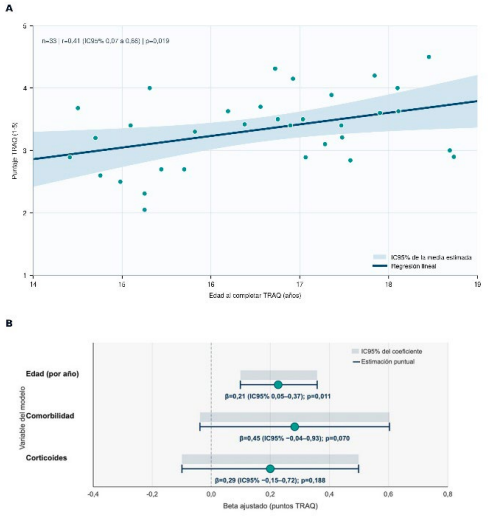


Figura 1. A) Relación entre edad y puntaje TRAQ. B) Estimaciones ajustadas (β) del modelo de regresión lineal múltiple con errores estándar robustos HC3 sobre el puntaje TRAQ basal (n = 33; R^2 ajustado = 0,32). En B, los puntos representan los coeficientes estimados y las barras horizontales, sus IC95%; la línea vertical punteada indica β=0.

Resultados: De 37 registros, 33 integraron la cohorte analítica; se excluyeron 4 sin TRAQ completo (Tabla 1). La edad media fue de 16,57±1,29 años y 25 (75,8 %) eran mujeres. Dieciocho (54,5 %) tenían AIJ, 9 (27,3 %) LES y 6 (18,2 %) otros diagnósticos. La mediana del tiempo de enfermedad fue 71 meses (RIC 34–134) y el TRAQ medio 3,34 ± 0,59. La edad se correlacionó positivamente con TRAQ (r=0,41; IC95 % 0,07–0,66; p=0,019). Los pacientes con comorbilidad presentaron mayor mediana de TRAQ que aquellos sin comorbilidad (3,68 vs. 3,21; p=0,030), al igual que quienes recibían corticoides frente a quienes no (3,66 vs. 3,20; p=0,034). En el modelo multivariable de sensibilidad (R^2 ajustado=0,32), la edad mantuvo una asociación ajustada con TRAQ (ß=0,21 puntos por año; IC95 % 0,05–0,37; p=0,011). Las estimaciones ajustadas para comorbilidad (ß=0,45; IC95 % –0,04–0,93; p=0,070) y corticoides (ß=0,29; IC95 % –0,15–0,72; p=0,188) conservaron una dirección positiva (Figuras 1 a-b).

Conclusión: La edad fue la variable más consistentemente asociada con una mayor preparación para la transición. Las asociaciones con comorbilidad y uso de corticoides conservaron una dirección positiva tras el ajuste y deben interpretarse como exploratorias. Estos hallazgos constituyen la línea basal del estudio cuasiexperimental en curso, que evaluará el efecto de una intervención educativa sobre las habilidades de transición.

Compromiso coronario en enfermedad de Kawasaki: experiencia de un hospital pediátrico de tercer nivel

Reumatología Pediátrica 0177

Marcia Calampuca, Juan Pablo Portigliatti, María Giselle Villarreal, María Emilia Puentes, Luciana Lancioni, Georgina del Giorgio, Francisco César Augusto Cano, María Martha Katsicas

Hospital de Pediatría SAMIC Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan

Introducción: La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica cuya principal complicación es el compromiso coronario. En los últimos años se estudiaron nuevas estrategias terapéuticas, incluidos agentes biológicos. Sin embargo, la evidencia disponible es limitada y en nuestro país no existen series publicadas de estos pacientes. Por ello, resulta de interés describir la experiencia de un centro de tercer nivel con pacientes con EK con coronariopatía.

Objetivo: Describir una cohorte de pacientes pediátricos con diagnóstico de EK con coronariopatía. Comparar variables clínicas según tratamientos recibidos.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de pacientes pediátricos con EK y compromiso coronario, atendidos en un hospital pediátrico de tercer nivel de enero 2020 a enero 2026. Se excluyeron casos con datos insuficientes u otra causa de aneurismas coronarios. La afectación de arterias coronaria derecha (ACD), izquierda (ACI) y descendente anterior (DA) se clasificó según categorías de la American Heart Association (AHA), agrupando en ectasia/aneurisma pequeño (Z score: 2-5), moderado (Z score: 5-10) y grande (Z score: >10); se calculó el porcentaje de afectación por categoría y arteria. Los tratamientos recibidos fueron: gammaglobulina, corticoides, anakinra e infliximab. Se realizó estadística descriptiva. Para comparaciones se utilizó test de Chi^2 y t de Student.

Tabla 1: Evolución del compromiso coronario pre y postratamiento.

	Pretratamiento	Postratamiento
Sin aneurisma		
ACI*, n (%)	7 (44)	12 (75)
DA*, n (%)	5 (31)	10 (62)
ACD*, n (%)	5 (31)	10 (62)
Con ectasia, aneurisma peq		
ACI*, n (%)	8 (50)	3 (19)
DA*, n (%)	4 (25)	2 (13)
ACD*, n (%)	6 (38)	1 (6)
Con aneurismas moderados		
ACI*, n (%)	0 (0)	0 (0)
DA*, n (%)	2 (13)	0 (0)
ACD*, n (%)	1 (6)	1 (6)
Con aneurismas grandes		
ACI*, n (%)	1 (6)	1 (6)
DA*, n (%)	4 (25)	4 (25)
ACD*, n (%)	4 (25)	4 (25)
Z ACI*, mediana (rango)	2,15 (0-11,3)	1,5 (0,5-1)
Z DA*, mediana (rango)	35 (0,3-38)	0,7 (-1,3-28,7)
Z ACD*, mediana (rango)	2,5 (-1-39)	1,3 (-1-34)

Resultados: De 46 pacientes con EK, 16 (35 %; sexo femenino: 50 %) presentaron compromiso coronario. EK completa: 10 (62,5 %). Mediana de edad al diagnóstico: 14 meses (3-171); tiempo de inicio de los síntomas al diagnóstico: 9,5 días (4-40). Diez (63 %) recibieron tratamientos combinados en distintos esquemas. Cinco (31 %) gammaglobulina y 1 (6 %) corticoides. El compromiso coronario al diagnóstico se describe en la Tabla 1. Del total de los pacientes con aneurismas graves, 5 (83 %) eran de sexo masculino. Al final del seguimiento, 8 (50 %) normalizaron, 5 (31 %) progresaron, 2 (13 %) regresaron de categoría AHA y 1 (6 %) se mantuvo estable. Se realizó angioTC corporal total en 10 (63 %); 4 (40 %) mostraron compromiso extracoronario (todos con aneurismas coronarios graves). Solo se observó diferencia significativa en el tiempo de inicio de los síntomas al diagnóstico (p=0.01) (Tabla 2).

Conclusión: Se trata del primer trabajo en Argentina sobre pacientes con EK con coronariopatía que recibieron tratamiento con agentes biológicos. Más de la mitad de los pacientes evidenciaron mejoría. Es necesario realizar estudios de mayor nivel de evidencia para realizar recomendaciones.

Un modelo epidemiológico de complejidad clínica en el paciente reumatológico pediátrico hospitalizado

Reumatología Pediátrica 0180

Juan Pablo Portigliatti, María Giselle Villarreal, María Emilia Puentes, Luciana Vasconcellos, Luciana Lancioni, Georgina del Giorgio, Francisco César Augusto Cano, Marcia Calampuca, María Martha Katsicas

Hospital de Pediatría SAMIC Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan

Introducción: Los pacientes pediátricos con enfermedades autoinmunes y autoinflamatorias conforman un grupo caracterizado por un espectro clínico heterogéneo. Resulta fundamental la caracterización de perfiles de internación dada la escasez de literatura científica que documente la influencia de la carga de enfermedad sobre los mismos.

Objetivo: Describir una cohorte de pacientes pediátricos con diagnóstico de enfermedades reumatológicas que cursaron internación en un hospital de tercer nivel. Caracterizar carga de enfermedad y perfil de complejidad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de enfermedades reumatológicas que cursaron internación entre octubre 2024 y septiembre 2025 y que fueron valorados por la especialidad en al menos una oportunidad. Se relevaron variables demográficas, clínicas y epidemiológicas. Se analizaron motivos de internación, carga de enfermedad, la cual definimos como peso clínico y asistencial que representa la enfermedad para el paciente y el sistema. Indicadores de la misma: estancia hospitalaria (días) y tasa de reingreso (TR) definida como el requerimiento de internación en los 30 días posteriores al egreso. Se calculó, además, la tasa de mortalidad (TM). Para el perfil de complejidad se establecieron niveles de gravedad: bajo, moderado, alto y crítico. El nivel bajo corresponde a pacientes con enfermedad reumática controlada, afectación de un sistema, sin comorbilidades significativas; el moderado, por enfermedad activa con afectación de dos sistemas, una comorbilidad, necesidad de múltiples especialistas; el alto, por enfermedad activa con afectación de tres más o sistemas, más de una comorbilidad, necesidad de equipo multidisciplinario; y el crítico, por enfermedad activa/refractaria con riesgo de vida y en internación en unidad de cuidados intensivos (UCI), afectación multisistémica, múltiples comorbilidades y necesidad de equipo multidisciplinario. Análisis: estadística descriptiva.

Resultados: Fueron evaluadas 229 internaciones (114 pacientes - F 61 %). En la Tabla 1 se incluyen motivos de internación, TR y TM. Lupus (37,6 %) fue el diagnóstico con más hospitalizaciones con una mediana de estancia de 5 días (2-14). Las vasculitis sistémicas y enfermedad de Sjögren presentaron mayor estancia hospitalaria con mediana de 7,5 días. En relación a la complejidad, los pacientes se caracterizaron por niveles de gravedad alta en 166 internaciones (72 %) y por nivel crítico en 9 (4 %), con una mediana de estancia en UCI de 3 días (1-12).

Conclusión: Las herramientas de estratificación conforman una estrategia para la caracterización de pacientes hospitalizados. Este trabajo presenta la primera cohorte de nuestro país, la cual muestra un perfil de complejidad alto a crítico mayoritariamente con una tasa de mortalidad de 0,87.

Tabla 1

N° de internaciones.		229.
N° de pacientes.		114.
Motivos de internación*	Intercurrencia infecciosa.	31% (70).
	Infusión de tratamiento.	26% (60).
	Valoración diagnóstica.	20% (45).
	Manejo de complicaciones no infecciosas.	10% (23).
	Recaída/reagudización.	8% (18).
	Procedimiento quirúrgico.	4% (10).
	Segunda opinión diagnóstica.	1% (3).
Carga de enfermedad por diagnóstico		
Diagnóstico*		Estancia hospitalaria**
Lupus eritematoso sistémico.	37.6% (86).	5 (2-14).
Vasculitis primarias.	24% (55).	7.5 (2-16).
Dermatomiositis juvenil.	15.3% (35).	3 (1-9).
AIJ no sistémica.	8.7% (20).	6.5 (2-8)
AIJ sistémica.	4.4% (10).	4.5 (1-11).
Enfermedades autoinflamatorias.	3.1% (7).	2 (1-3).
EMTC/EITC.	2.2% (5).	6 (4-16).
Enfermedad de Sjögren.	1.7% (4).	7.5 (4-83).
Esclerosis sistémica juvenil.	1.7% (4).	2.5 (2-4).
Síndromes overlap.	1.3% (3)	2 (2-9).
Tasa de reingreso***		25.
Tasa de mortalidad****		0.87.

* % - n°.
** Mediana (RIC).
*** TR: N° de reingresos de pacientes reumatológicos a los 30 días del egreso x 100
Total de internaciones de pacientes reumatológicos
**** TM: N° de pacientes reumatológicos fallecidos x 100
Total de pacientes reumatológicos internados

Tabla 2: Perfil de complejidad

Baja*		0% (0).
Moderada*		24% (54).
Alta*		72% (166).
Crítica*		4% (9).
Internaciones en UCI		
N° de pacientes.		8.
N° de internaciones.		9.
Estancia**		3 (1-12).
Motivos de internación*	Shock séptico.	33% (3).
	Crisis hipertensiva.	22% (2).
	Insuficiencia respiratoria.	22% (2).
	Control posquirúrgico.	22% (2).
Infecciones*		56% (5).
Soporte ventilatorio*		33% (3).
Inotrópicos*		22% (2).

* % - n°.
** Mediana (RIC).

Uveítis no infecciosa en pacientes pediátricos: actividad inflamatoria, complicaciones y estrategias terapéuticas

Reumatología Pediátrica 0239

Catalina Benavides Muñóz, María Laura Barzola, Marcela Álvarez, Ayelén Ojeda Silva, Laura Lorena Guerini, Alejandra Tartara, Silvia Mónica Meiorin

Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

Introducción: La uveítis no infecciosa constituye una causa relevante de morbilidad ocular en la población pediátrica. Su evolución puede estar determinada por periodos de actividad inflamatoria persistente o recurrente, asociados al desarrollo de complicaciones que comprometen la agudeza visual. El reconocimiento precoz de la enfermedad y la selección adecuada del tratamiento inmunosupresor resultan fundamentales para prevenir daño ocular.

Objetivo: Analizar las manifestaciones y complicaciones de inflamación ocular, y las estrategias terapéuticas en pacientes pediátricos con uveítis no infecciosa.

Etiología Total: 84 pts. n (%)	Uveítis Anterior n=47	Uveítis no anterior n=37
Idiopática	22 (46,8)	22 (59,5)
AIJ	23 (48,9)	0
VKH	0	13 (35,1)
TINU	2 (4,3)	0 (0)
Sarcoidosis	0	1 (2,7)
Behcet	0	1 (2,7)

Métodos: Estudio retrospectivo observacional. Se revisaron historias clínicas de pacientes con uveítis no infecciosa en seguimiento conjunto por Reumatología y Oftalmología (Período 2010-2026). Se analizaron variables demográficas, etiología, actividad inflamatoria ocular (criterios SUN´25), agudeza visual y complicaciones, al diagnóstico y en la última consulta. Abordaje terapéutico: tópico, sistémico (DAM convencionales-biológicos), y quirúrgicos. Análisis estadístico descriptivo, SPSS 30.0.

Resultados: Se incluyeron 84 pacientes, 61,9 % mujeres (n=52), edad mediana Dx 7,6 años (RIC 5,2-11,2) y tiempo mediano seguimiento 4,4 años (RIC 2,1-7,1). Distribución según segmento afectado (n, %) anterior 47 (55,9), intermedia 19 (22,6), panuveitis 16 (19,1) y posterior 2 (2,4). Compromiso bilateral 78,5 %. Las uveítis no anteriores (n=37; 44 %) se caracterizaron por inicio sintomático 65,4 % (ojo rojo n=40 y visión borrosa n=15) y deterioro visual severo (AV ≤0,3) tanto al diagnóstico (56,8 % vs. 17 %) como en la última consulta (27 % vs. 6,4 %) comparado con las formas anteriores. Todos los pacientes con compromiso anterior recibieron tratamiento tópico. El metotrexate fue el inmunosupresor más utilizado n=77 (93,9 %) y combinado con otras drogas en 5 casos (6 %). Se indicó terapia biológica en 41 ptes. (48,8 %), prevalentemente adalimumab (n=38). Por refractariedad, 4 ptes. (9,7 %) requirieron *switch*. Se observaron complicaciones oculares en 64,2 %, más frecuentes en uveítis no anterior (n=26, 70,2 %); siendo las principales sinequias posteriores n=40 (47,6 %) y cataratas n=29 (34,5 %). El 36,9 % presentó ≥2 complicaciones, requiriendo cirugía ocular el 26,2 %. A la última consulta, independientemente del diagnóstico, 19 ptes. (22,6 %) permanecían activos: 7 (36,8 %) por falta de acceso a la medicación, 2 (10,5 %) por refractariedad y el resto por recaídas recientes.

Conclusión: En nuestra cohorte de pacientes pediátricos con uveítis la etiología más frecuente fue artritis idiopática juvenil e idiopática. El metotrexate fue el inmunosupresor más utilizado y cerca de la mitad de los pacientes requirió terapia biológica, principalmente adalimumab. Las uveítis no anteriores presentaron mayor compromiso visual y frecuencia de complicaciones. La mayoría de los pacientes alcanzó inactividad inflamatoria ocular en la última consulta.

Hemorragia alveolar difusa (HAD) en la infancia: un mismo escenario, diferentes etiologías

Reumatología Pediátrica 0250

Clara Marinoni, Marcela Beatriz Álvarez, María Laura Barzola, Laura Lorena Guerini, Ayelén Ojeda Silva, Silvia Mónica Meiorin

Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

Introducción: HAD es una manifestación pulmonar infrecuente, potencialmente mortal, caracterizada por sangrado en el espacio alveolar consecuencia de lesiones en la microcirculación pulmonar. En pediatría, puede asociarse a múltiples etiologías, entre ellas, enfermedades autoinmunes.

Objetivo: Describir manifestaciones clínico-evolutivas y manejo terapéutico de HAD en pacientes pediátricos con enfermedades sistémicas inflamatorias (EIS).

Métodos: Estudio retrospectivo de ptes. pediátricos con diagnóstico de EIS que presentaron >= 1 episodio de HAD (período 2000-26), definida como presencia de infiltrados pulmonares difusos asociados a descenso de hemoglobina y/o evidencia de sangrado pulmonar por lavado broncoalveolar (BAL). Se analizaron variables clínicas, laboratorio, imágenes y modalidades terapéuticas. Estadística descriptiva, Chi-2, T-test. SPSS 32.0.

Variables	Fallecidos n=7	Vivos n=22	p
Edad al Dx, X (DE±)	13,5 (2,6)	10,7 (3,4)	**,036**
Diagnóstico Vasculitis, n (%)	2 (28,6)	11 (50)	,410
Diagnóstico LES, n (%)	5 (71,4)	7 (31,8)	,092
Tiempo hasta HAD desde inicio de síntomas, X (DE±)	4,8 (5,0)	2,7 (1,4)	,339
Días de internación, X (DE±)	15,6 (12,2)	24,5 (20,4)	,180
Rituximab, n (%)	2 (28,6)	4 (18,2)	,612
Ingreso a UTI, n (%)	6 (85,7)	11 (50)	,187
ARM, n (%)	6 (85,7)	3 (13,6)	**,001**
Días de ARM, X (DE±)	15,3 (10,7)	1,7 (5,02)	,720
Recaída, n (%)	1 (14,3)	9 (40,9)	,367
Infecciones concomitantes, n (%)	5 (71,4)	6 (27,2)	,071

Resultados: Se incluyeron 29 ptes., 24 mujeres (82,8 %), con edad X Dx 11,4 (DE ± 3,4) años y tiempo X seguimiento 3,7 (DE ± 3,8) años. Distribución etiológica: 15 vasculitis (86,7 % asociadas a ANCA), 12 LES (41,4 %), 1 hepatitis autoinmune y 1 SAFC. Evaluación clinimétrica (X, DE) PVAS 21,1 (± 7,8) y SLEDAI 16,6 (±7,7), para vasculitis y LES, respectivamente, al momento de HAD. La HAD fue forma de presentación de EIS en 51,7 %, con disnea (58,6 %), hemoptisis (48,3 %) y tos (37,9 %). Manifestaciones extrapulmonares se observaron en 93,1 %, siendo prevalentes síndrome pulmo-renal (75.9 %, la mayoría poliangeítis microscópica), fiebre (44,8 %) y compromiso neurológico (34,5 %). Durante el evento, todos presentaron descenso Hb >2 puntos (X 7,2 g/dl, ±1,5) y aumento de PCR X 49,2 (±50,3) mg/l. Hallazgos de imágenes representativos (radiografía/TAC): infiltrados algodonosos y vidrio esmerilado (72,2 % y 66,6 % respectivamente), bilateral (75,9 %). En casos no concluyentes, mediante BAL (4) y biopsia pulmonar (3) se confirmó HAD. Todos recibieron pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida EV como terapia inicial de HAD. Sin embargo, debido a cuadro clínico multiorgánico severo, 15 ptes. recibieron >=1 de las siguientes terapias(n): plasmaféresis (12), rituximab (6) y gammaglobulina (5). El 58,6 % ingresó a UTI, 9/17 requirieron ARM. El 34,5 % presentó episodios recurrentes de HAD (n=10 ptes.), tiempo Md (RIC) 0,75 (0,3 - 1,6) años. Prevalencia de mortalidad 24,1 % (n=7) a tiempo X desde HAD 16,9 (±11,3) días, en contexto de compromiso multiorgánico severo-refractario. En estos ptes. se observó que la necesidad de ARM (p,001) y la mayor edad al Dx (p,036) se asociaron a dicha evolución.

Conclusión: En nuestra cohorte de 29 ptes. con HAD, vasculitis y LES fueron diagnósticos prevalentes, con compromiso renal en el 75,9 %. Todos recibieron tratamiento inmunosupresor con corticoides y CFM, junto a plasmaféresis ± rituximab en cuadros severos. Siete fallecieron en contexto de compromiso multiorgánico severo. Este desenlace se asoció significativamente a requerimiento de ARM y mayor edad al diagnóstico.

Volver al índice

Nodulosis subcutánea en artritis reumatoidea, ¿efecto paradojal?

Artritis Reumatoidea 0198

Emilce del Milagro García Núñez, José Manuel Díaz Ochoa, Pablo Nicolás Vece, Ana Lucía Barbaglia Navarro, María Constanza Bertolaccini, Luciana González Lucero, Raúl Sueldo, Verónica Bellomio

Hospital Ángel C. Padilla

Presentación del caso: Mujer de 59 años con artritis reumatoidea (AR) no nodular, diagnosticada en 2012 con factor reumatoideo (FR) y anticuerpos antipéptido citrulinados (ACPA) positivos en altos títulos. Entre 2014 y 2016 recibió metotrexato (MTX) asociado a leflunomida (LFN) con buena respuesta. Tras infección respiratoria suspendió el tratamiento y discontinuó controles. En 2020 consultó por poliartritis simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, rigidez matinal y limitación funcional, con reactantes de fase aguda (RFA) elevados. Reinició tratamiento con MTX, LFN y glucocorticoides, persistiendo actividad articular (DAS28: 5.9). Entre 2022 y 2024 recibió tofacitinib y etanercept, con falla secundaria a ambos. Por refractariedad, en enero de 2025 inició tocilizumab subcutáneo, con buena respuesta clínica inicial. Durante 2026, a los 18 meses de tratamiento presentó recaída articular (DAS28 6.3) y aparición progresiva de múltiples nódulos subcutáneos en manos no documentados previamente.





Discusión: Los nódulos reumatoideos constituyen una manifestación extraarticular frecuente en AR, asociada principalmente a seropositividad para FR/ACPA y a formas de mayor severidad. La nodulosis acelerada se ha relacionado clásicamente con metotrexato y menor frecuencia con leflunomida y agentes anti-TNF. Aunque tocilizumab es eficaz en el control de la AR, se ha descripto progresión acelerada de nodulosis durante el tratamiento, con aumento del número y tamaño de los nódulos, aparición de nuevas lesiones y tendencia a ulceración. En esta paciente, la aparición de nódulos subcutáneos años después de suspender MTX y durante la exposición a tocilizumab coincidió con pérdida secundaria de eficacia, reactivación poliarticular, elevación de reactantes de fase aguda. El principal desafío fue diferenciar una manifestación extra articular asociada a actividad de la AR de un posible fenómeno paradójico vinculado al fármaco.

Comentarios finales: La aparición de nódulos reumatoideos durante el tratamiento con tocilizumab constituye un fenómeno infrecuente y hasta el momento sólo se han documentado 5 casos. La cronología entre la administración del fármaco y la actividad de la enfermedad resulta fundamental antes de establecer causalidad.

Síndrome de hipersensibilidad a la sulfasalazina. A propósito de un caso

Artritis Reumatoidea 0166

Tomás Quiroga, Eliana Avilán, Micaela Rodríguez, Santiago Dalto, Lucas Graziano, Emily Belén Díaz Miranda, Anastasia Secco, Julieta Morbiducci, Aixa Lucía Mercé

Hospital Bernardino Rivadavia

Presentación del caso: Paciente femenina de 52 años con diagnóstico de artritis reumatoidea de 2 años de evolución, en tratamiento combinado con metotrexato y leflunomida con doble terapia de DMARDsc (leflunomida y metotrexato). Debido a una alteración persistente del hepatograma y ante la sospecha de hepatopatía autoinmune, se suspendieron ambos fármacos y se indicó sulfasalazina como nueva estrategia terapéutica, debido a su perfil de seguridad. Al mes de iniciado el tratamiento evoluciona con fiebre, *rash* generalizado y oligoartritis, con necesidad de internación por sospecha de eritrodermia. Se descartaron causas infecciosas y se realizó una biopsia cutánea, cuyo resultado fue compatible con farmacodermia. El cuadro se interpretó como un síndrome de hipersensibilidad secundario a sulfasalazina. Se suspendió el fármaco y se inició tratamiento con glucocorticoides y antihistamínicos, con mejoría clínica progresiva. En contexto de profilaxis por corticoterapia a altas dosis, la paciente recibió esquema TMS trisemanal. Un mes y medio después, evoluciona con fiebre y deterioro de la función renal con un valor de creatinina de 5,09 mg/dl y urea de 131 mg/dl. El cuadro se interpretó como una probable nefritis tubulointersticial aguda secundaria a la reacción de hipersensibilidad farmacológica por sulfas. Se administraron pulsos endovenosos de metilprednisolona de 500 mg por 3 días con resolución clínica y normalización de función renal. Actualmente se encuentra en seguimiento por nefrología, sin corticoterapia y función renal normal.

Discusión: La sulfasalazina presenta, en general, un adecuado perfil de seguridad. Sus efectos adversos más frecuentes incluyen manifestaciones gastrointestinales y alteraciones hematológicas. Las reacciones de hipersensibilidad grave son infrecuentes y pueden manifestarse como síndrome de Stevens-Jonhson, DRESS o nefritis intersticial. Esta última puede presentarse de manera tardía, incluso varios meses después del inicio de la exposición al fármaco.

Comentarios finales: El caso destaca la importancia de reconocer la hipersensibilidad a sulfasalazina como una complicación infrecuente, pero potencialmente grave y con compromiso multiorgánico. La suspensión precoz del fármaco y el inicio oportuno de inmunosupresión intensiva resultaron determinantes para la evolución favorable. Estas presentaciones subrayan la importancia de la vigilancia clínica y del monitoreo estrecho de pacientes en tratamiento con sulfasalazina, incluso luego de la resolución inicial de los síntomas.

Cuando la piel plantea el desafío en artritis reumatoidea

Artritis Reumatoidea 0170

Florencia Tkaczuk, Leonel Ariel Berbotto, Catalina Pizarro, Rosana Quintana, Romina Nieto, Boris Kisluk, Guillermo Berbotto

Hospital Escuela Eva Perón

Presentación del caso: Hombre de 63 años, trabajador rural, con antecedentes de diabetes tipo II e hipotiroidismo, consultó por cuadro de ocho meses de evolución caracterizado por poliartritis simétrica y lesiones cutáneas pápulo-nodulares en miembros superiores (MMSS) e inferiores (MMII). Examen físico: desviación cubital y sinovitis bilateral de carpos, 2° y 3° metacarpofalángicas, 2° y 3° interfalángicas proximales, lesiones cutáneas pápulo nodulares eritemato-violáceas, en distintos tiempos evolutivos, hiperpigmentadas, dolorosas, algunas costrosas y con signos de sobreinfección en MMSS y MMII. Sin otros hallazgos relevantes. Estudios complementarios: leucocitosis leve, elevación de reactantes de fase aguda, factor reumatoideo de 1042 UI/mL y anticuerpos antipéptidos citrulinados >500 U/mL. Serologías para VIH, hepatitis B y C, VDRL y PPD negativas. Radiografía de manos: desviación cubital de las articulaciones metacarpofalángicas, sin erosiones. Radiografía pies y tórax sin alteraciones. Se diagnostica artritis reumatoidea (AR), inicia

prednisona 10 mg/día y analgésicos. Ante la severidad de las lesiones y dudas en establecer un diagnóstico, se realiza biopsia de piel para cultivo (bacterias, hongos y micobacterias: negativo) y anatomía patológica, posponiendo el inicio de DMARDs. Estudio anatomopatológico: epidermis con acantosis, espongiosis e hiperqueratosis. La dermis evidencia intenso infiltrado inflamatorio neutrofílico perivascular, sin evidencia de atipía, microorganismos ni vasculitis. La integración de los hallazgos clínicos, microbiológicos e histopatológicos permitió establecer el diagnóstico de dermatitis neutrofílica reumatoide (DNR). Se inició tratamiento con colchicina más metotrexate 20 mg semanales SC y ácido fólico 5 mg semanales con mejoría franca del compromiso cutáneo-articular.

Discusión: La DNR es una manifestación cutánea infrecuente de la AR, descrita principalmente en pacientes con enfermedad seropositiva y, en la mayoría de los casos, de larga evolución y elevada actividad inflamatoria. Clínicamente se caracteriza por pápulas, placas o nódulos eritematosos, generalmente simétricos, localizados en superficies extensoras de las extremidades, aunque su presentación puede ser variable.

Comentarios finales: La DNR es una manifestación extraarticular muy poco frecuente de la AR cuyo diagnóstico requiere un alto índice de sospecha y una adecuada correlación clínico-patológica. La exclusión de procesos infecciosos resulta imprescindible antes de iniciar la inmunosupresión.

Pericarditis reumatoidea con taponamiento cardíaco y evolución a pericarditis constrictiva: un desafío diagnóstico en la era de las terapias biológicas

Artritis Reumatoidea 0068

María Victoria Manucci[1], Juan Eduardo Quintero[2]

1. Hospital Regional de Comodoro Rivadavia Dr. Víctor Manuel Sanguinetti; 2. Sanatorio La Española

Presentación del caso: Introducción: La pericarditis es la manifestación cardíaca más frecuente de la artritis reumatoidea (AR), aunque la enfermedad pericárdica clínicamente manifiesta es infrecuente. El taponamiento cardíaco recurrente con progresión a pericarditis constrictiva constituye una presentación excepcional. Caso: Paciente masculino de 51 años con AR seropositiva (factor reumatoideo y anticuerpos anti-CCP), poliarticular, erosiva, refractaria a múltiples drogas modificadoras de la enfermedad, en tratamiento con adalimumab desde 2015, con antecedente de tratamiento de infección tuberculosa latente previo al inicio del biológico. En septiembre de 2024 presentó taponamiento cardíaco que requirió pericardiocentesis de urgencia. El estudio etiológico, que incluyó serologías virales, dosaje de adenosina desaminasa (ADA) en líquido pericárdico y pleural, cultivos para *Mycobacteriums tuberculosis* y anatomía patológica del pericardio, descartó etiologías infecciosas y neoplásicas. Se suspendió el anti-TNF, continuando con leflunamida. En agosto de 2025 presentó recurrencia del compromiso pericárdico con nuevo derrame, engrosamiento pericárdico y signos de insuficiencia cardíaca derecha. Los hallazgos clínicos e imagenológicos fueron compatibles con pericarditis constrictiva, por lo que requirió realización de ventana pleuropericárdica. Desde entonces permanece clínicamente asintomático, aunque persiste un derrame pericárdico moderado en los controles ecocardiográficos.

Discusión: La recurrencia del taponamiento cardíaco con evolución constrictiva en pacientes con AR es excepcional. En individuos tratados con agentes biológicos, la exclusión de tuberculosis y otras infecciones oportunistas constituye un paso diagnóstico indispensable antes de atribuir el cuadro a actividad inflamatoria de la enfermedad. En este paciente, la ausencia de evidencia microbiológica, anatomopatológica y serológica de etiologías alternativas, junto con la evolución clínica, respaldó el diagnóstico de pericarditis reumatoidea como manifestación extraarticular grave.

Comentarios finales: Este caso destaca que el taponamiento cardíaco recurrente y la evolución hacia pericarditis constrictiva pueden representar una forma infrecuente de compromiso cardíaco por AR, incluso durante terapia biológica prolongada. Su reconocimiento precoz y la exclusión sistemática de causas infecciosas y neoplásicas son esenciales para orientar el tratamiento y mejorar el pronóstico.

Nefropatía túbulo intersticial y enfermedad de Sjögren

Enfermedad de Sjogren 0080

Oscar Gaspar Rodríguez, Rocío Nazha Segui, María Laura Goñi, Cristian Lara Benalcázar, Marco Mario Mazzotta, Mariana Brusa, Jorge Luis González, Isaac Cadile, Laura Onetti, Eduardo Mussano

Hospital Nacional de Clínicas

Presentación del caso: Paciente femenina de 45 años, con antecedentes de enfermedad renal crónica no filiada, procedente del interior de la provincia de Córdoba, con deterioro renal progresivo, que llega derivada del Servicio de Nefrología, por nefritis túbulo intersticial con acidosis tubular renal con sospecha etiológica de enfermedad autoinmune. Presentó compromiso renal severo: *clearance* de creatinina 36 ml/min (ERC estadio 3b), acidosis metabólica (pH 7,23, HCO3 15,7 mEq/L) y proteinuria de 24 h de 1856 mg, y TC de abdomen y pelvis que evidenció nefrocalcinosis medular bilateral. Se practicó biopsia renal: nefritis tubulointersticial crónica, nefrocalcinosis, atrofia tubular y fibrosis leve-moderada, glomeruloesclerosis global del 6,2 %, sin lesiones vasculares significativas. El paciente a la anamnesis refería antecedentes de xerostomía, xeroftalmia de difícil tratamiento. Ante la sospecha de enfermedad de Sjögren, se solicitan estudios: biopsia de glándulas salivales menores con sialoadenitis linfocítica focal y *focus score* 4.5; ANA 1/5120 patrón nuclear granular, anti-Ro60+, anti-Ro52+, anti-La+ y factor reumatoideo 174 UI/ml. Además, se realizó ecografía de glándulas salivales (parótidas escala de grises grado 2 y submaxilares grado 1 OMERACT). Se confirma enfermedad de Sjögren, según criterios ACR/EULAR 2016. Se inició hidroxicloroquina 400 mg/día, bicarbonato 1500 mg/día y prednisona a bajas dosis. Al presentar respuesta parcial se agregó micofenolato mofetilo 1,5 g/día, con buena respuesta clínica.

Discusión: El compromiso renal en la enfermedad de Sjögren primario ocurre en el 5-10 % de los casos y se manifiesta predominantemente como nefritis tubulointersticial, pudiendo asociarse a nefrocalcinosis y enfermedad renal crónica progresiva. La biopsia renal es fundamental para confirmar el diagnóstico y guiar el tratamiento inmunosupresor. El micofenolato mofetilo se ha utilizado con buenos resultados en nefritis tubulointersticial refractaria o con deterioro de función renal, ofreciendo un perfil de seguridad favorable en comparación con otros agentes.

Comentarios finales: Este caso ilustra la importancia del trabajo multidisciplinario entre servicios y la derivación oportuna para la búsqueda activa de enfermedad autoinmune como la enfermedad de Sjögren primario. El diagnóstico precoz y el inicio oportuno de inmunosupresión pueden modificar la evolución natural de la enfermedad.

Fibrina rica en plaquetas inyectable (i-PRF) para el tratamiento de la xerostomía en enfermedad de Sjögren: reporte de un caso

Enfermedad de Sjogren 0117

Cecilia Alejandra Costa[1], María Helena Fernández[2], María Cecilia Cabaña[2]

1. CEMAFE; 2. Hospital Oncológico Iturraspe

Presentación del caso: La xerostomía constituye uno de los síntomas más frecuentes e incapacitantes de la enfermedad de Sjögren (ES), con un impacto significativo sobre la calidad de vida. Las estrategias terapéuticas actualmente disponibles son insuficientes, lo que pone de manifiesto la necesidad de desarrollar nuevas opciones terapéuticas. La fibrina rica en plaquetas inyectable (i-PRF) representa una alternativa innovadora para el tratamiento de la xerostomía. El i-PRF comparte con la saliva componentes biológicamente activos, como factores de crecimiento, inmunoglobulinas y proteínas implicadas en la reparación de los tejidos, y ha demostrado una liberación sostenida de factores de crecimiento, además de favorecer la migración celular mediante la inducción de colágeno tipo I y la expresión del ARN mensajero del factor de crecimiento transformante ß. La evidencia sobre el uso de i-PRF para el tratamiento de la xerostomía asociada a la ES es aún muy limitada. El objetivo de este trabajo fue describir la evolución clínica de una paciente

Variable	15/12/25 (basal)	12/1/26	9/2/26	9/3/26	11/5/26	8/6/26	6/7/26
ESSPRI	8,33	6	5	4,33	5,33	3,33	2,67
OHIP-14	33	27	16	5	13	9	3
XQ	18	14	5	8	8	4	4
Escala de Challacombe	Sequedad leve	Sequedad leve	Sequedad leve	Normal	Normal	Normal	Normal
Sialometría no estimulada	0,84 ml/min	1,50 ml/min	0,70 ml/min	1 ml/min	1 ml/min	1,48 ml/min	1,32 ml/min

con ES tratada mediante infiltración local de i-PRF en mucosa oral para el manejo de la xerostomía. Caso clínico: Femenina de 31 años, enfermera, diagnóstico de enfermedad de Sjögren (ACR/EULAR 2016) en julio del 2025. Presentó mucositis grado II (edema, erosiones, dolor y ardor bucal), sequedad ocular, fatiga, poliartritis y fenómeno de Raynaud. Laboratorio: FAN 1/320 moteado grueso, C3: 136; C4: 12; anti-Ro/SSA y anti-La/SSB positivos; anti-DNA, anti-SM, anti-RNP, anticentrómero, y Scl70 negativos. BGSM: *focus score* >=1, área evaluada >=8 mm^2, con infiltrado linfoplasmocitario periductal y dilatación ductal. Tratamiento sintomático ehidroxicloroquina 200 mg/día. Otorgó consentimiento informado para la realización de i-PRF y para la publicación de los datos clínicos. Material y métodos: Se constituyó un equipo multidisciplinario: reumatóloga, estomatóloga y bioquímica. Se obtuvo i-PRF a partir de 18 ml de sangre venosa periférica, en tubos secos de 9 ml, sin anticoagulante ni activador. La muestra fue centrifugada en una centrífuga validada para concentrados plaquetarios, utilizando un protocolo de baja velocidad. Se recuperaron 4 ml de i-PRF. Previa aplicación de lidocaína *spray,* se administró i-PRF, con microinyecciones submucosas en forma de habones, respetando una separación de 5 mm entre cada punto de punción. Se infiltró de manera uniforme en: mucosa labial superior e inferior 1 ml, mucosa yugal bilateral 2 ml y piso de la boca 1 ml, volumen total: 4 ml. Se indicó dieta fría por 24 h y paracetamol en caso de molestias. Se realizaron 4 sesiones de i-PRF, con intervalos de 4 semanas (diciembre 2025-marzo 2026), seguidas de controles mensuales sin nuevas aplicaciones hasta julio de 2026. Los resultados se evaluaron mensualmente comparando variables clínicas: cuestionarios ESSPRI, OHIP-14, XQ, escala de Challacombe y sialometría no estimulada durante 5 min. Resultados: ESSPRI: reducción relativa aproximada del 68 %. OHIP-14: reducción relativa aproximada del 91 %. XQ: descendió de 18 a 4 puntos, reducción relativa aproximada del 78 %. Escala de Challacombe: mejoría progresiva de la sequedad oral, pasando de leve a normal. Sialometría no estimulada: incremento del flujo salival de 0,84 ml/min al inicio a 1,32 ml/min en el último control, con fluctuaciones durante el seguimiento. No hubo eventos adversos locales ni sistémicos relacionados con la infiltración.

Discusión: La infiltración local con i-PRF en mucosa oral fue segura y se asoció con mejoría clínica de la xerostomía. Estos hallazgos deben interpretarse con cautela, ya que no puede descartarse la influencia del tratamiento sistémico, la evolución natural de la enfermedad o el efecto placebo. Se justifican estudios prospectivos controlados y con mayor número de pacientes para confirmar su rol terapéutico.

Enfermedad de Sjögren difícil de manejar

Enfermedad de Sjogren 0149

Florencia Valdez Donelli, Emilce Schneeberger, Fernando Dal Pra, Carla Lallopizzo, Gustavo Citera

IREP

Presentación del caso: Paciente de 32 años de edad, quien debuta en 9/2021 con fiebre, astenia, fatiga, mialgias, síntomas sicca, poliartritis, tumefacción parotídea asimétrica, linfadenopatías y alteraciones del laboratorio (linfopenia moderada 764/µL, reactantes de fase aguda -RFA- elevados, hipertransaminasemia, hipergammaglobulinemia 3 g % policlonal, ANA + 1/320, anti-Ro y anti-La + >200 U/mL). El cuadro fue interpretado como enfermedad de Sjögren (ES) [criterios de clasificación ACR/EULAR 2016: 4 puntos, ESSDAI: 21]. Se inicia tratamiento con glucocorticoides (GC) 40 mg/día y metotrexato (MTX) 15 mg/semana, y ante la falta de control adecuado, en 11/2021 se indica rituximab (RTX) con éxito terapéutico y remisión. A 5 meses del RTX, reactiva su enfermedad, por lo cual se indica nuevo pulso de RTX, pero en esta oportunidad la paciente presenta reacción alérgica sistémica secundaria a la infusión. Continúa tratamiento con MTX 25 mg sc/semana, hidroxicloroquina 400 mg/día y GC en dosis bajas. En 11/2022 inicia abatacept (ABA) 125 mg sc/semana con adecuado control de la actividad de la enfermedad, se suspenden GC y se intenta reducir dosis de MTX sin éxito. En 11/2025, a pesar de la buena adherencia terapéutica, la paciente presenta brote (artritis, mialgias, fiebre, adenopatías, *rash* cutáneo, RFA elevados, linfopenia), se aumenta dosis de prednisona a 20 mg/día y se asocia micofenolato mofetil, iniciando con dosis de 500 mg/día, pero se suspende debido a intolerancia gastrointestinal (vómitos, diarrea). En 2/2026, debido a la severidad de su enfermedad de base, se decide combinar ABA con belimumab (BEL) 200 mg sc/semana, y continuar con el resto del

tratamiento. La paciente presenta respuesta parcial y normalización del nivel de gammaglobulina. Ante la falta del control completo de la enfermedad, en 3/2026, sospechándose la posibilidad de portación del polimorfismo de proteínas supresoras de la señalización de citoquinas (SOCS), se decide rotar ABA y BEL por upadacitinib 15 mg/día con excelente respuesta, siendo posible la suspensión de GC.

Discusión: Este caso clínico fue interpretado como una ES difícil de manejar; sin embargo, este concepto no ha sido publicado en la literatura aún; aunque existen varios reportes de casos refractarios. Ante la imposibilidad de alternativas terapéuticas se decidió combinar dos DMARD-b, situación también escasamente reportada. Finalmente, se pensó en la posible desregulación de las SOCS que funcionan como inhibidores intracelulares críticos de la señalización de la vía janus kinasa/transductor de señal y activador de la transcripción (JAK-STAT), condición que se reconoce cada vez más como un rasgo molecular central en la patogénesis de múltiples enfermedades reumáticas.

Comentarios finales: Llamamos la atención sobre una paciente con ES severa y refractaria que alcanzó la remisión sostenida con un inhibidor de Jak1.

Espectro del compromiso renal en enfermedad de Sjögren: desde tubulopatías hasta glomerulopatías. Serie de casos y actualización

Enfermedad de Sjogren 0178

Graciela Betancur[1], Yamila Russo[2], Valeria Alberton[2], Hernán Ariel Molina Merino[1], Daniela Galnares[2], Eva Victoria Javier Gelatti[2], Patricia Velasco[2], Mayra Etcheverry[2], Alejandra Abalo[2], María Julia Papagno[2], Sabrina Arguello[2], Agostina Llarens[2], Lucía Peirano[2], Matías García[2], Irene Sorokin[2], Silvia Dipietrantonio[2], Adrián Estevez[2]

1. Instituto CER, Quilmes; 2. Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Kirchner

Presentación del caso: El compromiso renal en la enfermedad de Sjögren (ESj) es infrecuente, variado y subdiagnosticado. La acidosis tubular renal (ATR) es la forma característica. Las formas glomerulares, particularmente la enfermedad por cambios mínimos, son raras y pueden plantear desafíos diagnósticos, especialmente cuando preceden a las manifestaciones sistémicas. Presentamos una serie de casos que ilustran distintos patrones de afectación renal en ESj. Caso 1: Mujer de 43 años, con ESj desde 2009 confirmado por biopsia de glándula salival, anti-Ro52/60 negativos, compromiso renal tubular sin proteinuria, hipokalemia persistente y trastorno ácido-base, compatible con ATR. Requirió reposición crónica de potasio e inmunosupresión con azatioprina, con estabilidad clínica. Caso 2: Mujer de 34 años con síndrome nefrótico e insuficiencia renal aguda desde 2012. Interpretada como glomerulopatía con cambios mínimos, evolucionó con corticodependencia y múltiples recaídas. Requirió nueva biopsia renal que permitió reinterpretar el cuadro como glomeruloesclerosis focal y segmentaria variante colapsante. En el seguimiento desarrolló artritis, autoanticuerpos (anti-Ro/La positivos) y compromiso glandular, diagnosticándose ESj. Evoluciona con función renal conservada y proteinuria baja en descenso de corticoides. Caso 3: Mujer de 43 años con debut en 2022 con síndrome nefrótico. Biopsia renal compatible con enfermedad por cambios mínimos. Evoluciona con recaídas corticodependientes. Posteriormente desarrolló artritis, *rash* cutáneo y positividad para anti-Ro/La, confirmándose ESj. Actualmente en remisión renal con hidroxicloroquina. Caso 4: Mujer de 58 años con ESj desde 2018. Fan + 1 /320 moteado, Lar 512 U/mL. Recibió tratamiento con hidroxicloroquina 200 mg/día con buena evolución. Durante controles se detecta creatinina en aumento progresivo hasta valor 1.9 mg/dl con indicación de biopsia renal y hallazgo de glomerulopatía mediada por anticuerpos con patron de lesión mesangial, depósitos de IGG y c3 a nivel del mesangio. Inició micofenolato oral con buena tolerancia y estabilidad renal a la fecha.

Discusión: La afectación renal en ESj es una complicación cuya prevalencia reportada varía ampliamente, del 18,4 % al 67 % según los criterios diagnósticos y la población. La lesión histológica característica es la nefritis tubulointersticial, que se manifiesta como ATR, defectos hidroelectrolíticos y, en casos avanzados, insuficiencia renal. Aunque menos frecuentes, las formas glomerulares han sido documentadas, incluyendo la glomerulonefritis membranoproliferativa y la nefropatía por IgA, a menudo asociadas a crioglobulinemia y un mayor riesgo de linfoma. Los casos clínicos reportados en esta serie reflejan la heterogeneidad del compromiso renal en ESj. Mientras que la tubulopatía representa la forma clásica, las glomerulopatías

— podocitopatías, cambios mínimos y GEFS colapsante— son presentaciones atípicas que pueden preceder al diagnóstico sistémico, por lo que la evolución longitudinal y la reevaluación inmunológica son claves para el diagnóstico.

Comentarios finales: El compromiso renal en ESj presenta un amplio espectro. El reconocimiento de formas glomerulares atípicas es fundamental para optimizar el manejo y mejorar el pronóstico. No se dispone de una guía clínica de este compromiso en ESj, lo cual aumenta la necesidad de sospecha por el reumatólogo tratante y seguimiento multidisciplinario para su correcto tratamiento.

Acidosis tubular renal distal asociada a síndrome de Sjögren: dos caras de una misma entidad

Enfermedad de Sjogren 0164

Agostina Storniolo, Laura Galván

Hospital Dr. Guillermo Rawson

Presentación del caso: Se presentan dos pacientes con síndrome de Sjögren (SjD) y acidosis tubular renal distal (ATRd), con formas de presentación clínica diferentes. Caso 1: paciente de 34 años, con antecedentes de hipotiroidismo y nefrocalcinosis, que ingresó para reemplazo total de cadera por fractura bilateral. En el postoperatorio se evidenció acidosis metabólica severa hiperclorémica con pH 7,21, HCO3 11,3 mEq/L, hipokalemia leve y pH urinario de 6,5. La ecografía renal mostró nefrocalcinosis bilateral con reducción del espesor parenquimatoso. El perfil inmunológico presentó ANA 1/320 y anti-Ro >200 U. El test de BUT fue de 8 segundos. Se estableció diagnóstico de SjD asociado a ATRd, se inició tratamiento alcalinizante con bicarbonato y citrato de potasio, además de hidroxicloroquina y micofenolato. Caso 2: paciente de 36 años con enfermedad renal crónica y SjD de tres años de evolución, que consultó por cuadriparesia progresiva y disfagia. Presentó acidosis metabólica severa hiperclorémica con pH 7,08, HCO3 6,09 mEq/L, hipokalemia severa y pH urinario de 7,5. Se interpretó como ATRd asociada a SjD, con compromiso neuromuscular secundario a hipokalemia severa. Presentaba ESSDAI de 13. Recibió reposición de potasio, bicarbonato y citrato de potasio, además de pulsos de glucocorticoides, con posterior tratamiento inmunosupresor, presentando evolución clínica y bioquímica favorable.

Discusión: El SjD es una enfermedad autoinmune que afecta glándulas exocrinas principalmente salivales y lagrimales produciendo el síndrome de sicca pero puede presentar manifestaciones extraglandulares. El compromiso renal es infrecuente y se manifiesta principalmente como nefritis tubulointersticial y alteraciones de la función tubular, entre ellas ATRd. Esta se caracteriza por incapacidad para acidificar adecuadamente la orina, generando acidosis metabólica hiperclorémica, hipokalemia y pH urinario inapropiadamente elevado. La acidosis crónica, asociada a hipercalciuria e hipocitraturia, favorece la aparición de nefrocalcinosis y litiasis. Asimismo, la hipokalemia severa puede producir debilidad muscular y cuadriparesia. Los casos presentados evidencian dos expresiones clínicas diferentes de una misma alteración tubular: una evolución predominantemente crónica con nefrocalcinosis y deterioro renal, y una presentación aguda con compromiso neuromuscular. El tratamiento requiere corrección de la hipokalemia y alcalinización, mientras que en pacientes con actividad sistémica puede ser necesario asociar tratamiento inmunomodulador.

Comentarios finales: La ATRd es una manifestación renal infrecuente del SjD que puede presentar consecuencias metabólicas, renales y neuromusculares graves. Su reconocimiento precoz permite instaurar tratamiento adecuado y prevenir complicaciones potencialmente irreversibles.

Compromiso audiovestibular progresivo como manifestación inicial de enfermedad de Sjögren seronegativa: reporte de un caso

Enfermedad de Sjogren 0207

Edis Emanuel Ortigoza Aquino, Gladys Mariela Zarza Torres

Hospital Central del Instituto de Previsión Social

Presentación del caso: Mujer de 46 años, docente, sin hipertensión arterial ni diabetes mellitus, con tinnitus derecho iniciado en marzo de 2025, 7 meses antes de la primera consulta, seguido de pérdida auditiva progresiva, artralgias en manos, fatiga. Las audiometrías seriadas evidenciaron hipoacusia sensorioneural derecha severa a profunda y compromiso auditivo leve a moderado del oído izquierdo. La videonistagmografía mostró vestibulopatía periférica unilateral derecha y síndrome vestibular deficitario derecho. La resonancia magnética de encéfalo informó parénquima cerebral normal y signos de conflicto neurovascular acústico-facial bilateral; una resonancia 3 Tesla posterior mostró hallazgos sugestivos de hidrops endolinfático derecho. Negaba xerostomía, xeroftalmía, artralgias y tumefacción parotídea. ANA, anti-DNA, anti-Ro/SSA, anti-La/SSB, factor reumatoide y ANCA fueron negativos. La ecografía de glándulas salivales fue normal. La biopsia de glándula salival menor demostró sialoadenitis crónica focal, Chisholm y Mason grado 4, con dos o más focos, compatible con enfermedad de Sjögren seronegativa. Las serologías para VIH, hepatitis B y C, toxoplasmosis, citomegalovirus, Chagas y leishmaniasis fueron negativas. Ante la progresión del compromiso audiovestibular se inició bolos de metilprednisolona 500mg por 3 días y luego prednisona en dosis descendente, luego ciclofosfamida intravenosa; recibió un primer pulso de 1.000 mg y se programaron pulsos mensuales. Al cierre del reporte permanecía en seguimiento clínico-audiométrico, sin control audiométrico posterior disponible por dificultad de acceder a dicho estudio. Tras primer ciclo con ciclofosfamida, la paciente muestra una mejoría en la audición sugestiva, mejoría de las artralgias y fatiga.

Discusión: La hipoacusia sensorioneural es una manifestación que se puede presentar en enfermedades autoinmunes como lupus, artritis reumatoide y síndrome de Sjögren. En el síndrome de Sjögren constituye una afectación extraglandular poco conocida y puede preceder a los síntomas sicca. Los mecanismos propuestos incluyen anticuerpos, depósito de inmunocomplejos, microvasculitis y daño de la estría vascular o del ganglio espiral. Las formas seronegativas representan un desafío diagnóstico, por lo que la biopsia de glándula salival menor puede resultar determinante. La asociación con tinnitus, vestibulopatía e hidrops endolinfático exige excluir causas autoinmunes, infecciosas y estructurales. Además, en la audiometría la sospecha se acrecienta cuando afecta a las frecuencias altas. La evidencia terapéutica es limitada y se basa principalmente en corticoides y otros inmunosupresores como metotrexato, ciclofosfamida, rituximab, en cuadros graves o progresivos.

Comentarios finales: La pérdida auditiva progresiva, asimétrica y acompañada de síntomas vestibulares debe motivar la búsqueda de una enfermedad autoinmune sistémica, aun sin síntomas sicca ni autoanticuerpos específicos. Este caso resalta el valor del abordaje multidisciplinario y de las audiometrías seriadas para documentar objetivamente la evolución y la respuesta terapéutica.

Enfermedad relacionada con IgG4: heterogeneidad clínica, desafíos diagnósticos y abordaje terapéutico. Serie de cinco casos

Enfermedad por IgG4 | 0054

María Antonella Hipedinger, Juan Manuel Vandale, Marina Oliver

Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata

Presentación del caso: Se presenta una serie retrospectiva de cinco pacientes con diagnóstico de enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4), evaluados entre 2018 y 2026 en el Servicio de Reumatología del Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata. Cuatro eran hombres y la mediana de edad al diagnóstico fue de 54 años (rango: 35-78). La enfermedad mostró un compromiso multiorgánico y una marcada heterogeneidad clínica. Los órganos afectados incluyeron páncreas (n=2), glándulas salivales y/o lagrimales (n=4), ganglios linfáticos (n=2), piel (n=1), órbita (n=1), sistema nervioso central (n=1), aorta abdominal (n=1), mediastino (n=1) y senos paranasales (n=1). En uno de los pacientes, la enfermedad simuló una neoplasia pancreatobiliar y motivó una duodenopancreatectomía antes de establecer el diagnóstico definitivo. Otro presentó compromiso orbitario corticodependiente, mientras que un tercer paciente asoció artritis reumatoidea con afectación vascular y neurológica. Cuatro pacientes presentaron elevación de IgG4 sérica; sin embargo, uno mantuvo niveles normales, pese a hallazgos clínicos, radiológicos e histopatológicos compatibles con la enfermedad. El diagnóstico se estableció mediante la integración de los hallazgos clínicos, de

laboratorio, anatomopatológicos y por imágenes. Todos los pacientes recibieron tratamiento con glucocorticoides. Como estrategia ahorradora se utilizaron micofenolato mofetil o metotrexato y, en tres casos con enfermedad multiorgánica, refractaria o corticodependiente, se indicó rituximab, con adecuada respuesta clínica y control de la actividad inflamatoria.

Discusión: La ER-IgG4 constituye un desafío diagnóstico debido a su baja prevalencia, su presentación clínica variable y su capacidad para simular enfermedades neoplásicas, infecciosas y otras enfermedades inmunomediadas. Esta serie refleja la diversidad de manifestaciones clínicas de la enfermedad y destaca que la elevación sérica de IgG4, si bien es un elemento de apoyo, no es indispensable para el diagnóstico, el cual debe basarse en la integración de los hallazgos clínicos, histopatológicos, serológicos y por imágenes.

Comentarios finales: La ER-IgG4 debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de lesiones pseudotumorales y cuadros inflamatorios de etiología incierta con compromiso multiorgánico. El reconocimiento temprano y el abordaje multidisciplinario permiten evitar procedimientos invasivos innecesarios, limitar el desarrollo de fibrosis irreversible e instaurar un tratamiento oportuno. Nuestra experiencia reafirma la necesidad de un alto índice de sospecha clínica y respalda el uso de rituximab en pacientes con enfermedad refractaria, multiorgánica o dependiente de glucocorticoides.

Más allá del síndrome de Reynolds en una paciente con compromiso hepatobiliar autoinmune complejo y esclerosis sistémica difusa

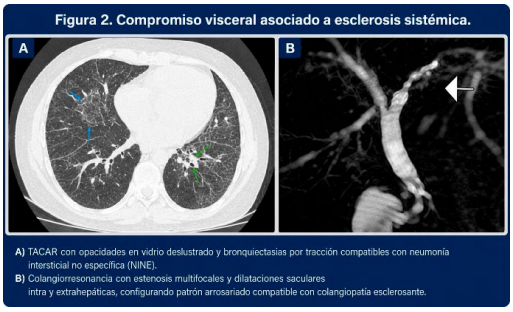
ES / EMTC / S. de Superp. 0036

Carola Soliz Cordero

Caja Nacional de Salud Regional Potosí

Presentación del caso: Mujer de 53 años, profesora en una comunidad minera de gran altitud, expuesta a sílice, consultó por hiperpigmentación cutánea y prurito de 2 años. Refería fenómeno de Raynaud de 4 años sin evaluación previa, además de disfagia, reflujo gastroesofágico y tos seca crónica. Presentó microstomía, esclerodactilia proximal, esclerosis cutánea difusa (mRSS 15/51) e hiperpigmentación generalizada. La capilaroscopia mostró patrón esclerodérmico activo. ANA AC-4, anti-Ro52 positivo, anti Scl-70, anticentrómero y anti-RNA polimerasa III negativos. Cumplió criterios ACR/EULAR 2013 (engrosamiento cutáneo proximal a MCF 9, Raynaud 3, capilaroscopia 2 y EPI 2; total 16), clasificándose como esclerosis sistémica difusa. Evidenció enfermedad pulmonar intersticial con patrón de neumonía intersticial no específica en tomografía de alta resolución, patrón restrictivo y alta probabilidad ecocardiográfica de hipertensión pulmonar. El estudio hepatológico evidenció patrón colestásico, con AMA-M2 y anti-LKM positivos, junto con elevación de IgG. Estos hallazgos sustentaron el diagnóstico de colangitis biliar primaria. Obtuvo 6 puntos en el *score* simplificado del IAIHG, compatible con hepatitis autoinmune probable. La colangiorresonancia mostró estenosis multifocales y dilataciones saculares, con patrón arrosariado compatible con colangiopatía esclerosante. Se estableció el diagnóstico de síndrome de Reynolds en una paciente con esclerosis sistémica difusa, asociado con hepatitis autoinmune probable y hallazgos compatibles con colangiopatía esclerosante. Se inició ácido ursodesoxicólico y micofenolato mofetilo, con mejoría clínica y bioquímica y estabilidad pulmonar a los 6 meses.





Discusión: Este caso trasciende el síndrome de Reynolds clásico. La coexistencia de esclerosis sistémica y colangitis biliar primaria, asociada con hepatitis autoinmune probable y una colangiopatía esclerosante constituye una asociación excepcional y escasamente reportada. Destaca la enfermedad pulmonar y la probabilidad ecocardiográfica de hipertensión pulmonar en ausencia de los autoanticuerpos específicos clásicos. La positividad para anti-Ro52 se ha asociado con compromiso pulmonar y progresión de la EPI. La atribución del fenómeno de Raynaud a las condiciones climáticas probablemente retrasó el diagnóstico. La residencia en una comunidad minera sugiere exposición a sílice como factor relacionado con la autoinmunidad y la esclerosis sistémica.

Comentarios finales: Este caso ilustra una presentación infrecuente de la esclerosis sistémica con compromiso hepatobiliar complejo, asociado a compromiso visceral agresivo en una paciente anti-Ro52 positivo y negativo para los autoanticuerpos específicos clásicos. Resalta la necesidad de investigar manifestaciones hepatobiliares atípicas y considerar la exposición a sílice en fenotipos complejos.

El desafío de la esclerosis cutánea rápidamente progresiva: serie de tres casos

ES / EMTC / S. de Superp. 0041

Daniela Carolina Galnares, Eva Victoria Javier Gelatti, Mayra Etcheverry, Alejandra Ábalo, Sabrina Arguello, María Julia Papagno, Irene Sorokin, Graciela Betancur, Patricia Velasco, Matías García, Agostina Llarens, Lucía Peirano, Hernán Ariel Molina Merino, Amalia Schiel, Adrián Estévez

Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Kirchner



Presentación del caso: Caso 1: Mujer de 64 años con esclerosis cutánea progresiva generalizada de 6 meses, con compromiso circunferencial de tórax, abdomen y extremidades (respeta zonas acras), que progresó a lesiones ampollares. Presenta disnea funcional clase III-IV atribuida a restricción parietal, se descarta compromiso visceral. FAN 1/160 patrón moteado fino (AC-4), ENA negativos. Sin fenómeno de Raynaud, capilaroscopia sin patrón de esclerodermia (SD). Biopsia: hialinización dérmica compatible con morfea. Diagnóstico: morfea panesclerótica, refractaria a micofenolato mofetil y ciclofosfamida. Se inició tocilizumab, con buena respuesta clínica. Caso 2: Mujer de 62 años con esclerosis cutánea progresiva en placas extensas en dorso, abdomen y flancos, respeta zonas acras. Se descartó compromiso de otros órganos. FAN 1/80 patrón moteado fino (AC-4), ENA negativos. Sin fenómeno de Raynaud, capilaroscopia sin patrón SD. Biopsia compatible con morfea. Diagnóstico: morfea generalizada. Recibió metotrexato y ciclofosfamida, con evolución refractaria. Posteriormente inició azatioprina y corticoides, con respuesta clínica parcial. Caso 3: Mujer de 47 años con esclerosis cutánea de rápida progresión en extremidades, tórax y abdomen, asociada a esclerodactilia, fenómeno de Raynaud y artralgias. FAN 1/320 patrón moteado (AC-4/5), ENA negativos, anticuerpos anti-ARN polimerasa III positivos. Capilaroscopia con patrón SD tardío. Sin compromiso visceral. Biopsia compatible con esclerodermia/morfea. Diagnóstico: Esclerosis sistémica. Refractaria a metotrexato y micofenolato mofetil. Actualmente en tratamiento con ciclofosfamida y rituximab.

Discusión: La morfea es una enfermedad poco frecuente de naturaleza autoinmune caracterizada por fibrosis de la piel y depósito de colágeno. Su diagnóstico es clínico y varía desde formas superficiales y circunscritas a lesiones profundas y discapacitantes. Cuando se extiende a 3 o más regiones anatómicas se clasifica como generalizada, siendo la variedad panesclerótica aquella que presenta compromiso profundo. La esclerosis sistémica se caracteriza por vasculopatía, inflamación y fibrosis de la piel y órganos internos, esto último determina su alta morbimortalidad. La presencia de anticuerpo anti-ARN pol 3 correlaciona con rápida progresión y mayor riesgo de crisis renal. Cuando las lesiones cutáneas son extensas, el diagnóstico diferencial entre estas entidades puede resultar dificultoso aunque necesario, ya que presentan diferente

evolución, pronóstico y estrategia terapéutica. La ausencia de compromiso acro, fenómeno de Raynaud y compromiso visceral resultaron determinantes para el diagnóstico diferencial, ya que los resultados histológicos no fueron concluyentes. Respecto al tratamiento, en los pacientes con morfea se decidió en base a la progresión, extensión y profundidad de las lesiones, priorizar inmunosupresores convencionales (caso 1 y 2), escalando a tocilizumab en el caso 1. En el caso 3, ES la conducta fue más agresiva desde el inicio (ciclofosfamida, rituximab) por comportamiento rápidamente progresivo.

Comentarios finales: En pacientes con esclerosis cutánea rápidamente progresiva, ninguna herramienta diagnóstica debe interpretarse de forma aislada. La integración de los hallazgos clínicos, serológicos, capilaroscópicos e histopatológicos resulta esencial para establecer el diagnóstico correcto, definir el pronóstico y la conducta terapéutica.

Evolución funcional respiratoria en una paciente con esclerosis sistémica y psoriasis tratada con secukinumab: reporte de un caso

ES / EMTC / S. de Superp. 0043

Natalia Rivarola[1], Karín Natali Saravia Chocobar[1], Nadia Reta[2], Juan Pablo Vinicki[1]

1. Unidad de Reumatología, Hospital Zonal General de Agudos Dr. Isidoro Iriarte; 2. Unidad de Dermatología, Hospital Zonal General de Agudos Dr. Isidoro Iriarte, Quilmes

Presentación del caso: Paciente con diagnóstico inicial de enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC), caracterizada por FAN 1/1280, anti-RNP positivo, fenómeno de Raynaud, acroesclerosis y artritis, que durante la evolución desarrolló microstomía y enfermedad pulmonar intersticial (EPI), configurando posteriormente un fenotipo de esclerosis sistémica. Presentaba además psoriasis confirmada por biopsia, con actividad cutánea significativa (PASI 14, BSA 9 %, NAPSI 24). Ante respuesta inadecuada a leflunomida, con persistencia del compromiso articular y cutáneo, en junio de 2025 se inició secukinumab 150 mg. A los tres meses se documentó respuesta cutánea completa (PASI 100), sin lesiones activas, y resolución del compromiso articular (NAD 0, NAT 0). El seguimiento funcional respiratorio seriado mostró un incremento progresivo de la capacidad vital forzada (FVC: 61 % basal, 63 % a los 6 meses y 69 % a los 12 meses) y del FEV1 (72 %, 74 % y 81 %, respectivamente), mientras que la DLCO presentó un descenso durante el mismo período (69 %, 63 % y 59 %). Ante la caída de la DLCO se descartaron hipertensión pulmonar y enfermedad tromboembólica pulmonar. La tomografía computada de tórax de control evidenció persistencia de alteraciones intersticiales de distribución subpleural bilateral, con patrón reticulonodulillar y áreas en vidrio esmerilado.

Discusión: Secukinumab, inhibidor de IL-17A, no constituye un tratamiento aprobado para la esclerosis sistémica ni para la EPI asociada. En esta paciente su indicación estuvo determinada por la persistencia del compromiso cutáneo-articular concomitante. Durante el seguimiento, se observó una evolución funcional respiratoria discordante, caracterizada por un incremento sostenido de la FVC y del FEV1, asociado a descenso de la DLCO y persistencia de las alteraciones tomográficas. El incremento de la FVC constituye un hallazgo de interés en el contexto de una EPI asociada a un fenotipo de esclerosis sistémica; sin embargo, la evolución discordante de los parámetros funcionales y la persistencia del compromiso radiológico impiden interpretar estos resultados como evidencia de mejoría global de la enfermedad pulmonar o establecer una relación causal con el tratamiento.

Comentarios finales: En una paciente con EMTC con evolución hacia un fenotipo de esclerosis sistémica, EPI y psoriasis con compromiso articular, el tratamiento con secukinumab se asoció con una respuesta cutáneo-articular completa y un incremento sostenido de la FVC durante 12 meses de seguimiento, pese al descenso de la DLCO y la persistencia de alteraciones tomográficas. La evolución observada constituye un hallazgo clínico exploratorio que genera la hipótesis de un posible efecto de la inhibición de IL-17A sobre determinados parámetros funcionales respiratorios, cuya reproducibilidad y relevancia clínica deberán evaluarse en estudios con diseños adecuados.

Esclerosis sistémica difusa y adenocarcinoma de próstata: ¿coincidencia o fenómeno paraneoplásico?

ES / EMTC / S. de Superp. 0140

Marianela Nicola, Emilce Fonseca, Mariano Palatnik, María Lorena Brance

Centro de Reumatología y Enfermedades Óseas

Presentación del caso: Paciente masculino de 68 años, tabaquista, con cinco meses de evolución de esclerosis cutánea progresiva con compromiso proximal a metacarpofalángicas, microstomía, fenómeno de Raynaud y disminución de la fuerza de prensión bilateral. Se realizó evaluación clínica, inmunológica, capilaroscópica, tomográfica e histopatológica. El laboratorio evidenció FAN 1/160 con patrón moteado fino, anticuerpos anti-Scl-70, anticentrómero y ENA negativos. La capilaroscopía mostró un patrón esclerodermiforme activo. La TACAR reveló extensas áreas en vidrio esmerilado compatibles con enfermedad pulmonar intersticial asociadas a enfisema. Durante el estudio etiológico se detectó una marcada elevación del antígeno prostático específico (PSA), por lo que se realizó ecografía prostática que fue patológica, solicitándose biopsia prostática que confirmó un adenocarcinoma invasor. La proximidad temporal entre ambos diagnósticos y la rápida progresión del compromiso visceral plantearon el interrogante de una posible relación paraneoplásica.

Discusión: La relación entre esclerosis sistémica (ES) y neoplasias ha despertado creciente interés ante la evidencia de que, en un subgrupo de pacientes, el cáncer podría actuar como desencadenante de la respuesta autoinmune. Sin embargo, distinguir una asociación casual de un verdadero fenómeno paraneoplásico continúa siendo un desafío. En este caso, la edad de presentación, la proximidad temporal entre ambos diagnósticos y la rápida progresión del compromiso pulmonar plantearon la posibilidad de una asociación paraneoplásica. Esta incertidumbre condicionó la estrategia terapéutica, al enfrentar la necesidad de iniciar inmunosupresión frente a un cáncer recientemente diagnosticado. Antes de definirse dicha conducta, el paciente evolucionó con insuficiencia respiratoria grave secundaria al compromiso pulmonar intersticial, requiriendo asistencia respiratoria mecánica y falleciendo por *shock* séptico.

Comentarios finales: La coexistencia de ES difusa y adenocarcinoma de próstata constituye un escenario clínico infrecuente que plantea un interrogante aún sin respuesta: ¿la neoplasia desencadenó la respuesta autoinmune o ambas enfermedades coexistieron de manera independiente? Aunque este caso no permite establecer una relación causal, ejemplifica cómo esta incertidumbre puede condicionar decisiones terapéuticas críticas, particularmente cuando la necesidad de inmunosupresión compite con el tratamiento de una neoplasia recientemente diagnosticada.

Trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas en esclerosis sistémica con compromiso cardiovascular asintomático: primera experiencia en un hospital público

ES / EMTC / S. de Superp. 0066

Alejandra Ábalo, Sabrina Arguello, Graciela Betancur, Adrián Estévez, Mayra Etcheverry, Daniela Galnares, Matías García Hernández, Eva Victoria Javier Gelatti, Agostina Llarens, **Hernán Ariel Molina Merino**, Julia Papagno, Rocío Patiño, Lucía Peirano, Mauro Rossi Prat, Irene Sorokin, Patricia Velasco

Hospital El Cruce, Florencio Varela

Presentación del caso: Mujer de 46 años con esclerodermia difusa rápidamente progresiva (ESDRP), con compromiso cutáneo, pulmonar, gastrointestinal y articular de 2 años de evolución desde el primer síntoma no Raynaud, refractaria a tratamiento combinado con micofenolato, rituximab y nintedanib. Se decidió proseguir con trasplante de células progenitoras hematopoyéticas autólogo (TCPH). En los estudios pretrasplante el cateterismo cardíaco derecho (CCD) evidenció valores basales de presión arterial media

(PAM) de 20 mmHg, resistencia vascular sistémica (RVS) de 3.4 UW, presión capilar pulmonar (PCWP) de 3 mmHg, que aumentaban en inspiración a PAM 30 mmhg, RVS 4.2 UW y PCWP 9 mmHg. Discordancia VI/VD con descenso de las presiones de llenado de VI y aumento de las presiones de VD en inspiración profunda, con gran variabilidad respiratoria; compatibles con fisiología constrictiva e hipertensión pulmonar precapilar. El resto de los estudios cardiovasculares y estudios pretrasplante fueron normales. Se realizó TCPH autólogo con régimen de acondicionamiento cardioprotector: timoglobulina 6 mg/kg, ciclofosfamida 60 mg/kg, fludarabina 120 mg/m^2 y rituximab 1000 mg. Durante el acondicionamiento y periodo neutropénico presentó edema agudo de pulmón, colitis neutropénica, síndrome de *engraftment*, insuficiencia renal aguda y reactivación de citomegalovirus. Injerto granulocítico y plaquetario en el día +10, alta en el día +36. A 10 meses del TCPH se encuentra libre de medicación inmunosupresora y antifibrótica, con aumento de peso, mejoría de la FVC, estabilidad de la DLCO, descenso del Rodnan y sin progresión en TCAR de tórax.

Tabla 1: manifestaciones clínicas y de laboratorio

Características de laboratorio y clínicas	
FAN	1/320 patrón nucleolar. AC8
Scl70	Positivo
Anti-centrómero	negativo
ENAs y DNA	negativos
Ecocardiograma transtorácico, pre-trasplante	3. todos con FSVI FSVD conservadas, sin HTP
TCAR de tórax	NINE fibrótica
Manometría	Aperistalsis 100% cuerpo esofágico
Constitucional	Perdida de peso 4 kg
Gastrointestinal	Diarrea crónica
Articular	Poliartritis de pequeñas articulaciones

Tabla 2: Cambios pre y post TCPH en prueba funcional respiratoria y Rodnan

	Pre-TCPH	**Post-TCPH**
mRSS	26	16
FVC (lt)	55	70
DLCO (ml/min/mmhg)	48	49

Discusión: El compromiso cardiovascular en esclerosis sistémica es frecuente, afectando hasta un 32 % de los pacientes con formas difusas, y es una de las principales causas de mortalidad. Puede manifestarse como disfunción ventricular sistólica o diastólica, defectos de conducción, vasculopatía, enfermedad pericárdica o miocárdica y microvascular coronaria, frecuentemente de forma subclínica. La fisiología constrictiva identificada por CCD con ecocardiogramas previos y estudios por imágenes normales podría representar una manifestación temprana del compromiso cardiovascular. Estos hallazgos serían contraindicación para el TCPH con regímenes estándar descripto en los trabajos pivotales; sin embargo, se desarrollaron regímenes con dosis ajustada de ciclofosfamida que fue lo ofrecido a la paciente.

Comentarios finales: El TCPH autólogo con régimen cardioprotector es factible en pacientes con ESDRP y compromiso cardiovascular, permitiendo el acceso a pacientes con contraindicación para regímenes estándar. El CCD es esencial para la estratificación de riesgo y elección del acondicionamiento.

Enteropatía perdedora de proteínas y tromboembolismo pulmonar secundario como manifestación grave de enfermedad mixta del tejido conectivo: reporte de un caso y revisión de la literatura

ES / EMTC / S. de Superp. 0167

Daniel David Lindao Campo, Carolina Sánchez Andía, Mercedes Croce

Hospital General de Agudos José María Penna

Presentación del caso: Paciente femenina de 42 años con antecedentes de enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) y fibromialgia (anticuerpos anti-RNP > 643.8 UI/mL, FAN 1/1280 moteado, Ro52 positivo). En febrero de 2025 ingresó por disnea, documentándose ascitis y derrame pleural derecho tipo exudativo no complicado. Evolucionó con mejoría parcial tras recibir pulsos de metilprednisolona y azatioprina. En agosto de 2025, reingresó por disnea progresiva, ortopnea y edema de miembros inferiores. La angiotomo-

grafía computarizada reveló tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo, por lo que inició anticoagulación. Los estudios de laboratorio evidenciaron hipoalbuminemia grave con proteinuria normal, descartando etiología renal o hepática. Se sospechó de enteropatía perdedora de proteína (EPP), confirmada mediante un aclaramiento fecal de alfa-1-antitripsina (A1AT) marcadamente elevado (944 mL/24 h; VN < 16 mL/24 h). Las biopsias gastrointestinales mostraron duodenitis crónica inespecífica y gastritis atrófica moderada. Ante la refractariedad y la gravedad del cuadro, recibió pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida (esquema EuroLupus), logrando remisión clínica, y se instauró micofenolato mofetilo como terapia de mantenimiento.

Discusión: La EPP es una complicación infrecuente y grave de las enfermedades autoinmunes sistémicas, caracterizada por la pérdida excesiva de proteínas plasmáticas a través del tracto gastrointestinal. Aunque se asocia con mayor frecuencia al LES, su aparición en la EMTC es excepcionalmente rara. Para la confirmación diagnóstica, el aclaramiento fecal de A1AT de 24 horas continúa considerándose el estándar de oro clínico no invasivo. Un aclaramiento mayor a 16-24 mL/24 h es patognomónico de pérdida entérica, alcanzando en nuestra paciente un valor crítico de 944 mL/24 h que confirmó la sospecha clínica. En lo que respecta al tratamiento de la EPP activa y refractaria en la EMTC, la experiencia acumulada demuestra que a diferencia del LES, existe una notable resistencia o dependencia a los corticosteroides cuando se emplean en monoterapia. Esta limitación fue inicialmente reportada por Furuya y Chao et al. quienes describieron pacientes refractarios a pulsos de metilprednisolona que respondieron tras añadir ciclofosfamida intravenosa. En nuestro caso, la paciente presentó una evolución refractaria inicial tras el primer evento de descompensación tratado con corticoide y azatioprina. Ante la gravedad del reingreso condicionado por la EPP masiva y el TEP agudo concomitante, el tratamiento inmunosupresor mediante la combinación de pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida intravenosa resultó altamente efectivo, induciendo una remisión clínica y bioquímica completa al suprimir de forma rápida la agresión inmunomediada sobre la microvasculatura intestinal. Posteriormente, la transición a una terapia de mantenimiento con micofenolato mofetilo fue exitosa.

Comentarios finales: La EPP debe sospecharse en pacientes con EMTC que presentan anasarca e hipoalbuminemia sin causa renal o hepática evidente. El estado procoagulante resultante de la pérdida entérica de factores anticoagulantes puede desencadenar eventos trombóticos graves como el TEP, aun en ausencia de anticuerpos antifosfolípidos. La terapia inmunosupresora agresiva es fundamental para lograr la remisión.

Hepatitis autoinmune inducida por adalimumab en pacientes con espondiloartritis. Casos clínicos

Espondiloartritis / EPs 0219

Laura Galván[1], Raúl Sueldo[2]

1. Hospital Dr. Guillermo Rawson; 2. Hospital Ángel C. Padilla

Presentación del caso: Objetivo: comunicar 2 casos de hepatitis autoinmune inducido por adalimumab. Caso 1: paciente varón de 52 años, diagnóstico de espondiloartritis radiológica, medicado durante 12 años con adalimumab con buen manejo clínico y funcional de los síntomas. Presenta en su evolución elevación progresiva de transaminasas (Laboratorio con transaminasas aumentadas x14, FAL aumentada x3, Bb normales), descartándose causas infecciosas (hepatitis A, B y C negativas), autoinmunes (AMA, ASMA, LKM negativas). Caso 2: varón de 76 años, diagnóstico de espondiloartritis axial por resonancia, HLAB27 negativo, recibe adalimumab durante 25 meses con excelente respuesta, pero presenta lesiones pruriginosas en la piel biopsiada: dermatitis atópica con mejoría con antialérgicos. En paralelo, serologías virales negativas, ANA+ 1/80 reticular, ASMA-, LKM-, AMA-.

Discusión: La hepatitis autoinmune es una enfermedad progresiva de causa desconocida que puede ser desencadenada por diversas causas, entre ellas farmacológicas. Tiene como características la elevación de transaminasas, hipergammmaglobulinemia y formación de autoanticuerpos. Los anti-TNF son utilizados en el tratamiento de artritis inflamatorias, ya sea periférica o axial. Se han reportado casos de hepatitis autoinmune por anti-TNF como etarnecept y el infliximab menos frecuente con adalimumab. Los pacientes con enfermedades reumáticas pueden presentar compromiso hepático, con alteraciones en el hepatograma por toxicidad por DMARDs, esteatosis hepática o hepatitis autoinmune asociada a enfermedades como AR,

LES, SJögren, más frecuentemente. La hepatitis autoinmune inducida por anti-TNF tiene escasa frecuencia existiendo solo reporte de casos. La fisiopatogenia es una forma de lesión hepática inducida por fármacos (DILI), se produce por el bloqueo de TNF, que genera respuesta autoinmune a nivel de hepatocito en personas con predisposición genética. Los componentes celulares liberados por la muerte de los hepatocitos actúan como "neoantígenos". Las células presentadoras de antígenos (APC) locales los capturan y los presentan a los linfocitos T, lo que gatilla la producción de autoanticuerpos típicos (como los anticuerpos antinucleares [ANA] o antimúsculo liso [SMA]).

Comentarios finales: Nuestros pacientes presentaron alteración del hepatograma, el primer caso más de transaminasas, el segundo predominante enzimas de colestasis con resolución al suspender la exposición al fármaco. Considerar en pacientes bajo tratamiento con anti-TNF una causa más de compromiso hepático inducido por fármacos biológicos como el adalimumab.

Hiperpigmentación cutánea inducida por metotrexato con recurrencia tras reexposición en un paciente con artritis psoriásica

Espondiloartritis / EPs 0049

Marianela Nicola, Emilce Fonseca, Mariano Palatnik, Luis Tagliatore, María Lorena Brance

Centro de Reumatología y Enfermedades Óseas

Presentación del caso: Paciente de 76 años, extabaquista, con psoriasis de larga evolución y artritis psoriásica de reciente diagnóstico. Inició tratamiento con metotrexato 15 mg/semana asociado a ácido fólico, con marcada mejoría clínica y sin eventos adversos iniciales. A los ocho meses consultó por lesiones hiperpigmentadas bilaterales, asintomáticas, localizadas en la cara dorsal de ambas manos, con predominio metacarpofalángico. Al interrogatorio dirigido refirió un episodio similar hace más de veinte años, localizado en miembro inferior derecho durante un tratamiento previo con metotrexato con resolución completa tras su suspensión. Se realizó biopsia cutánea, que evidenció acantosis, hiperqueratosis, aumento de la carga melánica e infiltrado inflamatorio perivascular superficial, hallazgos compatibles con reacción cutánea inducida por metotrexato. Debido a la persistencia de actividad articular y al evento adverso cutáneo se decidió la rotación a terapia biológica.



Imagen 1: Hiperpigmentación cutánea

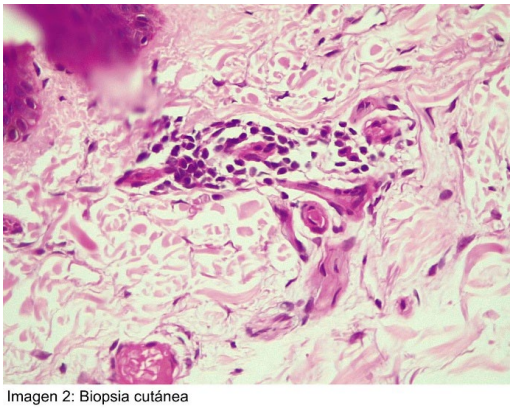


Imagen 2: Biopsia cutánea

Discusión: La hiperpigmentación cutánea secundaria a metotrexato es un efecto adverso poco frecuente, cuya incidencia exacta es desconocida debido a que la evidencia disponible proviene principalmente de reportes de casos. Aunque el metotrexato es uno de los fármacos modificadores de la enfermedad más utilizados en reumatología, las alteraciones pigmentarias constituyen una manifestación dermatológica excepcional y su fisiopatología no ha sido completamente esclarecida.

Comentarios finales: La hiperpigmentación cutánea secundaria a metotrexato constituye un efecto adverso infrecuente. Reconocer esta entidad permite evitar estudios innecesarios y orientar precozmente la estrategia terapéutica en pacientes con enfermedades reumáticas.

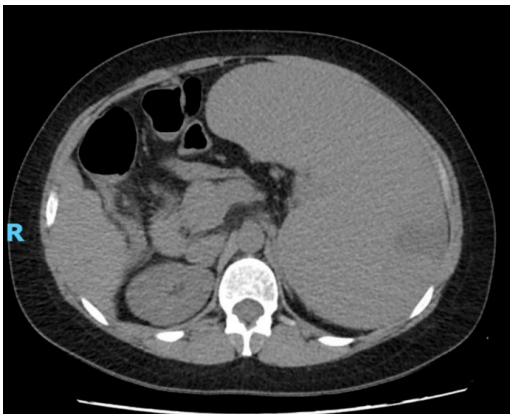
Trastorno vascular portosinusoidal en lupus eritematoso sistémico: hipertensión portal no cirrótica, esplenomegalia masiva y trombocitopenia refractaria

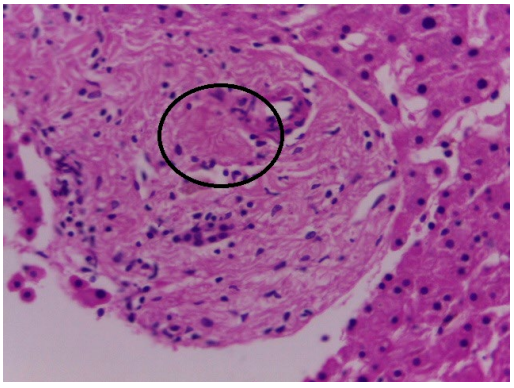
LES / SAF 0052

Matías Perli, Ana Salazar Sanabria, Adriana Puskovic, Silvina Bonaccorso, Octavio Mazzocchi, Gustavo Medina

Hospital de Clínicas José de San Martín

Presentación del caso: Mujer de 39 años con LES desde 2000 (FAN moteado 1/320, anti-Ro positivo, hipocomplementemia persistente), con compromiso cutáneo-mucoso, articular, renal (nefritis clase II en 2003 y clase V en 2006, recaída proteinúrica en 2020) y hematológico: anemia hemolítica autoinmune y trombocitopenia inmune crónica refractaria a corticoides, gammaglobulina, azatioprina, rituximab y eltrombopag. En 2024 presentó dos infartos esplénicos y trombosis crónica de una rama portal con hipertensión portal y várices esofágicas; con antifosfolipídicos negativos, se anticoaguló con rivaroxabán. Ingresa por dolor en hipocondrio izquierdo y bicitopenia (leucocitos 1.900/mm^3, plaquetas 25.000/mm^3), hipocomplementemia y proteinuria 0,32 g/24 h. Tomografía de abdomen y ecografía Doppler mostraron esplenomegalia de 22 cm con infartos, trombosis portal crónica y circulación colateral, sin signos de cirrosis. La endoscopia mostro várices esofágicas grandes, gastropatía hipertensiva severa y úlceras gástricas; el centellograma, hiperesplenismo funcional. La elastografía informó 15,8 kPa (F4/S0), sugestiva de cirrosis. Ante la discordancia clínico-elastográfica se realizó biopsia hepática transyugular: espacios porta con arterias hipoplásicas, venas de calibre reducido y, en uno, obliteración total con reemplazo fibroso, sin inflamación, esteatosis ni fibrosis significativa y con reticulina preservada. Diagnóstico: trastorno vascular portosinusoidal por venopatía portal obliterativa, descartándose cirrosis e hiperplasia nodular regenerativa.





Discusión: El trastorno vascular portosinusoidal agrupa lesiones de vénulas portales y sinusoides que causan hipertensión portal sin cirrosis y puede asociarse a enfermedades autoinmunes sistémicas; los mecanismos propuestos incluyen inflamación vascular, disfunción endotelial, depósito de inmunocomplejos y microtrombosis intrahepática. La esplenomegalia masiva y el hiperesplenismo agravaron las citopenias autoinmunes preexistentes, dificultando atribuirlas exclusivamente a la actividad lúpica. La elastografía sobrestimó la fibrosis, probablemente por congestión secundaria a la hipertensión portal, de manera discordante con la histología, por lo que la biopsia fue determinante. El manejo enfrenta el conflicto entre riesgo hemorrágico y trombótico: la esplenectomía y la embolización esplénica se desestimaron por riesgo vital.

Comentarios finales: La hipertensión portal no cirrótica asociada al LES es una complicación extremadamente rara. Debe sospecharse ante esplenomegalia, citopenias desproporcionadas o várices esofágicas sin hepatopatía crónica avanzada, aun en ausencia de anticuerpos antifosfolipídicos. La elastografía puede simular cirrosis, por lo que la biopsia hepática es imprescindible para el diagnóstico.

Compromiso renal rápidamente progresivo en lupus eritematoso sistémico: el desafío de diferenciar las vías fisiopatológicas que pueden coexistir

LES / SAF 0103

Paula Tordecilla, Ricardo Francisco Méndez Rengel, Sabrina Porta, Justina Longo, Lucía María Castorino, María Natalia Tamborenea

Unidad de Reumatología, Hospital General de Agudos Carlos G. Durand

Presentación del caso: Femenina de 19 años, sin antecedentes de relevancia, ingresa a guardia de clínica médica por epistaxis, gingivorragia y registros febriles de 72 horas de evolución. Hemodinámicamente estable al ingreso, presenta múltiples sitios de equimosis y petequias aisladas a predominio de miembros inferiores. Hto: 19.5 %, Hb: 6.7, leucocitos: 2900, plaquetas: 8000, urea: 52, creatinina: 1.10, GOT: 92, GPT: 35, BT: 1.91, BD: 0.64, LDH: 1409, Coombs directa positiva e hipocomplementemia. Orina: Hb +++, leucocitos: 4-6 por cpo, proteinuria: 1.14 gr/24 h. Inicialmente se interpreta el cuadro como una tricitopenia en estudio con requerimiento transfusional. Se descartan sangrados activos a nivel del sistema nervioso central e ingresan hemocultivos y urocultivo, resultando negativos. Se realiza frotis de sangre periférica con 10 % de esquistocitos, citometría de flujo de médula ósea sin blastos, descartando proceso linfoproliferativo. Presenta evolución desfavorable con falla renal rápidamente progresiva, por lo que se decide su pase a Unidad de Cuidados Intensivos. Ante la sospecha de anemia hemolítica autoinmune vs. síndrome de Evans, inicia dexametasona 40 mg endovenosa (EV) por 5 días. A la valoración por reumatología, refiere artralgias y artritis, se reciben resultados: FAN 1/160 moteado fino AC-4 y 1/80 nuclear homogéneo AC-1 y DNA 1/20, sumado al cuadro de hipocomplementemia, coombs positiva, tricitopenia y compromiso renal rápidamente progresivo, se reinterpreta como nefritis lúpica como manifestación debut de lupus eritematoso sistémico (LES), con probable microangiopatía trombótica (MAT) asociada. Debido a la severidad y refractariedad del cuadro se deriva a centro de mayor complejidad para inicio de plasmaféresis. Se inician pulsos de metilprednisolona 500 mg/d EV por 3 días + rituximab 1 g día 0 y 15, indicado de forma interdisciplinaria entre hematología y reumatología, y paralelamente inicia terapia de reemplazo renal. Se reciben resto de resultados: anti-Ro 60 +, anticardiolipinas IgG, anti-B2 glicoproteina IgG y anti-fosfatidilserina/protrombina IgG positivas. ANCA y Anti-MBG negativos. Ecodoppler de arterias renales con flujo conservado. Se solicitan marcadores genéticos para descartar SUH atípico con resultado negativo. De forma interdisciplinaria se decide continuar con plasmaféresis a completar 10 días, inmunosupresión con ciclofosfamida por sospecha de proceso autoinmune agregado, corticoterapia y hemodiálisis. Se realiza biopsia renal, con hallazgos morfológicos compatibles con una MAT con injuria tubular aguda isquémica leve a moderada, depósitos C3 y C1q positivos. Finalmente se concluye un compromiso renal por MAT en contexto de síndrome antifosfolipídico (SAF) secundario a LES; se inicia anticoagulación y se completa esquema de inmunosupresión con rituximab, con mejoría de parámetros clínicos y de laboratorio, logrando discontinuar hemodiálisis y mantenimiento de las series celulares.

Discusión: El compromiso renal es frecuente en el LES. La nefropatía asociada al SAF es una vasculopatía de los vasos renales de pequeño calibre caracterizada por trombosis aguda y/o lesiones arteriales y arteriolares crónicas, cuya fisiopatología se basa en la MAT, desarrollando cuadros más severos y con mayor riesgo de hipertensión arterial, niveles elevados de creatinina y fibrosis intersticial renal, factores reconocidos como predictores de mal pronóstico.

Comentarios finales: Presentamos el caso para destacar la importancia de las diferentes vías fisiopatológicas que pueden contribuir al daño renal en una paciente joven con LES, marcadores de mal pronóstico, la importancia del trabajo multidisciplinario, así como también el rol de la anatomía patológica para guiar un adecuado diagnóstico y tratamiento.

Una causa infrecuente de dolor abdominal. Reporte de caso

LES / SAF 0075

Eliana Avilán, Martina Combes, Tomás Quiroga, Rossio Gardenia Ortuño Lobo, Lucas Graziano, Vanesa Bejarano, Anastasia Secco

Hospital Bernardino Rivadavia

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino de 42 años con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) desde 2020, con compromiso seroso (poliserositis), articular (poliartritis) y vascular (fenómeno de Raynaud) con ANA positivo (>1/1280, patrón nuclear moteado fino y grueso), anti-DNA positivo (1/80), anti-SM positivo e hipocomplementemia (C3: 46,8 mg/dL, C4: 5,5 mg/dL). Se encontraba en tratamiento de mantenimiento con hidroxicloroquina (HCQ), metotrexato (MTX) 25 mg semanal, tadalafilo 20 mg/día, nifedipina 30 mg/día y meprednisona 4 mg/día en *tapering*, dado que en su última evaluación ambulatoria se mantenía clínicamente estable y con baja actividad de la enfermedad. En diciembre de 2025, consultó por dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea de una semana de evolución, con empeoramiento progresivo a pesar de la conducta médica. Al examen físico de ingreso presentaba el abdomen globoso, blando y depresible, doloroso de forma difusa a predominio de hemiabdomen inferior, con defensa muscular, pero sin signos de irritación peritoneal. En el laboratorio sólo se evidenció plaquetopenia (87.000/mm^3). La ecografía y la tomografía computada (TC) abdominal mostraron líquido libre en cavidad peritoneal y distensión de asas intestinales. Fue evaluada por el servicio de Cirugía General, realizándose una laparoscopía exploradora convertida a laparotomía, con lavado y aspirado del exudado intraabdominal (GASA < 1,1; GB: 869; PMN: 73 %). Recibió esquema antibiótico empírico con ceftriaxona durante 5 días, con cultivo del líquido peritoneal negativo. Una nueva TC de control realizada a las 24 h informó engrosamiento difuso de la pared intestinal (signo de la diana o del halo), ingurgitación de los vasos mesentéricos (signo del peine), dilatación de asas y persistencia de líquido libre perihepático. Con estos hallazgos, el episodio se interpretó como una enteritis lúpica, indicándose pulsos de metilprednisolona endovenosa (EV) de 500 mg/día durante 3 días. Tras presentar una evolución clínica favorable, se le otorgó el alta hospitalaria, continuando con meprednisona 40 mg/día e inmunosupresión con ciclofosfamina (CYC) EV (esquema NIH). Actualmente estable luego de finalizar CYC, se agregó rituximab como tratamiento de mantenimiento y se encuentra en fase de suspensión de corticoides.

Discusión: El LES se caracteriza por su amplio espectro clínico. La enteritis lúpica es una manifestación infrecuente (0,59-10 %) y de presentación inespecífica, siendo la TC la herramienta diagnóstica de mayor utilidad al evidenciarse la "imagen en diana" y el "patrón en peine", ambos altamente sugestivos de esta entidad. Su aparición refleja una elevada actividad y puede acompañarse de otras afecciones concomitantes (como la nefritis lúpica). Su diagnóstico precoz permite instaurar un tratamiento inmunosupresor intensivo oportuno, optimizando el pronóstico del paciente.

Vasculitis mesentérica como manifestación grave del lupus eritematoso sistémico: reporte de un caso

LES / SAF 0238

Pamela Peralta, Sofía Cherey, Javier Federico Flores Trejo, Juan Manuel Bande, María Alejandra Medina, Silvia Papasidero

Hospital Tornú

Presentación del caso: Mujer de 27 años con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) de 9 años de evolución; a lo largo de la evolución de su enfermedad presentó compromiso cutáneo (fotosensibilidad, alopecia), articular (artralgias), de serosas (derrame pleural y pericárdico), hematológico (leucopenia y anemia hemolítica), neurológico (síndrome de encefalopatía posterior reversible [PRES]), renal (nefritis lúpica membranosa clase V) e inmunológico (ANA positivo, título > 1/1280 patrón nuclear homogéneo y

titulo > 1/1280 patón nuclear granular grueso; anti-ADN positivo; anti-Sm positivo; anti-ribosomal P positivo; anti-U1 snRNP positivo e hipocomplementemia). Realizó tratamiento con hidroxicloroquina (HCQ), glucocorticoides (GC) a altas dosis y ciclofosfamida endovenosas, continuando posteriormente con micofenolato de mofetilo (MMF), logrando una remisión clínica e inmunológica sostenida en el tiempo, sin requerimiento de esteroides. Luego de 7 años, suspendió la medicación por falta de acceso, con reactivación de su enfermedad, presentando pericarditis, que requirió internación en otra institución y tratamiento con pulsos de metilprednisolona. Tras tres meses sin controles, reingresó por un cuadro febril asociado a dolor y distensión abdominal difusa, náuseas, vómitos y diarrea acuosa de una semana de evolución. Al examen físico presentaba abdomen doloroso, distendido con matidez desplazable. En el laboratorio se constató anti-ADN positivo (1/160) e hipocomplementemia. En estudios de imágenes se evidenció líquido libre en cavidad peritoneal, además de engrosamiento parietal del íleon terminal y colon derecho. En la paracentesis se obtuvo líquido ascítico de características exudativas. Descartadas las etiologías infecciosas, neoplásicas y enfermedad celíaca, se interpretó el cuadro como vasculitis mesentérica lúpica (VML). Se optimizó el tratamiento con GC a altas dosis con reinicio de HCQ y MMF, evolucionando con resolución del cuadro clínico.

Discusión: La VML es una manifestación gastrointestinal infrecuente y potencialmente grave del LES. Su presentación clínica inespecífica puede dificultar el diagnóstico. La tomografía abdominal con contraste es el método diagnóstico de elección. La guía de tratamiento del ACR 2025 recomienda GC a altas dosis asociados a inmunosupresión convencional o biológica y, en formas potencialmente mortales asociar plasmaféresis y/o inmunoglobulina endovenosa.

Comentarios finales: La VML debe considerarse como diagnóstico diferencial ante dolor abdominal y/o ascitis en pacientes con LES. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno son claves para mejorar el pronóstico y evitar complicaciones gastrointestinales graves, como la necrosis y la perforación.

Ptosis y oftalmoplejía en pacientes con lupus eritematoso sistémico: reporte de dos casos

LES / SAF 0246

Diego Osmar Rinesi, Marcela Young

Hospital Julio C. Perrando

Presentación del caso: Introducción: Existe una gran heterogeneidad en la clínica de los pacientes LES, con manifestaciones inusuales que no suelen formar parte de los criterios de clasificación, guías de práctica clínica o consensos de expertos. El objetivo de este reporte es aportar la experiencia de dos pacientes con LES y oftalmoplejía. Caso 1: Paciente masculino de 55 años con LES de reciente diagnóstico, presentando al inicio compromiso cutáneo, articular y FAN positivo, en tratamiento con hidroxicloroquina; a los 3 meses del diagnóstico presenta glomerulonefritis, serositis, citopenias, miocarditis (hipoquinesia global, FEVI 20 %), hipocomplementemia, anti-Ro positivo. Recibe tratamiento con pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida, presentando mejoría de sintomatología y función renal. A las dos semanas del tercer pulso de ciclofosfamida presenta ptosis, proptosis, diplopía y oftalmoplejía del ojo derecho. Se realiza RNM, evidencia engrosamiento de los músculos oculares, compatible con miositis orbitaria, perfil tiroideo normal. Recibe pulsos de metilprednisolona, y rituximab con resolución del cuadro, respuesta renal completa y mejoría de la función sistólica (FEVI 52 %). Caso 2: Paciente femenino de 23 años con diagnóstico LES en 2023, presentando al inicio compromiso cutáneo, articular, serosos y renal (NL clase V), FAN 1/2560 moteado fino, anti-DNA, RNP y Sm positivos. Recibe tratamiento con pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida durante 6 meses, mantenimiento con micofenolato, logrando respuesta



Imagen 1: Oftalmoplejia y ptosis en caso 1.

renal parcial. Evoluciona con cefalea, diplopía, ptosis de ojo izquierdo, oftalmoplejía, con pupila arrefléctica. Se realiza angio-TAC donde evidencia aneurisma sacular de la arteria comunicante posterior izquierda de 5 mm sin signos de complicación; concomitantemente, presenta actividad renal (proteinuria 2,45gr/24hs, NL Clase IV+V, IA 6/24, IC 5/12). Se realiza tratamiento con pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida con respuesta renal completa y mejoría de síntomas oculares. En control con RNM persiste aneurisma de 5 mm, por lo que se realiza clipaje preventivo del aneurisma y mantenimiento con azatioprina.



Imagen 2: Ptosis en caso 2.

Discusión: La oftalmoplejía y ptosis pueden deberse a múltiples etiologías. El primer paciente presentó miositis orbitaria, la cual está descrita en pacientes con LES y otras enfermedades autoinmunes. En los casos asociados a LES, el tratamiento inmunosupresor está indicado, los reportes informan buena respuesta a altas dosis de corticoides, azatioprina, micofenolato o rituximab. La segunda paciente presentó un aneurisma cerebral. Existe evidencia de mayor presencia de aneurismas en LES, los cuales tienen mayor riesgo de ruptura y pueden tener un crecimiento acelerado. Los hallazgos anatomopatológicos de los reportes evidencian una inflamación de la pared vascular, lo que sugiere que la actividad de la enfermedad podría mediar la formación o aumento de los aneurismas como parte de un fenómeno vasculítico. El tratamiento es quirúrgico en la mayoría de los casos.

Comentarios finales: Ambos pacientes presentaron como manifestación oftalmoplejía, siendo en el primer caso por miositis orbitaria y en el segundo debido a un aneurisma cerebral, esto resalta la variabilidad de la expresión clínica de los pacientes con LES y la importancia de plantear diagnósticos diferenciales para un tratamiento acorde y oportuno.

Compromiso neurológico subagudo en lupus eritematoso sistémico: un desafío diagnóstico

LES / SAF 0281

José Ignacio Puco Flores, Julieta Goldenberg, Diego Marino, Gustavo Medina

Hospital de Clínicas José de San Martín

Presentación del caso: Varón de 69 años con lupus eritematoso sistémico (LES) diagnosticado en 2020 por anemia hemolítica autoinmune recurrente, tratado con glucocorticoides, hidroxicloroquina, azatioprina y dos ciclos de rituximab, el último entre diciembre de 2025 y enero de 2026. Dos meses después inició cambios conductuales, deterioro cognitivo, desorientación, alucinaciones y crisis epilépticas focales con generalización bilateral. Presentaba escasa actividad sistémica (SLEDAI-2K: 2), complemento conservado, sin citopenias ni compromiso renal. La resonancia magnética (RM) cerebral mostró restricción cortical temporoparietooccipital y talámica derecha, edema vasogénico, microangiopatía, infartos lacunares, numerosos microsangrados crónicos y siderosis leptomeníngea. El líquido cefalorraquídeo (LCR) presentó hiperproteinorraquia sin pleocitosis significativa. La búsqueda microbiológica, autoinmune y paraneoplásica resultó negativa; la reacción en cadena de la polimerasa para poliomavirus JC (PCR-JC) fue negativa en dos oportunidades. Evolucionó con estatus epiléptico no convulsivo y deterioro neurológico persistente, falleciendo al día 43. La necropsia evidenció accidentes cerebrovasculares hemorrágicos multifocales en ambos lóbulos cerebelosos, ganglios basales derechos y región frontotemporal izquierda, sin hallazgos compatibles con infección por poliomavirus JC.

Discusión: Se consideraron lupus neuropsiquiátrico, síndrome antifosfolipídico, vasculopatía isquémica posiblemente tromboembólica, vasculopatía amiloide y leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) por virus JC. La exposición reciente a rituximab y la evolución subaguda motivaron especialmente la búsqueda de LMP; sin embargo, los hallazgos imagenológicos no eran típicos y las PCR-JC fueron reiteradamente negativas. La baja actividad sistémica del LES no permitió excluir por sí sola compromiso neuropsiquiátrico. Los microsangrados, la siderosis y los infartos lacunares jerarquizaron un mecanismo vascular. La necropsia no

evidenció LMP y demostró lesiones cerebrovasculares hemorrágicas multifocales, reorientando la interpretación del cuadro sin establecer un mecanismo etiológico único.

Comentarios finales: El compromiso neurológico subagudo en pacientes con LES inmunosuprimidos exige considerar causas inflamatorias, trombóticas, vasculares e infecciosas. Este caso destaca el riesgo de atribuir el cuadro a la enfermedad de base o a una infección oportunista por el contexto terapéutico. La integración de la evolución clínica, los hallazgos imagenológicos, el LCR, los estudios microbiológicos y la anatomía patológica permitió reorientar un escenario diagnóstico complejo hacia enfermedad cerebrovascular hemorrágica multifocal y resalta el valor de la necropsia para establecer el diagnóstico final.

Paniculitis refractaria: un enemigo bajo la piel

LES / SAF 0186

Pablo Nicolás Vece, José Manuel Díaz Ochoa, Emilce del Milagro García Núñez, Luciana González Lucero, Raúl Sueldo, Ana Lucía Barbaglia Navarro, María Constanza Bertolaccini, Verónica Bellomio

Hospital Ángel C. Padilla

Presentación del caso: Mujer de 42 años con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) en 2021, con compromiso hematológico, renal y neurológico, en tratamiento con micofenolato mofetil (MMF), hidroxicloroquina y glucocorticoides. En 2023 presentó múltiples intercurrencias infectológicas: dengue hemorrágico, colecistitis con infección del sitio quirúrgico posterior a colecistectomía y enfermedad pelviana inflamatoria que requirió múltiples esquemas antimicrobianos. En marzo de 2024 inició con lesión eritemato-violácea, dolorosa y caliente en región plantar derecha, se interpretó como infección de piel y partes blandas, con respuesta parcial a antibióticos. Presentó desde abril a diciembre de 2024 lesiones recurrentes de similares características en miembros superiores e inferiores, sin colecciones ni aislamiento microbiológico. Debido a la recurrencia, hipocomplementemia persistente y ausencia de evidencia infectológica, en febrero de 2025 se realizó biopsia cutánea que evidenció paniculitis necrotizante inespecífica con técnicas especiales negativas. Los estudios para micobacterias típicas y atípicas fueron negativos. Se interpretó como actividad de enfermedad y se aumentó dosis de MMF. En junio de 2025, por persistencia del cuadro, se amplió el estudio micológico, con serología positiva para *Histoplasma capsulatum,* confirmando diagnóstico de histoplasmosis sistémica. Recibió anfotericina B liposomal, con mejoría clínica.



Imagen 1: lesión eritemato-violácea en muñeca derecha.



Imagen 2: placas eritemato-violáceas distribuidas en miembro inferior derecho.

Discusión: La recurrencia de lesiones cutáneas, inicialmente interpretadas como infecciones bacterianas, con respuesta parcial a antibióticos y ausencia de aislamiento microbiológico, llevó posteriormente a considerar paniculitis lúpica y modificar inmunosupresión. Su progresión del cuadro y el hallazgo de paniculitis necrotizante inespecífica obligaron a reconsiderar el diagnóstico y ampliar el estudio a infecciones específicas. La identificación de *Histoplasma capsulatum* permitió establecer el origen infeccioso y explicar la evolución clínica.

Comentarios finales: En pacientes con LES con paniculitis de evolución atípica, respuesta incompleta al tratamiento o progresión pese a la inmunosupresión, resulta fundamental ampliar el diagnóstico diferencial e investigar etiologías infecciosas para instaurar tratamiento específico.

No todo ANA es lupus

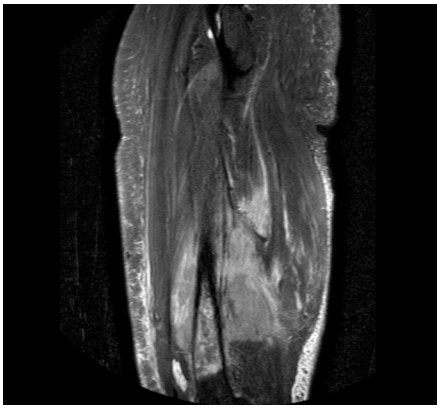
LES / SAF 0199

José Manuel Díaz Ochoa, Pablo Nicolás Vece, Emilce del Milagro García Núñez, Luciana González Lucero, Raúl Sueldo, María Constanza Bertolaccini, Ana Lucía Barbaglia Navarro, Verónica Bellomio

Hospital Ángel C. Padilla

Presentación del caso: Mujer de 61 años con antecedentes de HTA, DBT y cardiopatía isquémica, antecedentes familiares de primer grado con psoriasis. Consultó en marzo de 2024 por oligoartralgias (hombros y rodilla derecha con quiste de Baker), fatiga y poliserositis (derrame pericárdico, pleural y ascitis), pérdida de peso, con antecedentes de 2 semanas previas de infección por dengue. Presenta un laboratorio inmunológico con ANA 1/1280 (AC-4), resto de ENAs negativos, VSG 70mm, proteinuria de 700 mg en 24 h, leucocituria y hematuria. Se estudió el derrame pleural con biopsia que informó infiltrado inflamatorio inespecífico, ADA (adenosina desaminasa) negativo, ß2 microglobulina positiva. Se indicó prednisona 20 mg/día.





Discusión: Este caso representa un desafío diagnóstico dada la severidad de los síntomas, y la necesidad de realizar 3 estudios anatomopatológicos para llegar al diagnóstico. El ANA positivo se asocia como factor de mal pronóstico en paciente con LNH y en especial el tipo B de células grandes. Además, se pueden encontrar anti-DNA, hipocomplementemia y antifosfolípidos positivos. Las células B malignas producen inmunoglobulinas con características de autoanticuerpos, lo que reproduce el perfil serológico del LES. El LNH de células B puede activar vías inmunes similares a las del LES (BAFF, IL-6, IL-10), creando un fenotipo clínico-serológico superponible.

Comentarios finales: Se debe considerar el linfoma en pacientes que presentan características atípicas o resistencia al tratamiento convencional y considerar que cumplir criterios para una enfermedad no descarta otro diagnóstico posible.

Presentación inusual de tuberculosis diseminada (TBD) en paciente con lupus eritematoso sistémico (LES)

LES / SAF 0201

Martín Alberto Castillo, Juan Alejandro Albiero, Candelaria Audisio, Franco Darío Casenave, Florencia Castro, Juan Manuel Miranda Bazán, Cintia Otaduy, Facundo Ruffa, Verónica Savio, Carla Andrea Gobbi, Paula Alba

Hospital Córdoba

Presentación del caso: Varón de 35 años con diagnóstico de LES de 5 años de evolución con compromiso cutáneo y articular, medicado con hidroxicloroquina y azatioprina. Refiere disuria y polaquiuria de 8 meses de evolución, por lo cual recibió varios esquemas antimicrobianos en localidad de origen con persistencia de orina patológica y sintomatología urinaria. 3 semanas previo al ingreso hospitalario presenta fiebre de 39 ºC diaria de predominio vespertino asociado a síntomas generales, pérdida de peso de 10 kg en el último

mes y síntomas urinarios bajos. Laboratorio: GB: 3230 (NS 83), Hb: 10.6, Plaq: 198000, VSG: 72, Urea: 19, Creat:0.75, PCR: 8.18, GOT: 14, GPT: 4, GGT: 93, BT: 0.26, Procalcitonina: 0.11. Orina: Hb (+++), proteínas (++), leucocitos >100/campo, proteinuria: 1.44 gr/24h, hemocultivos para gérmenes comunes, hongos, micobacterias, BAAR y urocultivo con resultados negativos, serología para HIV, VHB y VHC y Chagas negativas; inmunología con C3 y C4 normales, anti-DNA 1/160, anti-Ro (+). Se realiza valoración por reumatología por sospecha de actividad de LES. Ecocardiograma con resultado negativo para endocarditis, tomografía de tórax, abdomen y pelvis con múltiples nódulos milimétricos centrolobililares en pulmones y vesículas seminales con cambios quísticos/poliquísticos, con formación quística adyacente a la próstata (Imagen 1) y RMN de pelvis con colección prostática posterior y en vesícula seminal derechas (Imagen 2). Finalmente, resultado de GeneXpert MTB/RIF de muestra de orina y colección periprostática con amplificación positiva de complejo *Mycobacterium tuberculosis* y por técnica MAS-PCR se identifica especie como *M. bovis*. Se diagnostica TBD con compromiso miliar pulmonar, urogenital y prostático e inicio tratamiento con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol con buena evolución.

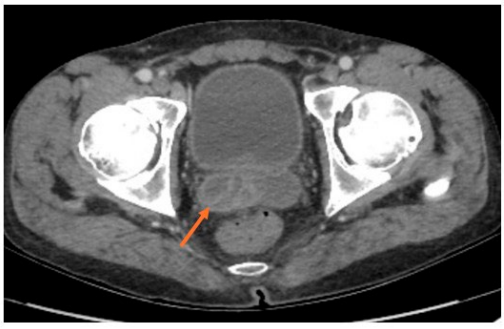


Imagen 1: TAC de pelvis con vesículas seminales con cambios quísticos (punta de flecha)

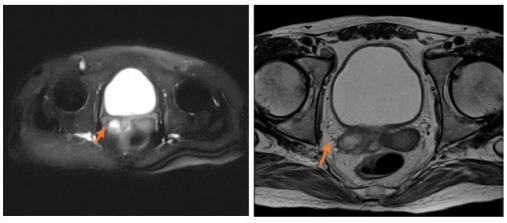


Imagen 2: RMN de Pelvis en T2 con y sin supresión grasa con vesícula seminal derecha con señal anormal

Discusión: La TBD es una rara forma de presentación de la enfermedad, que constituye entre el 2 y el 5 % de todos los casos. Debido al aumento en la frecuencia de esta enfermedad, el diagnóstico requiere de una alta sospecha clínica, ya que puede actuar como el gran simulador de la actividad de LES por compartir mecanismos inflamatorios con daño orgánico. Esta superposición clínica y analítica genera un enorme dilema, ya que confundir estas entidades puede llevar al uso erróneo de inmunosupresores con aumento de la morbimortalidad. La TBD con compromiso urogenital puede presentarse como un síndrome febril prolongado, con leucocituria persistente con urocultivos negativos y proteinuria de bajo rango que puede simular un brote renal de LES, como se pensó en nuestro paciente, y constituye un desafío diagnóstico porque sus manifestaciones clínicas se solapan por completo con la enfermedad de base.

Comentarios finales: La sospecha diagnóstica y el uso de pruebas específicas como el GeneXpert (PCR) en orina, esputo, o material de punción o tejido fue de vital importancia, ya que ofreció un diagnóstico con alta sensibilidad en poco tiempo para iniciar tratamiento específico. El aislamiento de *Mycobacterium bovis* es raro y se asocia con mayor frecuencia a manifestaciones extrapulmonares y el uso de inmunosupresores.

Artritis inflamatoria y lupus eritematoso sistémico posterior a Chikungunya: ¿secuela viral o desencadenante autoinmune?

LES / SAF 0203

Bárbara Pérez Cepas, Serena Wiñay Asirij Farfán Villanueva

Hospital General de Agudos Parmenio Piñero

Presentación del caso: Paciente de 43 años, sin antecedentes relevantes. Presentó infección por CHIKV confirmada mediante PCR en tiempo real. Es derivada por unidad febril de urgencia (UFU) por presentar artralgias simétricas, rigidez matinal y limitación funcional, con predominio en pequeñas articulaciones de las manos. Durante el seguimiento presentó alopecia difusa y fotosensibilidad con *rash* malar (ver Foto 1). Exámenes complementarios: leucopenia (3.190/mm^3), con hemoglobina y plaquetas normales. FAN 1:320, patrón nuclear homogéneo; anti-ADNdc, anti-Sm, ENA, factor reumatoide, anticardiolipinas, anti-ß2-glicoproteína I y anticoagulante lúpico negativos. VSG 34 mm/h, PCR 5 mg/L y C3-C4 disminuidos. La ecografía

musculoesquelética con Power Doppler evidenció sinovitis grado 2 en articulaciones interfalángicas proximales. La paciente cumplió criterios de clasificación EULAR/ACR 2019 para LES. Se indicó hidroxicloroquina y corticoides.



Discusión: La infección por virus Chikungunya (CHIKV) puede asociarse a manifestaciones musculoesqueléticas persistentes, incluyendo artritis inflamatoria crónica. Se han propuesto mecanismos de persistencia viral y activación inmunitaria sostenida. Asimismo, se han descrito enfermedades autoinmunes posteriores a la infección. Presentamos un caso de artritis inflamatoria persistente y posterior aparición de manifestaciones compatibles con lupus eritematoso sistémico (LES) tras infección confirmada por CHIKV.

Comentarios finales: La infección por CHIKV precedió temporalmente a la aparición de artritis inflamatoria y manifestaciones clínicas e inmunológicas compatibles con LES. La secuencia temporal plantea la hipótesis de un posible rol de CHIKV como desencadenante de autoinmunidad en pacientes susceptibles. Sin embargo, este caso no permite establecer causalidad ni descartar una predisposición autoinmune previa. Se requiere mayor evidencia científica para determinar la existencia y magnitud de una posible asociación entre infección por CHIKV y desarrollo de LES, así como los mecanismos inmunopatogénicos involucrados.

Cuando el pulmón precede al músculo

Miopatías Inflamatorias 0273

Rocío Fernanda Nazha Segui, Jorge González, María Laura Goñi, Oscar Gaspar Rodríguez, Cristian Lara, Eduardo Mussano, Isaac Cadile, Laura Onetti

Hospital Nacional de Clínicas

Presentación del caso: Varón de 60 años, administrativo, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, HTA y arritmia con internación en junio de 2025 por insuficiencia respiratoria secundaria a neumopatía intersticial, con requerimiento de oxigenoterapia. Consultó en enero de 2026 por tos productiva, disnea clase funcional II, xerostomía y calambres. Al examen físico presentaba crepitantes bibasales tipo "Velcro" y fuerza muscular conservada. El laboratorio evidenció FAN positivo patrón AC 4,19,8,9 y 10 (Tabla 1), espirometría con patrón restrictivo moderado, ecocardiograma sin hallazgos relevantes y TC de tórax con patrón compatible con neumonía intersticial inespecífica y adenopatías mediastinales múltiples. La biopsia de glándulas salivales fue negativa para la enfermedad de Sjögren. En marzo progresa a disnea clase funcional III, astenia, parestesias y exacerbación del síndrome sicca. Al examen físico presentó lesiones compatibles con pápulas de Gottron y manos de mecánico, manteniendo fuerza muscular conservada. El nuevo laboratorio inmunológico mostró anti-Ro52, anti-Ro60 y anti-PL7 positivos, con CPK levemente elevada (Tabla 1). Con la integración clínica, imagenológica e inmunológica se diagnosticó síndrome antisintetasa anti-PL7 positivo con enfermedad pulmonar intersticial y mínima expresión muscular. Se inició micofenolato mofetilo 1 g cada 12 h, sin respuesta. Ante la progresión respiratoria, se realizó una nueva TC de tórax que evidenció opacidades en vidrio esmeri-

Tabla 1. Hallazgos de laboratorio durante la evolución clínica

Laboratorio aportado en la primera consulta	
Determinación	**Resultado**
Hemoglobina	15,2 gr/dl
Hematócrito	46 %
Glóbulos blancos	9.100/mm³
Plaquetas	214.000/mm³
Glucemia	**132 mg/dL**
Creatinina	0,8 mg/dL
Uremia	52 mg/dL
Hepatograma	GOT 21 U/L; GPT 21 U/L; FAL 82 U/L; bilirrubina total 0,73 mg/dL
TSH	0,82 UI/L/ml
T4 libre	1,37 ng/dL
VSG	**55 mm/h**
PCR	**48 mg/L**
Orina	Cilindros mixtos
FAN	**1/320, patrón AC-4**
FAN, segunda determinación	**1/160, patrón citoplasmático AC-19 y AC-8/9/10**
Factor reumatoideo	18 UI/mL
Anti-CCP	0,5 UI/mL
Anti-Ro	**19,7 UI/mL; positivo**
Perfil inmunológico	Anti-La, anti-Sm, anti-RNP, anti-DNA, ANCA-C y ANCA-P negativos
Complemento	C3 170 mg/dL; C4 28 mg/dL
Estudios ampliados durante la evolución	
CPK	**215 U/L**
Serologías virales	Negativas
PPD	**10 mm**
PCR para complejo Mycobacterium tuberculosis en esputo	No detectable
Anti-Ro52	**109,8 CU**
Anti-Ro60	**23,3 CU**
Anti-PL7	**Positivo débil**

lado y engrosamiento de septos intersticiales con nódulos subpleurales (Figura 1). Ante la mala evolución respiratoria, se decidió su internación para realización de pulsos de metilprednisolona 500 mg/día durante 3 días, y rituximab 1g, continuando luego con micofenolato mofetilo 2 g/día, descenso progresivo de glucocorticoides y completando esquema terapéutico de rituximab. Continuó con oxigenoterapia ambulatoria a demanda. El paciente evolucionó favorablemente, con mejoría de la astenia, disnea y lesiones cutáneas.

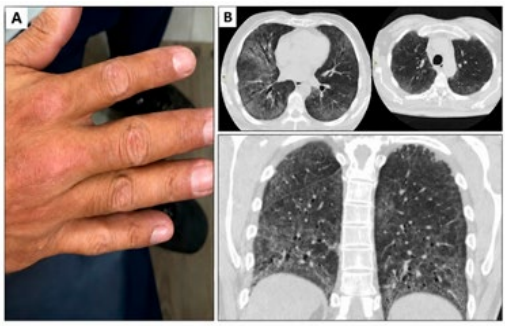


Figura 1. Manifestaciones cutáneas y pulmonares. **A)** Lesiones papulosas eritematodescamativas sobre articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales, compatibles con pápulas de Gottron, e hiperqueratosis palmar compatible con manos de mecánico. **B)** TC de tórax realizada durante la progresión respiratoria: opacidades en vidrio esmerilado con engrosamiento de septos intersticiales y nódulos subpleurales.

Discusión: La enfermedad pulmonar intersticial puede preceder al compromiso muscular en pacientes que padecen síndrome antisintetasa. En este caso, la fuerza muscular conservada y la mínima elevación de CPK dificultaron el reconocimiento inicial. La aparición de manos de mecánico y lesiones compatibles con pápulas de Gottron orientó hacia una miopatía inflamatoria.

Comentarios finales: La enfermedad pulmonar intersticial puede constituir la manifestación dominante del síndrome antisintetasa. Su reconocimiento temprano, especialmente ante hallazgos clínicos sugestivos, permite definir el fenotipo y orientar una estrategia terapéutica oportuna.

Enfermedad pulmonar intersticial como manifestación inicial de síndrome antisintetasa: reporte de un caso

Miopatías Inflamatorias 0214

Simón Escandar[1], Natalia Raimondo[1], Malvina Goñi[2], Aníbal Bermúdez[3], Carmen Funes[3]

1. LACE Laboratorios; 2. Conci Carpinella; 3. Hospital Italiano de Córdoba

Presentación del caso: Hombre de 53 años, con sobrepeso, HTA, apneas obstructivas del sueño bajo tratamiento en CPAP, Raynaud invernal y tabaquismo, que consultó al servicio de neumonología por astenia y rigidez matinal bilateral de ambas manos con impotencia funcional, de 3 meses de evolución. Al examen: saturación 96 % (aire ambiente), crepitantes velcro basales bilaterales de reciente aparición y pápulas de Gottron en codos, sin debilidad muscular ni síntomas sicca. Laboratorio inicial: ANA positivo, título 1/80 con patrón citoplasmático granular fino denso (AC-19), PCR y FR levemente elevados, CPK normal. Ecocardiograma normal. Espirometría con patrón restrictivo moderado, caída de CVF del 40 % (1,72 L) respecto de un estudio 2 años previos. Test de marcha de 6 minutos sin desaturación significativa. TAC de tórax: vidrio esmerilado subpleural bibasal, lóbulo medio y língula, sin panal de abeja, compatible con neumonía intersticial no específica (NSIP) no fibrosante. Panel ampliado de miositis: anticuerpo anti-EJ y anti-Ro52/TRIM21 positivos. Se interpretó como enfermedad pulmonar intersticial (EPI) asociada a síndrome antisintetasa (SAS) y se inició tratamiento con micofenolato mofetilo 1,5 g/día con mejoría clínica inicial.

Discusión: El SAS se define por la presencia de anticuerpos antiaminoacil-ARNt sintetasa con al menos una manifestación de la tríada: miositis-artritis-EPI, aunque pueden aparecer otras características típicas, como fiebre, Raynaud y manos de mecánico/pies de excursionista. Los anticuerpos anti-EJ representan menos del 5 % y, a diferencia de anti-Jo-1, se asocian predominantemente a EPI (73-84 %), con baja prevalencia de miositis. La positividad concomitante con anti-Ro52/TRIM21 se vincula a formas de EPI más graves. El proyecto CLASS (EULAR/ACR), en una cohorte internacional de SAS y controles, mostró que el compromiso pulmonar es la variable más fuertemente asociada al diagnóstico, por encima del muscular, y que EMG/RMN/biopsia muscular compatibles con miopatía no diferencian al SAS de otros subgrupos de miopatías inflamatorias idiopáticas.

Comentarios finales: Este caso remarca la importancia de sospechar SAS ante EPI de causa incierta, aun sin miopatía clínica ni manifestaciones cutáneas típicas, y solicitar panel extendido de anticuerpos de miositis. El reconocimiento temprano permite instaurar inmunosupresión oportuna y estabilizar la función pulmonar.

Síndrome antisintetasa incompleto en una paciente con antecedente de hepatitis autoinmune: respuesta disociada a rituximab

Miopatías Inflamatorias 0077

Cecilia Alejandra Costa, Javier Cavallasca, Lucía Chiarvetti, Francisco Alberto Astorino

CEMAFE

Presentación del caso: Introducción: La coexistencia de enfermedad hepática autoinmune y miopatías inflamatorias idiopáticas es infrecuente y desafiante en la práctica reumatológica. El síndrome antisintetasa (SAS) puede presentarse de forma incompleta, requiriendo una alta sospecha clínica y un perfil de autoanticuerpos extendido para su diagnóstico. Ante la complejidad del cuadro y la presentación incompleta, la aplicación de los nuevos criterios de clasificación para el síndrome antisintetasa (SAS) publicados en 2025 nos permitió clasificar formalmente a la paciente dentro del espectro de esta miopatía inflamatoria idiopática, reorientando el enfoque diagnóstico y terapéutico. Caso clínico: Paciente femenina de 16 años con antecedente de hepatitis autoinmune (HAI) asociada a colangitis esclerosante diagnosticada a los 4 años de edad, en tratamiento con micofenolato mofetil 2 g/día, ácido ursodexosicólico 600 mg/día y prednisona 20 mg/día. A los 11 años de edad, presentó elevación persistente de CPK (entre 1800 y 3200) con dolor y debilidad muscular; fue valorada por reumatología pediátrica: la biopsia muscular (precedida por dosis altas de corticoides) y los anticuerpos para miositis fueron negativos. En enero de 2025 consultó en reumatología por fiebre sin foco evidente, debilidad muscular progresiva e incapacitante (ingreso en silla de ruedas), sin síntomas respiratorios. Al examen físico: compromiso del estado general, fiebre, hipotensión, taquicardia, dolor generalizado incapacitante, lesiones cutáneas costrosas en miembros inferiores, sin fenómeno de Raynaud. Laboratorio: Hb 10,1 g/dL, Hto 31.2 % (VCM 76 fl, HCM 24 pg), CPK 3408 U/L, GOT 770, GPT 565, FAL 993, PCR 35 mg/L, hipergammaglobulinemia marcada, FR (+) 259 U/ml, FAN 1/80 (patrón moteado y citoplasmático). TACAR normal. Espirometría normal: FVC 83 % FEV1 73 % FEV1/FCV 88 %. Evolucionó con poliartritis de pequeñas articulaciones. El panel de miositis evidenció positividad para anti-Ro52 y anti-PL-12 (débil). Secuenciación completa del exoma y del ADN mitocondrial por NGS y análisis de CNVs: negativo. Estudios metabólicos: ácidos orgánicos normales y acilcarnitina normal. La RMN de muslos mostró signos compatibles con miositis (hiperintensidad en STIR). Ante la persistencia de actividad inflamatoria y poliartritis de pequeñas articulaciones, se administró rituximab 2 g/semestrales, logrando resolución de la artritis, recuperación de la fuerza muscular y normalización de enzimas musculares. Posteriormente, durante el descenso de glucocorticoides, presentó reactivación de la HAI (elevación notable de transaminasas sin elevación de CPK ni síntomas articulares/musculares), requiriendo reincorporación de esteroides en dosis altas, con buena respuesta.

Discusión: Este caso muestra la complejidad diagnóstica de la miopatía inflamatoria en el contexto de una autoinmunidad preexistente, donde la elevación de CPK sin anticuerpos específicos hizo pensar en otras patologías neuromusculares, metabólicas, y no en un SAS. La incorporación de los nuevos criterios de clasificación de 2025 para el síndrome antisintetasa resultó determinante para poder clasificar a esta paciente. Se destaca la respuesta disociada al rituximab: control completo del compromiso muscular y articular, con persistencia de la actividad hepática al descenso de esteroides, evidenciando la diferente vía patogénica de ambas condiciones.

Síndrome antisintetasa y escleromiositis con triple positividad anti-PL7, anti-Ku y anti-PM/Scl

Miopatías Inflamatorias 0065

Roselym Milagros Olivar Tazzo, María Pía Izaguirre Germain, Marina Micelli, Fabiana Montoya, Eduardo Kerzberg

Hospital General de Agudos Ramos Mejía

Presentación del caso: Mujer de 29 años, sin antecedentes previos, inició en 2022 con artritis simétrica de pequeñas articulaciones de las manos y fenómeno de Raynaud. Fue tratada inicialmente como artritis seronegativa con glucocorticoides y leflunomida, con respuesta parcial y recaídas. Durante su embarazo en 2024 permaneció estable con hidroxicloroquina. Cinco meses después del parto presentó debilidad muscular proximal progresiva, disfagia, síndrome de cabeza caída y pérdida ponderal de 10 kg. Permaneció aproximadamente un año sin diagnóstico definitivo, con progresión clínica hasta desarrollar disnea y disfonía, lo que motivó su internación. Al examen físico presentó debilidad proximal, pápulas de Gottron y manos de mecánico. Evolucionó con insuficiencia ventilatoria secundaria al compromiso muscular requiriendo ventilación mecánica. Los estudios mostraron elevación de CPK (1108 U/L). La capilaroscopía evidenció patrón esclerodermiforme activo y el electromiograma, patrón miopático. La tomografía computada de alta resolución no mostró enfermedad pulmonar intersticial. Factor reumatoide y anti-CCP fueron negativos. El panel de anticuerpos asociados y específicos identificó anti-PL7, anti-Ku y anti-PM/Scl positivos. La biopsia muscular confirmó una miopatía inflamatoria. Se estableció diagnóstico de síndrome antisintetasa con fenotipo de superposición miositis-esclerosis sistémica (escleromiositis). Recibió metilprednisolona, inmunoglobulina intravenosa, rituximab y metotrexato, con mejoría clínica y recuperación progresiva de la fuerza y la marcha.

Discusión: Este caso evidencia la dificultad diagnóstica del síndrome antisintetasa cuando la artritis precede a las manifestaciones musculares, pudiendo simular una artritis reumatoide seronegativa y retrasar el diagnóstico. La coexistencia de anti-PL7, anti-Ku y anti-PM/Scl constituye una asociación excepcional, con características de superposición entre síndrome antisintetasa y escleromiositis. A pesar del riesgo de compromiso pulmonar asociado al perfil serológico, la insuficiencia ventilatoria se atribuyó a debilidad de la musculatura respiratoria, sin evidencia de enfermedad intersticial. El período posparto pudo haber contribuido a la progresión clínica, aunque no puede establecerse causalidad.

Comentarios finales: Las miopatías inflamatorias pueden presentar fases iniciales predominantemente articulares, por lo que la aparición de debilidad proximal o manifestaciones cutáneas debe motivar una reevaluación diagnóstica. La evaluación de paneles de autoanticuerpos asociados y específicos pueden identificar fenotipos de superposición infrecuentes y orientar el seguimiento y tratamiento. Incluso ante una enfermedad avanzada y compromiso respiratorio grave, el tratamiento inmunosupresor intensivo y el abordaje multidisciplinario pueden asociarse con una recuperación funcional significativa.

Más allá de la miositis: distrofia muscular de cinturas como diagnóstico diferencial de hiperCKemia persistente

Miopatías Inflamatorias 0051

Marianela Nicola, Lucía Vago, Lucas Jorge Londero, Nahuel Blando, Ivana Santolaya, Guillermina Moine, Keila Klaus Mac Kellar, María Gimena Rau, Lucía Mercé, Ariana Basso, Carolina Detorre, Carolina Gallo, Lucía Cichillitti, Franco Lucci, Brian Marcelo Abdala, Dianela Carbone, María Florencia Martínez, Nadia Cuadranti, María Noel Cortese, Mariano Palatnik, Juan Pablo Ruffino, Marcelo Abdala

Hospital Centenario

Presentación del caso: Mujer de 46 años derivada a Reumatología por sospecha de miopatía inflamatoria, con antecedente de 20 años de debilidad muscular proximal progresiva, inicialmente en miembros superiores y posteriormente en cintura pelviana, con empeoramiento reciente y aparición de mialgias. Presentaba hiperCKemia persistente (511-1021 U/L), reactantes de fase aguda normales, panel autoinmune y anticuerpos específicos para miositis negativos. La electromiografía mostró un patrón miopático y la resonancia magnética muscular evidenció atrofia muscular sin edema. Ante la ausencia de hallazgos compatibles con inflamación activa, se profundizó el interrogatorio, identificándose antecedentes familiares de compromiso muscular, lo que orientó hacia una etiología hereditaria. La secuenciación genética mediante Next-Generation Sequencing (NGS) detectó dos variantes patogénicas en CAPN3, compatibles con distrofia muscular de cinturas de herencia autosómica dominante, descartándose una miopatía inflamatoria.

Discusión: Las distrofias musculares de cinturas constituyen un importante diagnóstico diferencial de las miopatías inflamatorias, especialmente en pacientes con debilidad muscular proximal e hiperCKemia per-

sistente. La evolución lentamente progresiva, la ausencia de manifestaciones sistémicas, los reactantes de fase aguda normales, la negatividad de los autoanticuerpos y la falta de edema muscular en la resonancia fueron elementos que hicieron menos probable una etiología inflamatoria. En este contexto, el antecedente familiar y la confirmación molecular permitieron establecer el diagnóstico definitivo.

Comentarios finales: Este caso destaca la importancia de reevaluar el diagnóstico inicial cuando la evolución clínica o los estudios complementarios no son concordantes. La ausencia de datos objetivos de inflamación, junto con el antecedente familiar y los estudios complementarios permitieron arribar al diagnóstico correcto, evitando tratamientos inmunosupresores innecesarios.

Miopatía inflamatoria inmunomediada asociada a cáncer vs. efecto adverso relacionado a la inmunoterapia: un desafío diagnóstico

Miopatías Inflamatorias 0033

María Florencia Gordillo, María Agostina Gatica, Noé Pérez Vitaliti, María Virginia Carletti

Hospital A. Scaravelli

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino de 56 años de edad, con antecedentes de obesidad grado 1, hipotiroidismo, HTA esencial, y cáncer de mama pobremente diferenciado triple negativo de diagnóstico en 2024. Realizó tratamiento quirúrgico y posteriormente quimioterapia (ciclofosfamida + doxorrubicina). Cumplió 3 ciclos, y por progresión de enfermedad, se decidió reintervención quirúrgica y cambio de esquema de quimioterapia a paclitaxel + pembrolizumab. Posterior a 2 infusiones de pembrolizumab, la paciente presentó lesiones cutáneas por lo que es evaluada por dermatología (octubre 2025), quienes evidencian lesiones vesiculosas y pústulas en pliegues y zonas de roce de brazos y muslos, que asientan sobre base eritematosa, interpretándose como toxicidad cutánea secundaria a pembrolizumab. Se indicó corticoide en dosis intermedia (0.5-0.6 mg/kg/día) asociado a antibiótico tópico, y posteriormente dosis decreciente de esteroides (hasta 10 mg/día de meprednisona) asociada a curaciones locales. Ingreso a internación en noviembre de 2025 por mialgias a predominio de cinturas escapular y pelviana asociado a debilidad y aumento de enzimas musculares. Al ingreso se realizaron pulsos de metilprednisolona, con mejoría de la fuerza muscular. Por presentar disfagia constatada por fonoaudiología, se solicitó infusión de inmunoglobulinas (2g/día/dosis total). Se solicitaron estudios complementarios: panel de anticuerpos musculares: resultando negativo (anti-SRP, anti-Ku, anti-Mi-2, anti-PL-7, anti-PL-12, anti-PM-Scl100 y anti-Jo-1); resonancia magnética de cinturas escapulares que evidenció edema muscular generalizado, y TAC de tórax para *screening* de EPID: negativa. Posterior a las infusiones presentó mejoría de la fuerza muscular y descenso de CPK, se decidió externación e inicio de metotrexato como ahorrador de esteroides.

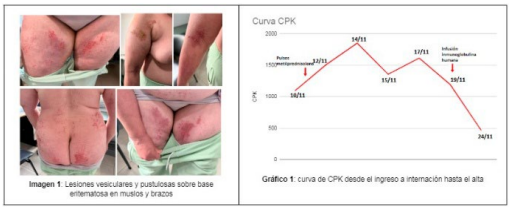


Imagen 1: Lesiones vesiculares y pustulosas sobre base eritematosa en muslos y brazos

Gráfico 1: curva de CPK desde el ingreso a internación hasta el alta

Discusión: El uso de inhibidores de puntos de control inmunitario (ICI) ha transformado el tratamiento del cáncer avanzado, pero su capacidad para potenciar la respuesta inmunitaria conlleva efectos adversos relacionados con la inmunidad (irAE). Entre estos, la dermatomiositis (DM) y la miositis representan complicaciones raras, pero potencialmente fatales. Los datos sugieren que el inicio de estas afecciones suele ocurrir en un promedio de 4 semanas tras comenzar el tratamiento. Los eventos adversos musculoesqueléticos ocurren en aproximadamente el 2.3 % al 6.6 % de los pacientes tratados con ICI. Existen dos fenotipos principales: la aparición *de novo* de un ataque inmunitario (irAE puro) y el desenmascaramiento de una autoinmunidad latente o preexistente, que vincula la autoinmunidad inducida por el tumor con la activación clínica disparada por los ICI. La mortalidad en estos pacientes está impulsada principalmente por complicaciones graves como la miocarditis y la parálisis de los músculos respiratorios (especialmente en terapias combinadas de anti-PD-1 y anti-CTLA-4). El segundo fenotipo descrito es por progresión de enfermedades autoinmunes preexistentes o latentes, que ocurre cuando los ICI activan una autoinmunidad ya presente pero clínicamente silente.

Comentarios finales: La paciente comentada fue de gran complejidad diagnóstica y terapéutica. Se plantearon ambos diagnósticos diferenciales por lo descrito en la literatura, y por la importancia pronóstica. A pesar de la dificultad al acceso de los anticuerpos contra TIF-1 gamma y NXP2, se interpretó como miopatía inflamatoria secundaria a efecto adverso de la inmunoterapia, ya que hubo mejoría clínica posterior a la suspensión del pembrolizumab, en contexto de su enfermedad neoplásica con progresión. La paciente recibió tratamiento acorde a sus síntomas y gravedad clínica, y tuvo mejoría clínica y de marcadores de daño muscular.

Síndrome de VEXAS: la intersección entre autoinflamación y mielodisplasia. Lecciones de un caso clínico

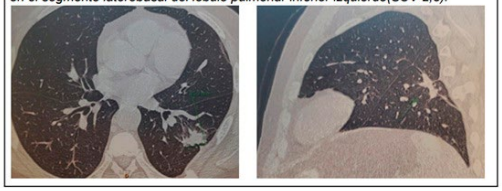
Misceláneas 0024

Delfina Borgobello[1], María Aline Stessens[2], Juan Pablo López[2], Víctor Daniel Caputo[1], Gustavo Christian Casado[1], Gelsomina Alle[1]

1. Hospital Militar Central; 2. Hospital Militar Regional Paraná

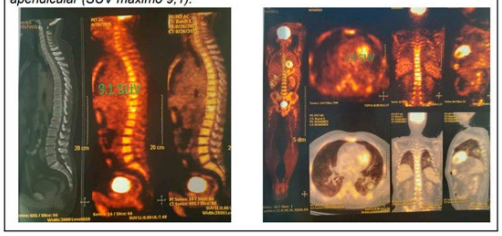
Presentación del caso: Varón de 55 años, con antecedente de trombosis venosa superficial, que ingresó a internación en el año 2021 por síndrome constitucional de cinco meses de evolución asociado a sacroileítis inflamatoria. El laboratorio evidenció anemia macrocítica, leucopenia y marcada elevación de reactantes de fase aguda. El PET-TC mostró incremento metabólico difuso de la médula ósea y una lesión pulmonar pseudonodular. Se descartaron etiologías infecciosas, neoplásicas y autoinmunes clásicas. La punción de médula ósea mostró vacuolas en precursores mieloides sin criterios de neoplasia. La secuenciación exómica confirmó la variante UBA1 p.Met41Val, estableciéndose el diagnóstico de síndrome de VEXAS. A su vez se detectó una variante en el gen DNMT3A. El paciente recibió meprednisona con buena respuesta inicial, seguida de tocilizumab y posteriormente tofacitinib por refractariedad y efectos adversos corticoideos, presentando además trombosis venosa central retiniana bilateral con perfil antifosfolípido positivo. Ante la progresión a síndrome mielodisplásico refractario con requerimiento transfusional permanente, en el año 2025 se realizó trasplante alogénico de médula ósea a los 24 meses del diagnóstico, falleciendo semanas después por *shock* séptico.

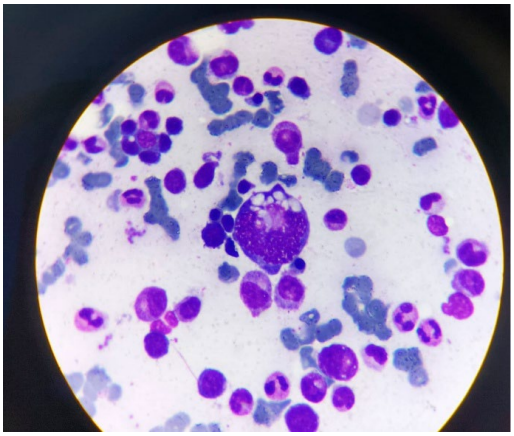
Figura 1. *Imagen pseudonodular de 26,9 mm de contornos irregulares localizada en el segmento laterobasal del lóbulo pulmonar inferior izquierdo(SUV 2,8).*



Como otros hallazgos el PET-TC mostraba incremento metabólico difuso de la médula ósea del esqueleto axial y apendicular (SUV máximo 9,1),de aspecto reactivo (Figura 2).

Figura 2: *Incremento metabólico difuso de la médula ósea del esqueleto axial y apendicular (SUV máximo 9,1).*





Discusión: Este caso ilustra la agresividad descrita para la variante p.Met41Val asociado a mayor progresión a síndrome mielodisplásico y menor sobrevida, así como una manifestación infrecuente —la sacroileítis— dentro del amplio espectro clínico del síndrome. En cuanto al gen DNMT3A es uno de los genes más frecuentemente mutados en hematopoyesis clonal relacionada con la edad, incrementando el riesgo de neoplasias hematológica. La refractariedad a inmunosupresores biológicos convencionales (anti-IL6, JAK-inhibidores) y la evolución fatal postrasplante remarcan las limitaciones terapéuticas actuales y la elevada morbimortalidad asociada a la única opción curativa disponible.

Comentarios finales: El síndrome de VEXAS requiere alto índice de sospecha ante varones con inflamación sistémica y compromiso hematológico, incluso frente a presentaciones atípicas. La correlación genotipo-fenotipo constituye una herramienta pronóstica clave para orientar decisiones terapéuticas, incluyendo la indicación precoz de trasplante alogénico en variantes de mal pronóstico.

Enfermedad de Vilanova-Pignol / paniculitis eritematosa nodular subcutánea migratoria ¿rara o subdiagnosticada?

Misceláneas 0058

Mercedes de la Sota

IREL





Presentación del caso: CM, 47 años, perimenopáusica. Anticonceptivos orales desde los 14 a los 46 años, fumadora, hipotiroidea, BMI: 22.5, bipolar, COVID-19 en 2021. Primera consulta en IREL (9/4/26): Viene con diagnóstico de otros colegas de AR/fibromialgia, por lo cual recibe altas dosis de GC, MTX y DAINE. Los estudios anteriores no son concluyentes para estas patologías, no se pudieron completar nuevos. Al momento del examen ella refiere más de 5 años de evolución, presenta una tumefacción en forma de placa de más de 20 cm, con nódulos perceptibles al tacto, rojizos tenues, indolora, migratriz, de periodos prolongados de duración, a nivel de pantorrilla derecha y en tobillo derecho un nódulo notorio, doloroso por ruptura del tendón de Aquiles y con el uso de bota, lo cual le dificultaba la marcha, y, además, dishidrosis plantares importante. También presentaba un nódulo en metacarpo falange del 2do y 3er dedo con las articulaciones libres. Sumado artralgias, estados febriles intermitentes, escalofríos, pequeños forúnculos diseminados en glúteos, cara, pantorrillas y rodillas. Laboratorio (19/2/26): látex 256 UI/ml, FAN (-), leucocitosis 15.5 mil/mm, neutrofilia 75 %, linfopenia 17 %, eritro 25mm, PCR (-), VD 78 ng/ml (posible sobredosis). Los análisis anteriores presentados al momento de la consulta eran negativos, tanto la PCR como la eritro. RX de manos SP. Se solicitan rutina, ecografía Power Doppler color de las zonas comprometidas, se evidencia una franca paniculitis en pierna derecha, serología que permite planificar vacunación, cultivo micobacteriano naso-buco-faringe-anal-vaginal. De lo solicitado, dio positivo *Staphylococus aureus* en narinas, por lo cual se deriva a infectología urgente por aumento de los forúnculos y se suspende GC/IS. No pudo completar los estudios, ya que fue internada por un brote psicótico durante 30 días, se mantuvo suspensión de drogas, solo quedó con medicación psiquiátrica, reposo y DAINE; hubo una buena evolución, persistiendo los forúnculos. Por lo tanto, cumple con las características de la enfermedad de Vilanova-Pignol: 1) Eritro y PCR negativa (solo positiva en el 25 % de los casos); 2) Paniculitis migratoria eritematosa subcutánea; 3) Antecedentes de anticonceptivos de largo plazo; 4) Rango etario: entre 20 a 45 años, mujeres fértiles y hombres, predominio sexo femenino, no se ha descripto en niños ni en púberes; 5) Predominio unilateral de miembros inferiores; 6) Controlar la noxa; 7) Tratamiento: DAINE, reposo, compresas frías. NO IS/GC. ATB si es necesario. 8) Biopsia a cielo abierto (no se realizó en este caso).

Discusión: La pregunta principal que aborda esta presentación es si esta enfermedad se tiene en mente a la hora de diagnosticar, o quedó en el olvido. Por lo tanto, vale preguntarnos si es tan infrecuente. Es necesario diferenciarla del eritema nodoso clásico y de su variante paniculitis eritematosa nodosa migrans a la cual algunos autores la presentan como sinónimo de la enfermedad de Vilanova Pignol. Hay diferencia en la histología, la magnitud de las placas y tiempos de respuesta a tratamientos. Mientras más tarde se arribe al diagnóstico y al tratamiento correcto, más aumentarán las recidivas y mayor será la dificultad para frenar la enfermedad.

Comentarios finales: 1) Sugiero que es muy importante escuchar los datos que aporta el paciente y un examen clínico exhaustivo, para llegar a un diagnóstico temprano, ya que la recidiva se vuelve más recurrente cuando la enfermedad se encuentra en periodos tardíos. 2) Es importarte, a la hora del examen clínico, no centrarnos en las articulaciones, sino también la palpación en partes blandas y evitar IS/GC. 3) Alertas de tumefacciones o hinchazones migratorias intermitentes.

Conocer para reconocer: policondritis recidivante con afección en piel

Misceláneas 0060

María Cecilia Avatte, Roberto Diego Movia, Alejandra Luján Rabuffetti, Georgina Krulewietki, Lorena Inés Costas, Araceli Aranda

Hospital Interzonal de Agudos HIGA Evita de Lanús

Presentación del caso: Paciente femenina de 36 años que presenta lesiones tipo placas eritemato-costrosas anulares en dorso, pabellón auricular izquierdo, puente nasal, cejas y cuero cabelludo, asociado a fiebre y poliartralgias de 2 meses de evolución. Realiza tratamiento antibiótico con dos esquemas por sospecha de infección de partes blandas/celulitis, sin mejoría del cuadro. Adenopatías laterocervicales izquierdas dolorosas, no móviles, no adheridas a planos profundos (biopsia: tejido fibroconectivo muscular y adiposo con marcados cambios degenerativos, no concluyente). En el último mes, las lesiones del pabellón auricular aumentaron de tamaño, se tornaron coraliformes, dolorosas, respetando lóbulo de la oreja. Se realiza biopsia de lesión del dorso: dermatitis de interfase liquenoide y perivascular vinculable a eritema anular variante superficial. Con el hallazgo de condritis auricular con respeto del lóbulo, sumado a la clínica sistémica y los hallazgos histológicos, se diagnosticó policondritis recidivante con compromiso cutáneo. Se instala tratamiento corticoide a dosis de 1mg/kg respondiendo favorablemente al mismo, borrando las lesiones *ad integrum* y desaparecen los síntomas constitucionales.





Discusión: El respeto del lóbulo auricular —estructura desprovista de cartílago— constituye un signo clínico de alto valor semiológico para distinguir la condritis auricular de un proceso infeccioso de partes blandas, y debería alertar al profesional ante lesiones auriculares dolorosas que no responden a antibioticoterapia.

Comentarios finales: Este caso resalta la importancia de reconocer el eritema anular variante superficial como posible manifestación cutánea de policondritis recidivante y remarca el valor del examen clínico dirigido —particularmente el respeto del lóbulo auricular— para diferenciar la condritis de cuadros infecciosos como la celulitis, evitando retrasos diagnósticos y terapéuticos, las secuelas físicas y las repercusiones de la enfermedad en órganos nobles.

Síndrome de Schnitzler variante IgG λ: un desafío diagnóstico

Misceláneas 0114

Julieta Car, **Natali Soledad Caballero**, Marina Micelli, Fabiana Montoya, María Pía Izaguirre Germain, Eduardo Kerzberg

Hospital General de Agudos Ramos Mejía

Presentación del caso: Mujer de 39 años con antecedentes de HTA, que consultó por episodios recurrentes de fiebre de hasta 39 °C, de dos a cuatro días de duración, asociados a lesiones urticariformes en miembros y abdomen (Figura A). Con el tiempo, los episodios aumentaron en frecuencia, llegando a presentarse aproximadamente uno por mes, con persistencia de las lesiones cutáneas de hasta 14 días. El cuadro se acompañaba esporádicamente de artralgias y mialgias. Como hallazgos en los estudios, presentó leucocitosis persistente con neutrofilia y elevación sostenida de los reactantes de fase aguda, con valores de eritrosedimentación superiores a 80 mm/h, y ferritina discretamente elevada (372 ng/mL). En múltiples determinaciones se evidenció una gammapatía monoclonal IgG lambda; la inmunofijación urinaria, biopsia de médula ósea y citometría de flujo descartaron enfermedad hematológica. Además, presentó elevación persistente de fosfatasa alcalina, con valores de hasta 640 U/L, y transaminasas hasta dos veces el límite superior de la normalidad. Los autoanticuerpos hepáticos fueron negativos y la biopsia hepática no fue compatible con hepatitis autoinmune. En los estudios por imágenes se evidenció hepatoesplenomegalia y múltiples adenopatías. PET/TC y biopsia ganglionar descartaron infecciones, sarcoidosis y enfermedades oncohematológicas. Los autoanticuerpos FAN, DNA, factor reumatoide (FR), ANCA e IgG4 fueron negativos. Las biopsias cutáneas evidenciaron dermatosis urticariana neutrofílica crónica, sin vasculitis. Tras descartar etiologías infecciosas, autoinmunes, vasculíticas y oncohematológicas, se estableció el diagnóstico de síndrome de Schnitzler, variante IgG, de acuerdo con los criterios de Estrasburgo (Tabla 1). La paciente recibió tratamiento con colchicina, con respuesta parcial y transitoria. Se encontraba en trámite la autorización para iniciar tocilizumab.



FiguraA: lesiones urticariamas, eritematosas, sobreelevadas, no descamativas en antebrazo.

TABLE 1 Strasbourg diagnostic criteria of Schnitzler syndrome

Obligate criteria:
Chronic urticarial rash and
Monoclonal IgM or IgG
Minor criteria:
Recurrent fever (>38 °C, otherwise unexplained)
Objective findings of abnormal bone remodeling with or without bone pain [1]
Neutrophilic urticarial dermatosis on skin biopsy
Neutrophils > 10,000/mm^3 and/or CRP > 30 mg/L
Definite diagnosis if the following are present:
Two obligate criteria AND at least two minor criteria if IgM and three minor criteria if IgG
Probable diagnosis if the following are present:
Two obligate criteria AND at least one minor criterion if IgM and two minor criteria if IgG

[1] Assessed by bone scintigraphy, MRI, or elevation of bone alkaline phosphatase.

Discusión: El síndrome de Schnitzler es una enfermedad autoinflamatoria infrecuente caracterizada por urticaria crónica, inflamación sistémica y gammapatía monoclonal, habitualmente IgM. La variante IgG es infrecuente y puede representar un desafío diagnóstico. En este caso, la presencia de fiebre recurrente, dermatosis urticariana neutrofílica, inflamación persistente y gammapatía monoclonal IgG, junto con la exclusión sistemática de diagnósticos diferenciales, permitió establecer el diagnóstico.

Comentarios finales: La variante IgG del síndrome de Schnitzler debe considerarse ante un cuadro inflamatorio sistémico compatible asociado a gammapatía monoclonal, aun cuando el isotipo sea diferente del clásicamente descrito. Su reconocimiento puede contribuir a reducir demoras diagnósticas y favorecer el acceso oportuno a tratamientos dirigidos.

Síndrome de VEXAS: reporte de un caso

Misceláneas 0159

Juan Cruz Rolando, Iara Yamila Taito Vincenti, Franco Miguel Faelo, Nicolás Alvarado

Hospital Italiano de Buenos Aires

Presentación del caso: Paciente masculino de 51 años, consulta por episodios de uveítis anterior aguda recurrente desde los 14 años y tromboflebitis superficiales en miembros superiores e inferiores a repetición. Al inicio no presentaba úlceras mucosas, artritis, lesiones cutáneas ni condritis. Hemograma normal; VSG 28 mm/h, PCR 22,3 mg/L, autoanticuerpos y HLA-B51 negativos. Se descartaron trombofilias. Durante el seguimiento presentó entesitis aquiliana asociada a nuevos eventos trombóticos en múltiples territorios pese a tratamiento anticoagulante. Al comienzo, por los síntomas inflamatorios recibió dosis variables de glucocorticoides orales y se realizó PET-TC con hallazgos compatibles con vasculitis de grandes vasos y captación medular difusa; al descender dosis de glucocorticoides aparecieron flebitis, artralgias y artritis de tobillo. Recibió azatioprina y adalimumab, con respuesta parcial. Evolucionó con serositis pleural, condritis nasal y lesiones eritematosas en miembros inferiores, por lo que se decidió rotar el tratamiento biológico a tocilizumab. Posteriormente, desarrolló anemia macrocítica y leucopenia Se realizó punción aspirativa de médula ósea, la cual mostró cambios inflamatorios reactivos, sin displasia ni vacuolas y un exoma que reportó una variante patogénica en el gen UBA1, por lo que se confirmó el diagnóstico de VEXAS y se decidió rotar tratamiento a inhibidores del JAK.

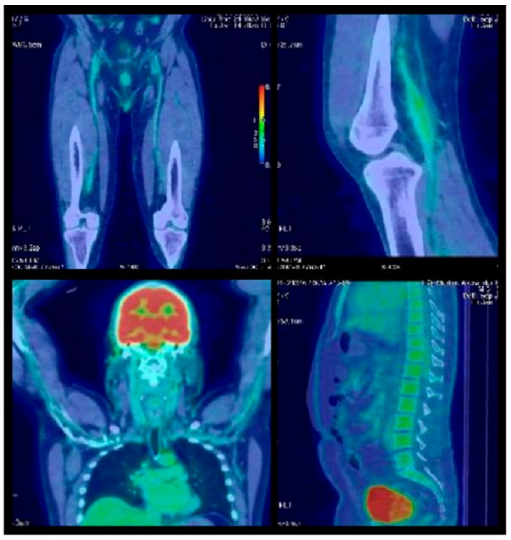


Imagen 1: PET-TC realizado 01/2025. Evidencia compromiso vascular inflamatorio, con aumento de la captación a lo largo de los territorios arteriales carótido-subclavio, femoral y humeral bilateral, así como aumento de captación en proyección de la vena poplítea asociado a trabeculación de los planos grasos adyacentes. Se observó además aumento difuso de la captación en médula ósea del esqueleto axial y apendicular.

Discusión: El síndrome VEXAS (vacuolas, enzima E1, ligado al X, autoinflamatorio y somático) es una enfermedad adquirida de inicio predominantemente tardío, causada por variantes somáticas de UBA1, gen esencial en la degradación proteica. Debe sospecharse ante inflamación sistémica refractaria o corticodependiente en varones adultos, especialmente ante trombosis y alteraciones hematológicas progresivas. En este caso, el fenotipo vascular e inflamatorio precedió a la macrocitosis y bicitopenia. La ausencia de vacuolas en médula ósea no excluye el diagnóstico. La variante p.Met41Thr se ha asociado con mayor frecuencia de compromiso ocular inflamatorio, concordante con la recurrencia de uveítis y vasculitis retiniana. El bajo nivel de mosaicismo puede requerir secuenciación profunda.

Comentarios finales: El caso presentó compromiso ocular, vascular, cutáneo, articular, cartilaginoso, pleural y hematológico. La recurrencia de trombosis pese a anticoagulación, la dependencia de glucocorticoides y la aparición de macrocitosis y bicitopenia fueron claves para reconsiderar el diagnóstico. La confirmación molecular de una variante patogénica de UBA1 permitió integrar las manifestaciones y orientar el tratamiento.

Síndrome de YAO, una variante fenotípica digénica NOD2/MEFV: comunicación de un caso

Misceláneas 0162

Iara Yamila Taito Vincenti, María Lewin, Nicolás Alvarado

Hospital Italiano de Buenos Aires

Presentación del caso: Masculino de 31 años, oriundo de Emiratos Árabes, padres consanguíneos, consulta por cuadro inflamatorio multisistémico de 6 años de evolución. Presentó episodios recurrentes de fiebre, edema facial/periorbitario, *rash* eritematoso no pruriginoso, artralgias y artritis de pequeñas articulaciones, dolor abdominal y uveítis anterior bilateral. Recibió: colchicina, glucocorticoides, metotrexato, leflunomidainfliximab y tocilizumab, con respuesta parcial. Laboratorio: autoanticuerpos negativos, complemento, proteina C reactiva, eritrosedimentación, interleucina-6 e inmunoglobulinas normales. Sin sacroileítis por resonancia magnetica, tomografía por emisión de positrones y endoscopias sin hallazgos. El panel genético inicial (MEFV) evidenció una variante de significado incierto (VUS) heterocigota, por lo que se realizó un exoma completo que identificó dos variantes heterocigotas VUS en los genes NOD2 y MEFV. Considerando

el fenotipo clínico y el hallazgo genético, se interpretó como un síndrome de YAO, en contexto de una forma digénica MEFV/NOD2.

Discusión: El curso recurrente, multisistémico y corticodependiente, con fiebre y compromiso cutáneo, articular, ocular y gastrointestinal, orienta a un síndrome autoinflamatorio, caracterizado por una desregulación de la inmunidad innata. El síndrome de YAO es un síndrome autoinflamatorio multifactorial, asociado a variantes de baja penetrancia en el gen NOD2. Se caracteriza por episodios recurrentes de fiebre, asociado a manifestaciones cutáneas y articulares, y puede presentar compromiso gastrointestinal, síntomas sicca, serositis, y edemas periféricos. A diferencia de las enfermedades autoinflamatorias monogénicas clásicas (como la fiebre mediterránea familiar), se trata de una enfermedad genéticamente transicional: las variantes de baja penetrancia son necesarias, pero no suficiente por sí solas para causar la enfermedad; requiere otros factores genéticos o ambientales. En este caso, el fenotipo del paciente se interpreta en contexto de una forma digénica NOD2/MEFV, donde la variante NOD2 sería la principal determinante de la enfermedad y la variante de MEFV actuaría como una posible modificadora del fenotipo clínico. El tratamiento no está estandarizado, debe individualizarse a las manifestaciones predominantes. En pacientes con enfermedad refractaria se han usado terapias biológicas, particularmente inhibidores de IL-1 e IL-6, con respuestas variables.

Comentarios finales: Este caso ilustra la importancia de considerar síndromes autoinflamatorios ante cuadros inflamatorios recurrentes y corticodependientes, aun con marcadores inflamatorios y estudios de autoinmunidad negativos. Asimismo, resalta el valor del exoma completo en fenotipos complejos y la necesidad de una interpretación integral de las variantes identificadas, especialmente las VUS, evitando tanto su sobreinterpretación como el descarte de hallazgos potencialmente relevantes.

Edema macular quístico bilateral posterior a infusión de rituximab

Misceláneas 0210

Laura Galván

Hospital Dr. Guillermo Rawson

Presentación del caso: Paciente varón de 52 años con antecedentes de lupus sistémico con compromiso ocular por uveítis anterior aguda recurrente, con buena respuesta a tratamiento tópico, además presenta compromiso articular, cutáneo y manifestación hematológica (plaquetopenia leve 85000/mm^3 sin evidencia de sangrado). A nivel pulmonar, compromiso intersticial pulmonar (NINE) sin compromiso funcional, DLCO y espirometría normales, con ANA +1/320 moteado fino Ro+ y La+, consumo de complemento C3 y C4 asociado a astenia y pérdida de peso. Se inicia tratamiento con hidroxicloroquina y azatioprina con buena respuesta, mejoría clínica significativa sin astenia sin manifestaciones clínicas activas. Luego de 7 meses de lograr remisión presenta recurrencia de panuveítis refractaria a tratamiento tópico, por lo cual se plantea iniciar rituximab con mejoría de uveítis, logrando remisión completa. A los 2 meses de la última infusión presenta pérdida de agudeza visual con visión borrosa y sensación de destellos, por lo cual consulta con oftalmóloga que realiza retinofluoresceinografía (RFG) con campo amplio descartándose vasculitis, se descarta uveítis activa que puede estar asociada a edema macular quístico, y se plantea edema macular quístico secundario a rituximab.

Discusión: Los síntomas son del EMQ: pérdida de la visión central, visión borrosa, distorsión de las líneas rectas (metamorfopsia). El edema macular quístico es el resultado de la acumulación de líquido en la mácula debido a la ruptura de la barrera hematorretiniana (BHR). La inflamación, hipoxia e isquemia provocan la sobreexpresión de moléculas como el VEGF y citocinas proinflamatorias. Esto altera las uniones celulares y aumenta la permeabilidad, causando el engrosamiento y formación de quistes retinianos que deterioran la visión central. Fosforilación y extravasación: Las sustancias liberadas fosforilan proteínas de unión estrecha (como las claudinas y ocludinas) y aumentan la translocación vesicular. Esto destruye la integridad vascular y resulta en la extravasación de líquido, formando espacios quísticos entre las capas de la retina. Manifestación final común de múltiples patologías retinianas, cuyo eje fisiopatológico se centra en: 1) incremento de la permeabilidad vascular, y 2) disfunción de la barrera hematorretiniana interna y externa. Los síntomas como la metamorfopsia y la visión borrosa alertan sobre el inicio de un EMC, por lo que se debe realizar un fondo de ojo y una tomografía de coherencia óptica (OCT).

Comentarios finales: El EMC fue comunicado como una reacción adversa poco frecuente posterior a la infusión de rituximab, siendo siempre un compromiso bilateral; de allí la importancia del reconocimiento precoz para un tratamiento óptimo y precoz.

Sarcoidosis con compromiso esplénico focal: un desafío diagnóstico

Misceláneas 0275

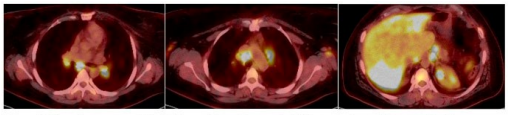
Silvina Ayelén Casares Díaz, Marcelo Sánchez Freytes, Ana María Bertoli, Florencia Gazzoni, Facundo Mandojana

Clínica Universitaria Reina Fabiola

Presentación del caso: Mujer de 50 años, con antecedente de obesidad mórbida, hipertensión arterial y diabetes tipo 2, consulta por dolor en hipocondrio izquierdo de 7 días de evolución, asociado a pérdida de peso y sudoración nocturna. La ecografía abdominal evidenció esplenomegalia con lesión nodular sólida. En búsqueda de proceso linfoproliferativo se realiza tomografía (TC) de cuello, tórax, abdomen y pelvis, que evidencia lesión esplénica hipodensa de 6,8 cm, sin realce con contraste, adenomegalias mediastinales y parotidomegalia bilateral (Figura 1). Se procede a realizar biopsia de ganglio mediastinal, cuya anatomía patológica (AP) objetivó reacción inflamatoria granulomatosa tipo sarcoidal. Se inició tratamiento con glucocorticoides, con mínima disminución del tamaño de la lesión esplénica y persistencia del dolor, por lo que se decidió esplenectomía. La AP evidenció múltiples granulomas bien conformados, no necrotizantes, con células gigantes multinucleadas, sin microorganismos ni evidencia de malignidad, compatibles con compromiso esplénico por sarcoidosis. Presentó evolución clínica favorable, permitiendo el descenso y suspensión de glucocorticoides. En control posterior presentó adenomegalia supraclavicular y hepatomegalia dolorosa. Se realizó TC y tomografía con emisión de positrones (PET) que evidenció adenopatías hipermetabólicas cervicales, axilares, mediastinales, hiliares, retroperitoneales, ilíacas e inguinales y múltiples áreas hipermetabólicas hepáticas (Figura 2). Dada la magnitud y distribución de las lesiones, se planteó linfoma de alto grado como diagnóstico diferencial. Se realizó laparoscopia exploradora con biopsia hepática y resección ganglionar. La AP evidenció nuevamente lesiones de tipo sarcoidal y se inició metotrexato 25 mg subcutáneo semanal.



Figura 1: (A) Masa hipodensa de 6.8 cm de diámetro, sin realce con contraste. (B) Adenomegalias mediastinales múltiples. (C) Hipertrofia parotídea bilateral.


Figura 2: Ganglios supra e infradiafragmáticos hipermetabólicos y lesiones hipermetabólicas en glándula hepática.

Discusión: La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica caracterizada por la formación de granulomas no necrotizantes. El compromiso pulmonar y las adenopatías hiliares bilaterales constituyen su presentación más frecuente. La afectación esplénica sintomática es infrecuente y suele manifestarse como esplenomegalia y/o múltiples lesiones nodulares, siendo excepcional la presencia de una lesión única de gran tamaño. El FDG-PET presenta elevada sensibilidad para detectar regiones con alto consumo glucídico, por lo que su captación no es específica y puede observarse tanto en procesos inflamatorios como neoplásicos.

Comentarios finales: La sarcoidosis puede presentar formas clínicas atípicas que simulan procesos neoplásicos. El compromiso esplénico focal como manifestación inicial y la posterior aparición de múltiples lesiones hipermetabólicas constituyeron un importante desafío diagnóstico en esta paciente. La confirmación histológica con cultivo de material resultó fundamental tanto para establecer el diagnóstico inicial como para descartar una enfermedad linfoproliferativa o infección.

Amiloidosis asociada a hemodiálisis (AHD) con compromiso lingual y artropatía amiloide. Reporte de caso

Misceláneas 0270

Sofía Selena Cerezo Muñoz, Joselyn Nicole Ramírez Molestina, Amanda Gabriela Rodas Guaraca, Juliana Padrón, Abel Gastón Reitich, Giuliano Ibáñez, María Laura Quispe Villanueva, Julio César Urrutia, María Nieves Lojo, Verónica Cecilia Wernicke

Hospital Interzonal General de Agudos Prof. Dr. R. Rossi, La Plata

Presentación del caso: Mujer de 49 años de edad, derivada a Reumatología por presentar cuadro de macroglosia de 9 meses de evolución, asociada a omalgia bilateral de predominio nocturno e importante limitación funcional. Al examen físico presenta artritis de hombros, con limitación de la movilidad activa y pasiva de codos y muñecas. Antecedentes personales: enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en hemodiálisis trisemanal (HTS) hace 14 años, diabetes mellitus tipo 1 insulino requiriente, hipotiroidismo y paratiroidectomía hace 2 años. Por sospecha de AHD se solicitó dosaje de ß2-microglobulina (ß2m): 50,8 mg/L (VN 0,8-2,2 mg/L), PCR:13,3 mg/L, ecografía de ambos hombros: distensión y engrosamiento de la bursa subacromial-subdeltoidea con líquido particulado. Resonancia magnética (RM) bilateral de hombros: incremento de líquido articular que muestra en su interior imágenes confluentes de señal hipointensa (material amiloide) y engrosamiento de la sinovial, también en la epífisis humeral múltiples imágenes hipointensas similares. Se realiza biopsia (Bx) de grasa abdominal: negativa para depósitos de amiloide. Debido a la alta sospecha clínica, se efectuó Bx de mucosa lingual que mostró depósito de material amiloide a nivel del corion, Rojo Congo positivo y con birrefringencia verde manzana bajo luz polarizada.

Discusión: La AHD continúa siendo una complicación relevante en pacientes con largos períodos de hemodiálisis (HD), a pesar de los avances en las técnicas dialíticas. Nuestra paciente presentó múltiples elementos sugestivos de esta entidad, incluyendo 14 años de HD, niveles elevados de b2m, confirmación histológica de amiloidosis y compromiso osteoarticular característico. La artropatía amiloide es la manifestación clínica más frecuente de la AHD y suele afectar grandes articulaciones, como hombros, caderas y rodillas, produciendo dolor progresivo de predominio nocturno y limitación funcional. La RM es una herramienta de gran utilidad, al demostrar derrame articular, hipertrofia sinovial y material hipointenso en secuencias T1 y T2, además de lesiones quísticas subcondrales y erosiones óseas. Por otro lado, la negatividad de la Bx de grasa abdominal, seguida de la confirmación diagnóstica mediante Bx de mucosa lingual, evidencia que una Bx de grasa negativa no excluye el diagnóstico de AHD, y resalta la importancia de biopsiar el órgano comprometido cuando la sospecha clínica persiste.

Comentarios finales: Este tipo de amiloidosis debe considerarse ante pacientes con largos periodos de HD que presentan dolor y limitación funcional de grandes articulaciones. Se destaca la infrecuente presentación de macroglosia en la AHD. Una Bx de grasa abdominal negativa no excluye el diagnóstico, siendo la Bx del órgano afectado la que ofrece mayor rendimiento.

Dolor óseo y osteoesclerosis generalizada: una presentación inusual de mastocitosis sistémica

Misceláneas 0205

Emilce Fonseca[1], Luis C. Cinara[2], Daniela Zicre[3], Sandra Sarancone[3], Pablo Roitman[4], Nicolás M. Cóccaro[5], Lucas R. Brun[6], María Lorena Brance[1]

1. Centro de Reumatología y Enfermedades Óseas; 2. Facultad de Ciencias Médicas, UNR; 3. Laboratorio Quantum, Grupo Oroño, Rosario; 4. Hospital Italiano de Buenos Aires; 5. Sanatorio Británico, Rosario; 6. Laboratorio de Biología Ósea, Facultad de Ciencias Médicas, UNR

Presentación del caso: La mastocitosis es una enfermedad clonal poco frecuente caracterizada por la acumulación y activación patológica de mastocitos en uno o múltiples órganos. La Organización Mundial de la Salud la clasifica en mastocitosis cutánea, mastocitosis sistémica (MS) y sarcoma de mastocitos. En adultos,

la presencia de lesiones cutáneas suele asociarse a compromiso sistémico. La afectación ósea es frecuente y puede manifestarse como osteoporosis, osteólisis, osteoesclerosis o infiltración de médula ósea, con implicancias diagnósticas y pronósticas. Caso clínico: Mujer de 71 años con antecedente de cinco años de evolución de dolor óseo generalizado de intensidad moderada a severa (7/10 en escala visual analógica), astenia y diarrea crónica. Al examen físico presentó máculas hipercromáticas asimétricas, no dolorosas, en miembros inferiores. Los estudios por imágenes evidenciaron osteoesclerosis difusa que comprometía el esqueleto axial y apendicular. Se realizó biopsia ósea del fémur proximal guiada por tomografía computada, que mostró alteraciones trabeculares con esclerosis y engrosamiento cortical. El estudio histopatológico reveló infiltrados multifocales de mastocitos fusiformes CD117 positivos que ocupaban más del 25 % del tejido analizado, asociados a eosinófilos y fibrosis medular. El nivel sérico de triptasa se encontró marcadamente elevado y el estudio molecular mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) detectó la mutación KIT D816V, confirmando el diagnóstico de mastocitosis sistémica.

Discusión: Los mastocitos participan en la respuesta inmune innata y en los mecanismos de hipersensibilidad mediante la liberación de múltiples mediadores inflamatorios. La mutación activadora KIT D816V constituye el principal mecanismo fisiopatológico de la mastocitosis sistémica, al inducir una activación constitutiva del receptor KIT y favorecer la expansión clonal de mastocitos. La elevación persistente de la triptasa sérica representa un biomarcador útil para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad. El compromiso óseo es heterogéneo y puede expresarse tanto por pérdida como por aumento de la masa ósea; la osteoesclerosis difusa constituye una manifestación infrecuente, cuyo reconocimiento puede orientar el diagnóstico en pacientes con síntomas sistémicos inespecíficos.

Comentarios finales: La mastocitosis sistémica debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de la osteoesclerosis difusa, especialmente cuando se asocia a dolor óseo, lesiones cutáneas y síntomas gastrointestinales. La integración de los hallazgos clínicos, histopatológicos, bioquímicos y moleculares permite establecer un diagnóstico oportuno e iniciar el tratamiento adecuado.

Mastitis granulomatosa: la gran simuladora

Misceláneas 0183

Candelaria Audisio[1], Verónica Savio[1], Carla Andrea Gobbi[1], Cintia Otaduy[1], Juan Alejandro Albiero[1], Juan Manuel Miranda Bazán[1], Martín Castillo[1], Facundo Ruffa[1], Antonela Gallo[2], Alejandro Álvarez[2], Diego González[2], Pedro Giraudo[2], Verónica Villasana[2], Luciana Sosa[2], Paula Alba[1]

1. Hospital Córdoba; 2. Hospital Materno Neonatal

Presentación del caso: La mastitis granulomatosa idiopática (MGI) es una enfermedad benigna de la glándula mamaria de baja incidencia que fue descripta por primera vez en el año 1972, cuyo cuadro clínico se caracteriza por inflamación crónica de la mama y su etiología no está aún bien establecida. Se presenta una serie de 15 mujeres con diagnóstico de MGI confirmada por histopatología. La edad media de las pacientes incluidas fue de 36.6 Años (26 - 49). El 33 % (n=5) presentaba antecedentes patológicos (hipotiroidismo, obesidad, hiperprolactinemia) y el 33 % (n=5) eran tabaquistas activas. Solo una paciente presentó eritema nodoso asociado y el 73.3 % (n=11) tenía antecedente de gestas previas. Con respecto a la presentación clínica, el 100 % se presentó como masa palpable con dolor y el 67 % con abscesos, siendo en el 80 % (n=12) de los casos unilateral. En los estudios ecográficos, el 67 % fue catalogado como BIRADS III-IV. Se aisló *Corynebacterium* spp. en el 67 % (n=10) de las pacientes, predominando *C. kroppenstedtii* (60 % de los aislamientos positivos). Todas recibieron antibioticoterapia empírica previa al diagnóstico. El 67 % (n=10) recibió corticoides sistémicos (dosis media 26 mg/día de prednisona), y en el 27 % se utilizó metotrexato como fármaco ahorrador de esteroides (Tabla 1).

Tabla 1. Características clínico-epidemiológicas de la serie (n=15)

Variable	Resultado (n=15)
Edad, media (rango)	37 años (26–49)
Compromiso unilateral	12/15 (80%)
Eritema nodoso asociado	1/15 (7%)
BIRADS III–IV en ecografía mamaria	10/15 (67%)
Corynebacterium spp. aislado	10/15 (67%)
· C. kroppenstedtii (de los aislamientos +)	6/10 (60%)
Antibioticoterapia empírica previa al diagnóstico	15/15 (100%)
Corticoides sistémicos	10/15 (67%)
· Dosis media de prednisona	26 mg/día
Metotrexato (ahorrador de corticoides)	4/15 (27%)

Discusión: La MGI es una enfermedad inflamatoria benigna de la mama, que afecta con mayor frecuencia a mujeres jóvenes que ya han dado a luz. Es un diagnóstico de exclusión, siendo el carcinoma y enfermedades infecciosas (como tuberculosis) los principales diagnósticos diferenciales a descartar. La forma más frecuente de presentación es una masa palpable y en general unilateral, concordante con nuestra serie de casos, y el diagnóstico definitivo depende de la histopatología. Su fuerte asociación con *Corynebacterium* spp., en particular *C. kroppenstedtii*, coincidente con lo hallado en esta serie, sugiere un rol patogénico bacteriano en un subgrupo de pacientes, aunque también se ha postulado un mecanismo autoinmune, razón por la cual tienen una buena respuesta con tratamiento esteroideo e inmunosupresor. El tratamiento con esteroides, asociado o no a inmunomoduladores, se considera como el tratamiento inicial sumado a terapia antibiótica según aislamientos, reservando la cirugía para casos refractarios por el alto riesgo a recidiva.

Comentarios finales: La MGI es una enfermedad benigna, poco frecuente de la glándula mamaria que requiere una alta sospecha clínica, ya que es una simuladora de procesos malignos. El abordaje multidisciplinario con mastología, infectología, anatomía patológica y reumatología resulta clave para optimizar el protocolo correcto para cada paciente, diferenciar con el carcinoma de mama, instaurar un tratamiento adecuado y evitar cirugías innecesarias.

Hasta el hueso: un desafío diagnóstico en un paciente joven

Misceláneas 0176

Sofía Rossetti, María Lewin, María Sol Iragola, Nicolás Alvarado, Javier Rosa

Hospital Italiano de Buenos Aires

Presentación del caso: Paciente masculino de 20 años, sin antecedentes de relevancia, que presenta un cuadro de dolor esternal progresivo, de 3 años de evolución. Asociado al dolor, desarrolló tumefacción esternal y dolor cervical izquierdo con limitación de la rotación cefálica, seguido meses después de dolor escapular y clavicular. Nunca presentó lesiones cutáneas. En una resonancia magnética (RMN) de columna dorsal, inicialmente descrita como normal, se evidenciaban esquinas brillantes a nivel dorsal alto, por lo que se decidió manejo sintomático. Ante la persistencia del dolor, una nueva RMN mostró lesiones erosivas, sembrando la sospecha de enfermedad infecciosa u oncológica. Se realizaron biopsias óseas, negativas para atipias y cultivos microbiológicos sin rescates. Por persistencia de síntomas se derivó a Reumatología. Presenta HLA-B27 negativo. Se agregó una RMN de sacroilíacas confirmando sacroileítis activa, y la revisión conjunta de las imágenes previas corroboró los hallazgos inflamatorios y las alteraciones estructurales crónicas previas. Con impresión diagnóstica de síndrome SAPHO, se inició tratamiento con adalimumab. Actualmente, el paciente presenta resolución de los síntomas.

Discusión: El síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis, osteítis) es una entidad rara y subdiagnosticada, caracterizada por manifestaciones osteoarticulares de predominio en la pared torácica anterior, frecuentemente asociadas a manifestaciones cutáneas como pustulosis palmoplantar o acné severo. En una entidad cuya prevalencia se estima en <1:10.000, el retraso diagnóstico al que suele asociarse configura un pronóstico relacionado con dolor y limitaciones en la funcionalidad de estos pacientes. El diagnóstico de SAPHO plantea un desafío nosológico: comparte con las espondiloartritis el compromiso axial, sacroilíaco y periférico, pero se distingue por la osteítis estéril y la baja asociación con HLA-B27, lo que mantiene abierto el debate sobre si es una variante de espondiloartritis o una entidad propia. Asimismo, deben descartarse otras causas de osteítis, en particular infecciosas y neoplásicas. El tratamiento suele variar dependiendo la presentación clínica, con un abanico desde el control sintomático con AINEs, pasando por bifosfonatos, DMARDs, hasta biológicos dirigidos, por ejemplo, contra el TNF alfa, como en el caso aquí mencionado.

Comentarios finales: Este caso ilustra cómo la sospecha clínica temprana de SAPHO permite acortar el prolongado estudio de causas infecciosas y oncológicas, logrando un diagnóstico y tratamiento oportunos que, como en este paciente, pueden traducirse en una recuperación funcional completa.

Compromiso óseo en la miopatía congénita Central Core: reporte de un caso

Osteoporosis / MFC 0209

Emilce Fonseca, Marianela Nicola, Mariano Palatnik, María Lorena Brance

Reumatología y Enfermedades Óseas, Rosario

Presentación del caso: La miopatía congénita Central Core es una enfermedad neuromuscular genética poco frecuente, caracterizada por debilidad muscular de intensidad variable y compromiso de la movilidad, que puede asociarse a alteraciones músculo-esqueléticas como escoliosis y deformidades articulares. La disminución crónica de la carga mecánica secundaria a la debilidad muscular y a la limitación funcional puede contribuir al deterioro de la masa y calidad ósea y aumentar el riesgo de alteraciones del metabolismo mineral. Presentamos el caso de una paciente joven, premenopáusica, con miopatía Central Core, asociada a displasia congénita de caderas, escoliosis dorsolumbar severa y marcada limitación de la movilidad, que presenta baja masa ósea para la edad, en asociación con hipercalciuria y litiasis renal recurrente. Caso clínico: Mujer de 40 años, premenopáusica, con diagnóstico de miopatía congénita Central Core. Antecedente de displasia congénita de caderas, intervenida quirúrgicamente a los 7 meses de vida para alineamiento, con fractura intraoperatoria de fémur derecho. Presenta además escoliosis dorsolumbar severa, estable desde 2021, con incurvación de aproximadamente 70° según método de Cobb y componente rotacional. Es la mayor de cuatro hermanos y una hermana presenta la misma enfermedad. G1C1, con hija sana. Menarca a los 14 años, ciclos regulares y continúa menstruando. Presenta importante compromiso funcional y de la movilidad, utilizando muletas, bastones y *scooter*. La densitometría mostró una DMO de 0,510 g/cm^2 (Z-score -3,4) en cadera total izquierda y 0,598 g/cm^2 (Z-score -2,6) en cadera total derecha, compatible con baja masa ósea para la edad. Presenta antecedente de litiasis renal recurrente e hipercalciuria. La TAC de abdomen y pelvis evidenció litiasis renal derecha de 3, 6, 7 y 11 mm, localizada en diferentes grupos caliciales. La calciuria ha sido persistentemente elevada: 401 mg/24 h en promedio. La función renal se encuentra conservada. Los niveles de vitamina D fueron oscilantes entre 19 ng/mL y 71,6 ng/mL. PTH actual de 31 pg/mL, sin evidencia de hiperparatiroidismo. Los marcadores de remodelado óseo mostraron osteocalcina <2 ng/ml y CTX 460 pg/ml.

Comentarios finales: Se presenta una paciente premenopáusica con miopatía congénita Central Core, marcada limitación funcional, escoliosis severa y baja masa ósea para la edad, asociada a hipercalciuria y litiasis renal recurrente. El compromiso óseo probablemente responde a un mecanismo multifactorial, en el que intervienen la disminución crónica de la carga mecánica y de la actividad física, la enfermedad neuromuscular, las alteraciones músculo-esqueléticas y la hipercalciuria. La severa escoliosis constituye además una limitación para la interpretación de la DMO lumbar, por lo que resulta fundamental valorar especialmente los sitios femorales y realizar una interpretación densitométrica basada en Z-scores y en el contexto clínico integral.

Osteomalacia inducida por tumor: un desafío diagnóstico

Osteoporosis / MFC 0259

Facundo Ruffa, Paula Estario, María Eugenia Estario, Luciana Liendo, Juan Alejandro Albiero, Verónica Savio, Cintia Otaduy, Juan Manuel Miranda Bazán, Carla Andrea Gobbi, Candelaria Audisio, Martín Castillo, Paula Alba

Hospital Córdoba

Presentación del caso: Varón de 59 años procedente de la ciudad de Córdoba, que en el año 2021 comienza con dorsalgia intensa e hiperestesia cutánea en hemitórax derecho, sin antecedente traumático. Se realiza RNM de columna (protrusiones discales, espondilosis y discopatía), PET-CT 18 FDG (Figura 1) con imagen lítica con moderado consumo glucídico en alerón sacro derecho, donde se realizó biopsia sin evidencia de malignidad, con metabolismo fosfocálcico normal, marcadores tumorales negativos y TAC toracoabdominopelviana normal. Evolucionó desde 2022 al 2025 con paraparesia progresiva, colapso estructural vertebral

en columna dorsal, y laboratorio en noviembre 2025 con hipofosfatemia severa y persistente (0,7 mg/dL), con fosfaturia inadecuada, reabsorción tubular de fosfato disminuida y TmP/GFR de 0,7 mg/dL (2.5-4.5mg/dl) y vitamina D 19 ng/ml, con valores de función renal, calcemia, magnesemia y PTH normales. Ante el diagnóstico presuntivo de osteomalacia inducida por tumor (OIT) se realiza dosaje de FGF23 que fue de 237 pg/ml (VN hasta 54) y PET-CT con 68Ga-DOTATATE (Figura 2) que evidenció hipercaptación de la lesión lítica sacra, con alta densidad de receptores de somatostatina, compatible con tumor mesenquimal. Debido a la elevada morbimortalidad estimada para la exéresis quirúrgica en esta localización del tumor (>90 %), se decidió tratamiento no quirúrgico. El paciente inició tratamiento con fosfato elemental 20 a 40 mg/kg/día (1-3 g/día para adultos) y calcitriol de 20 a 30 ng/kg /día. Posteriormente comienza con burosumab 1 mg/kg, alcanzando posteriormente una fosfatemia de 2,6 mg/dL con mejoría clínica.

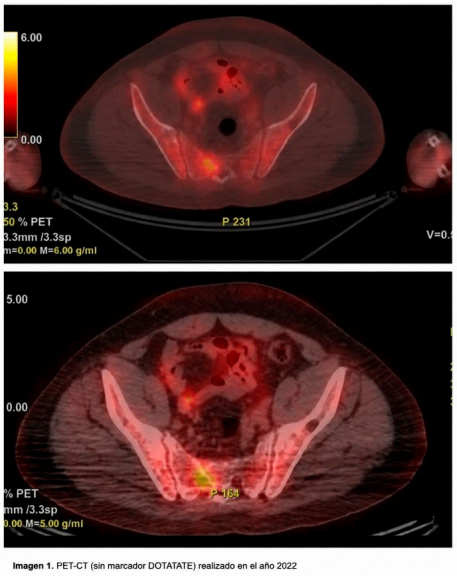


Imagen 1. PET-CT (sin marcador DOTATATE) realizado en el año 2022

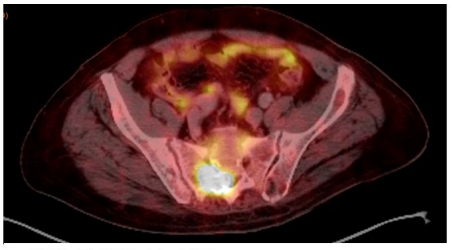


Imagen 2. PET-CT con 68Ga-DOTATATE realizado en el año 2025

Discusión: La osteomalacia inducida por tumor (OIT) es un síndrome paraneoplásico infrecuente, habitualmente asociado a tumores mesenquimales fosfatúricos productores de factor de crecimiento fibroblástico 23 (FGF23). La hipofosfatemia persistente por pérdida renal de fosfato constituye la alteración bioquímica central y puede acompañarse de dolor óseo, debilidad, deformidades y fracturas, generando importante discapacidad. En este caso, la presentación inicial con dolor inespecífico, alteraciones vertebrales y la aparición tardía de la alteración del metabolismo fosfocálcico dificultó el diagnóstico. La demostración de hipofosfatemia con pérdida renal inapropiada de fosfato permitió orientar el estudio hacia una causa mediada por FGF23. El PET-CT con 68Ga-DOTATATE permitió caracterizar la lesión sacra y localizar el tumor productor de FGF23.

Comentarios finales: La OIT debe considerarse ante pacientes con dolor óseo difuso e inespecífico, debilidad muscular, fracturas con colapsos vertebrales y alteraciones de la marcha. La evaluación del metabolismo fosfocálcico es fundamental, ya que puede revelar una hipofosfatemia persistente asociada a la pérdida renal de fosfato. El reconocimiento de este patrón bioquímico y la determinación de FGF23 permiten orientar precozmente el diagnóstico. El PET-CT con 68Ga-DOTATATE constituye una herramienta de utilidad para la localización tumoral. La identificación temprana de la enfermedad puede evitar discapacidad y aumento de morbimortalidad.

Fractura patológica cervical secundaria a enfermedad de Paget monostótica: reporte de un caso de cuadriparesia

Osteoporosis / MFC 0139

Agustina Meuli, Patricia Belén Domínguez Leiva, Sofía Cherey, Eliana Rebeca Serrano, Mariana Benegas

Sanatorio Dr. Julio Méndez

Presentación del caso: Mujer de 63 años con cervicalgia de 6 meses de evolución. Previo a la consulta realizó una sesión de manipulación cervical por un quiropráctico, tras la cual presentó parestesias en cuatro miembros, por lo que acudió a guardia externa. Al examen físico se constató cuadriparesia, se solicitó una resonancia magnética de columna que evidenció una lesión expansiva de C1 a C3, con captación de contraste, extensión a partes blandas y compresión medular. Ante la sospecha de lesión tumoral versus proceso infeccioso se solicitó una PET-TC que mostró aumento de la captación en una lesión lítica del cuerpo de C2.

Previo a arribar al diagnóstico definitivo, la paciente evolucionó con inestabilidad cervical; una nueva tomografía evidenció fractura completa de la apófisis odontoides con desplazamiento de C2. Se realizó artrodesis cervical de urgencia para estabilización y toma de biopsia intraoperatoria, cuyo estudio reveló laminación trabecular mosaiciforme con mielofibrosis peritrabecular (compatible con enfermedad de Paget en fase tardía). Tras diagnóstico el metabolismo fosfocálcico no presentó alteraciones (calcemia 9 mg/dl, PTH 10 pg/ml, FAL total 268 U/L, FAL ósea 13 U/L, calciuria 102 mg/d); el centellograma óseo reportó solo captación intensa en el cuerpo de C2, por lo que se indicó ácido zoledrónico EV 5 mg. Posterior al tratamiento quirúrgico y farmacológico la paciente evolucionó favorablemente, pudiendo bipedestar con asistencia, y continúa en rehabilitación neuromotriz.

Discusión: La enfermedad de Paget ósea es un trastorno del remodelado, caracterizado por aumento de la actividad osteoclástica y formación ósea desorganizada. La columna vertebral constituye el segundo sitio de afección más frecuente en la enfermedad poliostótica; sin embargo, la localización en C2 no ha sido reportada previamente en casos de compromiso monostótico. La evidencia disponible sobre enfermedad de Paget cervical se limita a reportes de caso aislados, que muestran un espectro clínico variable, desde formas asintomáticas hasta complicaciones estructurales o neurológicas, con manejo conservador o quirúrgico según la severidad. En la serie más numerosa, Janetos recopiló 28 casos, de los cuales 7 (25 %) presentaron compresión medular, lo que evidencia que esta complicación, aunque infrecuente, no es despreciable. El compromiso en esta localización puede manifestarse con cervicalgia, mielopatía, fracturas patológicas o deformidad vertebral y, debido a su aspecto radiológico, simular procesos neoplásicos agresivos, por lo que rara vez se incluye el Paget entre los diagnósticos diferenciales iniciales. Este hallazgo resalta la importancia de identificar signos de alarma en una cervicalgia antes de indicar técnicas de manipulación cervical.

Comentarios finales: Las lesiones destructivas de la columna representan un desafío diagnóstico. Aunque infrecuente, la enfermedad de Paget debe considerarse entre los diagnósticos diferenciales de lesiones con características agresivas, especialmente cuando se descarta una etiología neoplásica. Este caso destaca la importancia de integrar los hallazgos clínicos, radiológicos e histopatológicos para alcanzar un diagnóstico adecuado.

Hipoparatiroidismo congénito no diagnosticado como causa de artropatía metabólica simuladora de espondiloartritis. A propósito de un caso

Osteoporosis / MFC 0120

Juan Manuel Ferri[1], Emilce Schneeberger[1], Jennifer Galeano D´Ippolito[2], Vanesa Loterstein[2], Fernando Dal Pra[1]

1. IREP; 2. Hospital Bernardino Rivadavia



Presentación del caso: Paciente varón de 38 años, con antecedentes de discapacidad intelectual, cataratas bilaterales y epilepsia en tratamiento con fenobarbital, derivado a reumatología por sospecha de espondiloartritis axial (EspAax). El paciente refería dolor mecánico y rigidez matinal menor a 30 minutos en rodillas y caderas, pero fundamentalmente a nivel axial, con cifosis dorsal marcada y limitación funcional significativa (BASFI: 8.8, BASMI: 8.6). Baja estatura, hipertelorismo, cabello ralo, paladar ojival, edema bipalpebral, *pectus excavatum.* No se evidenciaron signos de sinovitis, dactilitis ni entesitis clínica, BASDAI de 2 y reactantes de fase aguda elevados (ERS 60 mm/h, PCR 2.6 mg/dL). La radiografía evidenció un patrón de entesopatía proliferativa exuberante a predominio de pelvis y miembros inferiores con sindesmofitos gruesos aislados a nivel lumbar, y ausencia de sacroileítis radiográfica. Los estudios de laboratorio revelaron hipocalcemia severa (Ca++ 4.7 mg/dL), hiperfosfatemia (P+ 6.0 mg/dL), hipomagnesemia (Mg++ 1.59 mg/dL) e hipocalciuria (Cau 29.71 mg/



día), con una PTH inapropiadamente normal (57.2 pg/mL) y posteriormente luego de la reposición de calcio, completamente suprimida (<1 pg/mL). Los marcadores de formación (P1NP) y resorción ósea (ß-CrossLaps) estaban elevados. La tomografía de cráneo mostró calcificaciones de ganglios de la base. El paciente fue suplementado con Ca++ y Mg++ parenteral y luego oral, lográndose una mejoría significativa del metabolismo fosfocálcico y de la sintomatología del paciente. Se realizó cariotipo que resultó normal. Con este resultado negativo, y pensando en un hipoparatiroidismo congénito, se solicitaron estudios moleculares con la finalidad de investigar tanto una microdeleción 22q11.2 como variantes patogénicas en genes relacionados a hipoparatiroidismo congénito.

Discusión: El síndrome de microdeleción 22q11.2 y variantes en el gen CASR son las causas genéticas más frecuentes de hipoparatiroidismo congénito.

Comentarios finales: Este caso ilustra la importancia de considerar el hipoparatiroidismo en el diagnóstico diferencial de las EspA. La ausencia de sacroileítis y la presencia de sindesmofitos y entesofitos gruesos, junto con el perfil bioquímico característico, son pistas clave para orientar la sospecha diagnóstica. La detección temprana y el manejo multidisciplinario son esenciales.

Agradecimiento: Dr. Rubén Abdala, División de Endocrinología, Hospital General de Agudos Carlos G. Durand.

Síndrome de Sjögren asociado a enfermedad por anticuerpos anti-membrana basal glomerular con recaída durante la inducción con ciclofosfamida: reporte de caso

Vasculitis / PMR 0138

Sebastián Dumrauf, Esteban Castell, Mara Guinsburg, Florencia Pierini, Luciano Pompermayer, Gustavo Fabián Rodríguez Gil

Hospital Municipal de Agudos Leónidas Lucero, Bahía Blanca

Presentación del caso: Paciente femenina de 50 años, con antecedente de SS de 22 años de evolución, anti-Ro y anti-La positivos, colangitis biliar primaria, cáncer de recto (libre de enfermedad), tabaquista ocasional. En agosto de 2025 presentó un síndrome pulmón-riñón caracterizado por hemorragia alveolar difusa, documentada mediante lavado broncoalveolar, con anticuerpos anti-MBG positivos y ANCA negativos. La tomografía computada de tórax mostró infiltrados difusos en vidrio esmerilado. Se descartaron causas infecciosas mediante cultivos, galactomanano y estudios para tuberculosis. Se realizó tratamiento de inducción con tres pulsos de metilprednisolona de 1000 mg, ciclofosfamida 750 mg mensuales y siete sesiones de plasmaféresis. Presentó evolución clínica favorable, con mejoría analítica y negativización de los anticuerpos anti-MBG. Se decidió continuar ciclofosfamida mensual. Durante la administración de la sexta dosis de ciclofosfamida, en febrero de 2026, la paciente refirió disnea progresiva y tos productiva de una semana de evolución. No presentaba contacto respiratorio estrecho ni otros antecedentes sugestivos de infección. Los estudios de laboratorio evidenciaron descenso de hemoglobina, aumento de creatinina y elevación de la VSG. El sedimento urinario mostró hematuria en campo cubierto y proteinuria 2+. Los anticuerpos anti-GBM fueron nuevamente positivos, mientras que los ANCA permanecieron negativos. La tomografía computada de tórax evidenció nuevos infiltrados en vidrio esmerilado bibasales, de distribución peribronquial. Se interpretó el cuadro como recaída de enfermedad anti-MBG con compromiso pulmonar y renal durante tratamiento inmunosupresor activo. Se administraron nuevamente tres pulsos de metilprednisolona de 1000 mg intravenosos y cinco sesiones de plasmaféresis. Debido a la recaída durante el tratamiento con ciclofosfamida, se decidió modificar la estrategia inmunosupresora e iniciar rituximab, 2 g administrados en dos dosis de 1 g separadas por 15 días, con planificación de administración semestral. La paciente presentó evolución clínica favorable, con resolución de la sintomatología respiratoria, mejoría progresiva de las alteraciones hematológicas y renales y renegativización de los anticuerpos anti-MBG.

Discusión: La baja frecuencia de recaídas ha sido uno de los elementos que históricamente diferenciaron a la enfermedad anti-MBG de las vasculitis asociadas a ANCA o de aquellos con doble positividad ANCA/anti-MBG. La evidencia actual cuestiona el mencionado curso monofásico. Se han comunicado recurrencias tanto renales como pulmonares, algunas asociadas a reaparición de anticuerpos anti-MBG y las denominadas formas atípicas que incluyen pacientes con depósitos lineales de inmunoglobulina en la membrana basal glomerular, pero sin anticuerpos anti-MBG circulantes detectables, enfermedad pulmonar aislada, patrones histológicos diferentes de la glomerulonefritis necrotizante con semilunas clásica y variantes relacionadas con diferentes clases o subtipos de inmunoglobulinas. Estas formas pueden presentar una evolución renal más indolente y plantean desafíos diagnósticos y terapéuticos. La coexistencia de SS podría constituir un contexto inmunológico favorable para la aparición o persistencia de respuestas autorreactivas. La evidencia sobre rituximab en enfermedad anti-MBG continúa siendo limitada y no existe actualmente un esquema universal de mantenimiento con rituximab para la enfermedad anti-MBG.

Comentarios finales: Este caso refuerza la importancia de individualizar el seguimiento y el tratamiento de pacientes con enfermedad anti-GBM que presentan fenotipos evolutivos atípicos, particularmente cuando coexisten otras enfermedades autoinmunes sistémicas.

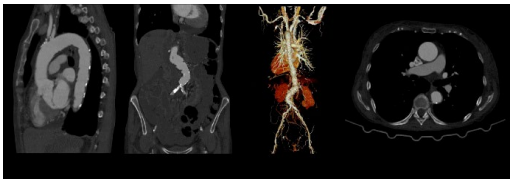
Cuando comer duele: disfagia severa y angina mesentérica como presentación inicial de arteritis de Takayasu

Vasculitis / PMR 0154

Marianela Nicola, Sebastián Lucas Montiel, Emilce Fonseca, Mariano Palatnik, María Lorena Brance

Centro de Reumatología y Enfermedades Óseas

Presentación del caso: Paciente de 69 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia y trombocitosis, que consultó por tres años de evolución de astenia, anorexia, disfagia progresiva, dolor abdominal intenso a predominio postprandial y pérdida ponderal de 15 kg. Fue sometida a múltiples estudios digestivos y oncológicos sin arribar al diagnóstico etiológico. La angiorresonancia evidenció compromiso inflamatorio extenso de la aorta torácica y abdominal, arterias renales y vasos mesentéricos, con estenosis, oclusiones, aneurismas y trombos murales, compatible con arteritis de Takayasu. Tras iniciar tratamiento con corticoides presentó una marcada mejoría clínica inicial; sin embargo, pocas semanas después evolucionó con compromiso renovascular severo, crisis hipertensiva, deterioro agudo de la función renal y edema agudo de pulmón, falleciendo por complicaciones cardiovasculares y renales.



Discusión: La arteritis de Takayasu es una vasculitis granulomatosa de grandes vasos que afecta predominantemente a mujeres jóvenes. El inicio en edades avanzadas y la presentación con manifestaciones digestivas son infrecuentes, lo que puede retrasar el diagnóstico y favorecer la progresión del daño vascular. En este caso, la disfagia progresiva y el dolor abdominal postprandial por compromiso mesentérico constituyeron las manifestaciones predominantes durante un período prolongado, motivando múltiples estudios digestivos y oncológicos. La angiorresonancia permitió identificar el compromiso vascular extenso y establecer el diagnóstico. La evolución posterior, pese a la mejoría clínica inicial con corticoides, evidenció la gravedad del daño vascular establecido y el compromiso renovascular severo.

Comentarios finales: La arteritis de Takayasu de inicio tardío puede manifestarse con síntomas digestivos poco habituales, como disfagia y angina mesentérica, condicionando retrasos diagnósticos significativos. Este caso destaca la importancia de incluir las vasculitis de grandes vasos en el diagnóstico diferencial de pacientes con síndrome constitucional persistente e isquemia visceral. El reconocimiento precoz y el inicio oportuno del tratamiento resultan fundamentales para intentar modificar la evolución y reducir el riesgo de complicaciones potencialmente fatales.

Síndrome de Takotsubo en el contexto de vasculitis asociada a MPO-ANCA con síndrome pulmón-riñón: reporte de caso

Patricia Belén Domínguez Leiva, Lía Ingolotti, Joan Manuel Dapeña, Eliana Serrano, Carlos Ascimani Peña, Mariana Benegas

Sanatorio Dr. Julio Méndez

Presentación del caso: Mujer de 58 años con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, nefropatía hipertensiva e infecciones respiratorias recurrentes, que consultó por disnea clase funcional II-III, fiebre intermitente (38 °C) y hemoptisis. Al examen físico presentaba crepitantes bibasales, sin desaturación ni inestabilidad hemodinámica inicial. El laboratorio evidenció leucocitosis (19.940/µL; 85 % de neutrófilos), creatinina 1,4 mg/dL (TFGe 40 mL/min/1,73 m^2) y MPO-ANCA >100 U/mL. El sedimento urinario mostró hematíes dismórficos y proteinuria (0,8 g/24 h). La tomografía de tórax evidenció opacidades bilaterales en vidrio esmerilado y consolidación en lóbulo superior derecho. El lavado broncoalveolar confirmó hemorragia alveolar, se descartó infección y la biopsia renal demostró glomerulonefritis crescéntica pauciinmune. Se diagnosticó vasculitis asociada a ANCA (VAA) con síndrome pulmón-riñón. Tratamiento con pulsos intravenosos de metilprednisolona y ciclofosfamida intravenosa mensual, con mejoría clínica. Cinco días después del segundo pulso de CYC, presentó dolor torácico agudo, disnea y compromiso hemodinámico. Se evidenció elevación de troponina I (35,2 ng/L) y NT-proBNP (10.794 pg/mL). El electrocardiograma mostró inversión de ondas T. El ecocardiograma reveló acinesia apical con hipercontractilidad basal y fracción de eyección ventricular izquierda conservada (70 %). La angiografía coronaria descartó enfermedad coronaria obstructiva y la resonancia magnética cardíaca descartó miocarditis. Se diagnosticó síndrome de Takotsubo (STT). La CYC fue suspendida transitoriamente y la paciente se estabilizó dentro de los cuatro días. El tratamiento se reinició con CYC a dosis reducida (500 mg/pulso), descenso progresivo de glucocorticoides y mantenimiento con azatioprina (100 mg/día).

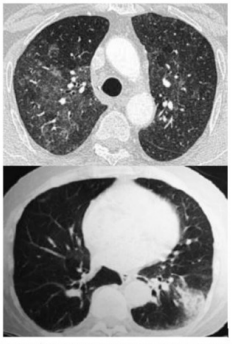


Figura 1. Tomografía computada de tórax que muestra opacidades bilaterales en vidrio esmerilado y consolidación focal, compatibles con compromiso pulmonar en vasculitis asociada a ANCA.

Discusión: La miocardiopatía de Takotsubo se caracteriza por alteraciones reversibles de la motilidad ventricular que exceden la distribución de una arteria coronaria epicárdica, asociadas a ausencia de enfermedad coronaria obstructiva. Los mecanismos propuestos incluyen activación simpática, toxicidad mediada por catecolaminas, disfunción microvascular e inflamación miocárdica y sistémica. En pacientes con vasculitis asociada a ANCA, el diagnóstico diferencial del deterioro cardiovascular agudo es amplio. En este caso, el patrón ecocardiográfico, la ausencia de lesiones coronarias significativas y la resonancia cardíaca sin criterios de miocarditis apoyaron el diagnóstico de Takotsubo. La relación causal con la vasculitis o con el tratamiento no puede establecerse a partir de un caso aislado. Los casos publicados sugieren que mujeres posmenopáusicas, títulos elevados de ANCA-MPO y el inicio de inmunosupresión podrían configurar un contexto de vulnerabilidad, aunque la evidencia sigue siendo limitada.

Comentarios finales: El STT debe considerarse ante dolor torácico, disnea, elevación de biomarcadores o compromiso hemodinámico en pacientes con VAA activa, luego de excluir síndrome coronario agudo y miocarditis. El reconocimiento temprano de esta complicación permite orientar la evaluación cardiológica, evitar diagnósticos erróneos de miocarditis o enfermedad coronaria obstructiva, y ajustar la estrategia inmunosupresora sin comprometer el control de la vasculitis.

Síndrome de Wunderlich como manifestación rara en paciente con vasculitis ANCA. Reporte de caso

Vasculitis / PMR 0194

Elisabet Karen Deltin, Mauro Martini, Fernanda Abadie

Clínica Pasteur

Presentación del caso: Masculino de 47 años con vasculitis asociada a ANCA (VAA), granulomatosis con poliangeítis (GPA) PR3 positiva, con compromiso rinosinusal, articular, constitucional, pulmonar (nódulos), ocular y neurológico periférico. Recibió corticoides en altas dosis y ciclofosfamida, posteriormente rituximab y mantenimiento con azatioprina. Por recaídas sucesivas recibió nuevamente rituximab, suspendido por psoriasis paradojal extensa, y luego metotrexato. Ante nueva recaída pulmonar recibió pulsos de metilprednisolona, meprednisona, micofenolato mofetil (suspendido por intolerancia gastrointestinal) y finalmente ciclofosfamida mensual (1 dosis). En junio de 2026 ingresó por dolor súbito, atraumático, en fosa lumbar izquierda. Se encontraba afebril y hemodinámicamente estable, con defensa abdominal. Laboratorio: hematocrito 34 %, creatinina 1,05 mg/dl y hematuria. La tomografía (TC) evidenció un extenso hematoma perinéfrico izquierdo de 130×90×60 mm, con desplazamiento ventral del riñón (Imagen 1). La angioTC mostró microdilataciones saculares aneurismáticas en arterias hepáticas, pancreáticas, esplénicas y renales, sin signos de complicación ni compromiso de grandes vasos. El PET no evidenció actividad inflamatoria en vasos medianos o grandes. Recibió soporte transfusional, gammaglobulina endovenosa y pulsos de metilprednisolona. Evolucionó con nuevo dolor abdominal/lumbar e inestabilidad hemodinámica. La TC mostró aumento del hematoma perirrenal a 184×116×96 mm (Imagen 2), y el laboratorio caída de 12 puntos de hematocrito. Se realizó embolización de la arteria renal izquierda, sin éxito, por lo que se efectuó nefrectomía. El paciente falleció durante la cirugía.

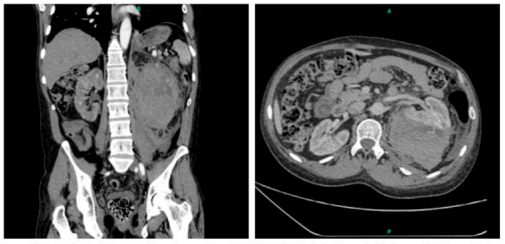


Imagen 1: Tomografía de abdomen y pelvis corte coronal y axial 29/06/2026: Riñón izquierdo con pérdida de su morfología y arquitectura habitual en su valva posterior. En la fosa renal izquierda se identifica una voluminosa colección hipodensa que desplaza el parénquima renal remanente en sentido anterolateral y que contacta con el músculo psoas homolateral, compatible con hematoma perirrenal: 130 mm x 90 mm x 60 mm.

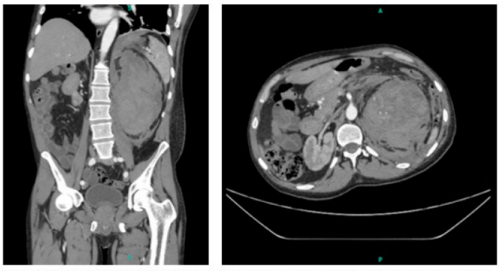


Imagen 2: Tomografía de abdomen y pelvis corte coronal y axial 04/07/2026: hematoma mide actualmente 184 x 116 x 96 mm.

Discusión: El síndrome de Wunderlich es un hematoma perinéfrico espontáneo, cuya principal etiología son las neoplasias renales, especialmente angiomiolipomas y carcinomas de células claras. Otras causas incluyen aneurismas, pseudoaneurismas, malformaciones arteriovenosas, trombosis de la vena renal y vasculitis. Las VAA comprometen predominantemente vasos pequeños, el compromiso de arterias medianas es excepcional (0.01-0.2 %). La fisiopatología no está clara. Una mayor formación de trampas extracelulares de neutrófilos (NETs) y el déficit de alfa-1-antitripsina podrían favorecer inflamación vascular, daño tisular y desarrollo de aneurismas. Se han descrito 47 casos de afectación de arterias renales en VAA, de los cuales 19 presentaron hematoma renal espontáneo; la mayoría fueron PR3 positivos y menos de la mitad presentó aneurismas múltiples.

Comentarios finales: Consideramos importante reportar este caso, ya que el síndrome de Wunderlich constituye una complicación infrecuente, potencialmente fatal y subdiagnosticada de la VAA. No existen registros epidemiológicos en Latinoamérica que permitan estimar su incidencia o prevalencia. La ruptura aneurismática puede presentarse pese al tratamiento inmunosupresor.

Volver al índice

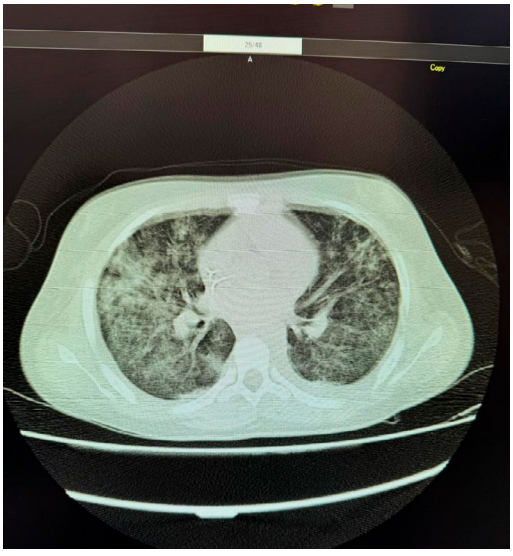
Compromiso pulmonar en vasculitis por IgA pediátrica: una manifestación infrecuente

María Agostina Geymonat, María Elena Rama

Hospital de Niños de la Santísima Trinidad

Presentación del caso: Niña de 11 años, tras traumatismo en tobillo izquierdo desarrolla lesiones purpúricas-ampollares en miembros inferiores y superiores, asociado a dolor y edema de tejido celular subcutáneo. Consulta por guardia y es derivada por vasculitis por IgA (IgAV). Ingresa hemodinámicamente estable, normotensa y febril, iniciando cobertura antibiótica empírica por sospecha infectológica concomitante (celulitis de tobillo confirmada por ecografía). A las 24 h comienza con dolor abdominal cólico y vómitos, se solicita ecografía abdominal y se inician pulsos de metilprednisolona 10 mg/kg/día. Al finalizar el primer pulso la paciente comienza con tos y desaturación, se realiza radiografía de tórax y tac pulmonar; evidenciándose compromiso pulmonar, se decide continuar con los pulsos de corticoides por 3 días. La paciente presenta buena respuesta al tratamiento, continúa control ambulatorio con corticoides por vía oral en descenso.





Métodos complementarios: Laboratorio ingreso: Hb 14.2, hto 39.5, GB 29.700, plaquetas 494.000, urea 15.9, creatinina 0.45, PCR 359, VSG 27, APP 80, KPTT 35, IgA 195, C3 104, C4 9. ANA y ANCA negativos. Orina completa: hemoglobina++, proteínas+. Índice proteinuria-creatininuria: 0.39. Hemocultivos y serologías virales negativas. Filmarray: Rinoenterovirus. Ecografía abdominal: líquido libre escaso en Douglas/FID, asas de yeyuno-íleon engrosadas con hiperflujo Doppler parietal. TC de tórax: compromiso pulmonar bilateral difuso con patrón en vidrio esmerilado, engrosamiento de septos interlobulillares, áreas en árbol en brote y derrame pleural bilateral. Ecocardiograma normal. Laboratorio posterior: Hb 8.9, Hto 26.7, Gb 7850, Creatinina 0.3, Urea 45, PCR 34.6. Orina completa: hematuria+, proteinuria-.

Discusión: El compromiso pulmonar en la IgAV es una manifestación infrecuente en pediatría (reportada en menos del 5 % de los casos), pero de alto impacto pronóstico, ya que se vincula principalmente a hemorragia alveolar difusa (HAD) secundaria a capilaritis por depósito de complejos inmunes de IgA en la microvasculatura pulmonar. Clínicamente pue-

de presentarse con disnea, desaturación e infiltrados bilaterales de instalación aguda, tal como se observó en esta paciente, donde la aparición súbita de un patrón en vidrio esmerilado con derrame pleural resultó altamente sugestiva. Es importante destacar que, en pediatría, la HAD puede cursar sin hemoptisis franca, manifestándose únicamente por caída del hematocrito y hallazgos radiológicos. El tratamiento de primera línea son los pulsos de metilprednisolona, como se implementó en esta paciente. Los inmunosupresores de segunda línea o la plasmaféresis se reservan para casos refractarios o con compromiso multiorgánico grave. La buena respuesta a corticoides sin necesidad de escalar el tratamiento es consistente con el curso descrito para la mayoría de los casos pediátricos de HAD asociada a IgAV.

HiperCKemia persistente en un paciente con hepatitis autoinmune: el aporte del estudio genético en el diagnóstico diferencial con miopatía inflamatoria

Reumatología Pediátrica 0056

Florencia Ahumada

Hospital Provincial de Pediatría Dr. Fernando Barreyro, Posadas

Presentación del caso: Paciente masculino de 9 años con diagnóstico de hepatitis autoinmune confirmado por biopsia hepática (hepatitis crónica con hepatitis de interfase severa y fibrosis avanzada), en tratamiento inmunosupresor con corticoterapia y azatioprina. Durante la evolución presentó hiperCKemia persistente, con valores fluctuantes entre 543 y 11.385 UI/L, sin debilidad muscular objetiva, pérdida de habilidades motoras ni limitación funcional. El examen neuromuscular seriado permaneció normal (fuerza MRC 5/5, maniobra de Gowers negativa, marcha fisiológica, tono y reflejos conservados, sin hipertrofia gemelar). La evaluación neurológica no evidenció signos clínicos de miopatía y la valoración cardiológica (electrocardiograma y ecocardiograma) fue normal. La resonancia magnética muscular de cintura escapular y pelviana con secuencias STIR mostró edema fibrilar del músculo erector espinal dorsal izquierdo y del músculo ilíaco derecho, sin infiltración grasa, hallazgos inicialmente interpretados como sugestivos de miopatía inflamatoria activa. Sin embargo, el panel ampliado de autoanticuerpos específicos y asociados a miositis resultó completamente negativo. Debido a la persistencia de la hiperCKemia, la ausencia de correlación clínico-funcional y la evolución atípica, se amplió el estudio mediante panel genético para rabdomiólisis y miopatías hereditarias, identificándose una deleción hemicigota *in frame* de los exones 3-5 del gen DMD, clasificada como patogénica y compatible con una distrofinopatía del espectro Becker.

Discusión: La hiperCKemia persistente constituye un desafío diagnóstico en Reumatología Pediátrica, especialmente cuando coexiste con una enfermedad autoinmune sistémica y hallazgos de edema muscular en resonancia magnética. Si bien estos últimos pueden orientar inicialmente hacia una miopatía inflamatoria, su especificidad es limitada y deben interpretarse en el contexto clínico. En este caso, la ausencia sostenida de debilidad muscular, la negatividad del panel completo de autoanticuerpos para miositis, la evolución fluctuante de la CPK pese al tratamiento inmunosupresor y el hallazgo de una variante patogénica en DMD motivaron una reevaluación del diagnóstico diferencial, planteando como principal hipótesis una distrofinopatía con hiperCKemia persistente y cambios inflamatorios musculares secundarios, evitando la intensificación injustificada del tratamiento inmunosupresor.

Comentarios finales: Este caso destaca la importancia de integrar los hallazgos clínicos, bioquímicos, inmunológicos, radiológicos y genéticos en la evaluación de pacientes con hiperCKemia persistente. En ausencia de debilidad muscular y con estudios inmunológicos negativos, las miopatías hereditarias deben considerarse activamente aun en pacientes con enfermedades autoinmunes concomitantes. La incorporación del estudio genético puede modificar significativamente el enfoque diagnóstico y terapéutico, evitando potenciales errores de clasificación y tratamientos innecesarios.

Artritis inflamatoria persistente tras infección por Chikungunya en una adolescente: un desafío al diagnóstico inicial

Reumatología Pediátrica 0057

Florencia Ahumada

Hospital Provincial de Pediatría Dr. Fernando Barreyro, Posadas

Presentación del caso: Adolescente de 14 años con antecedente de hipotiroidismo autoinmune en tratamiento con levotiroxina, que inició en diciembre de 2025 con síndrome febril a lo que luego se agrega poliartritis inflamatoria simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, asociada a marcada limitación funcional. Presentó respuesta parcial a antiinflamatorios no esteroideos y corticoides, con recaída tras la suspensión del tratamiento. Los estudios iniciales mostraron FAN 1/1280, complemento normal, anti-DNA, factor reumatoideo y anti-CCP negativos. La serología para virus Chikungunya evidenció IgM e IgG positivas, interpretándose el cuadro como artritis inflamatoria crónica secundaria infección aguda. Ante la refractariedad a AINES, se indica metotrexato y prednisona, con persistencia de artritis activa, anemia inflamatoria, trombocitosis y elevación sostenida de reactantes de fase aguda. Durante el seguimiento desarrolló hipergammaglobulinemia, positividad para anticuerpos anti-ADN de doble cadena, consumo progresivo de C3 y C4, además de proteinuria y microalbuminuria con función renal conservada, hallazgos que motivaron la revisión integral del cuadro clínico asumiéndose como lupus eritematoso sistémico juvenil (LESj).

Discusión: La infección por virus Chikungunya constituye una causa reconocida de artritis inflamatoria persistente; sin embargo, hay evidencia que sugiere que determinados virus artritogénicos podrían actuar como desencadenantes de enfermedades autoinmunes en individuos genéticamente predispuestos. Entre los mecanismos propuestos se incluyen el mimetismo molecular, la activación policlonal de linfocitos B, la producción sostenida de citocinas proinflamatorias y la ruptura de la tolerancia inmunológica. En la paciente presentada, la evolución secuencial desde una artritis atribuida inicialmente a Chikungunya hacia el desarrollo progresivo de autoanticuerpos altamente específicos, hipocomplementemia y manifestaciones compatibles con compromiso sistémico permitió reclasificar el cuadro como LESj. Si bien no es posible establecer una relación causal, la estrecha secuencia temporal y la evolución inmunológica apoyan la hipótesis de que la infección viral pudo haber actuado como un evento gatillo sobre un terreno autoinmune predispuesto.

Comentarios finales: Este caso ilustra la compleja interacción entre infección y autoinmunidad, aportando evidencia clínica que respalda el posible papel de Chikungunya como gatillo de enfermedades autoinmunes sistémicas. Más allá del desafío diagnóstico, resalta la importancia de comprender que las infecciones virales no sólo pueden simular enfermedades reumáticas inflamatorias, sino también participar en el inicio de procesos autoinmunes en pacientes susceptibles. La caracterización y comunicación de estos casos puede contribuir a una mejor comprensión de los mecanismos fisiopatológicos implicados y favorecer el reconocimiento precoz de esta evolución clínica.

Miositis de músculos extraoculares como forma de presentación de enfermedad relacionada con IgG4 en pediatría: serie de dos casos

Reumatología Pediátrica 0064

Janet Manrique, Gabriela Necul, Jorge Ávila, Verónica Solernou, Tamara Schvarstein, Raúl Gaivironsky

Hospital Militar Central

Presentación del caso: La enfermedad relacionada con IgG4 (IgG4-RD) es una enfermedad fibroinflamatoria inmunomediada excepcional en pediatría. El compromiso orbitario constituye una manifestación infrecuente y representa un desafío diagnóstico por su similitud con procesos infecciosos, neoplásicos y otras enfermedades inflamatorias. Presentamos dos pacientes con compromiso aislado de músculos extraocula-

res. El primer caso corresponde a una niña de 12 años que consultó por dolor ocular, proptosis y limitación de la motilidad del ojo derecho. La resonancia magnética (RMN) mostró engrosamiento del músculo recto inferior con colección intramuscular, interpretándose inicialmente como celulitis orbitaria complicada (Figura 1A). Presentó mejoría parcial con antibióticos y requirió biopsia por persistencia de la lesión. La anatomía patológica evidenció infiltrado linfoplasmocitario denso con fibrosis e inmunomarcación positiva para IgG4 (>50 % de células plasmáticas IgG4+), compatible con IgG4-RD. El segundo caso corresponde a una niña de 6 años con ptosis palpebral, diplopía y masa del músculo recto superior derecho (Figura 1B). La biopsia informó enfermedad orbitaria relacionada con IgG4, planteando inicialmente diagnóstico diferencial con granulomatosis con poliangeítis. Evolucionó con corticodependencia pese al tratamiento con glucocorticoides, requiriendo metotrexato y posteriormente rituximab, con adecuada respuesta clínica. En ambas pacientes el estudio de extensión descartó compromiso sistémico, las subclases séricas de IgG4 se encontraban dentro de los valores de referencia y el estudio inmunológico no evidenció otras enfermedades autoinmunes sistémicas. El diagnóstico definitivo se estableció mediante correlación clínico-radiológica e histopatológica (Tabla 1).

Tabla 1: Comparación de ambos casos.

	Caso 1	Caso 2
Edad	12 años	6 años
Músculo	Recto inferior derecho	Recto superior derecho
Simuló	Celulitis	Pseudotumor
IgG4 sérica	Normal	Normal
Anatomía patológica	IgG4-RD	IgG4-RD
Tratamiento	Corticoides	Corticoides + MTX + Rituximab

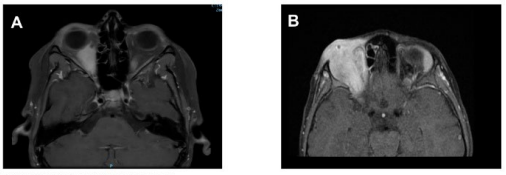


Figura 1. Compromiso orbitario en ambos casos.
A. RMN paciente 1, engrosamiento del recto inferior derecho con colección.
B: RMN paciente 2, lesión expansiva con compromiso del recto superior.

Discusión: La IgG4-RD de inicio pediátrico continúa siendo probablemente subdiagnosticada. Ambos casos se presentaron como masas orbitarias con compromiso de músculos extraoculares, simulando entidades mucho más frecuentes como celulitis orbitaria, pseudotumor inflamatorio o neoplasias. La ausencia de elevación sérica de IgG4 en ambas pacientes destaca las limitaciones de este biomarcador y refuerza el papel central de la biopsia con inmunohistoquímica para confirmar el diagnóstico. Asimismo, uno de los casos planteó el diagnóstico diferencial con vasculitis asociada a ANCA, destacando la complejidad del diagnóstico diferencial en pacientes con compromiso orbitario.

Comentarios finales: La enfermedad relacionada con IgG4 debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de las masas orbitarias y de la miositis de músculos extraoculares en pediatría, aun en presencia de niveles séricos normales de IgG4 y sin compromiso sistémico. La sospecha clínica, la confirmación histopatológica y el tratamiento inmunomodulador oportuno son fundamentales para evitar retrasos diagnósticos y disminuir el riesgo de secuelas funcionales.

Inhibidores de JAK como estrategia ahorradora de esteroides en dermatomiositis juvenil grave: informe de dos casos

Reumatología Pediátrica 0121

Fernando Martín Zunino Pradier, Carmen de Cunto, Victoria Torregiani

Hospital Italiano de Buenos Aires

Presentación del caso: Caso 1: Paciente femenina con diagnóstico de DMJ a los 4 años. Presentó *rash* cutáneo típico, edema subcutáneo, mialgias y debilidad muscular proximal. Estudios: Enzimas musculares y reactantes de fase aguda elevados; FAN positivo (AC-4); panel de miositis negativo. Capilaroscopia: patrón SD activo con megacapilares, microhemorragias y disminución del número de capilares. Tratamiento y evolución: Inició esteroides a 2 mg/kg/día, progresando con mayor debilidad, pérdida de sostén cefálico y úlceras cutáneas vasculíticas en cara, cuello, tronco y miembros inferiores. Se internó para pulsos de me-

tilprednisolona y 6 ciclos de ciclofosfamida (dosis acumulada: 3.440 mg) con rehabilitación. Recuperó el sostén cefálico a los 1,5 meses y logró epitelización a los 4 meses, persisiendo *rash* y fotosensibilidad. Ante la gravedad, se inició tofacitinib (5 mg/12 h) como ahorrador de esteroides, logrando suspender la corticoterapia a los 18 meses. Normalizó el laboratorio a los 6 meses y recuperó fuerza muscular completa (MMT 40, CMAS 49/52) con resolución cutánea a los 26 meses. Tras 30 meses con tofacitinib, se descendió hasta su suspensión. Permanece en remisión clínica y bioquímica. Caso 2: Paciente masculino con diagnóstico de DMJ a los 6 años. Inició con *rash* bipalpebral y en sitios de extensión. A las 4 semanas agregó astenia y debilidad muscular proximal (MMT 22/40, CMAS 14/52, CHAQ 2,5). Estudios: Enzimas musculares elevadas, FAN 1/320, anti-Ro/La positivo y anti-Ro52 positivo (30 U). Tratamiento y evolución: Inició esteroides (2 mg/kg/día) y metotrexato (10 mg/semana VO). Respondió inicialmente, pero recayó durante el descenso de esteroides con úlceras vasculíticas en miembros inferiores. Se rotó a micofenolato mofetil y pulsos de ciclofosfamida (500-750 mg/m^2), logrando epitelización. Se indicó tofacitinib (5 mg/12 h) como mantenimiento, alcanzando CMAS 49/52, CHAQ 0 y mejoría sostenida al año. Tras más de 18 meses en mantenimiento, el paciente abandonó el tratamiento, presentando una recaída clínica y bioquímica (fotosensibilidad, *rash*, elevación de enzimas y debilidad).

Discusión: El uso de inhibidores de JAK en DMJ grave/refractaria es útil como estrategia de mantenimiento y ahorrador de esteroides. La respuesta puede variar según el patrón del fenotipo clínico.

Comentarios finales: El uso de inhibidores de JAK en DMJ grave/refractaria es útil como estrategia de mantenimiento y ahorrador de esteroides. La respuesta puede variar según el patrón del fenotipo clínico.

Poliangeitis microscópica en pediatría. A propósito de un caso

Reumatología Pediátrica 0150

Gabriel Ignacio Barilla, Lorena Mariana Franco

Hospital Infantil Municipal

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino, de 12 años, que comenzó en enero de 2026 con decaimiento y palidez generalizada. En su ciudad de origen fue diagnosticada de infección urinaria por lo que recibió cefalexina. Mientras cumplía dicho tratamiento, viajó con su familia de vacaciones a Brasil y debido a la persistencia de los síntomas, consultó y permaneció internada durante seis días. Los estudios evidenciaron anemia (Hb: 6,07 g/dL), deterioro de la función renal (creatinina 1.1 mg/dL, filtrado glomerular estimado: 48,3 mL/min/1,73 m^2), proteinuria (índice proteinuria/creatininuria: 1,61) y hematuria (80 hematíes/campo), por lo que recibió transfusión de glóbulos rojos, luego regresó a la Argentina para continuar su evaluación. En febrero de 2026, consultó en nuestro servicio, donde, ante la sospecha de vasculitis sistémica, se solicitaron estudios inmunológicos que evidenciaron p-ANCA con especificidad anti-MPO positivo, ANA 1/40, ENA negativos y complemento C3 y C4 normal. En el contexto de las manifestaciones clínicas, el compromiso renal y el perfil serológico, se estableció el diagnóstico de poliangeítis microscópica. Recibió tratamiento de inducción con cuatro pulsos intravenosos de metilprednisolona a 30 mg/kg/día y Rituximab a 375 mg/m^2, una dosis semanal durante cuatro semanas. Posteriormente, continuó con meprednisona por vía oral. La radiografía de tórax fue normal. La ecografía abdominal/renal mostró riñones de forma y tamaño conservados, con aumento de la ecogenicidad cortical y discreta pérdida de la diferenciación corticomedular, sin dilatación de la vía excretora ni litiasis. El resto de la evaluación abdominal no mostró alteraciones. La valoración cardiovascular y el ecocardiograma fueron normales. Se realizó biopsia renal con informe de glomerulonefritis con semilunas, donde se destacaban glomérulos globalmente esclerosados, glomérulos con semilunas fibroepiteliales (algunos asociados a áreas de necrosis fibrinoide), glomérulos con esclerosis segmentaria y a nivel tubulointersticial se observó atrofia tubular y fibrosis intersticial. Durante la evolución presentó una recaída caracterizada por lesiones papulopurpúricas en los miembros inferiores, manifestaciones articulares y empeoramiento de la función renal, por lo que recibió un nuevo pulso de metilprednisolona. Evolucionó con resolución de las lesiones cutáneas y las artralgias, junto con marcada mejoría de la función renal, la proteinuria y el sedimento urinario. En el último control permanecía clínicamente estable, afebril, normotensa, sin edemas, sin lesiones cutáneas, artralgias ni manifestaciones sistémicas, y con

diuresis conservada. Presentaba una marcada recuperación de la función renal, con creatinina de 0.81 mg/dL, filtrado glomerular estimado de 74.9mL/min/1,73 m^2, índice proteinuria/creatininuria de 0.98 y hematuria de 20/campo. Continúa con descenso progresivo de meprednisona, enalapril y tratamiento de mantenimiento con rituximab cada seis meses, tratamiento preventivo con trimetoprima-sulfametoxazol y aciclovir.

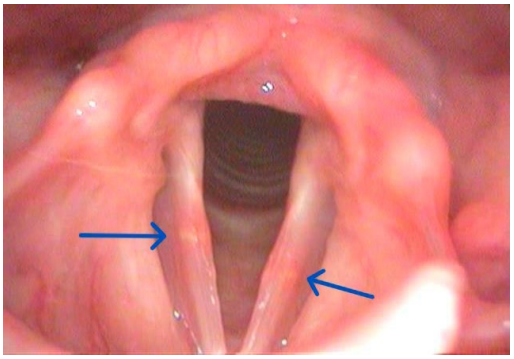
Comentarios finales: La poliangeítis microscópica es una enfermedad infrecuente y potencialmente grave en pediatría, con compromiso renal frecuente y riesgo de progresión a enfermedad renal terminal. La presencia de anemia asociada a hematuria, proteinuria y deterioro de la función renal debe motivar la búsqueda temprana de una vasculitis asociada a ANCA.

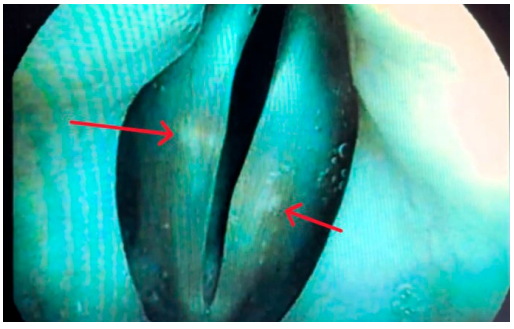
Nódulos de bambú en una adolescente con enfermedad autoinmune sistémica

Reumatología Pediátrica 0190

Federico Vargas, María Isabel Brusco, Vanesa Cervetto, María Jimena Gómez Sosa, Camila González, María Emilia Lacapra, Guissela Glenda Lacuadra, María Marcantoni, Facundo Gabriel Villalva

Hospital General de Niños Dr. Pedro Elizalde





Presentación del caso: Adolescente de 16 años, estudiante de canto lírico, evaluada desde septiembre de 2024 por poliartralgias, episodios ocasionales de tumefacción de manos y cambios de coloración, con palidez y tonalidad violácea sin secuencia de fases claramente documentada, cefalea, fatiga, caída de cabello y aftas orales. Presentaba anemia moderada, eritrosedimentación elevada, hipergammaglobulinemia, prueba de Coombs directa positiva sin hemólisis, ANA 1/1280 patrón AC-4, anti-Sm, anti-U1-RNP >100, C3 67,7/ C4 15,3 mg/dl y sin compromiso renal. Se interpretó inicialmente como lupus eritematoso sistémico juvenil y se inició hidroxicloroquina. Ante cambios persistentes de la voz, que la paciente tenía desde antes del diagnóstico, consultó al ORL en mayo de 2025 diagnosticándose nódulos vocales, atribuidos a la sobrecarga vocal por el canto, por lo que recibió omeprazol y continuó seguimiento foniátrico. Debido a que continuó con los síntomas, consultó con otro otorrinolaringólogo, quien planteó su posible asociación con la enfermedad autoinmune. La endoscopia mostró lesiones nodulares bilaterales en las cuerdas vocales, interpretadas como nódulos de bambú. Se propuso tratamiento conservador; sin embargo, en noviembre de 2025 se realizó exéresis quirúrgica. La anatomía patológica informó cambios reactivos en la cuerda vocal izquierda y cambios mixoides con infiltrado inflamatorio agudo focal en la derecha. Aunque mantuvo seguimiento foniátrico, no se dispuso de los informes para documentar objetivamente la evolución vocal. Posteriormente desarrolló psoriasis confirmada por biopsia, fenómeno de Raynaud, tumefacción de manos, poliartralgias, debilidad muscular, con elevación de CPK, anti-Ku y anti-Ro52 positivos. Ante estos hallazgos y con el antecedente de anti-U1 RNP >100, se reconsideró el diagnóstico como enfermedad mixta del tejido conectivo con psoriasis asociada.

Discusión: Los nódulos de bambú son lesiones subepiteliales infrecuentes de los pliegues vocales, habitualmente bilaterales, transversales y localizadas en su porción media, asociadas a enfermedades autoinmunes sistémicas. Su fisiopatología no está completamente aclarada; se ha propuesto la interacción entre inflamación autoinmune y microfonotrauma repetido. Pueden confundirse con lesiones fonotraumáticas, especialmente en personas con alta demanda vocal. En este caso, la práctica de canto lírico favoreció inicialmente una interpretación mecánica y demoró el reconocimiento de su relación con la autoinmunidad.

Comentarios finales: Ante cambios persistentes de la voz o disfonía en pacientes con enfermedades autoinmunes debe considerarse la evaluación otorrinolaringológica. La sobrecarga vocal no excluye un nódulo de bambú. Su reconocimiento requiere integrar la morfología endoscópica con el contexto clínico e inmunológico. Dado que no existe un tratamiento estandarizado, entre terapias conservadoras y quirúrgicas, el abordaje debe ser interdisciplinario e incluir reumatología, otorrinolaringología y foniatría.

Poliautoinmunidad de inicio pediátrico: más allá de la coexistencia de enfermedades autoinmunes

Reumatología Pediátrica 0240

Antonella Demartini Gregorini, Lucía Castellano, Maximiliano Ezequiel Frías, Verónica González, Carolina Medina, Esteban Mercol, María Agostina Geymonat, María Elena Rama, María Luz Martín

Hospital de Niños de la Santísima Trinidad

Presentación del caso: Paciente femenina de 8 años de edad fue derivada por gastroenteritis, con antecedentes de hipopotasemia en estudio a los 5 años. Al examen físico se constató bocio. Laboratorio: HCO3-: 12 mmol/L; K+: 2,3 mEq/L; GAP normal; TSH: 75 uUI/mL; T4L: 1,08 ng/dL; ATPO: 90 UI/mL; ATG: 63 UI/mL. Se diagnosticó con acidosis tubular renal distal tipo I, de probable etiología inmunomediada, y tiroiditis de Hashimoto. Se indicó el tratamiento correspondiente. A los 9 años presentó fiebre asociada a artralgias en ambas rodillas e interfalángicas, con predominio matutino y edema localizado en manos. El laboratorio evidenció nuevamente acidosis metabólica e hipopotasemia. Durante esta internación se constataron además focos infecciosos odontógenos activos. Cuatro meses después, consultó por edema bipalpebral y abdominal de una semana de evolución, acompañado de dolor lumbar, posterior a un cuadro de faringitis tratado con antibióticos. Se indicó internación y se realizaron múltiples estudios. En la ecografía de tórax se observó derrame pleural y líquido libre abdominal. Laboratorio: plaquetas: 83000/uL; Cr: 0,4 mg/dL; urea: 35 mg/dL; Alb: 1,2 g/dL; PT: 4,4 g/dL; IgG: 1147 mg/dL; IgA: 284 mg/dL; IgM: 371 mg/dL; C3: 18 mg/dL; C4: 2 mg/dL. ANA: patrón nuclear homogéneo > 1/640 (AC-1), nuclear granular fino 1/320 (AC-4) y citoplasmático 1/80; Acs anti-DNA 1/1600; Acs anti-C1q: 61 UI/mL; Coombs positiva. La biopsia renal evidenció glomerulonefritis clase IV, estableciéndose el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) con nefritis lúpica. Recibió metilprednisolona y pulsos de ciclofosfamida, con buena respuesta. Posteriormente, el estudio de las poblaciones linfocitarias ampliadas evidenció aumento de linfocitos B de memoria con *switch* y disminución de linfocitos T de memoria efectora CD4+ y CD8+, así como de células NK. Recibió gammaglobulina a dosis de reemplazo por pérdida renal de inmunoglobulinas (IgG: 160 mg/dL, IgA: 121 mg/dL, IgM: 132 mg/dL). Exámenes pendientes: NSG para panel de inmunodeficiencias.

Discusión: La aparición de enfermedades autoinmunes en la infancia, particularmente cuando ocurre de manera temprana, secuencial y con compromiso multisistémico, plantea un desafío diagnóstico que excede la caracterización de cada entidad por separado y puede representar la expresión clínica de una alteración en la regulación inmunológica. En este caso clínico, la aparición temprana y progresiva de fenómenos inmunomediados -acidosis tubular renal distal, tiroiditis de Hashimoto y LES- junto con infecciones intercurrentes, planteó la necesidad de evaluar si existía un denominador común causal, y plantea la posibilidad de una alteración subyacente de los mecanismos de tolerancia e inmunorregulación.

Comentarios finales: En pediatría, la poliautoinmunidad de inicio temprano debe promover una mirada integral del sistema inmunológico. La identificación de múltiples manifestaciones inmunomediadas puede constituir una oportunidad para reconocer precozmente alteraciones de la inmunorregulación y orientar un seguimiento clínico, inmunológico y eventualmente genético individualizado.

Artritis de presentación atípica, ¿cuándo sospechar síndrome COPA?

Reumatología Pediátrica 0242

Victoria Torregiani, Martín Zunino Pradier, Gabriela Necul, Carmen de Cunto

Hospital Italiano de Buenos Aires

Presentación del caso: Caso 1: Niña con dx de AIJ poliarticular a los 3 años. Presenta poliartritis deformante, nódulos reumatoideos, mal progreso de peso, acropaquia y anticuerpos positivos en títulos altos (ANA, FR, anti-CCP), con curso refractario a metotrexato, dos anti-TNFa y tocilizumab. Evoluciona con neumonía intersticial usual, con compromiso pulmonar restrictivo severo y oxigenodependencia a pesar de los tratamientos recibidos (CTC, ciclofosfamida, rituximab, micofenolato). Se identificó una variante de significado incierto en COPA (p.Trp240Gly), en un dominio crítico de WD40. Esto, sumado al fenotipo altamente compatible, permite asumir el diagnóstico de COPA e iniciar baricitinib (inhibidor de JAK). La evolución estuvo marcada por infecciones recurrentes y deterioro respiratorio progresivo, falleciendo a los 20 años de *shock* séptico a foco respiratorio. Caso 2: Niño que inicia a los 5 años con poliartritis crónica con anticuerpos positivos en títulos elevados (ANA, FR, anti-CCP) y factores clínicos y radiológicos de mal pronóstico. Presentó respuesta incompleta a CTC, metotrexato y adalimumab. Ante la sospecha de síndrome COPA se solicitó TC de tórax que evidenció compromiso pulmonar intersticial subclínico. El exoma completo identificó una variante patogénica heterocigota en COPA (p.Glu241Lys) confirmando nuestra sospecha. Se inició baricitinib con resolución inicial de la artritis y normalización de reactantes. Sin progresión en imágenes pulmonares a los 6 meses. En la evolución, presentó recaída articular sin elevación de biomarcadores inflamatorios, con respuesta a curso corto de esteroides.

Discusión: El síndrome COPA es una enfermedad monogénica rara caracterizada por autoinflamación, disregulación inmune y autoinmunidad, secundaria a alteraciones en el tráfico vesicular intracelular y activación de la vía de interferón. Presenta amplia variabilidad fenotípica, pudiendo comprometer articulaciones, pulmón y riñón. Constituye un diagnóstico diferencial relevante en pacientes con poliartritis de inicio temprano, particularmente ante un fenotipo serológico marcado, refractariedad terapéutica y compromiso pulmonar, incluso subclínico. Ambos casos muestran la heterogeneidad clínica de esta entidad y el valor del estudio genético para redefinir el diagnóstico y orientar estrategias terapéuticas dirigidas. La identificación de enfermedad pulmonar intersticial resulta relevante por su impacto pronóstico. El diagnóstico genético permite un enfoque de medicina de precisión, aunque la respuesta a inhibidores de JAK puede ser variable, especialmente en estadios avanzados de la enfermedad, destacando la importancia del reconocimiento precoz del fenotipo COPA.

Comentarios finales: El reconocimiento precoz del fenotipo COPA en pacientes con poliartritis atípica y refractaria permite reconsiderar el diagnóstico, detectar precozmente el compromiso pulmonar y orientar terapias dirigidas. Estos casos destacan la importancia de mantener un alto índice de sospecha frente a formas de AIJ de evolución inusual, ya que el diagnóstico tardío puede limitar el impacto de las estrategias de medicina de precisión.

Síndrome PAMI en pediatría, reporte de un caso

Reumatología Pediátrica 0252

Diana Altura, Paula Alejandra Coccia, Carmen de Cunto, Ailín Laso, Diana Inés Liberatore, Florencia Tisi Bana, Victoria Torregiani, **Fernando Martín Zunino Pradier**

Hospital Italiano de Buenos Aires

Presentación del caso: Introducción: El síndrome PAMI (proteinemia inflamatoria mieloide asociada a PSTPIP1), conocido anteriormente como síndrome de hiperzincemia/hipercalprotectinemia (Hz/Hc), es un trastorno autoinflamatorio raro, recientemente descrito, causado por variantes deletéreas específicas en el gen PSTPIP1 (p.E250K y p.E257K). La enfermedad se caracteriza por inflamación sistémica crónica, manifestaciones cutáneas y osteoarticulares, hepatoesplenomegalia, anemia y neutropenia, pudiendo haber diferentes fenotipos. Objetivo: Reporte de un caso de enfermedad autoinflamatoria rara relacionada a PSTPIP1. Materiales y métodos: Descripción retrospectiva de una paciente con enfermedad de larga data, en seguimiento multidisciplinario y diagnóstico reciente de síndrome PAMI. Caso clínico: Paciente de 10 años de edad que debutó a los 4 meses de vida con anemia hemolítica y episodios de neutropenia, que han requerido transfusiones (sin requerimiento desde los 5 años) con diagnóstico presuntivo de Púrpura Trombocitopénica Trombótica/Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) durante la evolución de su enfermedad. En tratamiento con micofenolato desde los 2 años, con adecuada tolerancia y respuesta parcial, requiriendo bajas dosis de

esteroides de manera crónica. Luego de aproximadamente 9 años, la paciente presenta leucopenia, anemia y reactantes elevados de fase aguda, agregando episodios de *rash* episódico en tronco, con dependencia de esteroides y suspensión de inmunosupresores por las citopenias. Se estudia por reumatología, sin hallazgos clínicos. Autoanticuerpos negativos. Ante la falta de diagnóstico etiológico se decide pedir panel para enfermedad autoinflamatoria. El estudio de panel dio positivo para variante patogénica heterocigota en PSTPIP1 (NM_ 003978.5:c.748G>A (NP_003969.2:p.Glu250Lys). Al mismo tiempo, la paciente presenta daño por corticoterapia prolongada, por lo que se decide buscar una adecuada estrategia ahorradora de esteroides y mejor tratamiento considerando el diagnóstico, de acuerdo a las publicaciones vigentes. La paciente tiene fenotipo hematológico, donde la terapéutica propuesta es el trasplante de médula ósea. Durante los descensos de esteroides, la paciente presentó un cuadro de linfoproliferación benigna, sin rescate de germen y con descarte de malignidad, y episodios de *shock* anafiláctico con compromiso de vida por lo que se mantiene con esteroides a 8 mg por día, lo que permite control clínico hasta el trasplante propuesto.

Discusión: Paciente con enfermedad autoinflamatoria rara, caracterizada por inflamación sistémica crónica, manifestaciones cutáneas y osteoarticulares, hepatoesplenomegalia, anemia y neutropenia, asociada a daño por esteroides en plan de trasplante de médula ósea.

Comentarios finales: Paciente con enfermedad autoinflamatoria rara, caracterizada por inflamación sistémica crónica, manifestaciones cutáneas y osteoarticulares, hepatoesplenomegalia, anemia y neutropenia, asociada a daño por esteroides en plan de trasplante de médula ósea.

Cuando la anemia habla de vasculitis: debut atípico de poliangeítis microscópica pediátrica

Reumatología Pediátrica 0271

Maximiliano Ezequiel Frías, Verónica Ruth González, Carolina Andrea Medina, Antonella Demartini Gregorini, Lucía Castellano, María Agostina Geymonat, María Elena Rama, Verónica Silvana Selva, María Luz Martín

Hospital de Niños de la Santísima Trinidad

Presentación del caso: Paciente femenina de 11 años de edad, previamente sana, derivada por un episodio de lipotimia, donde se constató anemia hipocrómica microcítica grave (Hb: 4.1 g/dL, VCM 65 fL, HCM 19.4 pg, marcada hipocromía y anisocitosis), eritrosedimentación de 75 mm/H y una PCR de 1.1 mg/dl, función renal alterada, creatinina:1.22 mg/dl y urea: 68 mg/dl, además de hipoalbuminemia (3.3 g/dL) y ferropenia (19 µg/dL). Al ingreso se encontraba pálida, inapetente y con bajo peso, sin fiebre, visceromegalias ni compromiso respiratorio o cardiovascular; radiografía y TAC de tórax normales. En cuanto a la evolución, a las 96 horas del ingreso, la paciente presentó un deterioro de la función renal, con ascenso de la creatinina sérica a 1.48 mg/dL y de la urea a 98 mg/dL. El análisis de orina completa demostró un sedimento activo (hematuria+++, piuria moderada, 70 hematíes/campo) con presencia de cilindros hialinos (10/preparado), leucocitarios (5/preparado) y céreos (2/preparado). Se constató proteinuria de 153 mg/dL con un índice proteinuria/creatininuria (Pr/Cr) de 2.20, evolucionando a síndrome nefrótico.

Discusión: La poliangeítis microscópica es una vasculitis necrotizante de pequeños vasos asociada a ANCA, infrecuente en la edad pediátrica. La presentación clásica en pediatría es compromiso renal agudo (75-90 % de los casos) y pulmonar en porcentaje menor (40-50 %). El debut clínico aparentando una anemia ferropénica grave aislada, sin síntomas constitucionales ni respiratorios iniciales, constituye un desafío diagnóstico. Sin embargo, en esta paciente la anemia grave y el fenotipo aparentemente ferropénico constituyeron la primera expresión visible de una enfermedad sistémica, mientras que el compromiso renal se evidenció posteriormente. La discordancia entre los hallazgos hematológicos, inflamatorios y renales permitió reconocer la necesidad de una evaluación inmunológica. En este contexto, el laboratorio de inmunología actuó como puente entre las manifestaciones hematológica y renal, integrando ANA, complemento, ANCA y especificidad antigénica para orientar el diagnóstico etiológico.

Comentarios finales: En pediatría, la coexistencia de anemia grave, bajo peso, inapetencia y síndrome nefrótico agudo puede orientar erróneamente la sospecha clínica inicial hacia un lupus eritematoso sistémico.

Sin embargo, la determinación precisa de títulos elevados de ANCA-p y la especificidad anti-MPO por parte del laboratorio permitieron redireccionar el diagnóstico de forma inmediata, evitando conductas terapéuticas equívocas y el retraso en el inicio del tratamiento inmunosupresor específico.

Cuando la trombocitopenia no es solo PTI: síndrome antifosfolipídico catastrófico seronegativo en una paciente pediátrica. Reporte de un caso

Reumatología Pediátrica 0272

Clara Marinoni, Marcela Beatriz Álvarez, María Laura Barzola, Laura Lorena Guerini, Ayelén Ojeda Silva, Silvia Mónica Meiorin

Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

Presentación del caso: Paciente femenina de 14 años de edad que debutó con metrorragia, hematomas y trombocitopenia severa (32.000/mm^3), interpretándose cuadro como trombocitopenia inmune (PTI), FAN negativo. Por tal motivo, recibió tratamiento con gammaglobulina endovenosa (IGIV, 2 gr/kg) con respuesta parcial. A los pocos días evolucionó con cefalea, epistaxis y plaquetopenia severa 9.000/mm^3. La punción aspiración de médula ósea mostró leve dishemopoyesis granulocítica. Tras nuevo ciclo de IGIV, pulsos de metilprednisolona y prednisona (1mg/kg/día), alcanzó recuento plaquetario de 65.000/mm^3. Durante el descenso de corticoides, presentó sangrados húmedos (gingivorragia y metrorragia) y trombocitopenia de 5.000/mm^3. Nuevo perfil de autoinmunidad FAN 1/160 (AC-4, patrón granular fino), ENA, anti-ADN nativo y anticuerpos antifosfolípidos (AFL), negativos (AL, ACLIgG-IgM, antiB2GP1 IgG-IgM). Dada la refractariedad al tratamiento, comenzó terapia estimuladora con eltrombopag. Bajo este abordaje, presentó fiebre, hemoptisis e insuficiencia respiratoria, con plaquetas 18.000/mm^3 e incremento de PCR 278 mg/L. La TAC de tórax evidenció tromboembolismo pulmonar y hemorragia alveolar difusa. Mediante angiografia por resonancia, se demostró presencia de infarto renal derecho y trombosis de vena renal y senos venosos cerebrales, configurando escenario de trombosis multiorgánica. Se descartaron causas de trombofilia, se asumió cuadro de SAF Catastrófico Seronegativo (SAFC-SN). El tratamiento consistió en anticoagulación con heparina BPM, pulsos de metilprednisolona, infusiones de rituximab (375 mg/m^{2}semanal, 4 dosis), suspensión del eltrombopag y tromboaspiración con colocación de filtro en vena cava. La respuesta clínico-hematológica fue favorable, con plaquetas de 307.000/mm^3, sin nuevos eventos trombóticos ni hemorrágicos. Pendiente resultados de determinación de AFL no criterio (IgA y fosfatidilserina).

Discusión: El SAFC pediátrico constituyó un desafío diagnóstico por su presentación heterogénea y rápida progresión. La evolución de trombocitopenia y hemorragia a trombosis multiorgánica, compromiso pulmonar y renal en ausencia persistente de AFL de criterio, permitió considerar el diagnóstico de SAFC-SN. La respuesta favorable al tratamiento combinado remarcó la importancia de reconocerlo, aún ante serología negativa.

Comentarios finales: La coexistencia de manifestaciones hemorrágicas y trombóticas puede dificultar el reconocimiento del SAFC, especialmente ante trombocitopenia severa y AFL negativos. La aparición de trombosis multiorgánica debe motivar reevaluación diagnóstica aun cuando la presentación inicial sugiera PTI. Este caso resalta que la ausencia de AFL de criterio no excluye SAFC en un contexto clínico compatible. El reconocimiento precoz y el abordaje interdisciplinario resultan fundamentales para instaurar tratamiento oportuno y mejorar el pronóstico.

Volver al índice

ÍNDICE ALFABÉTICO DE AUTORES

OA: Oral Adultos - **OP:** Oral Pediatría - **PA:** Poster Adultos - **PP:** Poster Pediatría - **CCA:** Caso Clínico Adultos - **CCP:** Caso Clínico Pediatría

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
En representación del GESAR	OA	126	17
ABADIE, Fernanda	CCA	194	208
ABALO, Alejandra	CCA	41 / 66 / 178	173, 175, 169
	PA	208	137
ABBAS, Leila	PA	32 / 45 / 146 / 169	74, 75, 31, 32
	OA	42	11
ABDALA, Brian Marcelo	PA	32 / 39 / 45	74, 99, 75
	OA	42	11
	CCA	51	190
ABDALA, Marcelo	PA	32 / 39 / 45	74, 99, 75
	OA	42	11
	CCA	51	190
ABDALA, Rubén	PA	27	139
ABUD-MENDOZA, Carlos	PA	213	115
ACIAR, Mariana	PA	111 / 115 / 145 / 223	124, 125, 63, 137
	OA	126	17
ACOSTA COLMAN, Isabel	PA	213	115
ACOSTA FELQUER, María Laura	OA	136	13
	PA	182	84
AESCHLIMANN, Carolina	PA	63 / 95 / 128 / 212	100, 106, 108, 114
AGUERRE, Darío	PA	19 / 202	27, 85
AGUIAR, Débora	OA	277	21
AGUILA MALDONADO, Rodrigo Alejandro	OA	86	14
	PA	128	108
AHUMADA, Florencia	CCP	56 / 57	210, 211
AIT-CHALLAL, Boussad	PA	11	69
ALBA MOREYRA, Paula Beatriz	PA	85	102
ALBA, Paula	PA	63 / 95 / 128 / 181 / 184 / 212 / 213 / 217 / 218 / 221 / 243	100, 106, 108, 112, 113, 114, 115, 89, 149, 90, 91
	CCA	183 /201 / 259	200, 185, 202
ALBERT, Lucila	PA	97	133
ALBERTON, Valeria	CCA	178	169
ALBIERO, Alejandro	PA	217 / 218	89, 149
ALBIERO, Juan Alejandro	PA	181 / 184 / 221 / 243	112, 113, 90, 91
	CCA	183 / 201 / 259	200, 185, 202
ALDERETE, Sebastián	PA	34 / 37	127, 130

AUTOR	MODALIDA	ACTIVIDAD	PÁGINA
ALFARO, Agustina	PA	78 / 116 / 129 / 130 / 132 / 216 / 217	76, 107, 109, 29, 110, 88, 89
	OA	108	16
ALIAGA, Leandro	PA	225	37
ALLE, Gelsomina	CCA	24	192
	PA	63 / 95 / 128 / 212	100, 106, 108, 114
	OA	192	20
ALLIEVI, Alberto	PA	85 / 128	102, 108
ALONSO, Juan Sebastián	PA	260	152
ALPIZAR-RODRIGUEZ, Deshire	PA	220	36
ALTUNA, Diana	CCP	252	216
ALVA LINARES, Magaly	PA	213	115
ALVARADO, Nicolás	PA	61 / 83 / 92 / 130 / 156 / 182	123, 132, 94, 29, 111, 84
	OA	136 / 168	13, 18
	CCA	159 / 162 / 176	195, 196, 201
ÁLVAREZ, Alejandro	PA	181 / 184	112, 113
	CCA	183	200
ÁLVAREZ, Analía Patricia	OA	86	14
ÁLVAREZ, Marcela	PP	239 / 250	162, 162
	OP	261 / 276	25, 26
	CCP	272	218
ÁLVAREZ, Patricia Álvarez	PA	128	108
ALVES, Diego Mariano	PA	169	32
	OA	192	20
ALVES, Mariano	PA	28 / 29 / 146	94, 43, 31
	OA	62	9
AMARILLA ORTÍZ, Angélica	PA	34 / 37	127, 130
AMOREO, María Eugenia	PA	202	85
ANTONIETTI, Carolina	PA	14	71
ANTONIEWICZ, Lucila Belén	PA	266	42
ANTONIOL, María Noelia	PA	260	152
APAZ, María Teresa	PP	148	157
APTER, Delfina	PA	19 / 21 / 32 / 45	27, 73, 74, 75
	OA	20	10
ARANCIBIA, Nayra	PA	105 / 116 / 132	145, 107, 110
	OA	108	16
ARANDA, Araceli	CCA	60	194
ARANDA, Raquel	PA	34 / 37 / 220 / 224	127,130, 36, 51
ARAQUE MEDINA, Juan Pablo	PA	128 / 135 / 230 / 236 / 265	108, 80, 38, 117, 41
ARGAÑARAZ, Paola	PA	144	30
ARGENTO, María Cecilia	PA	39	99
ARGUELLO, Juan	OA	20	10

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
ARGUELLO, Sabrina	CCA	41 / 66 / 178	173, 175, 169
	PA	111 / 115 / 208	124, 125, 137
	OA	126	17
ARIAS CISNEROS, Yina Paola	PA	131 / 141 / 274	52, 147, 141
ARIAS SAAVEDRA, Maira Alejandra	OA	86	14
	PA	128	108
ARIAS, Tamara Graciela	PA	255	150
ARIZPE, Fernando	OA	9	8
	PA	63 / 95 / 128 / 212	100, 106, 108, 114
AROCA MARTÍNEZ, Gustavo	PA	213	115
ARTURI, Valeria	PA	87	103
ASCIMANI PEÑA, Carlos	CCA	15	207
ASNAL, Cecilia	PA	131 / 141 / 274	52, 147, 141
ASTE, Nora	PA	130	29
ASTESANA, Pablo	PA	85 / 128	102, 108
ASTORINO, Francisco Alberto	CCA	77	189
ATAIDE MARIZ, Henrique	PA	213	115
AUDISIO, Candelaria	PA	181 / 184 / 217 / 218 / 221	112, 113, 89, 149, 90
	CCA	183 / 201 / 259	200, 185, 202
AUDISIO, Marcelo	PA	27 / 137 / 196	139, 81, 50
AVATTE, María Cecilia	CCA	60	194
AVELLANAL, Verónica	PA	113	79
ÁVILA PEDRETTI, Gabriela	PA	34	127
ÁVILA, Gabriela	PA	37 / 220	130, 36
ÁVILA, Jorge	CCP	64	211
AVILAN, Eliana	CCA	75 / 166	181, 165
	PA	91	48
AVILES CRESPO, Lorena Alejandra	OA	108	16
	PA	116 / 132 / 216	107, 110, 88
AZZARO, Sebastiana Graciela	PA	195	98
BABINI, Silvia Mabel	PA	87	103
BAEZ, Roberto	PA	63 / 87 / 95 / 128 / 212	100, 103, 106, 108, 114
BAEZA, Natalia	PA	79	101
BAIGORRIA, Melisa	PA	202	85
	PA	202	85
BALVERDI, Janet	PA	111	124
BANDE, Juan Manuel	PA	44 / 72 / 73 / 76 / 128 / 257 / 266	28, 46, 46, 54, 108, 59, 42
	CCA	238	181
BARBAGLIA NAVARRO, Ana Lucía	PA	47 / 241 / 251 / 254	131, 68, 121, 58
	CCA	186 / 198 / 199	184, 164, 185

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
BARDINI, Carolina	PA	19 / 21 / 202	27, 73, 85
	OA	20	10
BARILLA, Gabriel Ignacio	PP	148	157
	CCP	150	213
BARLVERDI, Janet	PA	115	125
	OA	126	17
BAROUILLE, Julia	PA	78	76
BARTEL, Guillermo	PA	131 / 141 / 274	52, 147, 141
BARZOLA, Ma. Laura	PP	239 / 250	162, 162
	OP	261 / 276	25, 26
	CCP	272	218
BASSO, Ariana	CCA	51	190
	PA	39	99
BATTAGLIOTTI, Cristina Guadalupe	PA	87	103
BAUMANN ESCOBAR, Karin	PA	163	100
BAUTISTA-MOLANO, Wilson	PA	113	79
BEDOYA, María Eugenia	PA	87	103
BEDRAN, Zaida Noemi	PA	87	103
BEFANI, Antonela	PA	179	83
BEJARANO MARTINEZ, Gilka	PA	230 / 265	38, 41
BEJARANO, Vanesa	CCA	75	181
	PA	91	48
BELBRUNO, Leila	PA	100 / 145 / 223	134, 63, 137
BELLOMIO, Verónica	PA	47 / 63 / 95 / 100 / 128	131, 100, 106, 134, 108
	CCA	186 / 198 / 199	184, 164, 185
	PA	212 / 241 / 251 / 254	114, 68, 121, 58
BENAVENTE, Matías	OA	50	18
BENAVIDES MUÑOZ, Catalina	PP	239	162
BENEGAS, Mariana	CCA	15 / 139	207, 203
	PA	17 / 35 / 44 / 88 / 89 / 96 / 113 / 132 / 216	73, 128, 28, 104, 105, 55, 79, 110, 88
BENGOLEA, Agustín	PA	28	94
BENITEZ, Cristian Alejandro	OA	108	16
	PA	111 / 115 / 116 / 129 / 132 / 216	124, 125, 107, 109, 110, 88
	OA	126	17
BENZAQUEN, Nadia	PA	78 / 217	76, 89
BERBOTTO, Guillermo	PA	25 / 96 / 130 / 160 / 213	53, 55, 129, 56, 115
	CCA	170	165
BERBOTTO, Leonel Ariel	PA	25 / 96 / 160	53, 55, 56
	CCA	170	165
BERMUDEZ, Aníbal	CCA	214	188

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
BERNARDO, Mariana Emilia	PA	202	85
BERRUEZO, R.	PA	234	43
BERTOLACCINI, María Constanza	CCA	186 / 198 / 199	184, 164, 185
	PA	213 / 241 / 251 / 254	115, 68, 121, 58
BERTOLI, Ana María	PA	191	67
	CCA	275	198
BESSETTE, Louis	PA	14	71
BETANCUR, Graciela	CCA	41 / 66 / 178	173, 175, 169
	PA	208	137
BEZRODNIK, Liliana	PA	280	122
BIANCO, María Emilia	PA	105	145
BLANDO, Nahuel	PA	39	99
	CCA	51	190
BOGLIOLI, María	PA	39	99
BONACCORSO, Silvina	CCA	52	179
BONFA, Eloisa	PA	213	115
BONICATTO, Agostina	PA	230 / 258 / 263 / 265	38, 152, 153, 41
	OA	245	6
BORBA, Eduardo F.	PA	213	115
BORGIA, María Victoria	PA	225	37
BORGOBELLO, Delfina	CCA	24	192
BORRA, Leandro	PA	179	83
BOVEA, Gladys	PA	130 / 146 / 169	29, 31, 32
BOYD, R.	PA	234	43
BRAN ORDOÑEZ, Andrea	PA	224	51
BRANCE, María Lorena	PA	113	79
	CCA	49 / 140 / 154 / 205 / 209	178, 175, 206, 199, 202
	OA	50	18
BRENOL, Claiton	PA	220	36
BRIGANTE, Alejandro	PA	63 / 95 / 128 / 129 / 130 / 135 / 158 / 165 / 171 / 193 / 206 / 212 / 220 / 230 / 236 / 253 / 258 / 262 / 263 / 264 / 265 / 268	100, 106, 108, 109, 114, 80, 82, 64, 33, 97, 67, 114, 36, 38, 117, 92, 152, 138, 153, 40, 41, 93
	OA	245 / 277	6, 21
BRUEGO, Cristina	PA	220	36
BRUN, Lucas R	OA	50	18
	CCA	205	199
BRUNENGO, Cristina	PA	34 / 37	127, 130
BRUSA, Mariana	CCA	80	167
BRUSCO, María Isabel	PP	155 / 173 / 104	158, 159, 155
	CCP	190	214
	OP	200 / 227	23, 24

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
BUGANEM, Amira	PA	63 / 95 / 106 / 109 / 128 / 185 / 212	100, 106, 49, 60, 108, 65, 114
BURMESTER, Gerd	PA	14	71
BUSCHIAZZO, Emilio	PA	100 / 105 / 144 / 145 / 212 / 223	134, 145, 30, 63, 114, 137
BUSTAMENTE, Marina A R.	PA	220	136
CABALLERO, Liz	PA	113	79
CABAÑA, María Cecilia	CCA	117	167
CABRERA, Sonia	PA	34 / 37 / 220	127, 130, 36
	PA	220	36
CACERES, Agustin	OA	124	15
CADILE, Ignacio	PA	101	78
CADILE, Isaac	PA	137 / 196	81, 50
	CCA	80 / 273	167, 187
CAJAS, Luis Javier	PA	161	96
CALAMPUCA, Marcia	OP	133	22
	PP	177 / 180	160, 160
CALDEROLI, Silvia	PA	34 / 37	127, 130
CALVO QUIROZ, Armando	PA	213	115
CANO, Francisco César Augusto	OP	133	22
	PP	177 / 180	160, 160
CANTARELLI, Verónica	PA	221	90
CAÑAS, Carlos Alberto	PA	213	115
CAPELLI, Lucia	PA	78 / 217	76, 89
CAPUTO, Victor Daniel	CCA	24	192
	PA	85 / 128	102, 108
CARBONE, Dianela	PA	39	99
	CCA	51	190
CARDOZO, José	PA	96	55
CARLETTI, María Virginia	CCA	33	191
CARLEVARIS, Leandro	PA	225	37
CARRANZA, María Belen	PA	131	52
CASADO, Gustavo	PA	130 / 220 / 234	29, 36, 43
	CCA	24	192
CASALLA, Luciana	PA	113	79
CASARES DIAZ, Silvina Ayelén	PA	191	67
	CCA	275	198
CASASOLA VARGAS, Julio César	PA	220	36
CASENAVE, Franco Darío	CCA	201	185
CASTEL DEL CID, Cecilia	PA	225 / 244	37, 119
CASTELL, Esteban	CCA	138	205
	PA	179	83
CASTELLANO, Lucía	CCP	240 / 271	215, 217

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
CASTELLANOS MANCILLA, Adriana	PA	216	88
CASTILLO ORTIZ, Ángel	PA	220	36
CASTILLO, Johanna	OA	277	21
CASTILLO, Martín	PA	181	112
	CCA	183	200
	PA	184 / 217 / 218	113, 89, 149
	CCA	259	202
CASTILLO, Martín Alberto	CCA	201	185
CASTILLO, Santiago	PA	34 / 37	127, 130
CASTORINO, Lucía María	PA	79	101
	CCA	103	180
CASTRO COELLO, Vanesa	OA	277	21
CASTRO, Cecilia	PA	95 / 202 / 212	106, 85, 114
CASTRO, Florencia	CCA	201	185
CASTRO, Glaucio	PA	220	36
CASTRO, María Cecilia	PA	128	108
CASTRO, Vicente Ramiro	OA	245	6
CASTRO, V.	PA	234	43
CATALAN PELLET, Santiago	PA	129	109
CATAY, Erika	PA	130	29
CAVALLASCA, Javier	CCA	77	189
CAVILLON, Emilia	PA	130	29
CAVODURO, Rubén	PA	39	99
CAZENAVE, Tomás	PA	267	154
CELENZA, Alejandra	PA	88 / 89 / 241 / 254	104, 105, 68, 58
CERDA, Osvaldo	PA	78 / 217	78, 89
CEREZO MUÑOZ, Sofía Selena	PA	233	39
	CCA	270	199
CERVETTO, Vanesa	PP	104 / 155 / 173	155, 158, 159
	CCP	190	214
	OP	200 / 227	23, 24
CHAVEZ, Teresa	PA	34 / 37	127, 130
CHEREY, Sofía	PA	35 / 63 / 72 / 73 / 76 / 88 / 89 / 95 / 128 / 161 / 212 / 257 / 266	128, 100, 46, 46, 54, 104, 105, 106, 108, 96, 114, 59, 42
	CCA	139 / 238	203, 181
CHIARVETTI, Lucía	CCA	77	189
CHIARVETTO PERALTA, María Victoria	PA	98 / 161	77, 96
	OA	99 / 192	7, 20
CHILÁN SANTANA, Narda Krupskaia	PA	143 / 172 / 222	148, 34, 58
CICHILLITTI, Lucía	PA	39	99
	CCA	51	190
CINARA, Luis C.	CCA	205	199

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
CIPPITELLI, Graziana	PA	141 / 257	147, 59
CIRIACCI, Jessica	PP	123	156
CISTERNA GUZMAN, Lucía Belén	PA	35 / 76	128, 54
CITERA, Gustavo	PA	130 / 215 / 216 / 267	129, 87, 88, 154
	CCA	149	168
CIVIT, Emma	OA	86	14
CÓCCARO, Nicolás M.	CCA	205	199
COCCIA, Paula Alejandra	CCP	252	216
COHEN, Stanley	PA	14	71
COLLADO, Victoria	PA	87 / 128	103, 108
COMBES, Martina	CCA	75	181
	PA	165 / 235	64, 141
CONSANI, Sandra	PA	34	127
CONTRERAS YAÑEZ, Irazu	PA	224	51
COOMBS, Derek	PA	14	71
CORDOVILLA, Darwin	PA	34 / 37 / 220	127, 130, 36
CORONEL, Claudia	PA	34 / 37	127, 130
CORREA, María de los Angeles	PA	17 / 35 / 100 / 106 / 254	73, 128, 134, 49, 58
CORTESE, María Noel	PA	39	99
	CCA	51	190
COSAN, Sandra	PA	220	36
COSATTI, Micaela	PA	63 / 78 / 93 / 95 / 115 / 128 / 165 / 212 / 217 / 258 / 263	100, 76, 95, 106, 125, 108, 64, 114, 89, 152, 153
	OA	229	9
COSENTINO, Máximo	PA	105 / 106 / 185	145, 49, 65
	OA	50	18
COSENTINO, Vanesa	PA	78 / 217	76, 89
COSTA, Cecilia Alejandra	CCA	77 / 117	189, 167
	PA	78 / 217	76, 89
COSTAS, Lorena Inés	CCA	60	194
COSTI, Ana Carolina	PA	115	125
	OA	126	17
CROCE, Mercedes	CCA	167	176
CUADRANTI, Nadia	CCA	51	190
CURTI, Ana Carolina	PA	87	103
DA COSTA, Carlos	PA	34 / 37	127, 130
DAL PRA, Fernando	PA	119	140
	CCA	120 / 149	204, 168
	PA	187 / 215 / 216	35, 87, 88
DALL'ERA, María	PA	237	118
DALTO, Santiago	CCA	166	165

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
DAMICO, Agustina	PA	63 / 95 / 128 / 212	100, 106, 108, 114
	OA	86	14
DANZA, Álvaro	PA	134	146
DAPEÑA, Joan Manuel	CCA	15	207
	PA	17 / 35 / 44 / 63 / 72 / 73 / 85 / 87 / 88 / 89 / 95 / 105 / 128 / 132 / 141 / 175 / 212 / 241 / 254 / 257	73, 128, 28, 100, 46, 46, 102, 103, 104, 105, 106, 145, 108, 110, 147, 136, 89, 68, 58, 59
	OA	86	14
DE ABREU TRIGUEROS, Paloma	PA	34 / 37 / 220	127, 130, 36
DE CUNTO, Carmen	CCP	121 / 242 / 252	212, 215, 216
DE LA SOTA, Mercedes	CCA	58	193
	PA	130	29
DE LA TORRE, María Laura	PA	93	95
DE LA VEGA, María Celina	PA	87 / 95 / 107 / 130 / 143 / 172 / 220 / 222	103, 106, 135, 29, 148, 34, 36, 58
DE LEÓN, Yesica	PA	34 / 37	127, 130
DE MARCO, Luciana	PP	123	156
DEBORA, Schuster	PA	79	101
DEJACO, Christian	PA	253	92
DEL GIORGIO, Georgina	OP	133	22
	PP	177 / 180	160, 160
DEL SUELDO, Mildren	PA	96	55
DELEO, Sabino	PA	185	65
DELGADILLO BENÍTEZ, Pedro	PA	34	127
DELGADO, Melina	PA	83	132
DELTIN, Elisabet Karen	CCA	194	208
DELUCCHI, Alejandro	PA	96	55
DEMARTINI GREGORINI, Antonella	CCP	240 / 271	215, 217
DENIS DEI, Juliana	PA	158 / 230 / 265	82, 38, 41
DETORRE, Carolina	PA	39	99
	CCA	51	190
DÍAZ MIRANDA, Emily Belén	CCA	166	165
	PA	235	141
DIAZ OCHOA, Jose Manuel	PA	63 / 95 / 100 / 106 / 128 / 212 / 241 / 251 / 254	100, 106, 134, 49, 108, 114, 68, 121, 58
	CCA	186 / 198 / 199	184, 164, 185
DÍAZ, Alejandro	PA	96	55
DIAZ, Mario	PA	161	96
DIPIETRANTONIO, Silvia	CCA	178	169
DOMINGUEZ LEIVA, Patricia Belen	CCA	15 / 139	207, 203
	PA	17 / 35 / 44 / 72 / 73 / 88 / 89 / 111 / 115 / 161 / 215 / 257	73, 128, 28, 46, 46, 104, 105, 124, 125, 96, 87, 59
	OA	126	17

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
DOMINGUEZ, Maximiliano	PA	264	40
DOMINGUEZ, Nadia	PA	87 / 118 / 175	103, 61, 136
DUARTES NOE, Damián	PA	131 / 141 / 274	52, 147, 141
DUBINSKY, Diana	PA	85	102
DUFAU, Elías Emanuel	PA	113 / 130 / 158 / 220 / 230 / 253 / 264 / 265 / 268	79, 29, 82, 36, 38, 92, 40, 41, 93
DUMRAUF, Sebastián	CCA	138	205
	PA	179	83
ECHAZÚ, Adriana	PA	223	137
ECHEVERRIA, Cristina	PA	78 / 217	76, 89
EIMER, Lena	PA	78	76
ESCANDAR, Simón	CCA	214	188
	PA	232 / 248	116, 120
ESPÍNDOLA ECHAZÚ, Mariana	PA	189	57
ESQUIVEL VALERIO, Jorge A.	PA	213	115
ESTARIO, Mar A. Eugenia	CCA	259	202
ESTARIO, Paula	CCA	259	202
ESTEVEZ, Adrián	CCA	41 / 66 / 178	173, 175, 169
	PA	208	137
ETCHEVERRY, Mayra	CCA	41 / 66 / 178	173, 175, 169
	PA	208	137
EXENI, Ida	PA	78 / 130 / 217	76, 29, 89
EZQUER, Alejandro	PA	215 / 216	87, 88
FAELO, Franco Miguel	PA	92	144
	CCA	159	195
FAJARDO HERMOSILLO, Luis Daniel	OA	277	21
FARFAN VILLANUEVA, Serena Wiñay Asirij	CCA	203	186
FECCHIO, Claudio	PA	225	37
FENUCCI, Maximiliano	PA	28 / 29 / 32 / 45 / 146 / 169	94, 43, 74, 75, 31, 32
	OA	42 / 62	11, 9
FERNÁNDES, Vander	PA	220	36
FERNÁNDEZ, Alejandro	PA	220	36
FERNÁNDEZ, Gustavo	PA	107	135
FERNÁNDEZ, María Helena	CCA	117	167
FERNÁNDEZ, Mariela	PA	107	135
FERNÁNDEZ, Paula	PA	105	145
FERRAROTI, Carlos	PA	169	32
FERREIRA MEDINA, Santiago	PA	34 / 37	127, 130
FERREYRA GARROTT, Leandro	PA	113 / 215	79, 87
FERREYRA, Leila	PA	280	122
FERRI, Juan Manuel	PA	119 / 215 / 216	140, 87, 88
	CCA	120	204

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
FIGUEREDO, Heber Matías	PA	85	102
FINUCCI CURI, Pablo	PA	85	102
FLORES TREJO, Javier Federico	PA	72 / 73 / 76 / 257 / 266	46, 46, 54, 59, 42
	CCA	238	181
FONSECA, Emilce	CCA	49 / 140 / 154 / 205 / 209	178, 175, 206, 199, 202
	OA	50	18
FRAGOSO-LOYO, Hilda	PA	213	115
FRANCO, Lorena Mariana	CCP	150	213
FRIAS, Maximiliano Ezequiel	CCP	240 / 271	215, 217
FUNES SOAJE, Carmen	PA	213	115
	CCA	214	188
FURIE, Richard	PA	237	118
GAIVIRONSKY, Raúl	CCP	64	211
GALEANO D´IPPOLITO, Jennifer	CCA	120	204
GALINDO, Liliana María	PA	241	68
GALLARDO PÉREZ, Denisse Estefanía	PA	215 / 216 / 257	87, 88, 59
GALLO, Antonela	PA	181 / 184	112, 113
	CCA	183	200
GALLO, Carolina	CCA	51	190
	PA	39	99
GALNARES, Daniela	CCA	41 / 66 / 178	173, 175, 169
	PA	208	137
GALVAN, Camila	PA	158 / 230 / 265	82, 38, 41
GALVAN, Laura	CCA	164 / 210 / 219	170, 197, 177
	PA	211	86
GÁLVEZ ELKIN, María Soledad	PA	78 / 217	76, 89
GAMBA, Julieta	OA	108	16
	PA	116 / 130 / 132	107, 29, 110
GAO, Tianming	PA	13	70
GARATE, Gabriela	OA	277	21
GARCIA CARRASCO, Marina	PA	111 / 278	124, 122
	OA	126	17
GARCIA CICCARELLI, Agustín	PA	142 / 226	95, 38
GARCÍA DE LA TORRE, Ignacio	PA	213	115
GARCIA HERNÁNDEZ, Matías	CCA	66	175
GARCÍA NÚÑEZ, Emilce del Milagro	PA	63 / 95 / 100 / 128	100, 106, 134, 108
	CCA	186 / 198 / 199	184, 164, 185
	PA	212 / 241 / 251 / 254	114, 68, 121, 58
GARCIA SALINAS, Rodrigo	PA	19 / 21 / 32 / 45 / 113 / 187	27, 73, 74, 75, 79, 35
	OA	20 / 42	10, 11
GARCÍA, Catherine	OA	277	21

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
GARCIA, Lucila	PA	63 / 85 / 87 / 95 / 105 / 109 / 128 / 212	100, 102, 103, 106, 145, 60, 108, 114
	OA	86	14
GARCIA, Matías	CCA	41 / 178	173, 169
	PA	208 / 280	137, 122
GARCIA, Mercedes	PA	63 / 85 / 87 / 95 / 105 / 106 / 109 / 128 / 130 / 185 / 195 / 212 / 213 / 241	100, 102, 103, 106, 145, 49, 60, 108, 29, 65, 98, 114, 115, 68
	OA	86	14
GARINO, Pilar	PA	34	127
GASPARIN, Andrese Aline	PA	213	115
GATICA, María Agostina	PA	225	37
	CCA	33	191
GAZZONI, Florencia	CCA	275	198
GAZZONI, María Victoria	PA	85 / 128	102, 108
GENTILETTI, Julieta	PA	78 / 217	76, 89
GERMAN, Noelia	PA	97	133
GEYMONAT, María Agostina	CCP	18 / 240 / 271	209, 215, 217
GHELFI, Albertina	PA	96	55
GIL ULIARTE, María Lourdes	PA	131 / 141 / 274	52, 147, 141
GIRAUDO, Pedro	CCA	183	200
GIRON, Iris	PA	143 / 172 / 222	148, 34, 58
GOBBI, Carla Andrea	PA	63 / 95 / 128 / 130 / 181 / 184 / 212 / 217 / 218 / 221 / 243	100, 106, 108, 29, 112, 113, 114, 89, 149, 90, 91
	OA	86	14
	CCA	183 / 201 / 259	200, 185, 202
GODIN, Juan Ignacio	PA	63 / 109 / 128 / 185 / 195 / 212	100, 60, 108, 65, 98, 114
GOIZUETA, María Cecilia	PA	47	131
GOLDENBERG, Julieta	CCA	281	183
GÓMEZ GONZÁLEZ, Sany	PA	34	127
GÓMEZ SOSA, María Jimena	PP	104 / 155 / 173	155, 158, 159
	CCP	190	214
	OP	200 / 227	23, 24
GÓMEZ VARA, Andrea Belén	PA	268	93
GÓMEZ, Ana Belén	PA	113	79
GÓMEZ, Catalina	PA	87 / 128	103, 108
GÓMEZ, Graciela	PA	85 / 111 / 115 / 128 / 130	102, 124, 125, 108, 29
	OA	126	17
GÓMEZ, María Gimena	PA	107 / 130 / 143 / 172 / 222	135, 29, 148, 34, 58
GÓMEZ, Ramiro	PA	85 / 111 / 115 / 129	102, 124, 125, 109
	OA	126	17
GÓMEZ, Sany	PA	37	130
GÓNGORA, Vanina	PA	87	103

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
GONZALEZ LUCERO, Luciana	PA	87 / 128	103, 108
	CCA	186 / 198 / 199	184, 164, 185
	PA	241 / 251 / 254	68, 121, 58
GONZÁLEZ MÁRQUEZ, Anabel	PA	35	128
GONZÁLEZ MÁRQUEZ, Diego Ignacio	OP	276	26
GONZÁLEZ PERNAS, Mariana S.	PA	27	139
GONZÁLEZ, Andrea Vanesa	PA	85 / 128	102, 108
GONZÁLEZ, Diego	CCA	183	200
GONZÁLEZ, Jorge	CCA	80 / 273	167, 187
	PA	101 / 137 / 196	78, 81, 50
GONZÁLEZ, Karina Amalia	PA	125	50
GONZÁLEZ, Marcos	PA	27	139
GONZÁLEZ, Sergio	PA	96	55
GONZÁLEZ, Verónica	CCP	240 / 271	215, 217
GOÑI, Malvina	CCA	214	188
GOÑI, María Laura	CCA	80 / 273	167, 187
	PA	101 / 137 / 196	78, 81, 50
GOÑI, Mario Alberto	PA	87 / 128	103, 108
GORDILLO, María Florencia	CCA	33	191
	PA	63 / 78 / 95 / 128 / 161 / 212 / 217	100, 76, 106, 108, 96, 214, 89
GORDON, Sergio	PA	87 / 128	103, 108
GRAF, César	OA	86	14
GRANEL, Amelia	OA	9 / 126	17
	PA	35 / 111 / 115	128, 124, 125
GRASSI, Luciana	PA	225	53
GRAZIANI, Laura	PA	96	55
GRAZIANO, Lucas	CCA	75 / 166	181, 165
	PA	165 / 224	64, 51
	OA	229	9
GRISELDA, Redondo	PA	172	34
GROSSO DI GIORGIO, Mayra	PA	93	95
GUERINI, Laura Lorena	PP	239 / 250	162, 162
	OP	261 / 276	25, 26
	CCP	272	218
GUERRA HERRERA, Iris	PA	213	115
GUEVARA, Emmanuel	PA	224	51
GUINSBURG, Mara	CCA	138	205
	PA	179	83
GURTLER PINHEIRO DE OLIVEIRA, Yasmin	PA	224	51
GUT, Oscar	PA	255 / 256	150, 151

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
GUTIÉRREZ, Marco Antonio	PA	105 / 145 / 223	145, 63, 137
HAMAUI, Adriana	PA	230 / 263 / 265	38, 153, 41
HAYATO YAMAZAKI, Hayato Yamazaki	PA	11	69
HAYE SALINAS, María	PA	130 / 220	29, 36
HEINZE, Érica Carola	PA	264	40
HERMELO, María Eugenia	PA	11	69
HERNÁNDEZ MOLINA, Gabriela	PA	224	51
HERNÁNDEZ, Juan Pablo	PA	265	41
HIPEDINGER, Maria Antonella	CCA	54	171
HOJBERG, Noelia Giselle	OA	86	14
HOYOS CALDERÓN, Luis Fernando	PA	88 / 89 / 116 / 132	104, 105, 107, 110
	OA	108	16
HUEBER, Axel	PA	14	71
HUICI ROJAS, Arisai Graciela	PA	35 / 116 / 132	128, 107, 110
	OA	108	16
IBÁÑEZ, Giuliano	PA	233	39
	CCA	270	199
INGENITO, Fernanda	PA	79	101
INGOLOTTI, Lia	CCA	15	207
	PA	44	28
INVERNIZZI, Mireya	PA	37	130
IRAGOLA IELMINI, María Sol	OA	168	18
	CCA	176	201
ISNARDI, Carolina	OA	108	16
	PA	116 / 130 / 132 / 213 / 220	107, 29, 110, 115, 36
IVENZI, Mireya	PA	34	127
IYILE, Thomas	PA	11	69
IZAGUIRRE GERMAIN, María Pía	PA	63 / 95 / 118 / 128 / 212	100, 106, 61, 108, 114
	CCA	65	189
JÁCOME CUSME, Robert Douglas	PA	215	87
JALDÍN CÉSPEDES, Rosario	PA	202	85
JARA GÓMEZ, Paola	PA	34 / 220	127, 36
JAVIER GELATTI, Eva Victoria	CCA	41 / 66 / 178	173, 175, 169
	PA	208	137
JERKOVICH, Fernando	PA	27	139
JIMÉNEZ, Silvia Marcela	PA	125	50
JONATHAN ELISEO, Rebak	PA	193	97
JORFEN, Marisa	OA	86	14
JU, J.	PA	234	43
JUÁREZ, Vicente	PA	100 / 144 / 145 / 213 / 223	134, 30, 63, 115, 137
KALUNIAN, Kenneth	PA	237	118

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
KAPLAN, Débora	PA	78 / 217	76, 89
KATSICAS, María Martha	PP	177 / 180	160, 160
	OP	133	22
KEITELMAN, Irene	PA	263	153
KERZBERG, Eduardo	CCA	65	189
	PA	118 / 130 / 165 / 206 / 213	61, 29, 64, 67, 115
KHATTRI, Saakshi	PA	11	69
KIRMAYR, Karin	PA	130	29
KISLUK, Boris	PA	25 / 96 / 111 / 115 / 160	74, 55, 124, 125, 56
	CCA	170	165
KLAJN, Diana Silvia	PA	72 / 73 / 257 / 266	46, 46, 59, 42
KLAUS MAC KELLAR, Keila	PA	39	99
	CCA	51	190
KREIMER, Jennifer	PA	78 / 217	76, 89
KRULEWIETKI, Georgina	CCA	60	194
KRUPA, Claudia	PA	96	55
L. RIEGA, Janette Carmen	PA	224	51
LABORDE, Hugo	PA	131 / 274	52, 141
LACAPRA, María Emilia	PP	104 / 155 / 173	155, 158, 159
	CCP	190	214
	OP	200 / 227	23, 24
LACUADRA, Guissela Glenda	PP	104 / 155 / 173	155, 158, 159
	CCP	190	214
	OP	200 / 227	23, 24
LAGUNA, Yanina	PA	118	61
LAGUNES G, Iván	PA	13 / 14	70, 71
LAHOUD, Youmna	PA	237	118
LALLOPIZZO, Carla	PA	44 / 78 / 215 / 216 / 217	28, 76, 87, 88, 89
	CCA	149	168
LANCIONI, Luciana	OP	133	22
	PP	177 / 180	160, 160
LARA BENALCAZAR, Cristian	CCA	80 / 273	167, 187
	PA	101 / 137 / 196	78, 81, 50
LARROUDE, María	OA	50 / 86	18, 86
	PA	128 / 130 / 220	108, 29, 36
LASO, Ailin	CCP	252	216
LÁZARO, María Alicia	PA	130	29
LEMA, Silvina	PA	39	99
LENA, Eimer	PA	217	89
LEÓN, Carolina	PA	79	101
LEONARDI, Priscila	PA	91	48

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
LEWIN, María	PA	69	44
	CCA	162 / 176	196, 201
LIBERATORE, Diana Inés	CCP	252	216
LIENDO, Luciana	CCA	259	202
LINDAO CAMPO, Daniel David	CCA	167	176
LIZARRAGA, Ana	PA	258	152
LLARENS, Agostina	CCA	41 / 66 / 178	173, 175, 169
	PA	208 / 280	137, 122
LLOVES SCHENONE, Nicolás Martín	PA	30 / 96	126, 55
LLUGAIN, Leandro	PA	134	146
LOJO, María Nieves	PA	233	39
	CCA	270	199
LONDERO, Lucas Jorge	PA	39	99
	CCA	51	190
LONGO, Justina	CCA	103	180
LONGOBARDI, Vanesa	PA	27	139
LONOWSKI, Sarah	PA	11	69
LÓPEZ, Ignacio	PA	111 / 115 / 128 / 129 / 130 / 135 / 158 / 171 / 193 / 220 / 230 / 253 / 258 / 262 / 264 / 265	124, 125, 108, 109, 29, 80, 82, 33, 97, 36, 38, 92, 152, 138, 40, 41
	OA	126	17
LÓPEZ, Juan Pablo	CCA	24	192
LÓPEZ, Mariana Elisa	PP	123	156
LOTERSTEIN, Vanesa	CCA	120	204
LUCCI, Franco	PA	39	99
	CCA	51	190
LUNA, Paula	PA	78 / 217	76, 89
MACELLO, Giovanna	PA	244	119
MACHADO ESCOBAR, Maximiliano	PA	47 / 78 / 87 / 128 / 189 / 217	131, 76, 103, 108, 57, 89
MACHADO, Mauricio	PA	165 / 206	64, 67
MADDALENA, Leandro	PA	143 / 172 / 222	148, 34, 58
MAGALHÃES LAURINDO, Iêda Maria	PA	220	36
MAGRI, Sebastián	PA	19 / 21 / 32 / 45 / 263	27, 73, 74, 75, 153
	OA	20 / 42	10, 11
MAID, Pablo	PA	129	109
MAISSONAVE, Sofia	PA	134	146
MAITA ROMERO, Gricel	PA	182 / 213	84, 115
MALAH, Verónica	PA	187	35
MALDINI, Carla	PA	243	91
MALDONADO FICCO, Hernán	PA	215 / 216	87, 88
MALDONADO, Sofía del Rosario	OA	229	9
MALVIDO, Karina	PA	78 / 217	76, 89

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
MANDOJANA, Facundo	CCA	275	198
MANRIQUE, Janet	CCP	64	211
MANUCCI, María Victoria	CCA	68	166
MARCANTONI, María	PP	104 / 155 / 173	155, 158, 159
	CCP	190	214
	OP	200 / 227	23, 24
MARCOCCIA, Caterina	PA	193 / 265	97, 41
MARCOS, Ana	OA	9	8
	PA	35	128
MARECO, Jonatan Marcos	PA	128 / 187 / 202	108, 35, 85
MARIASCH, Carolina	PA	32 / 45	74, 75
	OA	42	11
MARIN ZUCARO, Nicolás	OA	50 / 99	18, 7
	PA	61 / 98 / 113	123, 77, 79
MARIN, Josefina	OA	86	14
	PA	128	108
MARINI, Mariano	PA	253 / 268	92, 93
MARINO, Diego Andrés	CCA	281	183
	PA	255 / 256	150, 151
MARINONI, Clara	PP	250	162
	CCP	272	218
MARTÍN, Maria Luz	CCP	240 / 271	215, 217
MARTÍNEZ BEJARANO, Gilka Tainat	PA	171 / 193 / 253 / 264	33, 97, 92, 40
	OA	245	6
MARTÍNEZ MUÑOZ, Alejandro	PA	78 / 217	76, 89
MARTÍNEZ SERVENTI, Joaquín	PA	213	115
MARTÍNEZ, José Eduardo	PA	220	36
MARTÍNEZ, Laura	PA	34 / 37 / 224	127, 130, 51
MARTÍNEZ, María Florencia	CCA	51	190
MARTINI, Ana Carolina	PA	221	90
MARTINI, Mauro	CCA	194	208
MARTIRE, María Victoria	OA	9	8
	PA	35 / 78 / 85 / 161 / 215 / 216 / 217	128, 76, 102, 96, 87, 88, 89
MATA, Darío	PA	78 / 107 / 143 / 172 / 217 / 222 / 254	76, 135, 148, 34, 89, 58, 58
MATELLAN, Carla	PA	78 / 217	76, 89
MAZZOCCHI, Octavio	CCA	52	179
MAZZOTTA, Marco Mario	CCA	80	167
MEASE, Philip	PA	13	70
MEDINA, Carolina	CCP	240 / 271	215, 217

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
MEDINA, Gustavo	PA	32 / 45 / 113 / 115 / 130 / 255 / 256 / 278	74, 75, 79, 125, 29, 150, 151, 122
	OA	42	11
	CCA	52 / 281	179, 183
MEDINA, María Alejandra	PA	72 / 73 / 76 / 257 / 266	46, 46, 54, 59, 42
	CCA	238	181
MEERWEIN, Sebastián	PA	14	71
MEIORIN, Silvia Mónica	PP	239 / 250	162, 162
	OP	261 / 276	25, 26
	CCP	272	218
MEJÍA, Nataly	PA	19 / 21	27, 73
	OA	20 / 42	10, 11
MELGAREJO PANIAGUA, Patricia	PA	34 / 37 / 220	127, 130, 36
MENDEZ RENGEL, Ricardo Francisco	CCA	103	180
MENDÉZ, Manuel	PA	34 / 37	127, 130
MÉNDEZ, Ricardo	PA	79	101
MENDOZA LLERENA, Carmen	OP	261	25
MERCÉ, Aixa Lucia	CCA	51 / 166	190, 165
	PA	235	141
MERCOL, Esteban	CCP	240	215
MEROLA, Joseph	PA	11	69
MESSINA, O. D.	PA	234	43
MEULI, Agustina	PA	17 / 35 / 88 / 89	73, 128, 104, 105
	CCA	139	203
MICELLI, Marina	PA	63 / 95 / 128 / 212	100, 106, 108, 114
	CCA	65	189
	OA	86	14
MIMICA, Milena	PA	213	115
MIRANDA BAZÁN, Juan Manuel	PA	181 / 184 / 217 / 218 / 221 / 243	112, 113, 89, 149, 90, 91
	CCA	183 / 201 / 259	200, 185, 202
MIRANDA, Gonzalo	PA	96	55
MOHAMAD, Paula Tamara	PA	30	126
MOINE, Guillermina	PA	39	99
	CCA	51	190
MOLINA MERINO, Hernán Ariel	CCA	41 / 66 / 178	173, 175, 169
MOLINA, Angélica	PA	232 / 248	116, 120
MOLINA, María Josefina	PA	127	62
MOLLERACH, Solana	PA	156	111
MOLTÓ, Anna	PA	13	70
MONTANDON, Ana Carolina O. S.	PA	213	115
MONTENEGRO, Camila	PA	28 / 29 / 32 / 45 / 146 / 169	94, 43, 74, 75, 31, 32
	OA	62	9

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
MONTIEL, Sebastián Lucas	CCA	154	206
MONTOYA, Fabiana	CCA	65	189
	PA	67 / 118 / 165 / 206	131, 61, 64, 67
MORAN DIAZ, Deisy F.	OA	108	16
	PA	116 / 132 / 215	107, 110, 87
MORAND, Eric	PA	237	118
MORBIDUCCI, Julieta	PA	91 / 267	48, 154
	CCA	166	165
MOREL AYALA, Zoilo	PA	34 / 37	127, 130
MORENO LUBERTINO, Juan Manuel	PA	13	70
MORENO PAEZ, Andrés	PA	236	117
MORENO, Mario	PA	213	115
MOVIA, Roberto Diego	CCA	60	194
MUMBACH, Aizhar Giselle	PA	27	139
MUNARRIZ, Alicia	PA	225	37
MUÑOZ, Alejandro	PA	95	106
MUSSANO, Eduardo	CCA	80 / 273	167, 187
	PA	101 / 137 / 196	78, 81, 50
MYSLER, Eduardo	PA	14 / 267	71, 154
NAGY, Iván	OA	136	13
	PA	187	35
NANNI, María Gabriela	PA	105	145
NASI, Silvina	PA	142 / 225 / 226 /	95, 37, 38
NASSWETTER, Gustavo	PA	234	43
NAVARRO COMPAN, Victoria	PA	13	70
NAVARRO, María Belén	PA	165 / 206	64, 67
NAZHA SEGUI, Rocío Fernanda	PA	101 / 137 / 196	78, 81, 50
	CCA	80 / 273	167, 187
NECUL, Gabriela	CCP	64 / 242	211, 215
NERIZ, Natalia Vanesa	PA	223	137
NICOLA, Marianela	PA	39	99
	CCA	49 / 51 / 140 / 154 / 209	178, 190, 175, 206, 202
	OA	50	18
NIETO, Romina	PA	25 / 85 / 96 / 160	53, 102, 55, 56
	CCA	170	165
	PA	213	115
NITSCHE, Alejandro	PA	127	62
OJEDA SILVA, Ayelén	PP	239 / 250	162, 162
	OP	261 / 276	25, 26
	CCP	272	218
OLIVAR TAZZO, Roselym Milagros	CCA	65	189
	PA	118	61

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
OLIVER, Marina	CCA	54	171
	PA	96	55
ONETTI, Laura	CCA	80 / 273	167, 187
	PA	101 / 137 / 196	78, 81, 50
ORDEN, Alberto Omar	PA	85 / 128	102, 108
ORTEGA BRAVO, Johan Fernando	PA	213	115
ORTIGOZA AQUINO, Edis	PA	34 / 37	127, 130
	CCA	207	170
ORTUÑO LOBO, Rossio Gardenia	CCA	75	181
	PA	165	64
OSTOR, Andrew	PA	14	71
OTADUY, Cintia	PA	181 / 184 / 217 / 218 / 221 / 243	112, 113, 89, 149, 90, 91
	CCA	183 / 201 / 259	200, 185, 202
OTAZO, Claudia Gisel	PA	256	151
OTERO, María José	PA	202	85
PAATS, Astrid	PA	34	127
PADRON, Juliana	PA	233	39
	CCA	270	199
PALATNIK, Mariano	PA	39	99
	CCA	49 / 51 / 140 / 154 / 209	178, 190, 175, 206, 202
	OA	50	18
PALMA, Ileana	OA	245	6
PALOMBO, Matías	PA	137	81
PANIEGO, Raúl Hector	OA	86	14
	PA	128	108
PAOLINI, Virginia	PA	280	122
PAPAGNO, María Julia	CCA	41 / 66 / 178	173, 175, 169
	PA	208	137
PAPASIDERO, Silvia	PA	72 / 73 / 76 / 88 / 89 / 130 / 257 / 266	46, 46, 54, 104, 105, 29, 59, 42
	CCA	238	181
PAPPALARDO, Carla	PA	28 / 146 / 169	94, 31, 32
PARIKH, Bhumik	PA	13	70
PARINA FLORES, Carmen	PA	195	98
PARIS, Vanesa	OA	86	14
	PA	128	108
PARODI, Clyde	PA	34 / 37	127, 130
PATIÑO GRÁGEDA, Wilfredo	PA	161	96
PATIÑO, Rocío	CCA	66	175
PAULIN, Francisco	PA	165	64
PAVLIC LOPEZ, Paloma	PA	105 / 109 / 185	145, 60, 65

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
PEIRANO, Lucía	CCA	41 / 66 / 178	173, 175, 169
	PA	208 / 280	137, 122
PENA, Claudia	PA	63 / 95 / 105 / 109 / 128 / 212 / 258	100, 106, 145, 60, 108, 114, 152
	OA	277	21
PENDON, Gisela	PA	63 / 95 / 128 / 212	100, 106, 108, 114
PEÓN, Claudia	OA	108	16
	PA	116 / 132	107, 110
PERA, Mariana	PA	47 / 195	131, 98
	OA	86	14
PERALTA PÉREZ, Michelle Pamela	PA	17 / 266	73, 42
	CCA	238	181
PERANDONES, Carlos Edgardo	PA	260	152
PERANDONES, Miguel	PA	260	152
PEREYRA, Ana Alejandra	PA	47	131
PÉREZ ALAMINO, Rodolfo	PA	215	87
PEREZ CEPAS, Barbara	CCA	203	186
PÉREZ JIMÉNEZ, Valentina	PA	213	115
PEREZ SANCHEZ, Carlos	PA	268	93
PEREZ VITALITI, Noe	CCA	33	191
PEREZ, Nicolás	PA	213	115
PERLI, Matías	CCA	52	179
PERROTTA, Natalia Andrea	PA	28 / 29 / 146 / 169 / 258	94, 43, 31, 32, 152
	OA	62	9
PETCOVIK, Ingrid	PA	130 / 225	29, 37
PETRUZZELLI, Sandra	PA	88 / 89	104, 105
PICCO, Eugenia	PA	100 / 145 / 223	134, 63, 137
PIERINI, Florencia	CCA	138	205
	PA	179	83
PIMENTEL-QUIROZ, Víctor	OA	277	21
PINHEIRO, Marcelo	PA	220	36
PIOTROSKI, Ángeles	PA	28	94
PISONI, Cecilia	PA	63 / 85 / 93 / 95 / 115 / 130 / 213	100, 102, 95,106, 125, 29, 115
	OA	126	17
PISSANI, María Pía	PA	146 / 169	31, 32
PIZARRO, Catalina	PA	25 / 96 / 115 / 160	53, 55, 125, 56
	OA	126	17
	CCA	170	165
PIZZALA, Pablo	PA	96	55
PIZZAROSSA, Carina	PA	213	115
PODDUBNYY, Denis	PA	13 / 14	70, 71
POLANCO, Teresandris	PA	213	115

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
POLERI, Paula Eva	PA	35	128
POMPERMAYER, Luciano	CCA	138	205
	PA	179	83
PONCE, Daniela	PA	142 / 226	95, 38
PONS-ESTEL, Bernardo	PA	128 / 130 / 213	108, 29, 115
PONS-ESTEL, Guillermo	PA	130 / 213 / 220	29, 115, 36
PORTA, Sabrina	PA	79 / 115	101, 125
	CCA	103	180
PORTELA HERNÁNDEZ, Margarita	PA	213	115
PORTELA, Nestor	PA	232 / 248	116, 120
PORTIGLIATTI, Juan Pablo	OP	133	22
	PP	177 / 180	160, 160
POURNARA, Effie	PA	237	118
PUCCI, Paula	PA	165 / 206	64, 67
PUCO FLORES, José Ignacio	PA	32 / 45 / 278	74, 75, 122
	CCA	281	183
PUENTES, María Emilia	PP	177 / 180	160, 160
PUGLIESE, Natalia	PA	107	135
PUGLIESI, Alisson	PA	237	118
PUSINERI, Paola	PA	34 / 220	127, 36
PUSKOVIC, Adriana	CCA	52	179
PY, Guillermo	PA	137	81
QUAGLIATO, Norberto	OA	50	18
QUINTANA, Rosana	PA	25 / 85 / 87 / 96 / 105 / 128 / 160	53, 102, 103, 55, 145, 108, 56
	OA	86	14
	CCA	170	165
QUINTERO, Juan Eduardo	CCA	68	166
QUINTERO, Laura	PA	93	95
QUIÑONES, Alicia	PA	34 / 37	127, 130
QUIROGA SAMPIRISI, Julieta	PA	142 / 225 / 226	95, 37, 38
QUIROGA, Marisa Laura	PA	79	101
QUIROGA, Tomás	PA	91	48
	CCA	75 / 166	181, 165
QUISPE VILLANUEVA, María Laura	PA	233	39
	CCA	270	199
RABUFFETTI, Alejandra Luján	CCA	60	194
RACCA, J. N.	PA	234	43
RAIMONDO, Natalia	CCA	214	188
	PA	232 / 248	116, 120
RALLE, Ana Carolina	PA	100 / 145 / 223	134, 63, 137
RAMA, María Elena	CCP	18 / 240 / 271	209, 215, 217

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
RAMIREZ MOLESTINA, Joselyn Nicole	PA	233	39
	CCA	270	199
RAMÍREZ STIEBEN, Luis Agustín	OA	50	18
RAMIREZ, Mercedes Victoria	PA	135	80
RASUMOFF, Alejandro José	PA	98	77
RAU, María Gimena	CCA	51	190
RAUSCH, Gretel	OA	86	14
	PA	128	108
RE, Ricardo	PA	169	32
REDONDO, Griselda	PA	143 / 222	148, 58
REITICH, Abel Gastón	PA	233	39
	CCA	270	199
RENNA, Nicolás	PA	96	55
RETA, Nadia	CCA	43	174
REYES, Gisele	PA	19 / 21	27, 73
	OA	20	10
RIBEIRO, Francinne M.	PA	213	115
RILLO, Oscar	PA	85 / 234	102, 43
RINESI, Diego Osmar	CCA	246	182
RINGER, Ariana	PA	39	99
RIOPEDRE, Augusto Martín	PA	143 / 172 / 222 / 234	148, 34, 58, 43
RIOS, Camila	PP	148	157
RIUS, Natalia	PA	28 / 98	94, 77
RIUZ, Juan Ignacio	PA	28	94
RIVAROLA, Natalia	CCA	43	174
	PA	188	85
RIVERA TERÁN, Vijaya	PA	220	36
RIVERO, María Gloria	PA	244 / 280	119, 122
ROBERTS, Karen	PA	105 / 213	145, 115
RODAS GUARACA, Amanda Gabriela	PA	233	39
	CCA	270	199
RODRIGUEZ GIL, Gustavo Fabián	CCA	138	205
	PA	179	83
RODRIGUEZ GRAMAZZA, Juan Manuel	PA	63 / 95 / 109 / 128 / 185 / 212 / 241	100, 106, 60, 108, 65, 114, 68
RODRIGUEZ LOPEZ, Paloma	PA	224	51
RODRIGUEZ, Anabella	PA	131 / 141 / 274	52, 147, 141
RODRÍGUEZ, Graciela	PA	85 / 130 / 165	102, 29, 64
RODRIGUEZ, Micaela	CCA	166	165
	PA	224	51
RODRIGUEZ, Oscar Gaspar	CCA	80 / 273	167, 187
	PA	101 / 137 / 196	78, 81, 50

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
RODRIGUEZ, Pablo	PA	96	55
ROITMAN, Pablo	CCA	205	199
ROJAS TESSEL, Ivana Romina	PA	63 / 85 / 95 / 100 / 128 / 144 / 145 / 212 / 223	100, 102, 106, 134, 108, 30, 63, 114, 137
ROLANDO, Juan Cruz	CCA	159	195
ROLÓN, Roger	PA	34	127
ROMÁN, Lourdes	PA	34	127
ROMERO CABALLERO, Facundo Nicolás	PA	28	94
ROMERO CABALLERO, Marcela Alejandra	PA	28 / 29 /146 / 169	94, 43, 31, 32
	OA	62	9
ROMERO, Crisitina	PA	278	122
ROMERO, Julia	PA	87 / 128	103, 108
ROMERO, María Cristina	PA	255 / 256	150, 151
ROMERO, Tomás	PA	131 / 141 / 274	52, 147, 141
ROSA, Javier	PA	61 / 83 / 98 / 182 / 187	123, 132, 77, 84, 35
	OA	99 / 124 / 136 / 168 / 192	7, 15, 13, 18, 20
	CCA	176	201
ROSSETTI, Sofía	CCA	176	201
ROSSI PRAT, Mauro	CCA	66	175
ROSTAGNO, Gonzalo	PP	148	157
ROSTAN, Sofía	PA	34 / 220	127, 36
ROVERANO, Susana	PA	87	103
RUFFA, Facundo	PA	181 / 184 / 217 / 218	112, 113, 89, 149
	CCA	183 / 201 / 259	200, 185, 202
RUFFINO, Juan Pablo	PA	39	99
	CCA	51	190
RUSSO, Yamila	CCA	178	169
RUTA, Álvaro	PA	19	27
SAAVEDRA SALINAS, Miguel Ángel	PA	213 / 220	115, 36
SACNUN, Mónica	PA	87 / 128 / 130 / 220	103, 108, 29, 36
SAFFORE, Christopher	PA	13	70
SAINT MARTIN, Emilia	PA	146 / 169	31, 32
SALAS TOLABA, Martín Miguel Ángel	PA	100 / 144 / 145 / 212 / 223	134, 30, 63, 114, 137
SALAZAR SANABRIA, Ana	CCA	52	179
SALAZAR SOTO, Fabio	PA	143	148
SALAZAR, Fabio	PA	172 / 222	34, 58
SALAZAR, Federico	PA	96	55
SALTOS VELASCO, Zuleyka Dayana	PA	215 / 216	87, 88
SALTOS, Zuleyca	PA	105	145
SALVATORI, Facundo	PA	21 / 202	73, 85

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
SÁNCHEZ ANDÍA, Carolina	PA	97 / 111 / 115	133, 124, 125
	OA	126	17
	CCA	167	173
SANCHEZ FREYTES, Marcelo	CCA	275	198
SANCHEZ LEGUIZAMO, Analía	OA	62	9
	PA	28 / 29 / 45 /146 / 169	94, 43, 75, 31, 32
SANCHEZ, Natalia María	PA	241	68
SANDOBAL, Clarisa	PA	161	96
SANTA CRUZ, María Julia	PA	85 / 128	102, 108
SANTIAGO, Jeremy	OA	124	15
SANTOLAYA, Ivana	CCA	51	190
	PA	39	99
SAPAG DURÁN, Sandy	PA	85 / 128	102, 108
SARANCONE, Sandra	CCA	205	199
SARANO, Judith	OA	86	14
SARAVIA CHOCOBAR, Karín Natali	CCA	43	174
	PA	187 / 188	35, 85
SARDE, Alfonsina Maiten	PA	63 / 95 / 105 / 109 / 128 / 141 / 185 / 195 / 212	100, 106, 145, 60, 108, 147, 65, 98, 114
SARDI, Bettina Soledad	PA	109	60
SATTLER, María Emilia	PA	85	102
SAURIT, Verónica	PA	78 / 130 / 213 / 217	76, 29, 115, 89
SAVIO, Verónica	PA	78 / 130 / 181 / 184 / 217 / 218 / 221 / 243	76, 29, 112, 113, 89, 149, 90, 91
	CCA	183 / 201 / 259	200, 185, 202
SAVY, Florencia	PA	106	49
SCAFATI, Julia	PA	63 / 95 / 105 / 109 / 128 / 212 / 274	100, 106, 145, 60, 108, 114, 141
SCALI, Juan José	PA	234	43
SCARABOTTI, Maria Belén	PA	61	123
SCHIEL, Amalia	CCA	41	173
SCHMID, María Marcela	PA	87	103
SCHNEEBERGER, Emilce	PA	119 / 215 / 216 / 267	140, 87, 88, 154
	CCA	120 / 149	204, 168
SCHVARSTEIN, Tamara	CCP	64	211
SCOLNIK, Marina	PA	83 / 92 / 98 / 156	132, 144, 77, 111
	OA	99 / 124 / 168 / 192	7, 15, 18, 20
SCUBLINSKY, Darío	PA	165	64
SECCO, Anastasia	CCA	75 / 166	181, 165
	PA	91 / 130 / 165 / 206 / 220 / 224 / 235	48, 29, 64, 67, 36, 51, 141
	OA	229	9
SEEWALD, Adriana	PA	96 / 258	55, 152

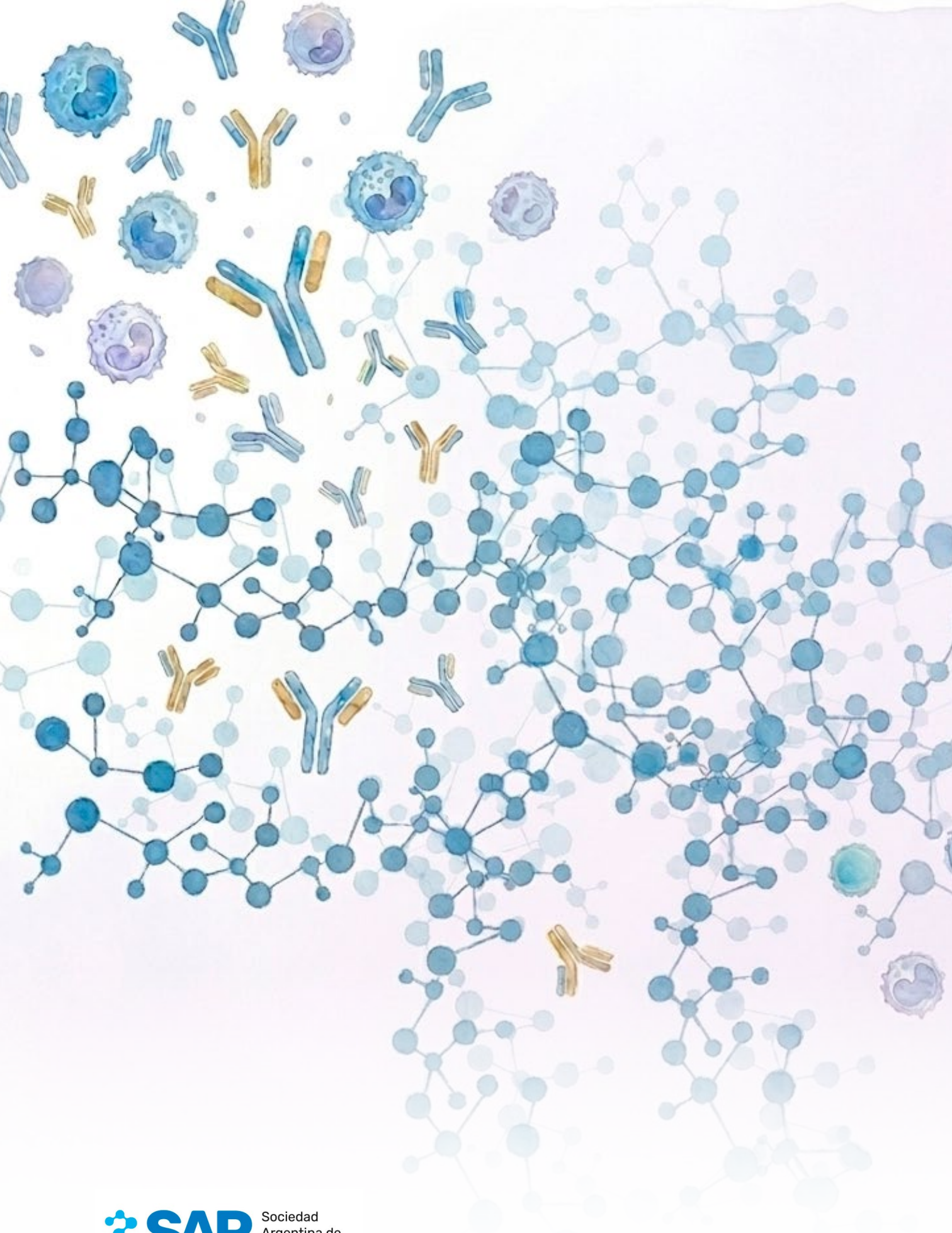
AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
SELVA, Verónica Silvana	CCP	271	217
SEQUEIRA, Gabriel	PA	67	131
SERRANO, Eliana	CCA	15 / 139	207, 203
	PA	17 / 35 / 44 / 72 / 73 / 257	73, 128, 28, 46, 46, 59
SERRAVALLE, Priscila	PA	78 / 217	76, 89
SEU, Maria Fabiana	PA	251	121
SEVERINA, Angie	PA	78 / 217	76, 89
SEVILLA, D.	PA	234	43
SIANO, D.	PA	234	43
SIGNORIO, Simón	PA	274	141
SILVEIRA, Gonzalo	PA	213	115
SILVEIRA, Luis H.	PA	213	115
SINATRA, Antonella	PA	244	119
SIPORIN, Martina	PA	260	152
SIRERA, Ana	PA	187 / 202	35, 85
SMITH, Lauren	PA	14	71
SOLANO, Roxana	PA	144	30
SOLERNOU, Verónica	CCP	64	211
SOLIS, Jessica	PA	19 / 21	27, 73
	OA	20	10
SOLIZ CORDERO, Carola	CCA	36	172
	OA	277	21
SOMMERFLECK, Fernando	PA	44 / 113	28, 79
SORIA CURI, Yessika	PA	47	131
SORIANO, Enrique	PA	69 / 98 / 182 / 267	44, 77, 84, 154
	OA	99 / 136 / 168 / 192	7, 13, 18, 20
SOROKIN, Irene	CCA	41 / 66 / 178	173, 175, 169
	PA	208	137
SOSA, Danilo	PA	134	146
SOSA, Julia	PA	115	125
SOSA, Luciana	CCA	183	200
SOSA, María Julia	PA	72 / 73 / 257	46, 46, 59
SOTO, Macarena	PA	220	36
SPIKERMANN, F.	PA	234	43
SPINDLER, Alberto	PA	87 / 128	103, 108
STAFFIERI, Gustavo	PA	96	55
STESSENS, María Aline	CCA	24	192
STORNIOLO, Agostina	CCA	164	170
STRUSBERG, Ingrid	PA	130	29
SUÁREZ, Alejandra	PA	254	58
SUÁREZ, Andrea Verónica	PA	88 / 89 / 241	104, 105, 168
SUAREZ, Karina Gabriela	PA	125	50

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
SUELDO, Raúl	CCA	186 / 198 / 199 / 219	184, 164, 185, 177
	PA	241 / 251 / 254	68, 121, 58
TABOADA, Federico	PA	223	137
TAGLIATORE, Luis	CCA	49	178
TAITO VINCENTI, Iara Yamila	CCA	159 / 162	195, 196
TALIA, Jordan	PA	11	69
TAMBORENEA, María Natalia	PA	79 / 165 / 206	101, 64, 67
	CCA	103	180
TARTARA, Alejandra	PP	239	162
TATIYAMA MIYAMOTO, Samira	PA	224	51
TESTI, Adriana	PA	35	128
TINEO, Carmen	OA	277	21
TISI BANA, Florencia	CCP	252	216
TKACZUK, Florencia	PA	25 / 96 / 160	53, 55, 56
	CCA	170	165
TORDECILLA, Paula	CCA	103	180
TORO GUTIERREZ, Carlos Enrique	PA	213	115
TORREGIANI, Victoria	CCP	121 / 242 / 252	212, 215, 216
	OA	124	15
TORREJON ROMERO, Cecilia Andrea	PA	171 / 262 / 268	33, 138, 93
	OA	245	6
TORRES DOS REIS-NETO, Edgard	PA	213	115
TORRES RUIZ, José Jiram	PA	220	36
TORRES, Carolina Jazmín	PA	232 / 248	116, 120
TORREZ, María Gabriela	PA	145 / 212 / 223	63, 114, 137
TOSO, María Laura	PA	100 / 145 / 223	134, 63, 137
TRAN, Ai	PA	13	70
TREVANI, Analía	PA	263	153
TROYANO, Zaida	PA	78 / 217	76, 89
UGARTE-GIL, Manuel Francisco	PA	213	115
ULLON GODOY, Magui Viviana	PA	34	127
ULLÓN, Magui	PA	37	130
URBANIK, Jamie	PA	13	70
URROZ, María Eugenia	PA	95 / 143 / 172 / 222	106, 148, 34, 58
URRUTIA, Julio César	PA	233	39
	CCA	270	199
VACAFLOR D., Ana Karina	PA	67	131
VAGO, Lucía	CCA	51	190
VALDES CORONA, Luis Francisco	PA	220	36
VALDEZ DONELLI, Andrea	PA	187 / 215 / 216	35, 87, 88
VALDEZ DONELLI, Florencia	PA	119 / 215 / 216 / 267	140, 87, 88, 154
	CCA	149	168

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
VALIM, Valéria	PA	224	51
VALINOTTI, Vannia	PA	34	127
VALLEJO CARRASCO, Walter Jacinto	PA	131 / 274	52, 141
VAN VOLLENHOVEN, Ronald	PA	237	118
VANDALE, Juan Manuel	PA	96 / 128	55, 108
	CCA	54	171
	OA	86	14
VARGAS CADENAS, Federico de Jesús	PP	104	155
VARGAS, Federico	PP	155 / 173	158, 159
	CCP	190	214
	OP	200 / 227	23, 24
VARGAS, Verónica	PA	97	133
VASCONCELLOS, Luciana	OP	133	22
	PP	180	160
VÁSCONEZ SWETT, Maitté Alejandra	PA	72 / 73 / 106	46, 46, 53
VASQUEZ, Dora Lía	PA	47	131
VASSILOPOULOS, Dimitrios	PA	13	70
VÁZQUEZ BÁEZ, Marcos Aurelio	PA	163 / 213 / 224	115, 115, 51
VAZQUEZ CARRILLO, Sandra	PA	220	36
VECE, Pablo Nicolás	PA	63 / 95 / 100 / 128	100, 106, 134, 108
	CCA	186 / 198 / 199	184, 164, 185
	PA	212 / 216 / 241 / 251 / 254	114, 88, 68, 121, 58
VEGA, Yeimy	PA	67	131
VELASCO ZAMORA, José Luis	PA	237	118
VELASCO, Patricia	CCA	41 / 66 / 178	173, 175, 169
	PA	202 / 208	85, 137
VELEZ, Sofía	PA	106	49
VELOZO, Edson	PA	130	29
VERGARA, Facundo	PA	161 / 225 / 244	96, 137, 119
VERGEL ORDUZ, Linda Grey	PA	93 / 135 / 158 / 171 / 230 / 253 / 258 / 263 / 264 / 268	95, 80, 82, 33, 38, 92, 152, 153, 40, 93
VIEIRA SERRANO, Erica	PA	224	51
VIJODITZ, Gustavo	PA	280	122
VILA, Diego	PA	113	79
VILCHES, Sandra	PP	123	156
VILLALBA, Facundo Gabriel	PP	104 / 155 / 173	155, 158, 159
	CCP	190	210
	OP	200 / 227	23, 24
VILLARREAL, María Giselle	OP	133	122
	PP	177 / 180	160, 160
VILLARROEL, Florencia María	OA	245	6
VILLASANA, Verónica	CCA	183	200

AUTOR	MODALIDAD	ACTIVIDAD	PÁGINA
VINICKI, Juan Pablo	CCA	43	174
	PA	187 / 188	35, 85
VIOLA, Malena	PA	63 / 95 / 107 / 111 / 115 / 126 / 128 / 143 / 172 / 212 / 222 / 254	100, 106, 135, 124, 125, 17, 108, 148, 34, 114, 58, 58
VIRASORO, Belén María	PA	95 / 107 / 143 / 172 / 222	106, 135, 148, 34, 58
VIVERO, Florencia	OA	86	14
WEINZETTEL, Soledad	PA	96	55
WERNER, Marina	PA	87	103
WERNICKE, Verónica Cecilia	PA	233	39
	CCA	270	199
WINTHROP, Kevin	PA	14	71
WITTE, Torsten	PA	14	71
WOLFE, Benjamín	PA	14	71
YAMPA VEDIA, Yhanderin	OA	108	16
	PA	116 / 132	107, 110
YOUNG, Marcela	CCA	246	182
YUCRA BOBARIN, Demelza Viviana	PA	158 / 264	82, 40
YUCRA, Demelza Viviana	PA	230 / 236 / 265	38, 117, 41
YUE, Cuiyong	PA	11	69
ZACAÑINO, Ezequiel	PP	104 / 155	155, 158
	OP	200 / 227	23, 24
ZACARÍAZ H., Johana	OA	86	14
	PA	128 / 161	108, 96
ZAFFARANA, Cecilia	PA	131 / 141 / 274	52, 147, 141
ZALLES LAZARTE, Sinda Hortencia	PA	47	131
ZANCHETTA, María Belén	PA	27	139
ZARACHO, Juan Carlos	PA	264	40
ZARATE BARTOLOMEO, Verónica Inés	PA	97	133
ZARZA TORRES, Gladys Mariela	CCA	207	170
	PA	34	127
ZARZA, Mariela	PA	37	130
ZELAYA, Marcos David	OA	86	14
ZICRE, Daniela	CCA	205	199
ZUBIAURRE, Valentina	PA	134	146
ZUNIGA, Leana	OA	277	21
ZUNINO PRADIER, Fernando Martín	CCP	121 / 242 / 252	212, 215, 216

Volver al índice



SAR Sociedad Argentina de **Reumatología**