

*Revista Argentina de*

# REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

Año 32 • Volumen 32 • Nº 4 • Suplemento 54º Congreso Argentino de Reumatología

Octubre-diciembre de 2021 ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)

Lugar de edición: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina



Hotel Hilton - Buenos Aires

54º CONGRESO ARGENTINO DE  
**REUMATOLOGÍA**  
08 al 11 de Diciembre de 2021



Sociedad Argentina  
de Reumatología



**Comunicaciones orales y posters**

HOTEL HILTON BUENOS AIRES, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

## Comité Editorial

### Equipo editorial SAR

*Editor jefe*

Dr. Darío Scublinsky

*Coordinadora de revisiones*

Dra. Marina García Carrasco

*Asistente de edición*

Bibl. Gabriela Tielas

### Editores anteriores

Dr. Enrique Soriano

Dr. Julio Hofman

Dr. José Maldonado Cocco

### Revisores de los últimos cuatro números (orden alfabético):

Cecilia Asnal

Ana María Beron

Tomás Cazenave

Javier Cavallasca

María de los Ángeles Correa

Vanesa Cosentino

Maximiliano Fenucci

Carla Gobbi

Graciela Gómez

Gimena Gómez

Karin Kirmayr

María José López Meiller

Victoria Martiré

Silvia Meiorín

Fabiana Montoya

Silvia Papisidero

Carla Pappalardo

Nicolás Pérez

Rodolfo Pérez Alamino

Cecilia Pisoni

Sabrina Porta

Alejandra Pringe

Ramiro Puerta Franchi

Marcos Rosemfett

Diego Rosso

Valeria Scaglioni

Marina Scolnik

María Marta Zalazar

### Comité Editorial

Alarcón Graciela (Perú, EE.UU.)

Alba Paula (Argentina)

Aletaha Daniel (Alemania)

Amigo Mary Carmen (México)

Arana Roberto (Argentina)

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)

Rosemfett Marcos (Argentina)

Rillo Oscar (Argentina)

Rivero Mariano (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)

## Registros Legales e Indexación

### Propietaria:

Sociedad Argentina de Reumatología.

### Domicilio legal de la Revista:

Av. Callao 384, piso 2, depto. 6, (C1022AAQ), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.  
Dirección Nacional del Derecho de Autor, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos  
de la República Argentina: Registro de Publicaciones Periódicas en Legajo N°:  
EX-2021-78265964-APN-DNDA#MJ.

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 de Latindex, Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Está en proceso de indexación en Medline.

Cuenta con un Comité Científico Nacional e Internacional.

### Periodicidad:

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

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



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

### Edita:

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

Socio Gerente: Facundo Lugones.

Jefa de Redacción: Lic. María Fernanda Cristoforetti.

Diseño gráfico: Marisa Kantor.

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

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

[www.lugoneseditorial.com.ar](http://www.lugoneseditorial.com.ar)



## Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Reumatología

### **Presidente:**

Dra. María Celina de la Vega

### **Vicepresidente:**

Dr. Guillermo Berbotto

### **Secretario:**

Dr. Gustavo Casado

### **Prosecretaria:**

Dra. Verónica Saurit

### **Tesorero:**

Dr. Gustavo Rodríguez Gil

### **Protesorero:**

Dr. Javier Rosa

### **Vocales:**

Dra. Cecilia Asnal

Dr. Maximiliano  
Machado Escobar

Dra. Vanesa Cosentino

Dr. Javier Farfán

### **Vocales suplentes:**

Dr. David Navarta

Dra. María J. Haye Salinas

### **Comisión Revisora de Cuentas**

#### **Titulares:**

Dra. Anastasia Secco

Dra. Silvia Papisidero

#### **Suplentes:**

Dr. Fernando Eraña

#### **Representantes de Filiales:**

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

Dra. Silvia Papisidero

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

*Dra. María J. Haye Salinas  
Sociedad de Reumatología  
de Cuyo:*

Dr. David Navarta

*Sociedad de Reumatología  
de Tucumán:*

Dr. Maximiliano  
Machado Escobar

*Sociedad de Reumatología  
del Sur:*

Dr. Fernando Eraña

*Asociación de Reumatología  
de Santa Fe:*

Dr. Juan Soldano

*Asociación de Reumatología  
de Córdoba:*

Dra. Ana Bértoli

*ARNEA:*

Dr. Edson Veloso

*Sociedad Salto Jujena  
de Reumatología:*

Dra. María Elena Crespo

*ARPBA:*

Dra. Adriana Testi

#### **Direcciones de Unidades SAR:**

*Director de Unidad  
de Investigación:*

Dr. Guillermo Pons-Estel

*Directora de Unidad  
de Educación:*

Dra. Carla Gobbi

*Director de Unidad Editorial:*

Dr. Darío Scublinsky

*Director de Unidad de Gestión:*

Lic. Leandro Cino

## 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](mailto:sociedad@reumatologia.org.ar); sitio web: [www.reumatologia.org.ar](http://www.reumatologia.org.ar)



Hotel Hilton - Buenos Aires

54° CONGRESO ARGENTINO DE  
**REUMATOLOGÍA**  
08 al 11 de Diciembre de 2021



---

## Comité Científico

---

### **Presidente Comité Científico**

Dra. Verónica Bellomio

### **Vicepresidente Comité Científico**

Dr. Javier Rosa

### **Integrantes**

Dr. Raúl Sueldo

Dra. Laura Galván

Dra. Paula Alba

Dr. Emilio Buschiazzo

Dr. EdsonVELOZO

Dra. María J. Haye Salinas

Dr. Hernán Maldonado Ficco

Dr. Javier Farfán

Dr. Guillermo Pons-Estel

Dr. Rodrigo García Salinas

Dra. Marina Scolnik

Dr. Darío Scublinsky

Dra. Ethel Saturansky

Dr. Martín Riopedre

Dra. Victoria Martire

### **Comité Asesores Científicos**

Dr. Gustavo Citera

Dr. Bernardo Pons Estel

Dr. Enrique Soriano

Dra. Alejandra Babini

Dr. César Graf

Dr. Alfredo Arturi

Dr. Horacio Venarotti

Dr. Eduardo Mysler

*Revista Argentina de*

# REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología



---

## Sumario

---

Editorial .....	2
Orales .....	3
Posters .....	20
Pediatría .....	111



Revista Argentina de

# REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología



## Editorial

### 54° Congreso Argentino de Reumatología, donde lo virtual se convierte en presencial

¡Bienvenidos al 54° Congreso! ¡Bienvenidos al Congreso del reencuentro! La pandemia por SARS-CoV-2 ha sido un desafío para la humanidad y especialmente para nosotros, los médicos. Debimos enfrentar angustias y desafíos, tanto en lo laboral como en lo personal. Hemos ocupado lugares que quizás nunca habíamos pensado ocupar como asistencia de febriles, visitas virtuales o acompañamientos pos-COVID, entre otras tareas.

Pero aquí estamos rindiendo homenaje al personal de salud, a quienes ya no están con nosotros, en definitiva, rendimos homenaje a la vida. Creo fervientemente que reencontrarnos, participar en actividades científicas, exponer, escuchar y aprender, nos sitúa en una posición de privilegio; el privilegio de seguir eligiendo, involucrándonos en aquello que nos gusta, capacitándonos y enseñando. Espero que este Congreso Argentino sirva no solo para adquirir conocimientos, sino también para valorizar todo lo que tenemos y podemos realizar.

Felicitaciones a todos los colegas que, en este contexto peculiar, han presentado sus trabajos y nos permiten compartirlos en este número Especial del Congreso de la Revista Argentina de Reumatología. Agradecimientos a todos los miembros de la Comisión Directiva y los reumatólogos que trabajan en diferentes grupos y Comités de la Sociedad Argentina de Reumatología, a la industria farmacéutica que con su apoyo hace po-

sible estos eventos, a los disertantes que, tanto en forma presencial como virtual, no dudaron en acompañarnos, y a nuestro personal administrativo, siempre comprometido y proactivo en cada una de sus tareas.

Nos espera un 2022 lleno de propuestas y actividades que compartiremos con entusiasmo. Sin duda la valorización del trabajo en equipo, el compañerismo y la socialización con pares es el legado más rico que nos ha dejado esta experiencia de trabajo en pandemia. Nuevamente, ¡bienvenidos!

**Dra. María Celina de la Vega**  
Presidente de la Sociedad Argentina  
de Reumatología

*Revista Argentina de*

# **REUMATOLOGÍA**

Sociedad Argentina de Reumatología



---

## **Orales**

---



**DESEMPEÑO DEL CUESTIONARIO “FEAR ASSESSMENT IN INFLAMMATORY RHEUMATIC DISEASES” EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

José Simón ALCIVAR NAVARRETE<sup>1</sup>, Joan Manuel DAPEÑA<sup>1</sup>, Juan Manuel BANDE<sup>1</sup>, Eliana Rebeca SERRANO<sup>1</sup>, María Julia SOSA<sup>2</sup>, María Alejandra MEDINA<sup>1</sup>, Diana Silvia KLAJN<sup>1</sup>, José Ángel CARACCIOLLO<sup>1</sup>, Analía DELLEPIANE<sup>3</sup>, María Paula KOHAN<sup>2</sup>, María de Los Ángeles CORREA<sup>4</sup>, Maximiliano Augusto MACHADO ESCOBAR<sup>5</sup>, María Silvia YACUZZI<sup>6</sup>, Débora GUAGLIANONE<sup>6</sup>, Mariana BENEGAS<sup>7</sup>, Emel de Jesús GONZÁLEZ LOBATO<sup>8</sup>, Eduardo KERZBERG<sup>8</sup>, Sandra PETRUZZELLI<sup>9</sup>, Beverly Yaneth DE LA PUENTE PÉREZ<sup>10</sup>, Silvia Beatriz PAPASIDERO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNU, <sup>2</sup>HOSPITAL RAÚL F. LARCADE DE SAN MIGUEL, <sup>3</sup>CEMEC CASILDA, <sup>4</sup>INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, <sup>5</sup>HOSPITAL EVA PERÓN DE TUCUMÁN, <sup>6</sup>HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO, <sup>7</sup>SANATORIO JULIO MÉNDEZ, <sup>8</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS “J.M. RAMOS MEJÍA”, <sup>9</sup>CASA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, <sup>10</sup>HOSPITAL PENNA

**Introducción:** La carga psicológica de la artritis reumatoidea (AR), incluyendo los miedos sobre la enfermedad y su tratamiento, pueden tener un impacto sobre los resultados en la práctica clínica diaria y ensayos clínicos. Se han desarrollado herramientas genéricas y específicas que miden algunos de estos aspectos psicológicos, pero ninguna evalúa el miedo asociado. El cuestionario *Fear Assessment in Inflammatory Rheumatic diseases* (FAIR) fue desarrollado para evaluar esta variable; se basó en las perspectivas de pacientes franceses con AR y espondiloartritis, y mostró asociación del miedo con distrés psicológico. Está compuesto por 10 preguntas calificadas mediante escalas visuales numéricas de 0-10, correspondiendo el mayor nivel de miedo al número más alto; el puntaje total posible es de hasta 100.

**Objetivos:** Validar la versión en español del cuestionario FAIR en una cohorte de pacientes con AR residentes en Argentina y establecer asociaciones entre puntaje y características sociodemográficas y de la enfermedad.

**Materiales y Métodos:** Estudio multicéntrico, analítico, observacional, de corte transversal. Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años con diagnóstico de AR (ACR-EULAR 2010). Se consignaron datos sociodemográficos, características de la AR, clinimetría, tratamiento y antecedentes de contacto con la enfermedad. Se realizó la traducción y adaptación transcultural del FAIR según normas internacionales. Todos los pacientes completaron los cuestionarios FAIR, General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) para ansiedad y Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) para depresión. Análisis estadístico: Estadística descriptiva de la población. Se evaluó la reproductibilidad prueba-reprueba, consistencia interna con alfa de Cronbach. Se analizó el puntaje del FAIR con las características sociodemográficas y de la enfermedad, para las variables significativas se aplicó un modelo de regresión lineal múltiple.

**Resultados:** Se incluyeron 210 pacientes de nueve centros de Argentina. El 84,8% era mujer con edad media de 54,5 (DE 12,4) años, 59% tenía cobertura de salud y 28% vivía solo. El promedio de años de educación fue de 10,6 (DE 3,9) y el 41,9% estaba empleado. La mediana de tiempo de evolución de la AR fue de 96 meses (RIC 48-144). El 91,9% era seropositivo para FR y 85,1% para ACPA, 65,2% tenía enfermedad erosiva, 33,8% manifestaciones extraarticulares y 8,6% había requerido hospitalización por la AR. La mediana del DAS28 fue 3,3 (RIC 2,4-4,6), la del HAQ-A de 1 (RIC 0,5-1,6) y del RA-QoL de 6,3 (RIC 5,0-7,6). El 97,6% recibía DMAR (convencionales 78,57%, biológicos 35,24% y sintéticos dirigidos 12,44%), 45,2% AINE, 35,2% glucocorticoides (GC) sistémicos y 11,5% realizaba terapias alternativas. El 20,3% de los pacientes tenía antecedente familiar de AR, 27,6% contactos con AR y 12,5% había recibido educación sobre la AR. La mediana del puntaje del FAIR fue de 61,5 (RIC 36-83), la consistencia interna fue excelente (alfa de Cronbach=0,92), sin efecto suelo ni techo en el puntaje total. No hubo preguntas redundantes y la reproductibilidad evaluada fue de 0,69. Presentó correlación moderada con los cuestionarios GAD-7 ( $r=0,55$ ) y PHQ-9 ( $r=0,50$ ). La pregunta del “miedo de no poder enfrentar las tareas cotidianas” tuvo la media más alta, que fue de 6,9 (DE 3,2). Se encontró asociación significativa entre un mayor puntaje del FAIR y los pacientes que tenían pensamientos autolesivos ( $p<0,0001$ ), los que consumían AINE ( $p=0,002$ ), los que no vivían solos ( $p=0,01$ ) y los que recibían GC ( $p=0,03$ ). La regresión lineal múltiple mostró como principales determinantes del FAIR a la ansiedad estimada por GAD-7 (Beta=8,33), la depresión por PHQ-9 (Beta=3,52) y la menor edad (Beta=2,25).

**Conclusiones:** El desempeño del FAIR fue aceptable con una excelente consistencia interna, buena reproductibilidad y una moderada correlación con las otras medidas psicométricas. El puntaje del FAIR fue más elevado en los pacientes que tenían pensamientos autolesivos, que recibían AINE o GC y que no vivían solos. Los principales determinantes para puntajes más altos del FAIR fueron mayor ansiedad, mayor depresión y menor edad.

**FACTORES ASOCIADOS A HOSPITALIZACIÓN Y MUERTE POR COVID-19 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS: DATOS DEL REGISTRO SAR-COVID**

Carolina Ayelen ISNARDI<sup>1</sup>, Rosana M. QUINTANA<sup>1</sup>, Karen ROBERTS<sup>1</sup>, María Gimena GÓMEZ<sup>1</sup>, Roberto Miguel BÁEZ<sup>2</sup>, Cecilia PISONI<sup>2</sup>, Gelsomina ALLE<sup>2</sup>, María de Los Ángeles SEVERINA<sup>2</sup>, Romina TANTEN<sup>2</sup>, Edson Javier VELOZO<sup>2</sup>, Mariana PERA<sup>2</sup>, Adriana Karina COGO<sup>2</sup>, Carla Gimena ALONSO<sup>2</sup>, Hernán MALDONADO FICCO<sup>2</sup>, Dora PEREIRA<sup>2</sup>, Micaela Ana COSATTI<sup>2</sup>, Cecilia ASNAL<sup>2</sup>, Sabrina DE LA VEGA FERNÁNDEZ<sup>2</sup>, María Alejandra MEDINA<sup>2</sup>, María Marcela SCHMID<sup>2</sup>, María Soledad GÁLVEZ ELKIN<sup>2</sup>, Julia SCAFATI<sup>2</sup>, Gisela Paola PENDON<sup>2</sup>, Luciana CASALLA<sup>2</sup>, Marina Laura WERNER<sup>2</sup>, Carolina AESCHLIMANN<sup>2</sup>, Ana María BERTOLI<sup>2</sup>, Julieta Silvana MORBIDUCCI<sup>2</sup>, Luciana GONZÁLEZ LUCERO<sup>2</sup>, Gustavo Fabián RODRÍGUEZ GIL<sup>2</sup>, Natalia Lili CUCCHIARO<sup>2</sup>, Sandra PETRUZZELLI<sup>2</sup>, Tatiana BARBICH<sup>2</sup>, Silvana CONTI<sup>2</sup>, María Daniela ALONSO LÓPEZ<sup>2</sup>, Jessica Luciana TOMAS<sup>2</sup>, Carla MALDINI<sup>2</sup>, Jonathan Eliseo REBAK<sup>2</sup>, Susana I PINEDA<sup>2</sup>, Pablo Jorge MAID<sup>2</sup>, Jonatan Marcos MARECO<sup>2</sup>, Débora GUAGLIANONE<sup>1</sup>, Sabrina Valeria PORTA<sup>2</sup>, Natalia MORALES<sup>2</sup>, María Eugenia BEDOYA<sup>2</sup>, Boris KISLUK<sup>2</sup>, María Sol CASTAÑOS MENESCARDI<sup>2</sup>, Guillermo J PONS-ESTEL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (UNISAR), <sup>2</sup>INVESTIGADOR DEL REGISTRO SAR-COVID

**Objetivos:** Evaluar las características clínicas y el desenlace de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes con enfermedades reumáticas del registro SAR-COVID e identificar factores asociados a la hospitalización, requerimiento de asistencia respiratoria y muerte.

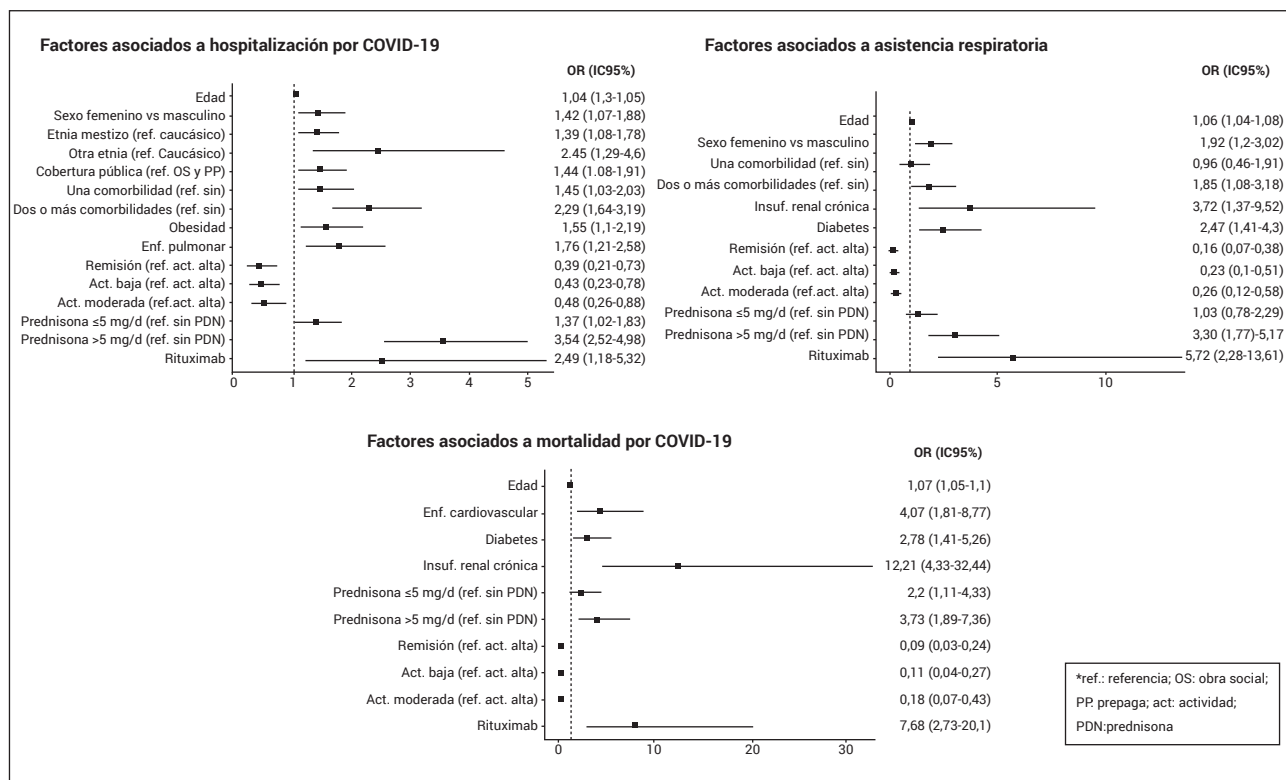
**Materiales y Métodos:** SAR-COVID es un registro nacional, multicéntrico, longitudinal y observacional, en el que se incluyen de forma consecutiva pacientes,  $\geq 18$  años, con diagnóstico de enfermedad reumática con infección por SARS-CoV-2 (RT-PCR o serología positiva) entre el 13/08/20 y el 31/07/21. Se registraron datos sociodemográficos, comorbilidades, enfermedad reumática subyacente y su tratamiento, características clínicas y de laboratorio, complicaciones y tratamiento de la infección por SARS-CoV-2. Medidas de desenlace: hospitalización, asistencia respiratoria (dispo-

sitivo de alto flujo, ventilación mecánica no invasiva -VMNI- e invasiva -VMI- y muerte. Análisis estadístico: análisis descriptivo. Prueba Chi<sup>2</sup>, Fischer, prueba T, prueba U de Mann-Whitney, ANOVA. Regresión logística múltiple.

**Resultados:** Se incluyeron 1.915 pacientes, 81% de sexo femenino, con una edad media de 51 ± 14 años. Las enfermedades reumáticas más frecuentes fueron artritis reumatoidea (42%) y lupus eritematoso sistémico (16%). La mayoría se encontraba en remisión o baja actividad de la enfermedad (78%) al momento de la infección y 48% presentaba comorbilidades, siendo las más frecuentes hipertensión arterial, obesidad y dislipemia. El 36% recibía tratamiento con glucocorticoides, 50% drogas modificadoras de la enfermedad (DME) convencionales, 17% DME biológicas y 4% pequeñas moléculas. El 27% requirió hospitalización, el 8% en unidad de terapia intensiva y 83 (4%) pacientes fallecieron por COVID-19. Durante la internación, 9% requirió VMNI o dispositivos de oxígeno a alto flujo y 17% VMI. El sexo masculino (23%vs18%), tener más de 65 años (31%vs13%), cobertura de salud pública (33%vs25%), el diagnóstico de vasculitis (6%vs2%) y de esclerosis sistémica (6%vs4%), la presencia de comorbilidades (71%vs40%), la alta actividad de la enfermedad (8%vs2%), el uso de glucocorticoides (51%vs31%), azatioprina (6%vs3%), ciclofosfamida (0,8%vs0,1%) y rituximab (4%vs1%) se asociaron a mayor frecuencia de hospitalización. Por el contrario, tener espondiloartritis (7%vs11%), usar metotrexato (33%vs39%) e inhibidores de TNF (7%vs12%) se asociaron con menor frecuencia de hospitalización. Asimismo, el sexo masculino (30%vs18%), tener más de 65 años (46%vs16%), el diagnóstico de vasculitis (14%vs3%), la presencia de comorbilidades (77%vs46%), la alta actividad de la enfermedad (14%vs3%), el uso de glucocorticoides (59%vs35%), azatioprina (9%vs4%) y rituximab (9%vs2%) se asociaron a mayor frecuencia de asistencia respiratoria. Por último, la mortalidad se asoció al sexo masculino (28%vs19%), tener más de 65 años (49%vs16%), al diagnóstico de vasculitis (17%vs3%), la presencia de comorbilidades (80%vs46%), la alta actividad de la enfermedad (19%vs3%), el uso de glucocorticoides (68%vs35%) y rituximab (11%vs2%). En los modelos de análisis multivariado, utilizando como variables dependientes los tres desenlaces establecidos, la edad, el sexo masculino, la presencia de comorbilidades y mayor número de las mismas se asociaron a peor pronóstico. Asimismo, la etnia mestiza y la cobertura de salud pública se asociaron a mayores probabilidades de ser hospitalizado. En relación a la enfermedad reumática, mayor actividad de la misma, el uso de glucocorticoides y el tratamiento con rituximab se asociaron a mayores chances de hospitalización, requerimiento de asistencia respiratoria y muerte (Figura 1).

**Conclusiones:** Además de los factores de mal pronóstico conocidos, en esta cohorte de pacientes con enfermedades reumáticas hemos detectado que la alta actividad de la enfermedad, el tratamiento con glucocorticoides, independientemente de la dosis, y con rituximab se han asociado a peores desenlaces de la infección por SARS-CoV-2.

**FIGURA 1: FACTORES ASOCIADOS A MAL PRONÓSTICO DE LA COVID-19**



**¿QUÉ INFLUENCIA TIENE EL GÉNERO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA?**

Brian ROLDAN, Carolina Ayelén ISNARDI, Virginia CARRIZO ABARZA, María Agustina ALFARO, Tatiana BARBICH, María Gisela CRESPO ROCHA, Marina FORNARO, Osvaldo Luis CERDA, Fernando DAL PRA, Emilce Edith SCHNEEBERGER, Gustavo CITERA

INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

**Introducción:** La artritis psoriásica (APs) afecta en iguales proporciones a hombres y mujeres. Sin embargo, se han descrito diferencias entre ambos grupos en relación a la presentación y características clínicas de la enfermedad, así como también en su evolución y pronóstico.

**Objetivos:** Evaluar las diferencias en relación a las características sociodemográficas y clínicas, actividad de la enfermedad, estado funcional y calidad de vida entre pacientes femeninos y masculinos con APs.

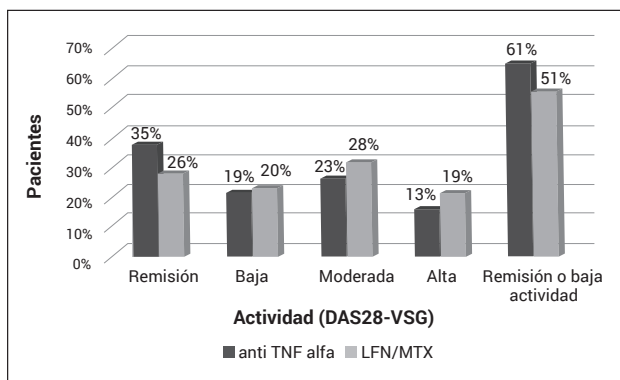
**Materiales y Métodos:** Estudio observacional de corte transversal. Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años de edad con diagnóstico de APs según criterios CASPAR. Se evaluaron características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas, presencia de comorbilidades, hábitos tóxicos y manifestaciones extraarticulares. Se consignaron dolor y actividad global de la enfermedad según el paciente y el médico por medio de EVN (Escala Visual Numérica), recuento de articulaciones tumefactas y dolorosas (66/68), presencia de rigidez matinal, de dactilitis y de entesitis por medio de MASES, peso y talla. La psoriasis cutánea se valoró por medio de PASI, BSA y PGA y el compromiso ungüeal por PNSS. Se registraron los valores de ERS (mm/h) y PCR (mg/dl). Se administraron los cuestionarios HAQ-A para capacidad funcional y PsAQoL y DLQI para calidad de vida. Se calcularon los índices compuestos: DAPSA-PCR y -ERS y CPDAI. Se determinó la presencia de MDA. La afectación del esqueleto axial se definió por criterios ASAS. El compromiso radiográfico se evaluó por índice de Sharp van der Heijde. Las radiografías fueron leídas por tres observadores con muy buena correlación interobservador (CCI:  $\geq 0,89$ ). Análisis estadístico: Test de Chi<sup>2</sup> y exacto de Fisher, test T de Student, Mann Whitney, ANOVA y regresión logística múltiple.

**Resultados:** Se incluyeron 170 pacientes con APs, 50% de sexo femenino con una edad media (X) de 54,5 $\pm$ 13,5 años y un tiempo promedio de evolución la APs de 11,4 $\pm$ 9,7 años. Tanto la edad como el tiempo de evolución fueron comparables entre varones y mujeres (edad: hombres X 53,6 $\pm$ 12,4 vs mujeres X 55,3 $\pm$ 14,6, p=NS); tiempo de evolución: (X 11 $\pm$ 9,2 vs X 11,8 $\pm$ 10,1, p=NS). La mayoría de los pacientes tenía compromiso periférico puro, 88,2% en los hombres y 83,5% en las mujeres. No hubo diferencias significativas en el tiempo de demora diagnóstica (hombres X 34,05 $\pm$ 60,2 meses y mujeres X 34,1 $\pm$ 61,4 meses). El índice de Sharp van der Heijde fue mayor en varones que en mujeres pero esa diferencia no fue significativa (hombres X 43,1 $\pm$ 75,4 y mujeres X 37,1 $\pm$ 55,8, p=NS). En relación a las comorbilidades, las mujeres presentaron mayor prevalencia de hipotiroidismo (7,6% vs 2,4%, p=0,038). Con respecto a los parámetros de actividad de la enfermedad, las mujeres tuvieron mayor frecuencia de entesitis (31,2% vs 16,5%, p<0,0001) y mayor puntuación de DAPSA-ERS (X 17,9 $\pm$ 11,9 vs X 14,5 $\pm$ 10,5, p=0,048), mientras que los varones mayor compromiso cutáneo (BSA X 6,5 $\pm$ 14,3 vs X 3 $\pm$ 15,3, p=0,032). No se encontraron diferencias significativas en relación a la capacidad funcional (HAQ-A hombres X 0,92 $\pm$ 0,7 vs mujeres 0,72 $\pm$ 10,5) y la calidad de vida (PsAQoL hombres X 6,4 $\pm$ 6,5 vs mujeres X 7,2 $\pm$ 6,4). En el análisis multivariado, ajustando por edad y tiempo de evolución, los varones tuvieron mayor compromiso cutáneo por BSA (OR 1.05, IC95% 1,01-1,1), mientras que la puntuación de MASES fue menor en este grupo (OR 0.8, IC95% 0,73-0,98, p= 0,03).

**Conclusiones:** Las mujeres presentaron mayor actividad de la enfermedad y mayor compromiso entésico, mientras que los hombres tuvieron mayor extensión de la psoriasis. Estas dos últimas características mantuvieron su asociación con el género luego de ajustar a variables sociodemográficas y clínicas.

## EFFECTIVIDAD, PERSISTENCIA Y COSTO EFFECTIVIDAD DE ANTI TNF O LEFLUNOMIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA Y RESPUESTA INADECUADA A METOTREXATO

Luciana Antonella GRASSI<sup>1</sup>, Claudio RODRÍGUEZ<sup>2</sup>, Servio Antonio DÁVILA JURADO, Carla Andrea MUÑOZ TORRES<sup>1</sup>, Natalia Andrea PERROTTA<sup>1</sup>, Gustavo MEDINA<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, <sup>2</sup>CÁTEDRA DE FARMACIA CLÍNICA, FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA, UBA



**Introducción:** Los pacientes con artritis reumatoidea (AR) con inadecuada respuesta a metotrexato y factores de mal pronóstico pueden ser medicados con medicamentos biológicos o anti JAK. Ambas opciones pertenecen al grupo de medicamentos de alto costo. La efectividad (vida real) y costo efectividad (CE) ha sido escasamente evaluada en nuestro medio. La leflunomida (LFN) podría ser una opción con mejor perfil de CE.

**Objetivos:** Comparar efectividad y persistencia de dos estrategias terapéuticas (LFN o anti TNF alfa) en combinación con MTX, en pacientes con AR refractarios a este último. Calcular la CE de ambas estrategias.

**Materiales y Métodos:** Estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo y transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos con AR (ACR/EULAR 2010) en tratamiento con LFN o anti TNF alfa como segunda línea luego del fallo a MTX. Se utilizó DAS28 como parámetro de efectividad. Se evaluó la cantidad de pacientes en baja actividad o remisión en cada grupo. Se compararon variables clínico demográficas y asociadas al tratamiento

entre ambos. Se evaluó la persistencia y la función de sobrevivencia de cada esquema terapéutico. Para la evaluación económica (CE) se consideraron los costos directos de los medicamentos desde la perspectiva del pagador y con un límite temporal de un año.

**Resultados:** Se evaluaron las historias clínicas de 343 pacientes, 102 cumplieron criterios de inclusión, 53% con LFN y 47% con anti TNF alfa (adalimumab 12/48, certolizumab pegol 16/48 y etanercept 20/48). Edad promedio de la cohorte fue de 54,3 $\pm$ 12 años, 89% seropositivo y 66,7% con erosiones. El grupo con anti TNF tenía más años de enfermedad (10 vs 7 años, p=0,006) con mayor tiempo de seguimiento (28 meses (RIQ 45) vs 9,5 meses (RIC 12,5), p=0,000), mayor cobertura de salud (72,9% vs 53,7%, p=0,04) y una proporción menor de pacientes con anti CCP y factor reumatoideo (74% vs 86%, p=0,78, y 80% vs 95%, p=0,05 respectivamente). En cuanto al tratamiento, este grupo usaba una dosis media semanal de MTX menor (14,9 $\pm$ 5 vs 19,5 $\pm$ 5,8 mg, p=0,000), menor prevalencia de uso de esteroides (42% y 56%, p=0,16) sin diferencias en la dosis media diaria (5,5 $\pm$ 2,5 y 6,5 $\pm$ 2,8 mg, p=0,2). A 18 meses, la persistencia para anti TNF alfa fue 86% y para LFN 28%, p=0,000. Las diferencias en la supervivencia fueron a favor del tratamiento con anti TNF alfa con meses de supervivencia media de 91 $\pm$ 10 (IC95% 70-111), y para el tratamiento con LFN de 28 $\pm$ 12 (IC95% 4-52), p=0,000. Efectividad El DAS28 fue más bajo para el grupo de anti TNF alfa (3,1 (DS 1,5) vs 3,8 (DS1,5), p=0,03). Mayor porcentaje de pacientes con anti TNF alfa cumplía con el objetivo T2T (remisión o baja actividad), 26/43 (60,5%) vs 26/51 (51%), aunque sin diferencia significativa (p=0,66). El gasto anual promedio fue de \$1.623.107,40 (USD 16395) para el grupo con anti TNF alfa y \$24.539,06 (USD 247,8) para el grupo con LFN (p=0,000). El incremental de costo efectividad para la diferencia de DAS28 entre ambos grupos fue \$2.350.835,79 (USD 23805,9), representando 2,8 veces el ingreso bruto per cápita del país al momento del estudio.

**Conclusiones:** Los pacientes con falla a MTX que iniciaron combinación con leflunomida lograron baja actividad de la enfermedad o remisión en menor porcentaje que los tratados con anti TNF alfa. Sin embargo esta diferencia no fue significativa (p=0,66). El DAS28 fue menor para el grupo de anti TNF alfa (p=0,03). Encontramos diferencias en la persistencia del tratamiento con mayor porcentaje de discontinuación en los usuarios de leflunomida con solo un tercio de pacientes persistentes al año y medio de tratamiento. El costo efectividad incremental al año de seguimiento para las anti TNF alfa se posicionó en 2,8 veces el PIB per cápita del país.

## INCIDENCIA DE INFECCIÓN POR HERPES ZOSTER Y EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

María Victoria CHIARVETTO PERALTA, Marina SCOLNIK, Andrés REYES, Enrique Roberto SORIANO, Javier ROSA

SECCIÓN REUMATOLOGÍA, HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES

**Introducción:** Las drogas modificadoras de artritis reumatoidea (DMAR) (convencionales, agentes biológicos y pequeñas moléculas) pueden generar eventos adversos (EA) relacionados con su mecanismo de acción. Un EA relevante es la infección por herpes zoster (HZ), la cual se incrementa de 2 a 3 veces en pacientes con artritis reumatoidea (AR), comparados con la población general, particularmente en aquellos tratados con inhibidores de Jak-quinasa (JAK-i). Estudios observacionales también demostraron un aumento en el riesgo de eventos tromboembólicos en pacientes con AR, comparados con controles sanos.

**Objetivos:** Establecer la densidad de incidencia de infección por HZ y eventos tromboembólicos, en una cohorte de pacientes con AR, en un Hospital Universitario en Buenos Aires.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes con AR (criterios ACR/EULAR 2010), diagnosticados después del año 2000, y afiliados a un sistema prepago de salud. Se recolectaron datos demográficos, antecedentes de la enfermedad y actividad, comorbilidades, historia de tabaquismo, anticuerpos específicos, y DMAR recibidos. Los pacientes fueron seguidos hasta el 31/12/2020, pérdida de seguimiento u óbito. Se calculó la densidad de incidencia por cada 100 pacientes año de episodios de infección por HZ y eventos tromboembólicos venosos y arteriales en la cohorte global. Se realizó análisis univariado para ambos EA.

**Resultados:** Se incluyeron 132 pacientes, 74,2% mujeres, con una media de edad al diagnóstico de AR de 54,7 años (DE 10,7 años), con mediana de seguimiento de 7,3 años (RIC 3,7-10,9), que aportaron 1.035 pacientes-años en el seguimiento. En las Tablas 1 y 2 se describen las características demográficas, clínicas y tratamientos recibidos. Presentaron nueve episodios de infección por HZ, y la densidad de incidencia fue de 0,87 por cada 100 pacientes-año (IC 95 %: 0,37-1,63). Los DMAR recibidos al momento del evento fueron: 2 DMAR convencionales, 2 DMAR biológicos, 3 JAK-i, y 2 sin DMAR. En el análisis univariado, al momento del episodio de la infección por HZ, cuatro de los nueve pacientes (44,4%) estaban con corticoides, y tres de los nueve (33,3%) estaban en tratamiento con JAK-i; esto se asoció en forma significativa con el evento ( $p < 0,0001$ ). Hubo 17 pacientes que presentaron un total de 22 eventos tromboembólicos, con una densidad de incidencia de 2,12 cada 100 pacientes-año (IC 95 %: 1,31-3,23). Hubo cinco eventos tromboembólicos venosos (dos trombosis venosa profunda (TVP), un embolismo pulmonar (TEP), un TVP/TEP, y un paciente presentó trombosis de la vena central de la retina), y 17 eventos fueron arteriales (ocho pacientes con infarto agudo de miocardio, uno angina de pecho, siete accidentes cerebrovasculares y un evento vascular periférico). Los DMAR recibidos al momento de la trombosis venosa fueron: cuatro DMAR convencionales, y un paciente estaba solo con corticoides. Ningún paciente estaba con JAK-i. Los DMAR recibidos al momento de las trombosis arteriales fueron: cinco DMAR convencionales, 1 JAK-i, y seis pacientes estaban sólo con corticoides.

**Conclusiones:** En nuestra cohorte de pacientes con AR, se observó una densidad de incidencia de 0,87 infecciones por HZ cada 100 pacientes-año y de 2,12 eventos tromboembólicos cada 100 pacientes-año. En el análisis univariado, el uso corticoides y de Jak-i al momento del evento se asoció significativamente a un mayor riesgo de infección por HZ. No hubo asociación de los tratamientos con DMAR al momento de desarrollar eventos tromboembólicos.

TABLA 1: DESCRIPCIÓN DE LA COHORTE (N=132)

Características al diagnóstico	Cohorte (n=132)
Sexo femenino, n%	98,0; 74,2%
Edad, media en años, (DS)	54,7 (1,7)
Seguimiento en años, mediana, (RIC)	7,3 (3,7-10,9)
Factor reumatoideo positivo, n%	89,0; 68,5%
Anticuerpo anti citrulina positivo, n%	93,0; 85,3%
Doble seropositiva, n%	85,0; 64,9%
DAS 28 VSG, media; (DS)	4,9 (0,9)
Erosiones al diagnóstico, n%	20,0; 19,8%
Extra articular final del seguimiento, n%	25,0; 18,9%
Comorbilidades al diagnóstico	
Historia de TBQ, n%	48,0; 36,4%
Diabetes, n%	5,0; 3,8%
Hipertensión arterial, n%	17,0; 12,9%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, n%	2,0; 1,5%
Enfermedad cerebrovascular, n%	4,0; 3,0%
Antecedente de neoplasia actual o previo, n%	2,0; 1,5%
Dislipemia, n%	17,0; 12,9%
IMC, media; (DS)	27,9; (6,3)
Escala de Charlson, mediana; (RIC)	2,0 (1-3)

TABLA 2: TRATAMIENTOS RECIBIDOS Y RESULTADOS

Tratamientos recibidos	Cohorte (n=132)
Corticoides sistémicos en algún momento, n, %	98,0; 74,2%
Dosis corticoides >20 mg en algún momento, n, %	7,0; 7,1%
Tiempo con corticoides meses, mediana; (RIC)	17,0 (6-42)
Metotrexato, n, %	122,0; 92,4%
JAK-i, n, %	11,0; 8,3%
Eventos al final del seguimiento	
Escala de Charlson, mediana; (RIC)	3,0 (2-4)
Infecciones severas, n, %	21,0; 16,1%
Tuberculosis, n, %	6,0; 4,6%
Neoplasia, n, %	16,0; 12,1%
Mortalidad global, n, %	10,0; 7,6%
Eventos trombóticos, densidad de incidencia cada 100 pacientes-año (IC95%)	2,12 (1,31-3,23)
Incidencia de herpes zoster, densidad de incidencia cada 100 pacientes-año (IC95%)	0,87 (0,37-1,63)

## VACUNACIÓN PARA SARS-COV-2 EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA EN ARGENTINA: PREFERENCIAS, ACCESO Y ADHERENCIA AL PLAN DE VACUNACIÓN

María Lourdes MAMANI ORTEGA<sup>1</sup>, Sandra Fabiana MONTOYA<sup>2</sup>, Mercedes Argentina GARCÍA<sup>3</sup>, Alejandro NITSCHKE<sup>4</sup>, Josefina MOLINA<sup>5</sup>, Paula PUCCI<sup>4</sup>, Gisela Paola PENDON<sup>6</sup>, María José LÓPEZ MELLIER<sup>7</sup>, Romina ROJAS TESSEL<sup>8</sup>, Gabriela Mariel Del Valle SALVATIERRA<sup>9</sup>, Demelza YUCRA<sup>10</sup>, Julieta Silvana MORBIDUCCI<sup>1</sup>, Anastasia SECCO<sup>1</sup>, Eduardo KERZBERG<sup>2</sup>, María Natalia TAMBORENEA<sup>1</sup>, Sandra NAVARRO<sup>11</sup>, David ZELAYA<sup>12</sup>, Mariano RIVERO<sup>13</sup>, Gabriela SÁNCHEZ<sup>11</sup>



<sup>1</sup>HOSPITAL RIVADAVIA, <sup>2</sup>HOSPITAL RAMOS MEJÍA, <sup>3</sup>HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA, <sup>4</sup>HOSPITAL ALEMÁN, <sup>5</sup>UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, <sup>6</sup>HOSPITAL R GUTIÉRREZ LP, <sup>7</sup>HOSPITAL DE CLÍNICAS, <sup>8</sup>HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, SALTA, <sup>9</sup>IPRI, <sup>10</sup>SANATORIO GÜEMES, <sup>11</sup>HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO, <sup>12</sup> HOSPITAL RAMOS MEJÍA, <sup>13</sup>HOSPITAL MUNICIPAL DE ALBERTI

Sexo femenino n(%)	264 (89,49)
Edad años, media (±SD)	50,9 (±14,8)
Años al diagnóstico de ES, mediana (RIC)	7 (0-44)
Subtipo difusa n(%) / limitada n(%)	144 (38,64) / 149 (50,51)
Nivel educativo >13 años n(%)	242 (82,03)
Trabajo remunerado n(%)	134 (45,42)
Desocupados n(%)	16 (5,42)
Cobertura de salud: hospital público n(%)	57 (19,32)
Cobertura de salud: obra social+prepara n(%)	238 (80,68)

**TABLA 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES Y SOCIOECONÓMICAS**

rencia a la vacunación general. Estimar la frecuencia de infección por SARS- CoV-2 en pacientes con ES. Describir las preferencias y temores de los pacientes con ES acerca de las vacunas SARS- CoV-2 disponibles en el País. Analizar el acceso al Registro Nacional de Vacunación.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de ES según criterios ACR/EULAR 2013 en seguimiento en distintos centros de Argentina. Se envió por correo electrónico o contacto de *WhatsApp* una encuesta anónima y autoadministrada mediante un cuestionario de *Google Forms* entre el 1 de mayo y el 10 de septiembre de 2021, el cual contenía información demográfica, socioeconómica y preguntas destinadas a evaluar la adherencia al esquema de vacunación recomendado en pacientes con enfermedades reumatológicas, así como temores, preferencias y adherencia al esquema de vacunación por SARS-CoV-2. Se interrogó también sobre el antecedente de infección por SARS-CoV-2. Se realizó estadística descriptiva. Las variables continuas se reportarán como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartil según su distribución.

**Resultados:** Se incluyeron 295 pacientes con ES. El 68,81% (n=203) estaba vacunado para SARS- CoV-2 con una dosis y el 48,7% (n=99) tenía esquema completo (Tabla 1). El 84,75% (n=250) de los pacientes refirió conversar anualmente con su médico tratante sobre su esquema de vacunación general. El 85,08% (n=251) de los pacientes se aplica la vacuna antigripal anual. Con respecto al resto de las vacunas recomendadas en pacientes con enfermedades autoinmunes, el 92% (n=273) manifestó tener la vacuna antineumocócica, el 15% (n=44) la doble adultos, y el 25% (n=74) la vacuna contra hepatitis B. Sin embargo, solo el 5,4% (n=16) expresó tener las cuatro vacunas completas. El 15,59% (n=46) manifestó haber tenido infección por SARS-CoV-2, de los cuales 21,74% (n=10) requirió internación, en un 70% en clínica médica, y 30% en Unidad de Cuidados Intensivos. Con respecto a la vacunación por SARS-CoV-2, el 93,56% (n=276) manifestó voluntad de vacunarse. Al interrogar si pudiera elegir el tipo de vacuna disponible en el país, cuál se aplicaría, el 12,2% (n=36) manifestó no tener preferencia sobre una vacuna en especial o voluntad de aplicarse cualquiera de las vacunas disponibles en el país; el 56,27% (166) prefirió Sputnik V, el 8,14% (n=24) prefirió AstraZeneca, el 4,75% (n=14) Pfizer, el 3,39% (n=10) Sinopharm y el 1,69% (n=5) Moderna. Mientras que el 7,46% (n=22) de los pacientes manifestó su voluntad de no vacunarse. El 17,29% (n=51) teme que la vacuna no le haga efecto por la medicación que toma habitualmente. El 23,05% (n=68) piensa que puede tener más reacciones adversas de la vacuna por tener una enfermedad reumatológica de base. El 20,68% (n=61) manifestó temor de presentar un empeoramiento de su enfermedad de base provocado por la aplicación de la vacuna. El 86,1% (n=254) manifestó temor de contraer la infección por SARS- CoV-2 por la aplicación de la vacuna. El 84,75% (n=250) pudo acceder al Registro Nacional de Vacunación. El 26,44% (n=78) requirió ayuda de un tercero para acceder y anotarse en el Registro. La vacuna recibida con mayor frecuencia fue Sputnik V en el 60,1% (n=122) de los casos, seguida por AstraZeneca en el 17,73% (n=36), y Sinopharm en el 13,3% (n=27).

**Conclusiones:** Identificamos alta frecuencia de temores en relación a la falta de eficacia o reacciones adversas por la vacunación en este grupo de pacientes. Sin embargo, el 68,81% de los pacientes con ES incluidos recibió una dosis de la vacuna contra SARS- CoV-2 y el 48,7% las dos dosis, siendo la Sputnik V la de mayor frecuencia. Un porcentaje bajo de pacientes (5,4%) tiene completo el esquema de vacunación habitual recomendado en enfermedades reumatológicas. Por lo tanto, consideramos importante continuar trabajando en las recomendaciones de vacunación en esta población.

**COMPROMISO DE LA GLÁNDULA SALIVAL MENOR Y MAYOR EN ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4**

María Eugenia CORREA LEMOS BARBARO, Romina Andrea CALVO, Sergio PAIRA

HOSPITAL CULLEN

**Introducción:** La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es una afección inmunomediada de afección multiorgánica caracterizada histopatológicamente por infiltrado linfoplasmocitario denso, fibrosis estoriforme y flebitis obliterante. Existen excepciones en tejidos como glándula salival menor (Gsm) de la que poco se sabe sobre su contribución en la patología. Histológicamente hay marcado aumento de infiltrado linfoplasmocitario como en la serie de Takano et al. en más del 50% de los casos junto con fibrosis arremolinada y patrón no estoriforme. Presencia de atrofia acinar, no así la flebitis obliterante. Otros autores hallaron similitud en el 50% de las biopsias de Gsm al compararlas con glándula salival mayor (GSM), sobre todo en aquellos con pancreatitis autoinmune, con una sensibilidad de 69% y especificidad de 100% para GSm contra GSM (S Y E 100%). El infiltrado de cel. IgG4 en el tejido glandular distingue a esta entidad, pero autores como Misuzhima et al. sugieren reconsiderar disminuir el punto de corte de células por alto campo propuesto en la inmunohistoquímica de estas glándulas para así aumentar la sensibilidad.

**Objetivos:** 1) Describir los hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos de la biopsia de GSm en pacientes con diagnóstico de ER-IgG4; 2) Comparar y correlacionar hallazgos con biopsias de GSM (submaxilar/parótida) y GSm del mismo paciente para evaluar sensibilidad y especificidad de las mismas; 3) Correlacionar estos hallazgos con otras variables (edad, sexo, valores serológicos y el fenotipo).

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional descriptivo de 40 pacientes con diagnóstico de ER-IgG4 (criterios de Umehara 2011 y la declaración de consenso patológico clínico 2012) desde el año 2013 a la actualidad. Se tuvieron en cuenta pacientes que contaban con biopsia de GSm (n=26) y se analizaron las características histológicas e inmunohistoquímica de éstas correlacionándolas con biopsias de GSM (parótida/submaxilar) (n=11) con punto de corte: cel. IgG4 por alto campo >=10 y rango IgG/IgG4 >=40%. Biopsias incisional/excisionales y realizadas previas al tratamiento

con glucocorticoides. Las de GSM fueron excisionales y algunas durante el tratamiento. Se usó la clasificación de fenotipo según Wallace et al.: grupo 1: pancreato-hepato-biliar; grupo 2: retroperitoneal-aórtico; grupo 3: limitado a cabeza cuello; grupo 4: miculicz con afección sistémica.

**Resultados:** Un total de 26 pacientes con diagnóstico de ER IgG4 presentó biopsias de glándulas salivales menores observándose histológicamente infiltrado linfoplasmocitario en el 73% y el 11% de ellas fibrosis con patrón no estoriforme. La detección de centros germinales, folículos linfoides, infiltrado eosinofílico y fibrosis estoriforme varió entre 8% y 4%. En ningún caso se halló arteritis obliterativa, flebitis obliterante o no obliterante. Fueron 11/26 pacientes con biopsia de GSM y GSM simultáneamente. Comparando la histología, se observó que las muestras de GSM presentaron en mayor proporción fibrosis, tanto estoriforme como no estoriforme (27% y 27% respectivamente), infiltrado linfoplasmocitario (91%), flebitis obliterante (9%) e infiltrado eosinofílico (45%), características que orientan al diagnóstico de ER IgG4. Mientras que en las GSM se halló el infiltrado linfoplasmocitario (81%), fibrosis no estoriforme (27%) e infiltrado eosinofílico (9%); no se observó fibrosis estoriforme ni flebitis obliterante. En inmunohistoquímica de las GSM, se observó que las biopsias con características histológicas determinantes de la enfermedad se asociaban con valores de cél. IgG4  $\geq 40$  cél/HPF y solamente dos biopsias presentaban 100 cél/HPF mientras que cuatro tenían rango  $\geq 40\%$  y los tres restantes rango  $\leq 40\%$ . Los pacientes con compromiso de GSM se encontraron dentro del fenotipo limitado a cabeza y cuello (64%) y Síndrome de Mikulicz y sistémico (36%).

**Conclusiones:** En la histología de la GSM, el infiltrado linfoplasmocitario y la fibrosis no estoriforme fueron más frecuentes. Se observó una tendencia histológica con respecto a los infiltrados eosinofílicos en la GSM (submaxilar), además de un mayor número de fibrosis estoriforme, flebitis obliterativa, centros germinales y folículos linfoides. Los 11 pacientes con compromiso glandular se distribuyeron en los fenotipos 3 y 4. El consenso de Deshpande et al. exige un mínimo de 100 cél IgG4 en glándulas salivales, solamente 2/9 pacientes cumplían dicho criterio. Limitaciones del estudio: no todos los pacientes con biopsia de GSM tenía IHQ y todos estaban tratados con glucocorticoides.

069

### INFLAMACIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA TRATADOS CON TOFACITINIB

María DE LA VEGA<sup>1</sup>, Claudia PEON<sup>1</sup>, Gonzalo RODRÍGUEZ FALABELLA<sup>1</sup>, Alejandro BENÍTEZ<sup>1</sup>, Federico BENAVIDEZ<sup>1</sup>, María Julieta GAMBA<sup>1</sup>, Martín ELETA<sup>2</sup>, Augusto M. RIOPEBRE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CEIM INVESTIGACIONES MÉDICAS, <sup>2</sup>IMAXE

**Introducción:** La inflamación sistémica en artritis reumatoidea (AR) sería la responsable de la aterosclerosis acelerada y del aumento del riesgo cardiovascular, sumado a los factores de riesgo tradicionales. Se postula que el control efectivo de la inflamación articular mejoraría la inflamación endotelial. La tomografía por emisión de positrones (PET) con captación de fluorodesoxiglucosa (PET-FDG/CT) ha surgido como una herramienta no invasiva y un marcador sensible y específico de la inflamación de la pared vascular. Un valor máximo estandarizado de captación (SUVmax) mayor a 1,6 se correlaciona con dicho estado inflamatorio vascular y se ha correlacionado con actividad inflamatoria articular y seropositividad en recientes publicaciones. Tofacitinib es un anti Jak aprobado para AR y demostró reducir la actividad inflamatoria articular y mejorar la capacidad funcional. Es nuestro objetivo evaluar la inflamación del endotelio vascular en pacientes con AR que inician tratamiento con tofacitinib mediante PET-FDG.

**Objetivos:** Evaluar la inflamación del endotelio vascular, a través de captación en PET-FDG, en pacientes con AR luego de 12 semanas de inicio de tratamiento con tofacitinib. Correlacionar los hallazgos vasculares con actividad de la enfermedad. Evaluar variación en perfil lipídico. Correlacionar con presencia de placa de aterosclerosis por ecodoppler carotídeo.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, observacional. Pacientes >18 años, AR (ACR 2010) con actividad articular por DAS 28 >3,2 con indicación de iniciar tratamiento de segunda línea y a los que se les prescribiera tofacitinib (Xeljanz®). Criterios de exclusión: utilización previa de terapia biológica o anti Jak, antecedentes cardiovasculares mayores conocidos. Visita basal con evaluación de la actividad de la enfermedad (DAS 28 y CDAI), función (HAQ), antecedentes cardiovasculares, medicaciones y tabaquismo. Se realizó laboratorio con dosaje de lípidos. Se cuantificó la inflamación endotelial realizando PET-FDG/CT en carótida primitiva derecha, carótida primitiva izquierda, aorta ascendente, aorta descendente y aorta abdominal informando el SUVmax y el porcentaje de máximo objetivo (TRBmax). Se realizó ecodoppler carotídeo para evidenciar presencia de placa. Luego de la visita basal, se inició tratamiento con tofacitinib. A las 12 semanas se reevaluaron los parámetros iniciales.

**Resultados:** se incluyeron 30 pacientes consecutivos. Edad promedio 57 (21-79) años. Mujeres 70%. Promedio años de AR 8,3 (1-40), BMI medio 24,5. Antecedentes clínicos HTA 27%, tabaquista 6,6%, tratamiento con metotrexato 46,6%, metotrexato con leflunomida 50%, corticoides 7,6% (dosis media diaria 7,6 mg). Los valores medios de DAS 28, CDAI y HAQ fueron 5,21, 26,6 y 1,56 en visita basal y 3,04, 8,80 y 1,09 en la visita final respectivamente (p:<0,001 para la comparación de los tres índices), siendo estadísticamente significativo. El 40% de los pacientes presentaba placa carotídea por ecodoppler en la visita basal y permaneció estable esta prevalencia en la visita final. El colesterol medio fue 188,5 y 207,53 mg/dl (p:0,0039) en la visita basal y final respectivamente, arrojando valores significativos. Con respecto a la captación endotelial por PET-FDG en las cinco áreas corporales el resultado de visita basal y final respectivamente fue: carótida primitiva derecha: SUV Max 2,03 y 1,93 (p: 0,32) y TRB Max 0,94 y 0,85 (p:1,0); carótida primitiva izquierda Suv Max 2,07 y 1,94 (p:1) y TRB Max 0,92 y 0,90 (p:0,57); aorta ascendente SUV Max 2,63 y 2,57 (p:1) y TRB Max 1,18 y 1,15 (p:1); aorta descendente SUV Max 2,77 y 2,57 (p:0,26) y TRB Max 1,27 y 1,17 (p:0,26) y aorta abdominal SUV Max 2,59 y 2,43 (p:0,85) y TRB Max 1,15 y 1,11 (p:0,32). Ninguna de las comparaciones de captación endotelial evidenció diferencia significativa entre visita 1 y semana 12.

**Conclusiones:** Este trabajo evidencia que, a pesar de la disminución significativa de los valores de actividad articular y función, no se produjo modificación en la inflamación endotelial por captación de FDG con el tratamiento de tofacitinib durante 12 semanas. Es destacable que todos los pacientes presentaban inicialmente valores inflamatorios elevados de captación endotelial, lo que refuerza la hipótesis de compromiso vascular asociado a enfermedad articular. Trabajos con más tiempo de observación y que evalúen el rol de los diferentes tratamientos sobre el endotelio serán de utilidad clínica en el futuro.

087

### EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA INMUNE HUMORAL ASOCIADA A LA VACUNA CONTRA SARS-COV-2 EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA: DATOS DEL REGISTRO SAR-COVAC

Carolina Ayelén ISNARDI<sup>1</sup>, Emilce Edith SCHNEEBERGER<sup>2</sup>, Margarita LANDI<sup>3</sup>, Claudia CALLE<sup>3</sup>, María Agustina ALFARO<sup>2</sup>, Brian ROLDAN<sup>2</sup>, Andrea Belén GÓMEZ VARA<sup>2</sup>, Pamela GIORGIS<sup>2</sup>, Roberto Alejandro EZQUER<sup>2</sup>, María G CRESPO ROCHA<sup>2</sup>, Camila Rosario REYES GÓMEZ<sup>2</sup>, María de Los Ángeles CORREA<sup>2</sup>, Osvaldo Luis CERDA<sup>2</sup>, Marcos Gabriel ROSEMFET<sup>2</sup>, Virginia CARRIZO ABAZZA<sup>2</sup>, Santiago CATALAN PELLET<sup>3</sup>, Miguel PERANDONES<sup>2</sup>, Cecilia REIMUNDES<sup>3</sup>, Leonel CRUCES<sup>4</sup>, Yesica LONGUEIRA<sup>4</sup>, Florencia QUIROGA<sup>4</sup>, Gabriela TURK<sup>4</sup>, Natalia LAUFER<sup>4</sup>, Rosana M. QUINTANA<sup>1</sup>, Karen ROBERTS<sup>1</sup>, María DE LA VEGA<sup>5</sup>, Pablo Jorge MAID<sup>3</sup>, Gustavo CITERA<sup>2</sup>, Guillermo PONS-ESTEL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (UNISAR), <sup>2</sup>INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, <sup>3</sup>HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL, <sup>4</sup>BIOBANCO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, INSTITUTO DE INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS EN RETROVIRUS Y SIDA, <sup>5</sup>SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

**Introducción:** En la actualidad contamos con escasa información acerca de la eficacia y seguridad de la vacunación para SARS-CoV-2 en pacientes con enfermedades inmunomediadas y/o en tratamiento inmunosupresor, particularmente para las vacunas disponibles en nuestro país.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue estudiar la respuesta humoral a la vacuna para SARS-CoV-2 en pacientes con artritis reumatoidea (AR) y su seguridad.

**Materiales y Métodos:** Estudio longitudinal, observacional, en el que se incluyeron pacientes,  $\geq 18$  años, con AR (criterios ACR/EULAR 2010) de dos centros reumatológicos, que hubieran recibido vacunación para SARS-CoV-2 según Plan Estratégico de Vacunación del Ministerio de Salud. Se tomaron muestras de sangre en tubos con EDTA entre 21 y 45 días posteriores a la aplicación de ambas dosis. Se realizó la detección de anticuerpos IgG anti-proteína S (ELISA, Kit COVIDAR). Los resultados se expresaron en unidad de densidad óptica normalizada (NOD) evaluada a 450 nm y los mismos fueron clasificados en reactivo, indeterminado y no reactivo. El título de neutralización fue evaluado en aquellas muestras con anticuerpos anti-SARS-CoV-2 detectables y se calculó como la inversa de la dilución plasmática más alta que mostró una inhibición del efecto citopático del 80%. Se registraron datos sociodemográficos, comorbilidades, tratamiento recibido y suspensión relacionada al tiempo de la vacunación, vacuna aplicada, número de dosis, desarrollo de eventos adversos (EA), brote de la artritis, manifestaciones inmunomediadas nuevas e infección por SARS-CoV-2 previa o posterior a la vacunación y su grado de severidad. Análisis estadístico: Análisis descriptivo. Prueba Chi<sup>2</sup> o test exacto de Fischer.

**Resultados:** Se incluyeron 121 pacientes con AR, con una edad promedio de 59,2 $\pm$ 13,6 años, 90,1% de sexo femenino. La mayoría se encontraba en remisión (37,4%) y en mínima/baja actividad de la enfermedad (34,8%) al momento de la vacunación. El 24,4% recibía tratamiento con glucocorticoides, 78,5% drogas modificadoras de la AR (DMAR) convencionales (metotrexato -MTX- en 62,2%), 47,1% DMAR biológicas (27,3% anti-TNF, 9,1% anti-IL-6, 7,4% abatacept y 3,3% rituximab), 11,6% inhibidores del JAK (JAKinibs). El 5,9% había tenido infección por SARS-CoV-2 antes de la aplicación de la vacuna. La vacuna más utilizada en la primera dosis fue Sputnik V (52,9%), seguida por AstraZeneca (24,8%), Sinopharm (21,5%) y Pfizer (0,8%). El 69,4% completó el esquema de vacunación, en la mayoría de los casos (76,1%) con esquemas homólogos. El 23,9% recibió combinación de vacunas, la más frecuente fue Sputnik V/Moderna (20,5%). El tiempo interdosis promedio fue de 73,8 $\pm$ 31 días. El 22,7% reportó al menos un EA luego de la primera dosis y 12% post-segunda. En ambos casos el más frecuente fue el síndrome pseudogripal y ningún paciente requirió internación. Seis pacientes (5%) presentaron un brote de la AR. Tres pacientes presentaron infección por SARS-CoV-2 luego de la vacunación, en todos los casos ocurrió después de la segunda dosis y el cuadro fue leve. Luego de la primera dosis, solo el 41,5% presentó una prueba reactiva y 5,7% resultado indeterminado. Interesantemente, el 79,8% de los pacientes que recibió la segunda dosis (n=84) presentó resultado positivo. Solo el 5% de los pacientes con esquemas heterólogos fue no reactivo en comparación con 25% de aquellos homólogos (p=0,06). Quienes recibieron la vacuna Sinopharm presentaron con mayor frecuencia un resultado no reactivo, en comparación con aquellos con Sputnik V y AstraZeneca, 57,1%, 12,5% y 5,3%, respectivamente (p<0,0001). Los pacientes tratados con rituximab y abatacept que recibieron esquema completo de vacunación fueron más frecuentemente no reactivos con respecto al resto de los tratamientos (p=0,039 y p=0,05, respectivamente). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos tratados con anti-IL-6, anti-TNF, JAKinibs y MTX. Se obtuvieron resultados de capacidad neutralizante de 48 de los 67 pacientes (71,6%) con suero reactivo luego de la segunda dosis. El título neutralizante mediano fue 32 (RIC 8-128). Un paciente, en tratamiento con MTX que recibió esquema homólogo con AstraZeneca, presentó un título <2.

**Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes con AR que fueron vacunados según el Plan Estratégico de Vacunación del Ministerio de Salud, la vacuna más utilizada fue Sputnik V. Mientras que el 60% de los pacientes presentó niveles de anticuerpos no detectables luego de la primera dosis, este resultado mejoró luego de completado el esquema. Sin embargo, dos de cada 10 pacientes no desarrollaron anticuerpos. Una menor respuesta se asoció con la vacuna Sinopharm y al tratamiento con rituximab y abatacept.

096

## ¿TIENE EL GÉNERO INFLUENCIA EN LOS RESULTADOS DE LAS MEDIDAS DE EVALUACIÓN EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL?

Camila Rosario REYES GÓMEZ, Dafne CAPELUSNIK, Pamela GIORGIS, Miguel PERANDONES, Roberto A EZQUER, Marcos Gabriel ROSEMFET, Gustavo CITERA, Emilce Edith SCHNEEBERGER

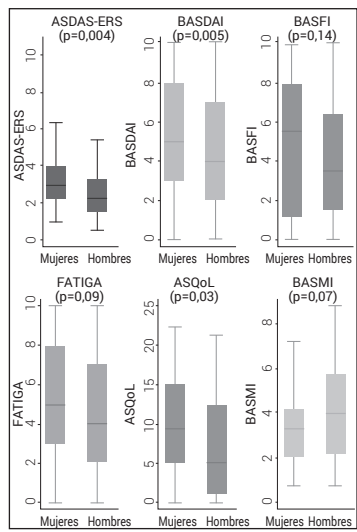
INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (IREP)

**Objetivos:** Evaluar si existen diferencias en los resultados de las medidas de evaluación de la enfermedad (actividad de la enfermedad, capacidad funcional, fatiga, calidad de vida y movilidad axial) de acuerdo al género, en pacientes con espondiloartritis axial (EsPax).

**Materiales y Métodos:** Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes con EsPax según criterios ASAS 2009 de una cohorte de seguimiento longitudinal. Se consignaron datos sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad), hábitos tóxicos, comorbilidades, características de la enfermedad (tiempo de evolución, HLA-B27, daño radiográfico, manifestaciones extra-musculoesqueléticas) y tratamientos recibidos. La actividad de la enfermedad se calculó a través del índice compuesto *Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score*-eritrosedimentación (ASDAS-ERS) y *Bath AS Disease Activity Index* (BASDAI), la capacidad funcional mediante el autocuestionario *Bath AS Functional Index* (BASFI), la movilidad axial a través del *Bath AS Metrology Index* (BASMI), calidad de vida con el *AS Quality of Life Questionnaire* (ASQoL) y la presencia de fatiga mediante la primera pregunta del BASDAI. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Las variables continuas se expresaron en medias y medianas con las correspondientes medidas de dispersión. Se utilizó test de Chi<sup>2</sup> y exacto de Fisher, test T de Student y regresión lineal múltiple. Se consideró significativo un valor de p<0,05.

**Resultados:** Se analizaron 249 pacientes, 76% de sexo masculino, edad media (X) 46 años ( $\pm 14,5$ ), tiempo de evolución de la enfermedad X 13,6 años ( $\pm 11,4$ ), 92,7% tenía EsPax radiográfica, siendo el diagnóstico más frecuente la espondilitis anquilosante (75%), seguido de espondiloartritis juvenil (12%). El tiempo de evolución de la enfermedad fue mayor en los hombres que en las mujeres (X 14,7 $\pm$ 11,8 vs 9,9 $\pm$ 9,3, p=0,016), al igual que el retraso diagnóstico (X 6,5 $\pm$ 9,0 vs 4,9 $\pm$ 6,1, p=NS). La positividad de HLA-B27 y la frecuencia de EsPax radiográfica fue similar entre hombres y mujeres (84,3% vs 77,1% y 93,6% vs 90%, respectivamente). Respecto de las comorbilidades, seis pacientes presentaron fibromialgia (FM) siendo en su mayoría mujeres (n=5). La media de *Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesits Score* (MASES) fue mayor en las mujeres (2 $\pm$ 3 vs 1 $\pm$ 2, p<0,001), y también fue mayor en los pacientes con FM vs los que no tenían este diagnóstico (X 4 $\pm$ 4 vs 1 $\pm$ 2, p=0,02). Por otro lado, las mujeres presentaron mayor nivel de actividad evaluado por ASDAS y BASDAI, a pesar de no encontrarse diferencias significativas en los niveles de reactantes de fase aguda (ERS y proteína C reactiva) y refirieron peor calidad de vida. Por el contrario, los hombres presentaron mayor BASMI (Gráfico). Aunque se encontró mayor limitación en la capacidad funcional y mayor fatiga en las pacientes mujeres, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Estos





resultados se mantuvieron en el análisis multivariado ajustando por diferentes variables, el género femenino se asoció de manera independiente con mayor nivel de actividad de la enfermedad (ASDAS-ERS coef  $\beta$  0.59 IC95%: 0,17-1,01,  $p < 0,01$  y BASDAI coef  $\beta$  0,84 IC95%: 0,08-1,60,  $p < 0,03$ ) y peor calidad de vida (ASQoL  $\beta$  1,78 IC95%: 0,34-3,25,  $p < 0,02$ ) y el género masculino a mayor limitación de la movilidad axial (BASMI  $\beta$  0,75 IC95%: 0,18-1,33,  $p = 0,01$ ).

**Conclusiones:** En nuestra cohorte, las mujeres tuvieron mayor nivel de actividad de la enfermedad independientemente de los niveles de los reactantes de fase aguda y peor calidad de vida, mientras que los hombres presentaron mayor limitación de la movilidad axial. La capacidad funcional y la percepción de fatiga no variaron en forma significativa según el género.

**GRÁFICO 1:** COMPARACIÓN DE MEDIDAS DE EVALUACIÓN ENTRE MUJERES Y HOMBRES

1015

### DESEMPEÑO DEL CUESTIONARIO FOOT FUNCTION INDEX EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Joan Manuel DAPEÑA, Lucia ALASCIO, Eliana Rebeca SERRANO, Juan Manuel BANDE, María Alejandra MEDINA, Diana Silvia KLAJN, José Ángel CARACCILO, Silvia Beatriz PAPASIDERO

HOSPITAL DE AGUDOS ENRIQUE TORNÚ

**Introducción:** La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica, potencialmente incapacitante. Se han desarrollado múltiples cuestionarios y evaluaciones objetivas para determinar el compromiso funcional de la enfermedad. Una de las herramientas más utilizadas para medir el impacto de la patología en las articulaciones del pie es el *Foot Function Index* (FFI). Consiste en un cuestionario autoadministrado de 23 ítems, distribuidos en tres dominios (dolor, discapacidad y restricción de la actividad). Tiene dos versiones, la original (FFIv1) con una escala de 0 a 9, y la española (FFIv2) de 0 a 10 en cada pregunta. Ambos hacen uso de una fórmula, para una puntuación final entre 0 a 100% (máxima discapacidad). En nuestro conocimiento este cuestionario no ha sido validado en una cohorte de pacientes de Argentina.

**Objetivos:** Evaluar el desempeño del cuestionario FFI, en sus dos versiones, en una cohorte de pacientes con AR que residen en Argentina.

**Materiales y Métodos:** Estudio analítico, observacional, de corte transversal. Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años con diagnóstico de AR (ACR/EULAR 2019). Se consignaron datos sociodemográficos, características de la enfermedad, clinimetría y tratamiento actual. Se constataron alteraciones anatómicas en pies, EVA dolor específicamente en pies, y utilización de dispositivos y adaptaciones. Todos los pacientes completaron el FFIv1, FFIv2 y el *Health Assessment Questionnaire* versión argentina (HAQ-A) para capacidad funcional, *Quality Of Life-Rheumatoid Arthritis II* (QOL- RA II) para calidad de vida y las cinco subescalas del *Foot and Ankle Survey* (FAOS). Análisis estadístico: Estadística descriptiva de la población. Se evaluó la consistencia interna de las dos versiones del FFI con  $\alpha$  de Cronbach. Se correlacionó el puntaje del FFI con características sociodemográficas y de la enfermedad. Para determinar la validez de criterio se utilizaron el cuestionario multidimensional FAOS, medidas de clinimetría e índices compuestos. Se compararon los puntajes de cada una de las escalas de capacidad funcional con coeficiente de Spearman. Todos los valores de  $p$  fueron corregidos por test Bonferroni.

**Resultados:** Se incluyeron 66 pacientes, 90,9% mujeres, con una edad media de 54 años (DE 12,1) y una mediana del tiempo de evolución de la AR de 90 meses (RIC 48-156). El 97% fue positivo para FR y 81% para ACPA, 63,6% tenía enfermedad erosiva, 32,3% nodular y 51,5% presentaba otras manifestaciones extraarticulares. A nivel de los pies, 42,4% tenía deformidades y alteración en el apoyo plantar, solo 6,1% requería ayuda para la deambulación y 4,6% usaba dispositivos para movilizarse. La mediana del DAS28 fue de 4,49 (RIC 3.5-5.3), la del HAQ-A 1,75 (RIC 0.8-2.1) y la del QOL-RA II de 6 (RIC 5-7). La mediana del puntaje de las cinco subescalas del FAOS fue: 60,7% (RIC 42.9-71.4) para síntomas, 68,1% (RIC 47.2-83.3) dolor, 66,2% (RIC 48.5-85.3) funcionalidad, 30% (RIC 15-55) deporte y 50% (RIC 31.2-70) calidad de vida. La mediana del FFIv1 fue de 48,3% (RIC 11.6-66.1) y del FFIv2 de 48,7% (RIC 15.2-68.1). La consistencia interna fue buena para ambas versiones ( $\alpha$ -Cronbach= 0.72 y 0.75). La correlación intra-item no evidenció preguntas redundantes. La correlación entre los puntajes de los dominios ( $\alpha$ -Cronbach=0.97, 0.99 y 0.99) y el puntaje final ( $\alpha$ -Cronbach=0.98) de ambas versiones fue excelente. El puntaje final de ambos cuestionarios demostró muy buena correlación con las subescalas de funcionalidad ( $r = -0.85$  y  $-0.86$ ), dolor ( $r = -0.79$  y  $-0.81$ ) y deporte ( $r = -0.73$  y  $-0.74$ ) del FAOS; y presentaron correlación moderada con las subescalas de síntomas ( $r = -0.58$  y  $-0.62$ ) y calidad de vida ( $r = -0.65$  y  $-0.66$ ). En cuanto a las subescalas de discapacidad ( $r = -0.85$  y  $-0.85$ ) y limitación de la actividad ( $r = -0.76$  y  $-0.75$ ) del FFIv1 y FFIv2 presentaron una alta correlación con la subescala funcionalidad del FAOS. Las subescalas de dolor correlacionaron con la escala dolor del FAOS ( $r = -0.73$  y  $-0.74$ ). La correlación entre la subescala limitación y la subescala calidad de vida del FAOS fue moderada ( $r = -0.59$  y  $-0.59$ ). El FFI, en sus dos versiones, presentó moderada correlación con la EVA dolor de pies ( $r = 0.60$  y  $0.60$ ) y mejor correlación con el HAQ-A ( $r = 0.66$  y  $0.68$ ). Presentó regular correlación con el DAS28 ( $r = 0.40$  y  $0.38$ ). No presentó correlación con características sociodemográficas y QOL-RA II.

**Conclusiones:** El FFIv1 y FFIv2 resultaron ser confiables y válidos en pacientes con AR, constituyendo una herramienta útil en la evaluación de la capacidad funcional de los pies.

1013

### INCIDENCIA DE ARTRITIS PSORIÁSICA EN PACIENTES CON PSORIASIS SEGÚN GRUPOS ETARIOS

Natalia RIUS, María Laura ACOSTA FELQUER, Luciano LO GIUDICE, María Laura GALIMBERTI, Marina SCOLNIK, Javier ROSA, Luis MAZZUCCOLO, Enrique Roberto SORIANO

HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES

**Objetivos:** La incidencia de artritis psoriásica (APs) en pacientes con psoriasis (PsO) ha sido reportada en muy pocos estudios, y aún con menor frecuencia, considerando los distintos grupos etarios. El objetivo es evaluar la incidencia de APs por grupo etario en una cohorte de pacientes con PsO, y evaluar los factores de riesgo asociados.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes de una cohorte retrospectiva, con diagnóstico de PsO sin APs, seguidos en un hospital universitario. Los pacientes fueron clasificados según la edad de comienzo de su PsO en cuatro grupos, según OMS (<18/18-26/27-59/>60 años), y también se analizaron en dos grupos según la clasificación de PsO tipo I y II (< y > 40 años). Los pacientes fueron seguidos desde el diagnóstico de PsO hasta

el diagnóstico de APs, pérdida de seguimiento, o finalización del estudio (31 de diciembre 2018). El diagnóstico de APs fue realizado según criterios CASPAR, por revisión manual de todas las historias clínicas. Se evaluaron como variables asociadas el sexo, la presencia de compromiso ungueal, el índice de masa corporal (IMC) y el tipo de tratamiento recibido. Se calculó la densidad de incidencia de APs por grupo etario con sus intervalos de confianza del 95%, y para análisis de los factores de riesgo se realizó regresión de Cox en la población dividida en dos grupos.

**Resultados:** Se incluyó un total de 1.719 pacientes con PsO que contribuyeron a un total de 14.721 paciente/años. En la Tabla 1 se muestran las características por grupos etarios. En la Tabla 2 se muestra la densidad de incidencia de APs en los pacientes según grupos etarios. Los pacientes mayores de 60 años (clasificados en cuatro grupos) y los mayores de 40 años (clasificados en dos grupos) tuvieron significativamente menor incidencia de APs, comparados con los otros grupos etarios, cualquiera sea la clasificación de grupos etarios utilizada. Luego de ajustar por tratamiento, ninguna variable se asoció con el desarrollo de APs en el grupo etario de menores de 40 años. El compromiso ungueal (Hazard Ratio (HR): 3.5 (IC95%: 1.7-7)), mayor IMC: HR: 1.05 (IC95%: 1-1.1) y el sexo masculino (HR: 1.8 (IC95%: 1.05-3.1) se asociaron significativamente con el desarrollo de APs en los mayores de 40 años.

**Conclusiones:** La incidencia global de APs en pacientes con PsO fue de 1,6/cada 100 paciente años, similar a la reportada. Los pacientes mayores de 40 años (dos grupos) y mayores de 60 años (cuatro grupos) tuvieron significativamente menor incidencia que los más jóvenes. El compromiso ungueal, el sexo masculino y el índice de masa corporal se asociaron significativamente con el desarrollo de PsO en los mayores de 40 años.

**TABLA 1: CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES POR GRUPO ETARIO**

Características	Grupos etarios OMS				Etarios PsO		Total
	<18 años (n=205,12%)	18-26 años (n=232, 13,5%)	27-59 años (n=854, 50%)	>60 (n=428,25%)	<40 años (n=824, 48%)	>40 años (n=895, 52%)	
Sexo masculino, n(%)	<18 años (n=205,12%)	18-26 años (n=232, 13,5%)	27-59 años (n=854, 50%)	>60 (n=428,25%)	<40 años (n=824, 48%)	>40 años (n=895, 52%)	Total (n=1.719)
Edad media al Dx de PsO (DS)	1.719 (52)	209 (48)	482 (56)	210 (49)	473 (53)	428 (52)	1.719 (52)
Media de IMC (DS)	12,9 (4)	21,9 (2,4)	42 (10)	69,6 (7,3)	24,7 (8,9)	59,2 (11,8)	42,7 (20,2)
Compromiso ungueal, n/n con datos (%)	56/87 (64)	54/79 (68)	190/317 (60)	74/132 (56)	199/302 (58)	175/302 (58)	374/615 (61)

**TABLA 2: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE APS SEGÚN GRUPOS ETARIOS**

Características	Grupos etarios OMS				Etarios PsO		Total
	<18 años (n=205,12%)	18-26 años (n=232, 13,5%)	27-59 años (n=854, 50%)	>60 (n=428,25%)	<40 años (n=824, 48%)	>40 años (n=895, 52%)	
N que desarrolló APs	42	38	132	27	145	94	239
Tiempo total de seguimiento	2040,5	1701,1	7118	3860,9	7148,4	7572	14.721
Densidad de incidencia (IC95%) 100 persona-años	2 (1,5-2,8)	1 (1,6-3)	1,8 (1,6-2,2)	0,7 (0,46-1)	2 (1,7-2,4)	1,2 (1-1,5)	1,6 (1,4-1,8)

0120

## COVID PROLONGADO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD REUMÁTICA: DATOS DEL REGISTRO ARGENTINO SAR COVID

Carlos Alfonso GONZÁLEZ GÓMEZ<sup>1</sup>, Micaela Ana COSATTI<sup>1</sup>, Cecilia PISONI<sup>1</sup>, Vanessa Viviana CASTRO COELLO<sup>2</sup>, María Jezabel HAYE SALINAS(2) | Yohana Soledad TISSERA<sup>2</sup>, Álvaro Andrés REYES TORRES<sup>2</sup>, Juan Alejandro ALBIERO<sup>2</sup>, Sofía ORNELLA<sup>2</sup>, Paula Beatriz ALBA<sup>2</sup>, Carla Andrea GOBBI<sup>2</sup>, María Julieta GAMBA<sup>2</sup>, Ida Elena EXENI<sup>2</sup>, María Alejandra CUSA<sup>2</sup>, Josefina GALLINO YANZI<sup>2</sup>, Verónica Inés BELLOMIO<sup>2</sup>, Graciela Noemí GÓMEZ<sup>2</sup>, Marcos David ZELAYA<sup>2</sup>, Lorena TAKASHIMA<sup>2</sup>, Leandro Rubén CARLEVARIS<sup>2</sup>, María de Los Ángeles CORREA<sup>2</sup>, Romina ROJAS TESSEL<sup>2</sup>, Mercedes Argentina GARCÍA<sup>2</sup>, Noelia Fernanda GERMAN<sup>2</sup>, Aixa Lucia MERCÉ<sup>2</sup>, Ana María BERTOLI<sup>2</sup>, Santiago Eduardo AGÜERO<sup>2</sup>, María Elena CALVO<sup>2</sup>, María Victoria MARTIRE<sup>2</sup>, Marianela Eliana MAURI<sup>2</sup>, María Luz MARTIN<sup>2</sup>, Diana Marcela CASTRILLÓN BUSTAMANTE<sup>2</sup>, Eugenia PICCO<sup>2</sup>, María Natalia TAMBORENEA<sup>2</sup>, Leticia Noemí IBAÑEZ ZURLO<sup>2</sup>, Gisela Constanza SUBILS<sup>2</sup>, Dora Lía VÁSQUEZ<sup>2</sup>, Sidney SOARES DE SOUZA<sup>2</sup>, Natalia HERSCOVICH<sup>2</sup>, Laura RAITI<sup>2</sup>, Vanesa Laura COSENTINO<sup>2</sup>, Ana Carolina LEDESMA<sup>2</sup>, Cesar LEONI<sup>2</sup>, María Lourdes MAMANI ORTEGA<sup>2</sup>, Florencia RODRÍGUEZ<sup>2</sup>, María Sol CASTAÑOS MENESCARDI<sup>2</sup>, María Gimena GÓMEZ<sup>3</sup>, Karen ROBERTS<sup>3</sup>, Rosana M. QUINTANA<sup>3</sup>, Carolina Ayelén ISNARDI<sup>3</sup>, Guillermo J PONS-ESTEL<sup>3</sup>

<sup>1</sup>CEMIC CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS "NORBERTO QUIRNO", <sup>2</sup>INVESTIGADOR DEL REGISTRO SAR-COVID, <sup>3</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (UNISAR)

**Introducción:** Se ha descrito la persistencia de síntomas posteriores a la infección aguda por SARS-COV2 hasta 12 semanas desde el inicio de los síntomas. En la población general se demostró que hasta el 70% persiste con síntomas posterior al egreso hospitalario, independientemente de la gravedad de la infección por COVID-19. Los síntomas referidos son principalmente fatiga, artralgias, mialgias y enfermedades mentales.

**Objetivos:** Establecer la prevalencia y factores relacionados a COVID prolongado en una cohorte retrospectiva de pacientes con enfermedad reumática.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron 2.122 pacientes registrados por su reumatólogo hasta el 29 de julio de 2021 en el Registro Argentino SAR COVID. Se incluyeron mayores de 18 años, con enfermedad reumática (tratados o no con drogas inmunomoduladores y/o inmunosupresoras) y diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 (pasada o presente) con test positivo para la detección del virus por hisopado nasofaríngeo u orofaríngeo (reacción en cadena de polimerasa-transcripción inversa) o por serología, independientemente de los síntomas presentados o por epidemiología y síntomas compatibles. Se excluyeron 207 que no tenían test positivo, 83 fallecidos por COVID, 2 fallecidos por otras causas, 37 con desenlace desconocido y 43 no pudieron ser recuperados.

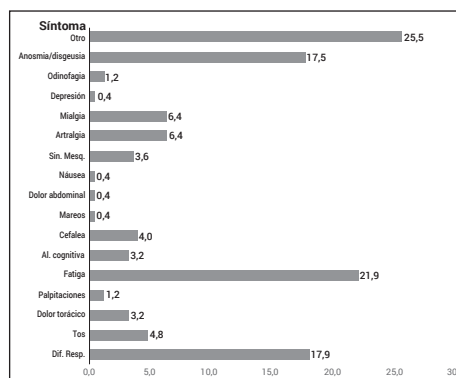
**Resultados:** Se analizaron 1.707 pacientes, 221 (14,8%) tenían COVID prolongado. La mediana de edad fue 51 años. En su mayoría eran de sexo femenino (81%), residían en área urbana (96,2%), tenían promedio 13 años de estudio, pertenecían a nivel socioeconómico medio (51,9%), tenían cobertura médica privada (79,5%), 940 (55,1%) eran laboralmente activos. En el análisis univariado, los pacientes con COVID prolongado tenían mayor edad (54 años vs 51 años, p= 0,032), etnia caucásica (57% vs 47,5% p=0,01) y enfermedad reumática más prolongada (mediana 80 meses vs 58 meses, p<0,001). Aunque tenían más comorbilidades (51,9% vs 44,9% p=0,019), solo se asoció estadísticamente con dislipemia (12,1% vs 19% p=0,008), hipertensión arterial no alcanzó diferencia estadística (23% vs 29,4% p=0,053). En el laboratorio tenían linfopenia (29,7% vs 22,8% p=0,011) y ferritina elevada (25,4% vs 11,1% p=0,011). No hubo diferencias en el tipo de enfermedad reumática ni en la actividad. El tratamiento con inhibidor de CD-20 (1,28% vs 4,07% p=0,006) y ciclofosfamida (0,202% vs 1,36% p=0,032) se asoció con COVID prolongado. Los síntomas más frecuentemente reportados fueron fatiga, dificultad respiratoria, anosmia y disgeusia u otros síntomas (Figura 1). No reportaron rash, ansiedad, tinnitus, diarrea, anorexia, alteraciones de sueño, fiebre, dolor u opresión torácica.

**Conclusiones:** En el registro Argentino SAR COVID, 221 pacientes (14,8%) presentaron COVID prolongado. Eran pacientes más añosos, con enfermedad prolongada, etnia caucásica y con comorbilidades. Tenían frecuentemente linfopenia, ferritina elevada y tratamiento con inhibidor de CD-20 y ciclofosfamida.

**TABLA 1: CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA, ACTIVIDAD, TRATAMIENTO Y COMORBILIDADES**

Comorbilidades	COVID agudo (N=1.486)	COVID prolongado (N=221)	Valor p	Total (N=1.793)
Enfermedad pulmonar	124 (8,62%)	22 (10,7%)	0,387	146 (8,88%)
Diabetes	98 (6,81%)	18 (8,2)	0,364	116 (7,06%)
Obesidad	186 (12,9%)	36 (17,6%)	0,085	222 (13,5%)
Dislipemia	173 (12,1%)	39 (19,0%)	0,008	212 (13,0%)
Hipertensión arterial	332 (23,0%)	60 (29,4%)	0,053	392 (23,8%)
Enfermedad cardiovascular	34 (2,37%)	8 (3,98%)	0,266	42 (2,57%)
Enfermedad cerebrovascular	13 (0,905%)	1 (0,495%)	1	14 (0,854%)
Insuficiencia renal crónica	22 (1,53%)	0 (0%)	0,099	22 (1,34%)
Cáncer	33 (2,29%)	3 (1,47%)	0,612	36 (2,19%)
Condición psiquiátrica	41 (2,87%)	7 (3,47%)	0,802	48 (2,94%)
Psoriasis	56 (3,89%)	7 (3,41%)	0,893	63 (3,83%)
Tabaquismo pasado/actual	378 (28,3%)	56 (28,1%)	1	434 (28,3%)
<b>Enfermedad reumática</b>				
Artritis reumatoidea	623 (41,9%)	89 (40,3%)	0,695	712 (41,7%)
Lupus eritematoso sistémico	243 (16,4%)	37 (16,7%)	0,961	280 (16,4%)
Síndrome de Sjögren	80 (5,38%)	13 (5,88%)	0,884	93 (5,45%)
Esclerosis sistémica	64 (4,31%)	8 (3,62%)	0,768	72 (4,22%)
Enfermedad mixta del tejido conectivo	9 (0,606%)	2 (0,905%)	0,643	11 (0,644%)
Miopatía inflamatoria	38 (2,56%)	5 (2,26%)	0,975	43 (2,52%)
Vasculitis	38 (2,56%)	7 (3,17%)	0,762	45 (2,64%)
Artritis psoriásica	104 (7,00%)	17 (7,69%)	0,815	121 (7,09%)
Espondiloartritis axial	33 (2,22%)	4 (1,81%)	1	37 (2,17%)
Otras espondiloartritis	11 (0,740%)	3 (1,36%)	0,411	14 (0,820%)
Fibromialgia	59 (3,97%)	10 (4,52%)	0,836	69 (4,04%)
Gota	12 (0,808%)	4 (1,81%)	0,142	16 (0,937%)
Condrococalcinos	4 (0,269%)	0 (0%)	1	4 (0,234%)
Osteoartritis	113 (7,60%)	20 (9,05%)	0,54	133 (7,79%)
Actividad baja/remisión	589 (42,8%)	86 (42,2%)	0,96	675 (42,7%)
<b>Tratamiento enfermedad reumática</b>				
Prednisona <10 mg	352 (69,8%)	60 (76,9%)	0,252	412 (70,8%)
Antimaláricos	289 (19,4%)	37 (16,7%)	0,388	326 (19,1%)
DMARD no HCQ	664 (44,7%)	101 (45,7%)	0,833	765 (44,8%)
Antagonistas TNF alfa	160 (10,8%)	24 (10,9%)	1	184 (10,8%)
Inhibidores de CD-20	19 (1,28%)	9 (4,07%)	0,006	28 (1,64%)
Inhibidores de IL-6	21 (1,41%)	3 (1,36%)	1	24 (1,41%)
Inhibidores de JAK	69 (4,64%)	7 (3,17%)	0,413	76 (4,45%)
Micofenolato mofetilo/ácido micofenólico	71 (4,78%)	11 (4,98%)	1	82 (4,80%)
Ciclofosfamida	3 (0,202%)	3 (1,36%)	0,032	6 (0,351%)
Colchicina	3 (0,202%)	1 (0,452%)	0,426	4 (0,234%)

**FIGURA 1: FRECUENCIA DE SÍNTOMAS COVID PROLONGADO**



0128

**ANÁLISIS E IMPACTO DE LOS TRABAJOS PRESENTADOS EN LOS CONGRESOS ARGENTINOS DE REUMATOLOGÍA 2000-2015**

Leila Estela ABBAS<sup>1</sup>, María Pía PISSANI DELGADO<sup>2</sup>, Gabriel SEQUEIRA<sup>3</sup>, Eduardo KERZBERG<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ASOCIACIÓN MUTUAL OBREROS Y EMPLEADOS MUNICIPALES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA, <sup>2</sup>UNIDAD ASISTENCIAL DR. CÉSAR MILSTEIN, <sup>3</sup>SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL J. M. RAMOS MEJÍA

**Introducción:** El Congreso Argentino de Reumatología condensa el trabajo de investigaciones clínicas y de las ciencias básicas en el campo de la Reumatología y la Inmunología Nacional. Allí trabajos originales e innovadores se someten al escrutinio de pares y suelen ser un paso previo a la publicación en revistas científicas. Se estima que el tiempo medio entre la presentación de un trabajo científico en un Congreso y su publicación es de 18 a 20 meses.

**Objetivos:** Analizar los trabajos científicos presentados en los congresos Argentinos de Reumatología en los años 2000, 2005, 2010 y 2015.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron todos los abstracts publicados en la Revista Argentina de Reumatología correspondientes a los congresos argentinos de los años 2000, 2005, 2010 y 2015. Los

abstracts fueron clasificados según formato de presentación (oral o poster), número de centros participantes, número de pacientes estudiados, nivel estadístico y nivel de evidencia. Por último se determinó (utilizando PUBMED) cuántos de estos trabajos fueron publicados al 30 de setiembre de 2021. El nivel estadístico se clasificó según: nivel 1: estadística descriptiva; nivel 2: estadística básica (Incluye T de Student, Mac Nemar, chi<sup>2</sup>, Man Whitney o coeficientes de variación y/o correlaciones) y nivel 3: estadísticas más complejas no incluidas en las anteriores. El nivel de evidencia se consideró según: a) Nivel 1: metaanálisis o estudios clínicos randomizados y controlados. b) Nivel 2: casos controles, cohortes y estudios abiertos. c) Nivel 3: reporte de casos. d) Nivel 4: ciencias básicas.

**Resultados:** Se analizaron 727 trabajos: 193 del año 2000 (50 comunicaciones orales/143 posters), 138 de 2005 (22 presentaciones orales/116 posters), 179 de 2010 (30 orales y 149 posters) y 217 de 2015 (19 orales y 198 posters). El número de autores se fue incrementando por quinquenios: mediana de 5 (Rango Intercuartil/RIC 3-7) en 2000, mediana de 5 (RIC 4-7) en 2005, mediana de 6 (RIC 5-8) en 2010 y mediana de 7 (RIC 5-10) en 2015 (p<0,001). El número de centros involucrados aumentó: los estudios presentados por un solo centro fueron 78,8% en 2000; 64,5% en 2005; 83,2% en 2010 y 60,6% en 2015. La mediana de centros involucrados pasó de 1 (RIC 1-1) en 2000 a 1 (RIC 1-2) en 2005, 1 (RIC 1-1) en 2010 y 1 (RIC 1-3) en 2015 (p<0,001). Además, los estudios multicéntricos (más de cinco centros) pasaron de 0% en 2000 a 5% en 2005, 4% en 2010 y 10% en 2015 (p<0,001). El número de pacientes estudiado aumentó: mediana de 28 (RIC 1-55) en 2000, mediana de 40 (RIC 3-113) en 2005, mediana de 39 (RIC 2-90) en 2010 y mediana de 47 (RIC 2-110) en 2015. El nivel estadístico se fue incrementando: los estudios que solamente utilizaron estadística descriptiva fueron el 67,9% en 2000, 61,6% en 2005, 58,1% en 2010 y 53,2% en 2015 (p<0,02). Con respecto al nivel de evidencia: los reportes de casos fueron 55,4% en 2000, 56,5% en 2005, 57,0% en 2010 y 33% en 2015 (p<0,001). El porcentaje de artículos publicados fue de 2,1% en 2000, 6,5% en 2005, 5,0% en 2010 y 8,3% en 2015 (p<0,046).

**Conclusiones:** En el período estudiado (particularmente en los últimos cinco años) se observa: a) una reducción de la proporción de reportes de casos; b) un aumento del número de investigadores y centros involucrados en los trabajos; c) aumento del número de pacientes estudiados; d) una mayor complejidad estadística; e) si bien el porcentaje de trabajos publicados aún no es óptimo, se ha multiplicado por 4 desde 2000 a 2015.

**UVEÍTIS NO INFECCIOSAS EN ARGENTINA: REVISIÓN DE 468 CASOS**

Belén María VIRASORO<sup>1</sup>, Florencia MILESI<sup>2</sup>, Marcela BELLÓN<sup>2</sup>, Víctor MORALES ROLDÁN<sup>2</sup>, Liliانا Alicia MARTÍNEZ<sup>2</sup>, Emmanuel BERTILLER<sup>2</sup>, Mercedes HEREDIA<sup>3</sup>, Paula AQUINO<sup>3</sup>, Luz DE ZAVALÍA<sup>3</sup>, Luis ZEMAN<sup>3</sup>, Santiago CATALAN PELLET<sup>3</sup>, María Marcela GARCÍA<sup>4</sup>, Marcelo BURSZTYN<sup>4</sup>, Leandro Gabriel FERREYRA GARROTT<sup>4</sup>, Eduardo Jorge PREMOLI<sup>4</sup>, Javier ROSA<sup>4</sup>, Enrique Roberto SORIANO<sup>4</sup>, María Beatriz MARCANTONI<sup>5</sup>, Alex KOSTIANOVSKY<sup>1</sup>, Sebastián MUÑOZ<sup>1</sup>, Ramiro Adrián GÓMEZ<sup>6</sup>, Andrea M. SMICHOVSKI<sup>7</sup>, Federico CECCATO<sup>8</sup>, Silvina AUTER<sup>12</sup>, Gustavo BUDMANN<sup>9</sup>, Emilio María DODDS<sup>2</sup>, Ariel SCHLAEN<sup>3</sup>, Ignacio Javier GANDINO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CONSULTORIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES, <sup>2</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN A FERNÁNDEZ, <sup>3</sup>HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL, <sup>4</sup>HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES, <sup>5</sup>CONSULTORIO PRIVADO, ROSARIO, <sup>6</sup>HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS, <sup>7</sup>HOSPITAL MILITAR CENTRAL 601 CIRUJANO MAYOR DOCTOR COSME ARGERICH, <sup>8</sup>CENTRO MÉDICO SUR, ESPERANZA, <sup>9</sup>HOSPITAL PEDRO LAGLEYZE

**Introducción:** Las uveítis están fuertemente relacionadas con enfermedades reumatológicas. A pesar de su importante impacto en la salud pública, existe escasa información sobre su epidemiología en Latinoamérica.

**Objetivos:** Describir las etiologías y características clínicas en los pacientes con uveítis no infecciosa. En forma secundaria, analizar las diferencias según el segmento anatómico comprometido.

**Materiales y Métodos:** Estudio multicéntrico. Se incluyeron uveítis de causa inflamatoria, excluyendo las infecciosas. El diagnóstico de uveítis fue realizado por oftalmólogos, y el diagnóstico de las enfermedades autoinmunes por reumatólogos. Las uveítis se clasificaron según las definiciones del *International Uveitis Study Group classification system*. Los pacientes se dividieron según el segmento afectado (anteriores, intermedias, posteriores y panuveítis). Se analizaron las diferencias entre grupos.

**Resultados:** Se incluyeron 468 pacientes con uveítis no infecciosas, 300 (64,1%) de sexo femenino. La media de edad al diagnóstico de uveítis fue 37,9 años (DS 17,2). Las causas más frecuentes fueron idiopáticas, y el Vogt-Koyanagi-Harada (VKH). Observamos predominantemente anteriores a las idiopáticas, las espondiloartritis, la artritis idiopática juvenil y la sarcoidosis; mientras que el VKH y el Behçet han sido primordialmente panuveítis. Las características clínicas y las diferencias entre grupos se presentan en la Tabla 1. El 57% requirió tratamiento sistémico, siendo los más usados metotrexato (20,6%) y azatioprina (8,9%). El 11% precisó biológicos, fundamentalmente adalimumab (9,4%). Las principales complicaciones fueron cataratas (29,9%) y glaucoma (14,6%).

**Conclusiones:** A diferencia de trabajos publicados en Estados Unidos y Europa, donde las causas secundarias más frecuentes son el Behçet y la sarcoidosis, en nuestra serie la etiología secundaria más prevalente fue el VKH. Este hallazgo se condice con la mayor afección descrita en nativos americanos e hispanos. Probablemente esta sea la serie más grande con respecto a uveítis no infecciosas en Latinoamérica, aportando información inicial para que los reumatólogos profundicemos en el conocimiento del VKH y también entendamos las necesidades reales de estos pacientes en nuestra región.

**TABLA 1: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y LAS DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS**

	Total (n=468)	Uveítis anteriores (248; 53,8%)	Uveítis intermedias (27; 5,9%)	Uveítis posteriores (99; 21,5%)	Panuveítis (87; 18,9%)	P valor
Sexo femenino, n(%)	300 (64,1)	155 (62,5)	19 (70,4)	59 (59,6)	62 (71,3)	0,31
Edad al diagnóstico, media (DS)	37,9 (17,2)	37,7 (18,9)	27,9 (16,8)	41,7 (13,2)	37,9 (14,6)	0,001
Idiopática, n(%)	255 (54,5)	170 (68,8)	20 (71,4)	49 (49,5)	15 (17,2)	<0,001
VKH, n(%)	69 (14,7)	1 (0,4)	0	15 (15,2)	49 (56,3)	<0,001
SpA, n(%)	29 (6,2)	28 (11,3)	1 (3,6)	0	0	<0,001
AIJ, n(%)	19 (4,1)	17 (6,9)	0	0	2 (2,3)	0,01
Sarcoidosis, n(%)	19 (4,1)	9 (3,6)	2 (7,1)	5 (5,1)	2 (2,3)	0,52
Behçet, n(%)	17 (3,6)	0	2 (7,1)	5 (5,1)	9 (10,3)	<0,001
Otras, n(%)	60 (12,8)	22 (8,9)	3 (10,8)	26 (26,3)	7 (8,1)	0,003
Agudo, n(%)	128 (27,4)	89 (35,9)	8 (29,6)	23 (23,5)	8 (9,2)	<0,001
Crónico, n(%)	254 (54,4)	100 (40,2)	14 (5,6)	62 (24,9)	73 (29,3)	<0,001
Bilateral, n(%)	231 (49,8)	84 (34)	17 (60,7)	52 (53,1)	72 (84,7)	<0,001
Súbita, n(%)	334 (72,9)	148 (60,4)	20 (71,4)	94 (94,9)	69 (83,1)	<0,001
Limitada, n(%)	156 (33,6)	95 (38,5)	12 (44,4)	22 (22,2)	27 (32,1)	0,02
Remisión, n(%)	249 (54,1)	120 (48,6)	16 (57,1)	63 (66,3)	50 (60,2)	0,02
AVOD al diagnóstico, media (DS)	6,4 (3,6)	7,4 (2,9)	5,7 (4)	5,6 (3,9)	4,8 (3,9)	<0,001
AVOI al diagnóstico, media (DS)	6,5 (3,6)	7,8 (2,7)	6,3 (3,9)	5,3 (3,9)	4,2 (3,7)	<0,001
Manifestaciones extraoculares, n(%)	118 (25,2)	66 (26,7)	6 (21,4)	17 (17,2)	28 (32,2)	0,11
Tratamientos sistémicos, n(%)	267 (57,1)	100 (40,3)	19 (70,4)	65 (65,7)	76 (87,4)	<0,001
Corticoides, n(%)	224 (47,8)	69 (27,9)	17 (60,7)	60 (60,6)	71 (81,6)	<0,001
Agentes no biológicos, n(%)	174 (37,2)	60 (24,2)	15 (55,6)	37 (37,4)	55 (63,2)	<0,001
Biológicos, n(%)	53 (11,3)	26 (10,5)	4 (14,8)	8 (8,1)	12 (13,8)	0,51

**NIVELES DE EXPRESIÓN DE SMAD7 EN CÉLULAS MONONUCLEARES DE SANGRE PERIFÉRICA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA COMO POSIBLE BIOMARCADOR DE ACTIVIDAD**

Matías PREISEGGER<sup>1</sup>, Pamela VÁZQUEZ<sup>1</sup>, Ricardo DEWEY<sup>1</sup>, Cristian Alejandro BENÍTEZ<sup>2</sup>, Graciela BETANCUR<sup>3</sup>, María Julia PAPAGNO<sup>4</sup>, Jorge VELASCO<sup>5</sup>

<sup>1</sup>INTECH (CONICET-UNSAM), <sup>2</sup>HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS, <sup>3</sup>HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED "EL CRUCE" NÉSTOR CARLOS KIRCHNER, <sup>4</sup>HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED, EL CRUCE, <sup>5</sup>INSTITUTO MÉDICO CER

**Objetivos:** Estudiar la potencial relación entre SMAD7 y la actividad de AR mediante la evaluación de los niveles de ARNm de SMAD7 en células mononucleares de sangre periférica de pacientes con distintos grados de actividad de la enfermedad

**Materiales y Métodos:** Se obtuvo sangre periférica por flebotomía de 49 pacientes con AR (ACR/EULAR 2010) con distintos grados

de actividad de la enfermedad determinado por DAS28-PCR. Se consignaron variables sociodemográficas, comorbilidades, características de la enfermedad, tiempo de evolución y tratamiento. Los procedimientos fueron aprobados por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Médico CER y luego de la firma de consentimiento informado. Células mononucleares de sangre periférica (PBMCs) fueron purificadas mediante centrifuga-



ción en gradiente de Ficoll-PaqueTM PLUS. Luego de la purificación se determinó su grado de pureza mediante contador hematológico (Ruby). Se purificó el ARN total, se generó el ADN copia y se realizó la cuantificación de los niveles de expresión del gen SMAD7 mediante RT-qPCR, con primers específicos. Para ello se siguieron estrictamente las guías MIQE (*Minimum Information for Publication of Quantitative Real-Time PCR Experiments*). Finalmente se determinó por RT-qPCR la expresión relativa de SMAD7 en triplicados y utilizando beta microglobulina (B2M) como gen de referencia. Los valores de expresión relativa del gen SMAD7 fueron correlacionados con el DAS28-PCR de cada paciente mediante la prueba de Spearman, la comparación de medianas fue realizada mediante la prueba de t de Welch's y la capacidad discriminativa del test diagnóstico mediante curva ROC, utilizando el software Graphpad Prism 8. Valores de  $p < 0,05$  fueron considerados estadísticamente significativos.

**Resultados:** Se estudiaron 49 pacientes con AR según criterios ACR EULAR 2010, con una edad mediana de 49 años (RIC 42-60), tiempo de evolución de enfermedad fue de m 23 meses (RIC 3,2-78), el 44,8 % (n=22), se reportaron comorbilidades en el 44,8% (n=22), exposición al tabaco 44,8% (n=22). Fueron positivos para FR 77% (n=24/31) y para Accp 91,7% (n= 22/24). En cuanto a los reactivos de fase aguda se reportó una ERS m de 27,1 mmh (RIC 11.2-45.5) y una PCR m 0,48 mg/dl (RIC 0,16 -0,93). El HAQ m 0.5 (RIC 0.12-1.5) y el DAS28 PCR m 2.9 (RIC 1.6-4.35). Los pacientes fueron tratados en un 97,9% (n=47) con metotrexato en monoterapia, corticoides 51% (n=25), AINES 12,2% (n=6). Se pudo observar que los niveles de expresión relativos del gen SMAD7 en PBMCs de pacientes con AR (N=49) es variable, y que esas variaciones se correlacionan negativamente con la actividad de la enfermedad determinada por DAS28-PCR (coeficiente de Spearman  $r_s = -0,58$ , valor  $p < 0,0001$ ). A su vez, se reporta que los niveles relativos de expresión del gen SMAD7 permiten discriminar con una alta significancia estadística entre poblaciones de pacientes agrupados por remisión/baja actividad respecto de pacientes con moderada/alta actividad determinada por DAS28-PCR (AUC=0,81;  $p = 0,0002$ ).

**Conclusiones:** La correlación negativa aquí encontrada entre los niveles de expresión relativos del gen SMAD7 en PBMCs y la actividad de AR brinda evidencias iniciales acerca de variaciones de este gen en la enfermedad. Nuestro descubrimiento brinda evidencias preliminares de que la evaluación de los niveles de expresión relativa del gen SMAD7 en PBMCs podría representar un método objetivo alternativo al DAS28-PCR para la determinación de actividad de los pacientes con AR, principalmente para la clasificación de pacientes en remisión y baja actividad de aquellos que presentan actividad moderada y alta.

0154

## VACUNACIÓN FRENTE A COVID-19 EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL, PERIFÉRICA Y ARTRITIS PSORIÁSICA: EVENTOS ADVERSOS E IMPACTO EN LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

María Victoria MARTIRE<sup>1</sup>, Carla Antonela AIROLDI<sup>2</sup>, Mariana BENEGAS<sup>3</sup>, Diego VILA<sup>4</sup>, María Julieta GAMBA<sup>5</sup>, Gisela Paola PENDON<sup>6</sup>, Rodolfo PÉREZ ALAMINO<sup>7</sup>, Romina Estefanía NIETO<sup>2</sup>, Micaela Ana COSATTI<sup>8</sup>, Paula Alejandra GONZÁLEZ<sup>2</sup>, Fernando Andrés SOMMERFLECK<sup>3</sup>, Pamela GIORGIS<sup>10</sup>, Etel Irene Rosa SATURANSKY<sup>3</sup>, Alejandro EZQUER<sup>10</sup>, Wilfredo PATIÑO<sup>11</sup>, Luciana CASALLA<sup>12</sup>, Javier Federico FLORES TREJO<sup>13</sup>, Patricia FARFAN ROJAS<sup>13</sup>, María Soledad GÁLVEZ ELKIN<sup>14</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL SAN ROQUE DE GONNET, <sup>2</sup>HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO, <sup>3</sup>SANATORIO MÉNDEZ, <sup>4</sup>HOSPITAL VIRGEN DEL CARMEN DE ZÁRATE, <sup>5</sup>POSADAS, <sup>6</sup>HOSPITAL GUTIÉRREZ, <sup>7</sup>HOSPITAL AVELLANEDA, <sup>8</sup>CEMIC, <sup>9</sup>DIM, <sup>10</sup>IREP, <sup>11</sup>HOSPITAL RAMOS MEJÍA, <sup>12</sup>CONSULTORIO BUENOS AIRES, <sup>13</sup>HOSPITAL TORNÚ, <sup>14</sup>INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA DE SANTIAGO DEL ESTERO

**Objetivos:** Evaluar los eventos adversos y sus factores asociados a la vacunación contra COVID-19 y los brotes de la enfermedad luego de la misma en pacientes con espondiloartritis axial (EspAax), espondiloartritis periférica (EspAp) y artritis psoriásica (APs).

**Materiales y Métodos:** Estudio de corte transversal, observacional, analítico, multicéntrico. Se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de espondilitis anquilosante (EA) y espondiloartritis axial no radiográfica (EspAax-nr) según criterios ASAS 2009, EspAp según criterios ASAS 2011 y APs según criterios CASPAR. Se consignaron datos demográficos, clinimetría de la enfermedad, tratamientos, vacuna recibida. Se recolectaron eventos adversos post vacunación. Se evaluó, según criterio médico, si el paciente presentó brote de la enfermedad luego de la vacunación y si el mismo fue leve, moderado o severo. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, las variables cualitativas se expresaron como frecuencia y porcentaje (%), las numéricas, en media y desvío estándar (DE) o mediana y Q1-Q3 según su distribución. Para evaluar las diferencias entre los pacientes que tuvieron y los que no tuvieron evento adverso, se realizó  $\chi^2$  para variables categóricas y T test o Mann Whitney para las numéricas. Se realizó análisis de regresión logística considerando a la presencia de evento adverso a la vacunación como variable dependiente.

**Resultados:** Se incluyeron 210 pacientes con una edad media de 45 (DE 15) años. Los diagnósticos fueron: EA 50 (23,8%), EspAax-nr 10 (4,8%), EspAp 9 (4,3%), APs 141 (67%) y tiempo de evolución de la enfermedad en meses 109 (DE 96), IMC 27 (24-31). Con respecto a las comorbilidades se reportaron las siguientes frecuencias: tabaquismo 32 (15%), hipertensión arterial 60 (30%), diabetes mellitus 25 (12%), insuficiencia cardíaca 4 (2%), asma/EPOC 15 (7%), ansiedad/depresión 23 (11%), cáncer en remisión 3 (1,4%), cáncer activo 3 (1,4%), HIV 1 (0,5%), SIDA 1 (0,5%), enfermedad inflamatoria intestinal 2 (1%), uveítis anterior aguda 20 (9,5%), psoriasis 128 (61%). El 16% (n=33) de los pacientes había tenido infección previa por SARS-CoV-2 previo a la vacunación. Con respecto a los tratamientos, los utilizados fueron: antiTNF 88 (42%), tofacitinib 6 (2,9%), ustekinumab 2 (1%), secukinumab 35 (17%), ixekizumab 2 (1%), metotrexato 98 (47%), leflunomida 7 (3,3%), sulfasalazina 7 (3,3%), apremilast 1 (0,5%), AINES continuos 26 (12,4%) y AINES a demanda 103 (49%). Las vacunas recibidas fueron: Sputnik V 109 (51,9%), Vacuna Oxford, AstraZeneca 63 (30%), Janssen 1 (0,5%), Vacuna BioNTech, Pfizer 1 (0,5%), Sinopharm 33 (15,7%), Moderna 0%, Novavax 0% y otras 3 (1,4%). El 38 % (n=80) de los pacientes reportó haber tenido síntomas leves post vacunación, de los cuales 3.75% no resolvió, 41% resolvió con medicación y 39 % resolvió *ad integrum* sin necesidad de medicación. La presencia de evento adverso leve a la vacuna se asoció a menor uso de metotrexato (31% vs 56%,  $p < 0,001$ ), a la menor edad (54 (DE 14) vs 47 (DE 12),  $p < 0,001$ ) y menor IMC (25 (25-32) vs 28 (24-30),  $p = 0,006$ ). Mientras que no se encontró asociación con edad, sexo, diagnóstico, antecedente de tabaquismo, ansiedad/depresión, HTA, DBT, uso de anti TNF, inhibidores de IL-17A, tofacitinib ni al uso de AINES continuo ni a demanda. Tampoco se vio asociación con la evaluación global de la enfermedad por el médico ni por el paciente ( $p > 0,05$ ). En el análisis de regresión logística las tres variables permanecieron asociadas de manera independiente a la probabilidad de presentar evento adverso leve a la vacunación: metotrexato: OR: 0.30, IC95% 0,15-0,58,  $p < 0,001$ , edad: OR: 0.97 IC95% 0,95-0,98,  $p < 0,001$ , IMC: OR 0.92 IC%95 0,85-0,98,  $p = 0,023$ . El 61 % (n=129) de los pacientes recibió la segunda dosis de vacunación, los cuales 27% (n=35) presentó evento adverso leve y solo 1 (0,8%) paciente brote de la enfermedad post vacunación.

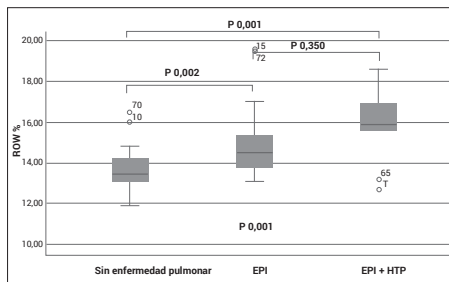
**Conclusiones:** La vacunación frente a COVID-19 parece ser segura en esta población de pacientes, habiéndose reportado solo eventos adversos leves y baja frecuencia de brotes de la enfermedad. Los eventos adversos leves se asociaron principalmente al menor uso de metotrexato. Un gran porcentaje de los pacientes recibió la segunda dosis, sin reportarse eventos adversos graves. Los pacientes están siendo seguidos de manera prospectiva para evaluar la eficacia de la vacunación.

**ASOCIACIÓN ENTRE EL ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIO Y LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ESCLEROSIS SISTÉMICA**

Laura Lucia HOLGUIN ARIAS<sup>1</sup>, Laura SORRENTINO<sup>1</sup>, Demelza YUCRA<sup>1</sup>, Jorge Alejandro BRIGANTE<sup>1</sup>, Adriana HAMAUI<sup>1</sup>, Ramiro Adrián GÓMEZ<sup>2</sup>, María de La Paz MENÉNDEZ<sup>3</sup>, María Soledad ALTUBE<sup>4</sup>, Mariano A. RIVERO<sup>5</sup>, Alejandro BENITEZ<sup>2</sup>, Claudia PEON<sup>2</sup>, María Julieta GAMBA<sup>2</sup>, Michele IUDICI<sup>6</sup>, Diana DUBINSKY<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SANATORIO GÜEMES, <sup>2</sup>HOSPITAL POSADAS, <sup>3</sup>HOSPITAL ALEMÁN, <sup>4</sup>HOSPITAL MUNICIPAL DE CHIVILCOY, <sup>5</sup>HOSPITAL MUNICIPAL DE ALBERTI, <sup>6</sup>HOPITAL BEAU-SÉJOUR

	EPI n=50	Sin EPI n=25	p
Femenino n(%)	43 (86)	24 (96)	0,18
Edad años (DE)	58,3 (12,9)	61,6 (16,4)	0,34
T. evol años mediana (RIC)	7,5 (6,2)	9 (9,5)	0,13
ESI n(%)	27 (54)	23 (92)	0,001
ESd n(%)	22 (44)	2 (8)	
HTP n(%) MD 16	6 (8)	1 (8)	0,38
CRE n(%)	1 (2)	2 (8)	0,25
mRSS>14 n(%) MD 5	8 (16)	0	0,034
Disfagia/RGE n(%)	38 (76)	19 (76)	1
Calcinosis n(%)	5 (10)	2 (8)	0,59
Úlceras digitales n(%)	23 (46)	5 (20)	0,024
Trast. Pigmentación n(%)	11 (22)	3 (12)	0,23
Telangiectasias n(%)	24 (48)	12 (52)	0,46
VSG mediana (RIC)	20 (30)	18 (30)	0,25
PCR mediana (RIC) MD 4	5 (11,8)	1,5 (5,6)	01
ACA n(%) MD 10	9 (18)	18 (72)	<0,0001
Anti-Scl70 n(%) MD 4	19 (38)	4 (16)	0,037
RDW >14 n(%)	33 (66)	7 (28)	0,01
Patrones de tomografía	ESd	ESI	p
NSIP n(%)	20 (66,6)	5 (25)	0,009
NSIPf n(%)	7 (23,3)	8 (40)	0,22
UIP n(%)	3 (10)	7 (35)	0,067
Clasificación de Goh	RDW elevado	RDW normal	p
Limitado n(%)	20 (80)	5 (20)	<0,0001
Extenso n(%)	15 (79)	4 (21)	
MRSS	RDW elevado	RDW normal	p
<14	32 (50,8)	31 (49,2)	0,01
>14	8 (100%)	0	



**Introducción:** La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) y la hipertensión arterial pulmonar (HTP) representan el 60% de las muertes relacionadas con la esclerodermia (ES). El ancho de distribución eritrocitaria (RDW) es un biomarcador que se ha utilizado como marcador de mal pronóstico en diversas patologías. En ES el RDW se ha encontrado elevado en HTP y se ha propuesto como predictor de compromiso cardiorrespiratorio.

**Objetivos:** Evaluar la asociación entre el aumento del RDW y la presencia de EPI en pacientes con ES.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, casos y controles retrospectivo, multicéntrico de pacientes con diagnóstico de ES (ACR/EULAR 2013) desde el 1/1/2011 al 31/8/2021. Se excluyeron otras enfermedades autoinmunes concomitantes, malignidad, infecciones activas, anemia, transfusiones recientes, enfermedad cardiovascular, renal o hepática. El diagnóstico de EPI se realizó por tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) y la extensión evaluada por criterios de Goh. Se realizó una revisión de historias clínicas recabando características clínicas, demográficas, patrón intersticial por TCAR, anticuerpos, reactantes de fase aguda (RFA), capilaroscopia, pruebas funcionales respiratorias (PFR) y hallazgos ecocardiográficos.

**Resultados:** Se incluyeron 75 pacientes, con una media de edad de 59,4 años (DE 14,1 IC95% 56-63), 67 (89%) fueron mujeres, la mediana de evolución de la enfermedad fue 8 años (RIC 8) y 50 presentaron EPI (66,6%). La forma ES limitada (ESI) se presentó en 50 pacientes (66%) y la ES difusa (ESd) en 25 (33%); esta última se asoció significativamente con la presencia de EPI, al igual que el mRSS >14, las úlceras digitales y el anti-Scl70, al contrario que los ACA (Tabla). El patrón por TCAR más frecuente fue la NSIP en la ESI (66,6%). Se encontró asociación entre la ESd y los patrones fibróticos (NSIPf y UIP) con un OR de 6 IC95% 1.6-21 (p 0,009). La extensión de la EPI fue medida en 44 pacientes (seis datos faltantes), siendo limitada en 25 (57%) y extensa en 19 (43%). La forma extensa se correlacionó con mayor media del RDW (p<0,0001). El mRSS fue medido en 70 pacientes,

siendo menor de 14 en 62 (88%). El 100% de los pacientes con mRSS >14 tuvo RDW elevado (p0,01). Se evidenció RDW aumentado en el grupo con EPI, con una diferencia estadísticamente significativa OR 6,06 IC95% 2-17 (p0,001). La mediana del RDW en los grupos con EPI aislada y EPI con HTP fue significativamente mayor respecto a pacientes sin enfermedad pulmonar (p0,001). No encontramos diferencia significativa entre los grupos EPI aislada y EPI con HTP (p 0,350) (Figura). Se observó una correlación negativa baja entre RDW / FVC (63) -0,25 p 0,042 y RDW / VEF1 r(63) .30 p 0,015. No se encontró diferencia significativa en la sobrevida al evento (EPI) en función del aumento de RDW.

**Conclusiones:** En nuestro trabajo encontramos como factores asociados con la presencia de EPI la ESd, el mRSS > 14, las úlceras digitales, el anti-Scl70 y el RDW >14. Los ACA tuvieron una correlación negativa. Hemos podido evidenciar que existe una relación significativa entre el aumento del RDW y la presencia de EPI, esta asociación tuvo mayor significancia para las formas extensas de la enfermedad. Estos hallazgos son relevantes al ser el RDW un parámetro de fácil acceso que podría usarse en el seguimiento de los pacientes con ES. En el modelo de regresión de Cox encontramos que el tiempo de seguimiento y el RDW aumentado podrían influir en la sobrevida del evento de interés (EPI) aunque no se alcanzó la significancia estadística. Es necesario continuar estudios con mayor cantidad de pacientes para otorgar robustez a los resultados.

**EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA INMUNE HUMORAL SECUNDARIA A VACUNACIÓN CONTRA SARS-COV-2 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS AUTOINMUNES**

Paula María CORBALAN<sup>1</sup>, Mariana PERA<sup>1</sup>, Gabriela Vanesa ESPASA<sup>1</sup>, María Lilia LEGUIZAMÓN<sup>1</sup>, Ana Lucía BARBAGLIA<sup>1</sup>, María Constanza BERTOLACCINI<sup>1</sup>, Luciana GONZÁLEZ LUCERO<sup>1</sup>, Héctor Raúl SUELDO<sup>1</sup>, Rosana Nieves CHEHÍN<sup>2</sup>, Rodrigo Hernán TOMAS-GRAU<sup>2</sup>, Diego PLOPER<sup>2</sup>, Esteban VERA PINGUITORE<sup>2</sup>, Benjamín SOCÍAS<sup>2</sup>, César Luis ÁVILA<sup>2</sup>, Silvia Inés CAZORLA<sup>3</sup>, Carolina MALDONADO GALDEANO<sup>3</sup>, Verónica Inés BELLOMIO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, <sup>2</sup>INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA MOLECULAR Y CELULAR APLICADA (IMMCA), <sup>3</sup>CENTRO DE REFERENCIA PARA LACTOBACILOS (CERELA)

**Introducción:** Los pacientes con enfermedades autoinmunes presentan una respuesta inmune alterada como consecuencia de su propia enfermedad y tratamientos recibidos, confiriéndoles mayor riesgo de infecciones y menor respuesta humoral a la vacunación. Al inicio de este estudio, tres vacunas contra SARS-Cov-2 estaban disponibles para su aplicación en nuestro país (Sputnik V, Covishield y Sinopharm). Como antecedente, un estudio realizado en 2020 en Personal de Salud de Tucumán vacunado con Sputnik V demostró que los anticuerpos IgG contra el dominio de unión

al receptor de la proteína Spike (S-RBD) estuvieron presentes en 48% de los pacientes posterior a la primera dosis y en 97% posterior a la segunda. Hasta el momento existe escasa información sobre la respuesta inmune humoral asociada a la vacunación contra SARS-CoV-2 en pacientes con enfermedades reumatológicas autoinmunes.

**Objetivos:** 1) Evaluar la respuesta inmune humoral a vacunas para SARS-CoV-2 mediante la determinación de anticuerpos IgG anti S-RBD en pacientes con enfermedades reumatológicas autoinmunes; 2) Comparar la respuesta inmune humoral entre pacientes con lupus eritematoso sistémico y otras enfermedades reumatológicas autoinmunes; 3) Analizar las variables asociadas a la respuesta inmune humoral.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo observacional. Se incluyeron pacientes con enfermedades reumatológicas autoinmunes que recibieron vacunación para SARS-CoV-2 a partir de junio de 2021. Se consignaron variables sociodemográficas, comorbilidades, relacionadas a la enfermedad, a vacunación y a infección por SARS-CoV-2. Para evaluar la respuesta inmune humoral se determinaron los títulos de anticuerpos neutralizantes IgG anti S-RBD por ELISA "In House", test desarrollado y validado en IMMCA (Instituto de Medicina Molecular y Celular Aplicada, CONICET) con un título de corte de 200. Los dosajes se realizaron: el día de la 1° dosis (T0), a los 14±2 días luego de la 1° dosis (T1), el día de la 2° dosis ±1 día (T2), entre 21 y 45 días posteriores a la 2° dosis (T3), a los 6 meses (T4) y a los 12 meses (T5) del esquema completo de vacunación.

**Resultados:** Al momento del análisis se incluyeron 67 pacientes, 91% mujeres y 92,4% amerindios, la edad media fue de 40,7±11,3 años; 52,2% (35) tenía diagnóstico de LES, AR 14,9%, ESP 7,5%, AIJ 7,5%, vasculitis sistémicas 7,5% y otras 10,1%, con un tiempo de evolución de la enfermedad de 12,05±7,5 años. Un 41,8% y 14,9% presentaban baja y moderada actividad de la enfermedad respectivamente previo a la vacunación. El 36,4% se encontraba en tratamiento corticoideo, con una dosis media de prednisona de 3,8±7,7 mg/día. El 87,9% se encontraba en tratamiento con algún FARME al momento del T0: 50% con HCQ, 16,7% con MTX y 17,9% con terapia biológica. El 26% de los pacientes tuvo COVID previo (11,8% asintomáticos, 76,5% síntomas leves y 11,8% requirió internación en sala general). Las vacunas aplicadas fueron: Sputnik V 26,2%, Astrazeneca 39,3%, Sinopharm 34,4%. El 49,2% presentó efectos adversos a la primera dosis de los cuales ninguno fue severo. Al T0, el 70,1% de los pacientes no presentaba anticuerpos IgG anti S-RBD. La media de anticuerpos al T0 fue 305,5±912,8. Al T1, sólo el 50% de los pacientes presentó anticuerpos positivos, con una media de 1402,4±2114,4. Los títulos medios por vacuna al T1 fueron: Sputnik V 1395,3±2243,8; Astrazeneca 2164,6±2511,1; Sinopharm 658,9±1293,8. Al T2, 55,3% de los pacientes tenía anticuerpos detectables con una media de 1221,2±1832. No hubo diferencias estadísticas significativas en los niveles de anticuerpos IgG anti S-RBD entre pacientes con LES y el resto de enfermedades reumatológicas en ninguno de los tiempos (T0 p=0,98; T1 p=0,79; T2 p=0,74). Los títulos de anticuerpos fueron similares en los diferentes tiempos según vacunas aplicadas (p=NS). Los pacientes que tuvieron infección por SARS-CoV-2 previa a la vacunación presentaron mayores títulos de anticuerpos tanto en T1 (p=0,012) como en T2 (p=0,049). No se encontró correlación entre dosis de corticoides y niveles de anticuerpos anti S-RBD. Seroconversión de anti S-RBD no se asoció a comorbilidades ni terapia con FARME.

**Conclusiones:** En este primer corte, los pacientes con enfermedades reumatológicas autoinmunes presentaron 55,3% de seroconversión asociada a la primera dosis de vacuna para SARS-CoV-2. No hubo diferencias entre las distintas enfermedades reumatológicas, tratamientos recibidos y vacunas aplicadas. La infección por SARS-CoV-2 previa a la vacunación mejoró la respuesta inmune humoral en esta cohorte.

0200

## PRIMER REPORTE DEL REGISTRO ARGENTINO DE VASCULITIS SISTÉMICAS (RAVAS)

Sebastián MAGRI<sup>1</sup>, Jonatan Marcos MARECO<sup>1</sup>, Claudia Elizabet PENA<sup>2</sup>, María Fernanda EGUEZ<sup>3</sup>, Romina HASSAN<sup>3</sup>, José Simón ALCÍVAR NAVARRETE<sup>4</sup>, María Julieta GAMBA<sup>1</sup>, Yanina BOTINELLI<sup>5</sup>, Gustavo VIJODITZ<sup>1</sup>, Guillermo Gerardo BARTEL<sup>5</sup>, Belén VIRASORO<sup>6</sup>, Geoffrey EARSMAN<sup>6</sup>, Alberto Omar ORDEN<sup>7</sup>, Maximiliano FENUCCI<sup>8</sup>, Gustavo Ariel MEDINA<sup>9</sup>, Natalia Andrea PERROTTA<sup>9</sup>, Julieta DANIELE<sup>10</sup>, Luciana CASALLA<sup>11</sup>, Nicolás PÉREZ<sup>12</sup>, María Victoria COLLADO<sup>12</sup>, Graciela GÓMEZ<sup>12</sup>, Marina SCOLNIK<sup>13</sup>, Gelsomina ALLE<sup>13</sup>, Nicolás MARÍN<sup>13</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, <sup>2</sup>HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA, <sup>3</sup>HOSPITAL RAMOS MEJÍA, <sup>4</sup>HOSPITAL TORNÚ, <sup>5</sup>HOSPITAL POSADAS, <sup>6</sup>HOSPITAL BRITÁNICO BS AS, <sup>7</sup>HOSPITAL AERONÁUTICO CÓRDOBA, <sup>8</sup>HOSPITAL DE TRAUMA Y EMERGENCIAS DR. FEDERICO ABETE MALVINAS ARGENTINAS, <sup>9</sup>HOSPITAL DE CLÍNICAS, <sup>10</sup>HOSPITAL EVA PERÓN BAIGORRIA, <sup>11</sup>GENEA CENTRO MÉDICO, <sup>12</sup>INSTITUTO LANARI, <sup>13</sup>HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES

Total	Diagnóstico confirmado (n=56)	Sospecha diagnóstica (n=94)	p
Sexo femenino %	57	52,13	
ANCA + %	61,4	0	0,001
Promedio de manifestaciones por paciente	5,7	1,22	0,001
Manifestaciones por aparatos			
Neurológicas	49,1%	17,2%	0,001
Mucocutáneas	42,1%	53,8%	0,17
Otorrinolaringológicas	14,0%	5,4%	0,07
Cardiovasculares	14,0%	2,2%	0,005
Musculoesqueléticas	26,3%	11,8%	0,02
Generales	28,1%	3,2%	0,001
Respiratorias	31,6%	22,6%	0,22
Renales	3,5%	4,3%	0,14
Digestivas	7,0%	5,4%	0,68
Oftalmológicas	7,0%	2,2%	0,14
Genitourinarias	3,5%	2,2%	0,62
Adenopatías	0,0%	1,1%	0,43

**Introducción:** El RAVaS constituye la primera base de datos nacional de vasculitis sistémicas en la que participan 19 instituciones y más de 30 profesionales. Se registran pacientes con diagnóstico y sospecha de vasculitis sistémicas y sus características clínicas, de laboratorio e imágenes. El siguiente trabajo constituye el primer reporte de la base donde se describen las frecuencias de los diagnósticos y las manifestaciones clínicas registradas desde su creación.

**Objetivos:** Describir la frecuencia de diagnósticos y las manifestaciones clínicas de las vasculitis sistémicas del RAVaS. Analizar las diferencias entre vasculitis asociadas a ANCA (anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos) y las no ANCA, y su relación con el diagnóstico y manifestaciones clínicas.

**Materiales y Métodos:** RAVaS es un registro multicéntrico de pacientes con diagnóstico y sospecha de vasculitis sistémicas de los centros: Cemic, Consultorios Privados, Hospital Aeronáutico Central, Hospital Británico, Hospital De Clínicas, Hospital El Cruce, Hospital Enrique Tornú, Hospital Escuela Eva Perón - Granadero Baigorria, Hospital Fernández, Hospital Héroes de Malvinas, Hospital Italiano de Buenos Aires, Hospital Italiano de La Plata. Se analizaron aquellos pacientes con y sin diagnóstico confirmado de vasculitis que contaban con más de una manifestación clínica. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, test de Chi<sup>2</sup>, prueba exacta de Fisher, Test T de student y Mann Whitney.

**Resultados:** Se incluyeron 251 pacientes. El 54% era de sexo femenino y la media de edad de 48,2 años (DS: 14.5). Del total de pacientes registrados, se analizaron 150 por contar con más de un dato. Estos fueron divididos en dos grupos: con diagnóstico confirmado y con sospecha de vasculitis



primaria. En la Tabla se observan las principales diferencias. El 61% del grupo con diagnóstico confirmado presentaba ANCA positivo, mientras que en el grupo sin confirmación diagnóstica no lo presentaba. El promedio de manifestaciones por paciente en el grupo que contaba con diagnósticos confirmados fue de 5,7 vs 1,2 ( $p=0,001$ ), las principales diferencias con significancia estadística entre estos grupos fueron la cantidad de manifestaciones generales, neurológicas y cardiovasculares.

**Conclusiones:** En este primer reporte del registro RAVaS la frecuencia de diagnóstico de vasculitis sistémicas fue heterogéneo y con múltiples manifestaciones clínicas. Del total de pacientes registrados en la base de datos menos de la mitad de los pacientes presentaban diagnóstico confirmado, de los cuales más de la mitad tuvo ANCA asociados. Cuando analizamos los datos de manifestaciones clínicas y su relación con los diagnósticos establecidos tanto en ANCA asociados como no asociados observamos un promedio de cinco veces más manifestaciones en los que presentaban diagnóstico vs los que no tenían diagnóstico definitivo.

0209

## MANIFESTACIONES MATERNAS Y FETALES EN MUJERES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO OBSTÉTRICO: REGISTRO DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS DEL GRUPO DE ESTUDIO DE SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO (SAF) DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (SAR)

María Cecilia GOIZUETA<sup>1</sup>, Victoria LOBO<sup>1</sup>, Julio Ariel BROLL<sup>1</sup>, Karen ROBERTS<sup>2</sup>, Luis LEMA<sup>3</sup>, Carla MALDINI<sup>3</sup>, Diego RINESI<sup>4</sup>, Silvia PERÉS<sup>5</sup>, María Pía IZAGUIRRE<sup>4</sup>, Verónica Inés BELLOMIO<sup>6</sup>, María Lili LEGUIZAMÓN<sup>7</sup>, Horacio BERMAN<sup>8</sup>, Adrián Jorge ESTÉVEZ<sup>9</sup>, Alejandra Inés ABALO<sup>9</sup>, Mayra ETCHEVERRY<sup>9</sup>, Mónica SACNUN<sup>10</sup>, Débora GUAGLIANONE<sup>10</sup>, Noelia ANTONIOL<sup>11</sup>, Carlos E. PERANDONES<sup>11</sup>, Carla Andrea GOBBI<sup>12</sup>, Natalia Lili CUCCHIARO<sup>13</sup>, Florencia VIVERO<sup>14</sup>, Mariela BASTITA<sup>15</sup>, Verónica SAURIT<sup>15</sup>, Nadia Claudine RISCANEVO ANAYA<sup>16</sup>, Cecilia PISONI<sup>17</sup>, María Laura DE LA TORRE<sup>17</sup>, Jorge Alejandro BRIGANT<sup>18</sup>, Vanessa Viviana CASTRO COELLO<sup>18</sup>, Diana DUBINSKY<sup>18</sup>, Laura SORRENTINO<sup>18</sup>, Maximiliano Augusto MACHADO ESCOBAR<sup>19</sup>, María Constanza DANIELSEN<sup>20</sup>, Graciela REMONDINO<sup>21</sup>, Verónica NEMAN<sup>21</sup>, Nadia BENZAQUÉN<sup>22</sup>, Alejandra BABINI<sup>23</sup>, Aurelia LUISSI<sup>24</sup>, Marina SCOLNIK<sup>24</sup>, Mercedes Argentina GARCÍA<sup>25</sup>, María Sofía VELLOSO<sup>25</sup>, Graciela Noemí GÓMEZ<sup>26</sup>, Rosa SERRANO<sup>27</sup>, Sabrina Valeria PORTA<sup>28</sup>, Paula Beatriz ALBA<sup>29</sup>, Guillermo PONS ESTEL<sup>30</sup>

<sup>1</sup>SANATORIO 9 DE JULIO, <sup>2</sup>UNISAR, <sup>3</sup>INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGÍA, <sup>4</sup>HOSPITAL RAMOS MEJÍA, <sup>5</sup>HOSPITAL DE INFECCIOSAS FRANCISCO JAVIER MUÑIZ, <sup>6</sup>HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, <sup>7</sup>HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, <sup>8</sup>CENTRO PRIVADO REUMATOLOGÍA TUCUMÁN, <sup>9</sup>HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED, EL CRUCE, <sup>10</sup>HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO, <sup>11</sup>FLENI, <sup>12</sup>HOSPITAL ALLENDE, <sup>13</sup>HOSPITAL DEL MILAGRO, <sup>14</sup>HOSPITAL REGIONAL DE MAR DEL PLATA, <sup>15</sup>HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, <sup>16</sup>HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA, <sup>17</sup>CEMIC, <sup>18</sup>SANATORIO GÜEMES, <sup>19</sup>INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, <sup>20</sup>HOSPITAL REGIONAL RAMÓN CARRILLO, <sup>21</sup>CONSULTORIOS LA RIOJA, <sup>22</sup>SANATORIO DIAGNÓSTICO, <sup>23</sup>HOSPITAL ITALIANO CÓRDOBA, <sup>24</sup>HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES, <sup>25</sup>HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GENERAL JOSÉ DE SAN MARTÍN", <sup>26</sup>INSTITUTO LANARI, <sup>27</sup>CREA, <sup>28</sup>HOSPITAL DURAND, <sup>29</sup>HOSPITAL CÓRDOBA-MATERNAL NEONATAL DE CÓRDOBA, <sup>30</sup>CREA

**Introducción:** El síndrome antifosfolípido (SAF) se define como un trastorno protrombótico caracterizado por trombosis arterial y/o venosa, pérdida de embarazo en forma recurrente, en presencia de anticuerpos antifosfolípidos circulantes. La patogenia del SAF en el embarazo incluye mecanismos trombóticos, de inflamación, apoptosis y alteraciones de las moléculas inmunomoduladoras en el trofoblasto. El SAF es la causa de pérdidas de embarazo en el 15% de las mujeres.

**Objetivos:** Evaluar las manifestaciones maternas y fetales en mujeres con SAF obstétrico, las variables generales y de laboratorio.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, multicéntrico, en mujeres ingresadas en la visita basal en el Registro de Anticuerpos Antifosfolípidos del grupo de estudio de SAF de la SAR, utilizando los datos de la plataforma ARTHROS Web hasta el 31/08/21. Se incluyeron pacientes que fueron clasificadas en el registro en los grupos SAF obstétrico. Se excluyeron mujeres que pertenecían al grupo de manifestaciones trombóticas y obstétricas, no trombóticas ni obstétricas y aquellas con anticuerpos antifosfolípidos asintomáticas. Se evaluaron variables generales, relacionadas a la gestación, consecuencias maternas y fetales y de laboratorio. Se realizó análisis descriptivo utilizando software R.

**Resultados:** De los 269 pacientes que componen el registro, 72 (26,7%) fueron clasificadas como SAF obstétrico, con una edad media de 39 años. El 26,8% (11) presentaba SAF y LES. Con respecto a las características generales, 37,5% (27) era sedentaria, 20,8% (15) tenía obesidad, 13,9% (10) hipertensión arterial, 8,3% (8) dislipemia, 11,1% (6) era tabaquista activa y 3(4,1%) diabética. Una paciente presentó síndrome nefrótico en el pasado y presente de su enfermedad. Solo el 16,7% (12) tuvo una gestación planificada por su médico. De las pacientes evaluadas, 11,1% (8) tuvo su gestación asistida mediante fecundación asistida *in vitro*. En las consecuencias maternas y fetales, 44(61,1%) mujeres presentaron abortos antes de la semana diez, 52,7% (38) pérdidas fetales luego de la semana 10. Preeclampsia se presentó en el 13,4% (10) antes de la semana 34, solo el 2,7% (2) de las pacientes la presentó entre la semana 34-37 y solo 1 (1,3%) desarrolló HELPP, el cual se presentó antes de la semana 34 de gestación. Ninguna paciente presentó RCIU ni oligohidramnios. De los nacidos vivos, el 41,6% (30) fue a término luego de la semana 30, 19,4% (14) nació prematuro entre la semana 34 y 37 y 12,5% (9) antes de la semana 34. Tuvieron como desenlace del embarazo, una cesárea programada el 43,05% (31) y 34,7% (25) parto vaginal espontáneo. Se observó hipertensión durante el embarazo en 12,5% (9) pacientes. Se realizaron 19 (26,3%) biopsias placentarias, 17(23,6%) con signos de insuficiencia. Se realizó autopsia fetal a 12,5% (9) pacientes. Laboratorio: el 63,9% (46) de las pacientes tuvieron anticoagulante lúpico positivo, 16,7% (12) anticuerpos doble positivos y solo en dos pacientes se encontró triple anticuerpos.

**Conclusiones:** Las principales manifestaciones fueron abortos espontáneos, feto muerto y seguidos de preeclampsia con una alta frecuencia de anticoagulante lúpico. Un porcentaje muy bajo de los embarazos fue planificado con el médico. La planificación del embarazo, así como el trabajo multidisciplinarios, son fundamentales para mejorar los resultados maternos y fetales.

Revista Argentina de

# REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología



54º CONGRESO ARGENTINO DE  
REUMATOLOGÍA  
08 al 11 de Diciembre de 2021



Hotel Hilton - Buenos Aires



*Revista Argentina de*

# REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología



---

## Posters

---

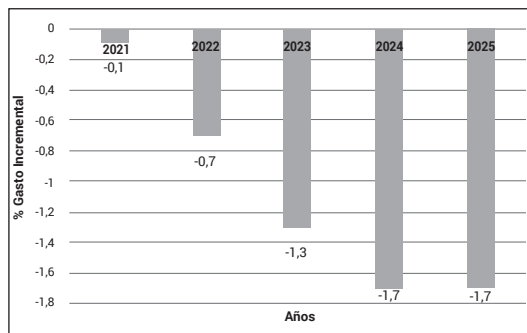
Posters

011

**ANÁLISIS DE IMPACTO PRESUPUESTARIO DE INCORPORACIÓN DE UPADACITINIB EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE DESDE LA PERSPECTIVA DEL FINANCIADOR EN ARGENTINA**

Natalia JORGENSEN<sup>1</sup>, Sebastián MUÑOZ<sup>2</sup>, Diego KANEVSKY<sup>2</sup>, Javier ROSA<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SOUL COUNSLTING, <sup>2</sup>ABBVIE ARGENTINA, <sup>3</sup>HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES



**Introducción:** La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta predominantemente al esqueleto axial, las entésis y ocasionalmente las articulaciones periféricas. La EA puede asociarse a manifestaciones extraarticulares, especialmente uveítis y menos comúnmente a enfermedad cardíaca. Afecta a ambos géneros y el primer síntoma suele aparecer en la adolescencia o en la adultez temprana.

**Objetivos:** Estimar y describir el análisis de impacto presupuestario (AIP) asociado a la incorporación de upadacitinib (Rinvoq®), en dosis de 15 mg diarios, para el tratamiento de pacientes con EA activa e inadecuada respuesta a AINEs, en un horizonte temporal de 5 años, desde la perspectiva del financiador, de las Obras Sociales Nacionales (OSN) y de la Medicina Privada (MP)

**Materiales y Métodos:** El modelo fue desarrollado y adaptado al contexto local conforme a las directrices de buenas prácticas de la *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* (ISPOR). El número de pacientes elegibles se estimó utilizando un enfoque epidemiológico de arriba hacia abajo, considerando las

poblaciones con cobertura de OSN y MP, sus tasas de prevalencia e incidencia, y la frecuencia de pacientes con inadecuada respuesta a AINEs. Los tratamientos habitualmente utilizados y la distribución de la cuota de mercado de estos se obtuvieron según datos proporcionados por expertos en el área mediante la metodología de panel Delphi, evaluando dos escenarios posibles: 1) Escenario con upadacitinib disponible como una opción terapéutica y 2) Escenario sin que upadacitinib esté disponible, como "Escenario de referencia". Se estimaron los costos directos anuales, considerando los costos de adquisición y administración de la droga, el monitoreo anual del paciente y los eventuales eventos adversos para cada una de las estrategias de tratamiento, ponderadas por su cuota de mercado, sobre el número total de pacientes en la población objetivo-estimada para cada uno de los escenarios. El impacto neto en el presupuesto se determinó comparando el costo directo del escenario con upadacitinib con el escenario de referencia

**Resultados:** El AIP mostró un potencial ahorro neto acumulado a lo largo de 5 años de \$38.335.431 y \$14.680.033, respectivamente, derivado de la incorporación de upadacitinib. Esto representaría un ahorro promedio de 1,10% anual para ambas perspectivas en relación con el presupuesto total del financiador de OSN y MP. Los resultados se muestran en la Figura. Se realizó un análisis de sensibilidad determinístico para evaluar la consistencia de las estimaciones e identificar las variables que más inciden en el resultado obtenido. El potencial ahorro neto se sostuvo en el análisis de sensibilidad y las siguientes variables exógenas: porcentaje de penetración de upadacitinib, porcentaje de pacientes con EA que no han recibido previamente DMARDs biológicos, y tasa de discontinuación anual del tratamiento.

**Conclusiones:** El AIP resultó favorable a la incorporación de upadacitinib como una alternativa menos costosa. El análisis de sensibilidad determinístico sostuvo este potencial ahorro neto, el cual depende de la penetración de upadacitinib y de las variables que inciden en la determinación de la población objetivo.

012

**COMPROMISO DE ARTERIA PULMONAR EN ARTERITIS DE TAKAYASU. DISCUSIÓN DIAGNÓSTICA. REPORTE DE UN CASO**

Jonathan Eliseo REBAK, Jimena F. HOGREFE, Jorge Alejandro BRIGANTE, Adriana HAMAUI, Diana DUBINSKY

SANATORIO GÜEMES

**Introducción:** La arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis de grandes vasos que causa inflamación de la Aorta y sus ramas colaterales, y también puede comprometer las arterias pulmonares principales. Aquí se presenta el caso de una paciente poseedora de una AT que presentó alteración de la circulación pulmonar.

**Objetivos:** Dar a conocer un caso interesante dado lo raro del compromiso sintomático de los vasos pulmonares.

**Resultados:** La paciente es una mujer que inició a los 16 años con dolor precordial transfixiante; fue evaluada en otro centro donde se le realizó AngioTC de aorta y ramas colaterales, hallando aneurismas y estenosis de arterias subclavias. Fue derivada a nuestro centro con sospecha de arteritis de Takayasu. Evolucionó con HTA y dolor epigástrico postprandial que mejoraba con ayuno. La AngioRM realizada para estudiar extensión de enfermedad evidenciaba aneurismas saculares aórticos, aneurismas fusiformes mesentéricos, estenosis de subclavias, vasos mesentéricos y de la arteria renal derecha. Se interpretaron los síntomas mencionados como secundarios a compromiso de dichas arterias y se la trató con glucocorticoides en pulsos y luego orales asociados a seis pulsos mensuales de ciclofosfamida. Una vez en remisión clínica, se le realizó angioplastia renal derecha y mesentérica con implante de stent mesentéricos, sin complicaciones, pudiendo realizar posteriormente tapering de corticoides. Evolucionó con claudicación intermitente, se realizó nueva AngioRM de miembros inferiores que evidenciaba compromiso de tales vasos, por lo cual reinició corticoides e inició adalimumab, con franca mejoría sintomática. A los seis meses consultó por toracodinia derecha que se exacerbaba con la inspiración y tos productiva sin fiebre. En la TC torácica se evidenciaron nódulos subpleurales en lóbulo superior derecho. Se le realizó un lavado broncoalveolar, obteniéndose BAAR 2+, diagnosticándose tuberculosis pulmonar. Se inició esquema RHLE (rifampicina, isoniazida, levofloxacina, etambutol) y se suspendió el adalimumab. Por inconvenientes con las autorizaciones por parte de la obra social no se pudo realizar PET-TC en el momento. Como diagnóstico diferencial de la toracodinia en el contexto de la AT se le realizó una AngioTC pulmonar sospechando tromboembolismo pulmonar o compromiso de vasos pulmonares secundario a la propia vasculitis. Ésta evidenció un defecto de llenado de lóbulo superior derecho, confirmado posteriormente por angiografía digital. El Doppler venoso de miembros inferiores informó ausencia de trombosis venosa profunda. Se descartaron otras causas de trombofilia. Se sopesaron las siguientes posibilidades diagnósticas del defecto de relleno: -Estenosis por arteritis de

arteria lobar superior derecha. -Tromboembolismo pulmonar (TEP). -Atresia de arteria pulmonar lobar. Por la sospecha de TEP se inició anticoagulación. Eventualmente en una revisión junto al hemodinamista se descartó dicho diagnóstico debido a que la imagen típica de TEP sería la detención súbita del flujo sanguíneo, pero con al menos una porción de arteria lobar antes de perderse el flujo. Se suspendió la anticoagulación luego de 6 meses sin recidiva de los síntomas. La posibilidad de una atresia congénita está presente, pero al tener una incidencia de 1:10.000 nacimientos aproximadamente, la probabilidad que se trate de una estenosis de arteria pulmonar lobar por la arteritis se consideró mayor. Dado que se logró estabilidad clínica en el tiempo se continuó *tapering* de corticoides y se añadió metotrexato, manteniéndose la paciente libre de síntomas.

## ÍNDICE NEUTRÓFILOS/LINFOCITOS COMO BIOMARCADOR DE ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VASCULITIS ASOCIADA A ANCA

Ana Cecilia BATTAGLIA, Gonzalo Martín BARROS, Natalia Andrea PERROTTA, Gustavo MEDINA

DIVISIÓN REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS, UBA

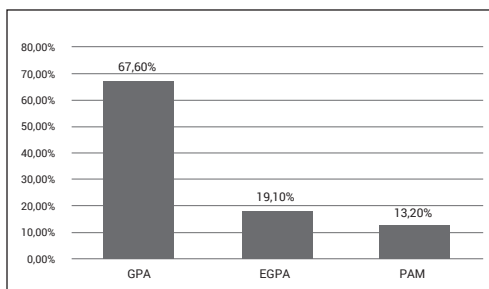


GRÁFICO 1: VARIANTES DE VAA

**Introducción:** Las VAA se caracterizan por la detección serológica de ANCA y compromiso necrotizante de pequeños vasos. Existen subtipos: GPA, PAM y EGPA. Utilizando IFI se identifican dos patrones de tinción: ANCA-C y ANCA-P. Los inmunoensayos detectan proteinasa 3 (PR3) y mieloperoxidasa (MPO). ANCA-C se asocia a PR3 mientras que ANCA-P a MPO. Hoy en día se conoce que los ANCA están poco asociados con la actividad de la enfermedad. Se han necesitado nuevos parámetros clínicos y/o de laboratorio para predecir la actividad y el pronóstico de pacientes con VAA. Se conoce que el índice neutrófilos/linfocitos (INL) es un marcador útil para predecir actividad y mal pronóstico en varias enfermedades autoinmunes. Hay estudios que informaron sobre su valor pronóstico y asociación con la actividad de la enfermedad en vasculitis de Takayasu y púrpura de Schönlein-Henoch, sin embargo, hay pocos reportes en VAA. La validación del INL se ha explorado poco en pacientes con VAA, y los primeros estudios sugieren una relación positiva entre el INL y el *Birmingham Vasculitis Activity Score* (BVAS), los reactivos de fase aguda y peores resultados clínicos.

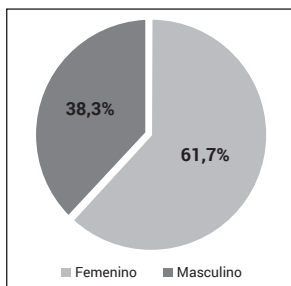


GRÁFICO 2: SEXO

**Objetivos:** Primario: determinar el INL en el momento del diagnóstico en pacientes con VAA naïve de tratamiento inmunosupresor. Correlacionar el INL con la actividad de la enfermedad, medida por BVAS, en el momento del diagnóstico. Secundarios: correlacionar el INL y las manifestaciones clínicas en el momento del diagnóstico. Correlacionar el BVAS con las características del laboratorio y las manifestaciones clínicas en el momento del diagnóstico.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional de corte transversal. Inclusión: >18 años. Cumplir criterios ACR 1990. Exclusión: uso de fármacos inmunosupresores dentro de los últimos 30 días previos al diagnóstico de VAA. Uso de esteroides a dosis >7,5 mg previo al diagnóstico de VAA. Uso previo de fármacos que altere los valores normales de leucocitos, linfocitos y neutrófilos al diagnóstico de VAA. Asociación con infecciones o sepsis u otras enfermedades autoinmunes al momento del diagnóstico de VAA. Inmunodeficiencias adquiridas o congénitas de otra etiología. Falta de datos que permitan obtener o calcular BVAS y FFS. Variables: variantes de VAA; GPA, PAM, EGPA, edad, sexo, manifestaciones clínicas (general, cutáneo, mucoso, ocular, vías aéreas superiores, pulmonar, cardiovascular, renal, abdominal, sistema nervioso), ANCA (IFI o ELISA), BVAS, recuento de leucocitos,

neutrófilos, linfocitos, INL, VSG, PCR al diagnóstico. Análisis estadístico: las variables cualitativas se expresaron de acuerdo a estadística descriptiva como porcentajes (%). Las variables cuantitativas se expresaron de acuerdo a distribución de normalidad como media, mediana, rango y rango intercuartílico (RIQ). Se utilizó el análisis de correlación de Spearman y análisis de regresión logística univariable y multivariable según corresponda. Se utilizó software SPSS v21, Jamovi versión 1.6.23 y planilla de cálculo Excel 2013. Se consideraron estadísticamente significativos valores de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 68 pacientes, 46 (67,6%) GPA, 13 (19,1%) EGPA y 9 (13,2%) PAM. Edad media al diagnóstico 48,7 años. 42 (61,7%) mujeres. 26 (38,2%) ANCA-p, 24 (35,2%) ANCA-c, 17 (25%) MPO, 17 (25%) PR3 y 7 (10,2%) ANCA negativo. Las manifestaciones clínicas más comunes en el momento del diagnóstico fueron las generales (54,4%), vías aéreas superiores (45,5%) y neurológicas (44,1%). La media del BVAS en el momento del diagnóstico fue 6,7 (DS 3,5) y la media de FFS en ese momento 0,66 (DS 0,8). La mediana del recuento de leucocitos, neutrófilos y linfocitos fueron 10700/mm<sup>3</sup>, 7675/mm<sup>3</sup>, 1490/mm<sup>3</sup> respectivamente. Mediana del INL 4,4 (6,25). Se encontraron datos de creatinina en 67 pacientes y el valor medio fue de 1,8. No hubo datos de PCR y VSG en la totalidad de los pacientes, hallándose una mediana de 2,22 y 68 respectivamente. Se encontró que el INL no se correlacionó con el BVAS al momento del diagnóstico ( $r=0,20$ ). Con regresión lineal univariable se encontró que el BVAS tuvo una relación positiva con el recuento de neutrófilos ( $r=0,00029$ ,  $p=0,01$ ), recuento total de leucocitos ( $r=0,00024$ ,  $p=0,01$ ), PCR ( $r=0,19$ ,  $p=0,02$ ) y VSG ( $r=0,03$ ,  $p=0,002$ ), mientras que no se encontró relación con el recuento de linfocitos. El INL no se relacionó con la edad. Con regresión lineal multivariable, ninguno tuvo relación ( $p>0,05$ ). En el análisis univariable entre BVAS y manifestaciones clínicas al momento del diagnóstico, se encontró que las manifestaciones pulmonares ( $r=1,83$ ,  $p=0,04$ ), generales ( $r=1,87$ ,  $p=0,03$ ) y abdominales ( $r=4,2$ ,  $p=0,001$ ) se relacionaron positivamente con BVAS, mientras que no se encontró relación con las cutáneas ( $p>0,2$ ), neurológicas ( $p>0,13$ ), oculares ( $p>0,92$ ), vías aéreas superiores ( $p>0,91$ ) y renales ( $p=0,06$ ). Con respecto al INL, no se halló relación con ninguna de ellas. Con regresión logística: no hubo relación entre el INL y las manifestaciones clínicas.

**Conclusiones:** Investigamos si el valor del INL puede correlacionarse con la actividad de la enfermedad, medida por BVAS, en el momento del diagnóstico, así como con las manifestaciones clínicas. No se encontró relación entre ambas variables. También se evaluó la relación entre el BVAS inicial y los valores de laboratorio encontrándose relación positiva con el recuento de leucocitos, neutrófilos, PCR y VSG, lo que coincide con varios reportes de la literatura que indican que, a mayor carga inflamatoria, mayor será la actividad de la enfermedad. El INL se ha propuesto ampliamente para estimar las cargas inflamatorias y predecir el pronóstico en diversas enfermedades. Creemos que sería necesario continuar con estudios que incluyan mayor número de pacientes para intentar lograr la validación de este biomarcador práctico, económico y de fácil cálculo.



**CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: UNA COMPARACIÓN CON ARTRITIS REUMATOIDEA Y ARTRALGIAS NO INFLAMATORIAS EN UN EXTENSO PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA**

Rosario JALDIN CESPEDES, Laura Melvy CUELLAR IRIARTE, Santiago RUTA, Facundo Nicolás SALVATORI, Sebastián MAGRI, Rodrigo GARCÍA SALINAS  
HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

	Artritis psoriásica (n=88)	Artritis reumatoidea (n=190)	P	Artralgia inflamatoria (n=577)	p
Edad en años, media (DS)	50,4 (12,6)	56,1 (13,6)	0,001	52,7 (14,3)	0,1
Sexo femenino, %	56,8	72,1	0,01	81	<0,0001
Familiar con psoriasis, %	26,1	4,4	<0,0001	0,1	<0,0001
Psoriasis cutánea, %	70,9	1,6	<0,0001	0,2	<0,0001
EVA global del paciente, media (DS)	56,8 (23,1)	55,3 (20,7)	0,64	49,1 (19,2)	<0,0001
Nº de articulaciones dolorosas (28), media (DS)	2,8 (2,6)	5 (3,7)	<0,0001	3,2 (3,7)	0,8
Nº de articulaciones tumefactas (28), media (DS)	1,5 (2,1)	1,7 (2,5)	0,50	0,34 (0,9)	<0,0001
ERS, media (DS)	21,3 (17,4)	29,2 (24,8)	0,008	16,3 (11,5)	0,06
PCR, media (DS)	5,4 (6,6)	10,7 (22,5)	0,03	2,4 (3,5)	<0,0001
DAS28-ERS, media (DS)	3,4 (1,2)	4,1 (1,2)	0,0001	3,1 (1)	0,04
HAQ, media (DS)	0,7 (0,4)	1,3 (5,8)	0,31	0,5 (0,4)	0,003
Factor reumatoideo, %	11,4	66,4	<0,0001	4,5	0,02
Anti-CCP %	2,2	41,7	<0,0001	1,4	0,6
Erosiones radiográficas, %	39,2	18,1	0,0003	5,2	<0,0001
Ecografía con al menos una articulación con señal de Doppler de poder positiva, %	33,7	22,9	0,06	0,2	<0,0001
Demora diagnóstica (meses-RIQ)	36 (12-84)	12 (6-36)	<0,0001	12 (5-36)	<0,0001

**Introducción:** El enfoque del paciente con artralgias sigue siendo un reto diagnóstico en la consulta, sobre todo en estadios muy tempranos de la enfermedad. La detección temprana de la artritis psoriásica (APs) y la artritis reumatoide (AR) tiene implicancias pronósticas.

**Objetivos:** Estimar la frecuencia de APs, artritis reumatoide AR y artralgias no inflamatorias (ANI) en una cohorte de pacientes que consultaron por poliartralgias, incluyendo artralgias de manos, y determinar las características diferenciales al momento del diagnóstico entre los pacientes con APs vs AR y ANI.

**Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte prospectiva, donde se incluyeron pacientes mayores de 18 años que ingresaron por poliartralgias, incluyendo artralgias de manos, desde agosto de 2017 a abril de 2021. En el programa de detección temprana, en la primera visita (basal) se realizaron: estudios de laboratorio (incluyendo reactantes de fase aguda, FR y anti-CCP), radiografías de manos y pies, ecografía de manos con técnica Doppler de poder (22 articulaciones) y entrevista donde se recabaron datos sociodemográficos (edad, sexo), datos clínicos (tiempo de evolución de las artralgias, comorbilidades) y clinimetría (EVA global del paciente, recuento articular,

HAQ); cada evaluador (laboratorio, imágenes y clínico) no conocía los datos de los otros estudios realizados. En las visitas subsiguientes (solo se incluyeron pacientes que cumplieron al menos 2 visitas) se evaluaron los resultados y se estableció o no el diagnóstico definitivo de APs acorde a los criterios CASPAR de clasificación o de AR acorde a los criterios ACR/EULAR 2010. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, test de Chi², prueba exacta de Fisher, Test T de student y Mann Whitney. Se realizó un análisis multivariado de regresión logística utilizando como variable dependiente al diagnóstico final de APs y como variables independientes a aquellas variables que en el análisis bivariado se asociaron significativamente con el diagnóstico de APs, en cada grupo.

**Resultados:** Se incluyó un total de 1.055 (76% de sexo femenino y edad media en años de 52,8 años, DS: 14.2) pacientes con poliartralgias, incluyendo artralgias de manos, de los cuales 88 (8,3%, IC 95%: 6.8-10.1) con diagnóstico final de APs, 190 (18%, IC 95%: 15.8-20.4) con diagnóstico final de AR y 577 (54%, IC 95%: 51.7-57.7) con diagnóstico final de ANI. La tabla muestra las características sociodemográficas, clínicas, de laboratorio y de imágenes de los pacientes con diagnóstico final de APs y su comparación con aquellos pacientes con diagnóstico final de AR y ANI. No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con diagnóstico final de APs vs AR respecto de la presencia de comorbilidades tales como diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipemia (15,4% vs 13,4%, p=0,65, 30,1% vs 33,8%, p=0,54 y 17,6% vs 22,9%, p=0,32, respectivamente), como así tampoco respecto al tabaquismo, 52,4% de los pacientes con APs vs 44% de los pacientes con AR (p=0,20). Con respecto a los pacientes con APs vs ANI sí se encontró diferencia en la proporción de tabaquismo e insuficiencia cardíaca (52% vs 36% p=0,005, 7,3% vs 1% p=0,001). En el análisis multivariado de regresión logística el diagnóstico final de APs (variable dependiente) vs AR se asoció positivamente con el antecedente personal de psoriasis cutánea (OR: 433.4, IC 95%: 29.4-6378) y el antecedente familiar de psoriasis cutánea (OR: 41.6, IC 95%: 4.9-351.9). Por otro lado, se asoció negativamente con la positividad, tanto para el factor reumatoideo (OR: 0.03, IC 95%: 0-0.39), como para el anti-CCP (OR: 0.06, IC 95%: 0-0.96), con respecto a la ANI se asoció positivamente con antecedente personal de psoriasis cutánea (OR: 1030, IC 95%: 89-1900) y la presencia de dopler de poder positivo en la ecografía (OR: 75, IC 95%: 6.3-900).

**Conclusiones:** La frecuencia de APs, AR, ANI en nuestra cohorte de pacientes con poliartralgias, incluyendo artralgias de manos, fue del 8,3%, 18% y 54% respectivamente. Al momento del diagnóstico, la APs se asoció con el antecedente personal y/o familiar de psoriasis cutánea, mientras que la presencia del factor reumatoideo y/o del anti-CCP se mostraron como un factor protector para el diagnóstico comparado con AR. El antecedente de psoriasis y la ecografía mostraron diferencia con respecto a los pacientes con ANI.

**RESONANCIA MAGNÉTICA DE SACROILÍACAS EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA. ESTUDIO COMPARATIVO INTEGRAL EN UNA COHORTE DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL ARGENTINA**

Rodrigo GARCÍA SALINAS<sup>1</sup>, Rosario JALDIN CESPEDES<sup>1</sup>, Darío German AGUERRE<sup>1</sup>, Ramiro Adrián GÓMEZ<sup>2</sup>, Fernando Andrés SOMMERFLECK<sup>3</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, <sup>2</sup>HOSPITAL POSADAS, <sup>3</sup>SANATORIO MÉNDEZ

**Introducción:** El concepto de espondiloartritis axial no radiográfica (EspAax-nr) ha permitido a los reumatólogos clasificar a los pacientes con EspAax sin sacroileítis clásica en la radiografía utilizando HLA-B27 y resonancia magnética (RM). Existen estudios de cohortes internacionales que describen las características clínicas de estos pacientes, pero los datos de América Latina en su conjunto y Argentina en particular son escasos, sobre todo de las características en resonancia magnética (RM).

**Objetivos:** Describir y analizar la diferencia entre EspAax-nr y espondilitis anquilosante (EA) con foco en lesiones de resonancia magnética.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EspAax, cumpliendo criterios ASAS 2009, que participaron en un programa de diagnóstico de vía rápida entre 2017 y 2020. En este programa todos los pacientes con sospecha de EspAax fueron

evaluados mediante análisis de sangre, HLA-B27, radiografías sacroilíacas simples y resonancia magnética y ecografía de sitios de entesis. Los datos sociodemográficos, las características de la EspA, el retraso en el diagnóstico, las características del dolor de espalda, el uso y la respuesta a los AINE, el dolor del paciente y la rigidez matutina VAS, BASDAI, BASFI, MASES y HAQ-DI fueron evaluados por un operador ciego a los resultados de las pruebas complementarias del paciente. La RM fue leída por dos médicos radiólogos (con certificación de lectura de RM-SI) y dos médicos reumatólogos (también entrenados que no pertenecían al centro). Se describió la presencia de lesiones que se clasificaron en agudas (edema) o crónicas (reemplazo de grasa, erosión, esclerosis, puentes óseos) en forma cualitativa. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de Chi<sup>2</sup> y la prueba exacta de Fisher para las variables categóricas y la prueba T de Student o la prueba U de Mann-Whitney para las variables continuas según la distribución. Las variables estadísticamente significativas (p <0,05) se incluyeron en un modelo de regresión logística binomial.

**Resultados:** Se incluyó un total de 97 pacientes con EspAax, cerca de la mitad se clasificó como EspAax-nr (n=52, 54%). Se encontró una resonancia magnética positiva como elemento de entrada de los criterios de ASAS en el 50% de los pacientes, HLA-B27 en el 35% y el 15% de los pacientes cumplieron con ambos criterios de entrada. Las diferencias entre ambas poblaciones se muestran en la tabla. No encontramos diferencias en términos de actividad de la enfermedad, impacto funcional, resultados de laboratorio o tratamientos entre EspAax-nr y EA. Se encontró una mayor frecuencia de sexo masculino en pacientes con EA al igual que las lesiones crónicas en la RM-SI. En la regresión logística, utilizando el compromiso radiográfico como variable dependiente, se encontró una asociación independiente para el sexo masculino (OR 4,8, IC95% 1,4-17), reemplazo de grasa en RM (OR 4,6, IC95% 1,1-19), esclerosis en RM (OR 7,6, IC95% 1,4-41) y con retraso diagnóstico >2 años (OR 10, IC95% 1,7-57).

**Conclusiones:** En nuestra cohorte encontramos una mayor frecuencia de sexo masculino, más características de SpA y un mayor retraso en el diagnóstico en pacientes con EA, pero sin diferencias entre ambas poblaciones en términos de actividad de la enfermedad o tratamientos. Respecto a la resonancia magnética, los pacientes con EA tenían con mayor frecuencia reemplazo de grasa, erosiones y esclerosis.

	rx-SpA	nrx-SpA	p	OR	IC95%
Edad al diagnóstico, años, media (DS)	46,7 (13,2)	46,4 (11,8)	0,90		
Masculino %	64	29	0,001	4,3	2-10
Años de estudio, media (DS)	13,1 (3,3)	13,6 (3,2)	0,47		
Edad de inicio de lumbalgia, mean (SD)	40 (12,2)	40,3 (12,4)	0,91		
Tiempo entre inicio lumbalgia y diagnóstico, mediana (RIC) mor	56 (24-123)	37,1 (12-121)	0,06		
Demora al diagnóstico mayor de 2 años %	82	61	0,03	3	1,1-7
Tabaquismo %	51	34	0,09	2	0,9-4,6
Uveítis %	2,3	10	0,06	0,2	0,01-1,6
Psoriasis %	30	27	0,78	1,1	0,5-2,8
Enfermedad inflamatoria intestinal %	9	4	0,22	2,5	0,4-15
Historia familiar de EspA %	36	25	0,22	1,7	0,7-4
Buena respuesta a AINEs %	74	63	0,25	1,7	0,7-4
HLA-B27+ %	47	34	0,21	1,7	0,7-4
Lumbalgia inflamatoria %	91	77	0,07	3	0,9-10
Características de EspA>4 %	64	44	0,05	2,2	1,2-5
Total de características de EspA, media (DS)	3,9 (1,2)	3,4 (1,5)	0,06		
Sacroilíac MRI+ (cualquier lesión)	92	78	0,06	3,3	0,9-13
SI MRI: edema	64	63	0,95	1,1	0,4-2,5
SI MRI: cambios estructurales (cualquiera)	70	67	0,74	1,1	0,5-2,7
SI MRI: cambios grasos	53	24	0,008	3,6	1,3-9
SI MRI: erosiones	66	35	0,007	3,6	1,3-9
SI MRI: esclerosis	31	13	0,05	3	1,2-9
SI MRI: puentes óseos	16	0	0,005		
Entesitis por ecografía+ %	53	32	0,061	2,4	0,9-6
Maniobras sacroilíacas %	60	55	0,58	1,2	0,5-2,8
Dolor en tórax anterior %	31	14	0,05	2,7	1,1-7,5
VAS pain, mean (SD)	6,7 (1,7)	7,1 (1,3)	0,29		
VAS night pain, mean (SD)	5,7 (2,4)	5,6 (2,3)	0,89		
Rigidez matinal, media (IQR)	30 (20-40)	30 (15-40)	0,34		
BASFI, media (SD)	4,6 (1,5)	4,6 (1,3)	0,97		
BASDAI, media (SD)	4,5 (1,8)	4,3 (1,7)	0,57		
Presencia de artritis %	23	25	0,84	0,9	0,3-2,3
Presencia de entesitis %	49	33	0,11	1,9	0,8-4,5
MASES, mediana (IQR)	0 (0-2)	0 (0-1)	0,13		
HAQ-DI, mediana (IQR)	0,7 (0,5-1)	0,75 (0,5-1)	0,76		
CRP mg/L, mediana (IQR)	2 (1-5,2)	3 (1-8,2)	0,40		
Elevación PCR >5 mg/L %	41	46	0,6	0,81	0,3-1,9
ESR 1 h, mediana (IQR)	17 (10-25)	17,5 (9,2-25)	0,84		
Tto. biológico	50	42	0,45	1,4	0,6-3
TNFb	36	25	0,22	1,7	0,7-4,1
IL17b	11	11	0,97	0,98	0,2-3

018

### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES REUMÁTICOS QUE CONSULTAN FUENTES DE INFORMACIÓN DIGITALES

María Pía IZAGUIRRE<sup>1</sup>, Paola ÁVILA<sup>1</sup>, Nauan FARA<sup>2</sup>, Julia PRETINI<sup>3</sup>, María Elena GAONA<sup>4</sup>, María Pía PISSANI DELGADO<sup>5</sup>, Maira ARIAS SAAVEDRA<sup>6</sup>, Valeria Soledad AQUINO<sup>7</sup>, Mariana Amalia ESPINDOLA ECHAZU<sup>8</sup>, Manuela LAFFONT<sup>9</sup>, María Magdalena ACEVEDO<sup>10</sup>, Lucrecia GARCIA FAURA<sup>11</sup>, Romina Isabel HASSAN<sup>12</sup>, Karen ROBERTS<sup>13</sup>, Jorge Alejandro BRIGANTE<sup>14</sup>, Damaris ALVAREZ<sup>1</sup>, Marina Laura MICELLI<sup>1</sup>, Vanesa Laura COSENTINO<sup>1</sup>, Sandra Fabiana MONTOYA<sup>1</sup>, Gabriel SEQUEIRA<sup>1</sup>, Eduardo KERZBERG<sup>1</sup>, Gabriel SEQUEIRA

<sup>1</sup>SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL RAMOS MEJÍA, <sup>2</sup>CLÍNICA LA PEQUEÑA FAMILIA, <sup>3</sup>CLÍNICA PERGAMINO, <sup>4</sup>SANATORIO JUNCAL, <sup>5</sup>UNIDAD ASISTENCIAL DR. CÉSAR MILSTEIN, <sup>6</sup>OBRA SOCIAL DEL PERSONAL AUXILIAR DE CASAS PARTICULARES, <sup>7</sup>HOSPITAL ÁNGEL MARZETTI, <sup>8</sup>CONSULTORIO PARTICULAR, SAN MIGUEL DE TUCUMÁN, <sup>9</sup>HOSPITAL MUNICIPAL JUAN E DE LA FUENTE, <sup>10</sup>HOSPITAL CIUDAD DE BOULOGNE, <sup>11</sup>HOSPITAL SANTA FRANCISCA ROMANA DE ARRECIFES, <sup>12</sup>CONSULTORIOS BRANDSEN, <sup>13</sup>UNISAR

**Introducción:** Internet permite acceder fácil e instantáneamente a una fuente inagotable de información, aunque algunos autores han planteado que “Dr. Google” genera pacientes que llegan con autodiagnósticos a la consulta, lo que podría dificultar la tarea del médico o menoscabar su credibilidad.

**Objetivos:** evaluar si existen características que diferencien a los pacientes reumáticos que consultan fuentes de información digitales (FID) de los que no lo hacen y si existen diferencias en la credibilidad que ambos grupos de pacientes adjudican a las Fuentes de Información (FI) tradicionales y en particular a la información que les proveen los médicos.

**Materiales y Métodos:** se analizaron datos de una encuesta anónima, realizada durante una consulta a pacientes ambulatorios, mayores de 18 años, que tenían al menos seis meses de diagnóstico, tuvieron la voluntad de contestar la encuesta y firmaron el consentimiento informado. Se encuestaron pacientes con artritis reumatoidea (AR), lupus eritematoso sistémico (LES), esclerosis sistémica (ES) y espondiloartritis (SPA).

**Resultados:** se encuestaron 402 pacientes, de los cuales 318 (79%) fueron mujeres y el resto hombres. Tenían AR 238 pacientes (59%), LES 64 pacientes (16%), SPA 59 pacientes (15%) y ES 41 pacientes (10%). Hubo 207 pacientes (51%) que habían consultado, al menos a una FID en el año previo. No se observaron diferencias entre los grupos por sexo, según la presencia o no de obra social, lugar de residencia, atención en hospital público o privado, ni tiempo de evolución de la enfermedad. Los pacientes del grupo FID tenían una edad promedio de 46,4 años (SD 13,6) vs 56,4 (SD 14,7) en el resto (p<0,001) y tenían una mayor educación (79% secundario/terciario vs 51,6% en el resto; p<0,001). Durante el año previo habían consultado una mediana de 5 FI (rango intercuartil RIC 3-7) vs 2 (RIC 1-3) en el resto (p<0,001) y la IB



fue mayor en los pacientes que habían consultado FID: mediana de 6 (RIC 4-9) vs mediana de 3 (RIC 2-6) en el resto ( $p < 0,001$ ). Tenía celular o computadora con acceso a Internet 97,1% vs 74,4% en el resto ( $p < 0,001$ ) y tenían página de Facebook en 83% vs 42,3% en el resto ( $p < 0,001$ ). El análisis multivariado mostró que la chance de realizar una consulta a FID se reducía un 3% a medida que la edad del paciente aumentaba en 1 año; era 2 veces mayor para los pacientes con nivel secundario vs los pacientes con nivel primario y 75% menor si el paciente no tenía Facebook. Se observó que los pacientes que habían consultado FID adjudicaban una mediana de credibilidad a Facebook de 6 sobre 10 (RIC 2-8) vs 2 sobre 10 (RIC 0-6) en el resto y a Youtube de 6 sobre 10 (RIC 2-8) vs 1 sobre 10 (RIC 0-5) en el resto ( $p < 0,001$ ). Los pacientes que consultaron FID no tuvieron menor credibilidad que el resto en ninguna de las fuentes tradicionales ni se observaron diferencias, entre ambos grupos, en el nivel de credibilidad que adjudicaban al médico, ni a las asociaciones científicas como FI.

**Conclusiones:** la búsqueda de información en FID no implica una menor confianza en los médicos ni en las fuentes de información tradicionales. Por otra parte, si se desea difundir información científica a través de FID, debe considerarse que son más consultadas por pacientes de menor edad, mayor nivel de educación y que consultan a un mayor número de FI.

019

## TRATAMIENTO CON CICLOFOSFAMIDA EN RECAÍDA DE ENFERMEDAD DE KIMURA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Josefina GALLINO YANZI<sup>1</sup>, Fernando ACHINELLI<sup>1</sup>, María Marcela SCHMID<sup>1</sup>, Verónica CERDERA NOGUERA<sup>2</sup>, Marianela Eliana MAURI<sup>1</sup>, Gloria ROVAI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ÁNGELA IGLESIA DE LLANO, <sup>2</sup>LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CITOLOGÍA "DRES. CERDERA NOGUERA"

**Introducción:** La enfermedad de Kimura (EK) es un trastorno inflamatorio benigno, de etiología desconocida, raro, que afecta principalmente a sujetos de origen asiático, predomina en el sexo masculino con un pico de aparición en la tercera década. Clínicamente suele manifestarse por la existencia de masas de tejido subcutáneo localizadas generalmente en la zona de la cabeza y el cuello, con participación de glándulas salivales y adenopatías regionales. A nivel histopatológico, se caracteriza por la afectación de los nódulos linfáticos en forma de pseudotumores fibroinflamatorios, con hiperplasia de folículos germinales, fibrosis intersticial, marcada infiltración eosinófila de la masa y de los tejidos adyacentes y, frecuentemente, eosinofilia con aumento de IgE en sangre periférica. El tratamiento se basa en reportes de casos, siendo de elección la cirugía, y como alternativa: radioterapia, quimioterapia y agentes inmunosupresores como corticoides, leflunomida, ciclosporina A y micofenolato.

**Objetivos:** Describir el caso clínico de un paciente con EK, con recaída de la enfermedad tratado con ciclofosfamida endovenosa 1 g/mes durante seis meses.

**Resultados:** Paciente de sexo masculino de 20 años con diagnóstico de EK desde 2018. Al inicio presentó: adenopatías cervicales, axilares (biopsia de ganglio cervical y parótida: linfadenitis abscedada con intenso infiltrado eosinófilo. Inmunohistoquímica: hiperplasia linfoide); hipereosinofilia (20%) y dosaje de IgE > 2.000 UI/ml. Al momento del diagnóstico inicia tratamiento con meprednisona 40 mg/día con buena respuesta, descenso de los niveles de eosinófilos (4%) y desaparición de las adenopatías, logrando realizar descenso y posterior suspensión de corticoides en septiembre de 2020. En diciembre de ese año, consulta por dolor abdominal cólico asociado a vómitos fecaloides, catarsis negativa. TAC de abdomen y pelvis: asas intestinales dilatadas en duodeno a predominio de yeyuno, desplazando el íleon+adenomegalias 10 mm en raíz de mesenterio y pericecal. Se realiza laparotomía exploradora + conversión, adhesiolisis y resección intestinal e ileostomía en caño de escopeta por peritonitis plástica + vólvulo de intestino delgado perforado, ingresando nuevamente a quirófano para relaparotomía exploradora + lavado y drenaje de cavidad + control de hemostasia. Biopsia: Intestino delgado: inflamación crónica + fibrosis; ganglios: adenitis crónica, histiocitosis sinusal e infiltrado linfocitario. Dosaje de IgE 1025 UI/ml. Se asume como recaída de la enfermedad y se reinicia corticoides a 1 mg/kg. En febrero de 2021 se decide iniciar tratamiento con ciclofosfamida endovenosa 1 gramo/mes por 6 meses, con buena tolerancia. El paciente evoluciona con buen control de la enfermedad, sin adenomegalias, disminución de los niveles de IgE y eosinófilos (3%), pudiendo realizar descenso y suspensión de corticoides. TAC de tórax, abdomen y pelvis: sin evidencia de adenopatías. Actualmente en tratamiento de mantenimiento con micofenolato mofetilo 1,5 gramos/día, sin recaídas hasta el momento. En marzo de 2021 se realizó reconstrucción del tránsito intestinal.

**Conclusiones:** La EK es un trastorno inflamatorio raro, caracterizado por intenso infiltrado eosinófilo de ganglios linfáticos y tejido subcutáneo, siendo cabeza y cuello las localizaciones más frecuentes. La cirugía constituye el principal tratamiento, siendo otras alternativas terapéuticas basadas en reportes de casos: quimioterapia, radioterapia y agentes inmunomoduladores como corticoides orales, ciclosporina A, leflunomida y micofenolato. En nuestro paciente recurrimos al uso de ciclofosfamida endovenosa 1 g/mes por 6 meses para lograr control de la enfermedad con buena respuesta, continuando tratamiento de mantenimiento con micofenolato mofetil 1,5 g/día. En conclusión, ciclofosfamida endovenosa durante 6 meses podría ser una alternativa terapéutica en pacientes con EK sin respuesta, con respuesta parcial o ante recaídas al tratamiento con corticoides.

020

## COMPROMISO OFTALMOLÓGICO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LA ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG-4: REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS DE UN CENTRO DE LA CIUDAD DE CORRIENTES

María Marcela SCHMID<sup>1</sup>, Josefina GALLINO YANZI<sup>1</sup>, Raisa ABRAHAM<sup>2</sup>, Verónica CERDERA NOGUERA<sup>3</sup>, Marianela Eliana MAURI<sup>1</sup>, Gloria ROVAI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ÁNGELA IGLESIA DE LLANO, <sup>2</sup>CONSULTORIO OFTALMOLÓGICO "DRA. R. ABRAHAM", <sup>3</sup>LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CITOLOGÍA "DRES. CERDERA NOGUERA"

**Introducción:** La enfermedad relacionada a IgG4 (ER IgG4) es una enfermedad inflamatoria sistémica, inmunomediada, que puede afectar múltiples órganos y conducir a lesiones destructivas del tejido tumefacto y fallo orgánico. Se presenta con mayor frecuencia entre la sexta y séptima década de la vida. Histopatológicamente se caracteriza por denso infiltrado linfoplasmocitario rico en células plasmáticas IgG4+, fibrosis estoriforme y flebitis obliterativa. Usualmente, aunque no siempre, se encuentran aumentados los niveles séricos de IgG4, por lo tanto la biopsia continúa siendo el *gold standard* en el diagnóstico. El compromiso orbitario, según algunas series, se encuentra presente en aproximadamente el 29% de los casos siendo las manifestaciones más frecuentes: dacrioadenitis, inflamación indolora del párpado (uni o bilateral), exoftalmos, ptosis palpebral, neuropatía óptica, limitación de los movimientos oculares, y con menor frecuencia: escleritis, ulceración corneal, dolor ocular y epifora.

**Objetivos:** Describir dos casos clínicos de pacientes con diagnóstico de ER IgG4, que presentaron compromiso orbitario como manifestación inicial de la enfermedad, diagnosticados y tratados en un hospital público de la Ciudad de Corrientes.

**Resultados:** Caso 1: Paciente de sexo masculino de 57 años de edad sin antecedentes patológicos previos, consulta a médico clínico por diplopía y proptosis bilateral de 11 meses de evolución. Se solicita resonancia nuclear magnética (RNM) de órbita que informa: "presencia de exoftalmia de ambos globos oculares con incremento de intensidad de grasa intramuscular y extraconal y engrosamiento difuso de los músculos rectos externos e internos". Es derivado a Reumatología solicitándose laboratorio inmunológico sin hallazgos de interés. Concomitantemente, es evaluado por

Oftalmología realizándose biopsia de glándula lagrimal: "abundante fibrosis y abundantes infiltrados inflamatorios linfoplasmocitarios que en sectores forman centros germinales". Inmunohistoquímica: "IgG4: > 100 plasmocitos IgG4 + por campo. Relación IgG/IgG4: 75%". Se asume como ER IgG4 y se inicia tratamiento meprednisona 1 mg/kg/día y metotrexato 15 mg/semana (vía oral), evolucionando con resolución de los síntomas, pudiendo disminuir y luego suspender los corticoides sin recaídas hasta el momento. Continúa tratamiento a la fecha con metotrexato 15 mg/semana. Caso 2: Paciente de sexo femenino de 21 años de edad, sin antecedentes patológicos de relevancia, que consulta por presentar dolor ocular y proptosis derecha de 20 días de evolución. Es evaluada por Oftalmología encontrándose asimetría orbitaria, globo ocular descendido y proptosis derecha. Se solicita RMN de órbita que evidencia: "aumento de tamaño de la glándula lagrimal derecha con efecto masa, sugestivo de proceso inflamatorio/neoplásico, sin compromiso óseo". Se decide realizar biopsia de glándula lagrimal que informa: "fibrosis estoriforme, escleritis estromal, flebitis obliterante e infiltrado inflamatorio" se asume como pseudotumor inflamatorio y se inicia tratamiento con meprednisona 1mg/kg/día. Se solicita dosaje de IgG4 sérica el cual se encontraba dentro de los parámetros normales. Posterior a esto, se recibe el resultado de inmunohistoquímica que informa: "extenso infiltrado de plasmocitos IgG4+ con una relación IgG4:IgG>40% compatible con dacrioadenitis por ER IgG4". Asumiéndose finalmente el caso como compromiso oftalmológico secundario a ER IgG4, se agrega al tratamiento metotrexato 15 mg/semana (vía oral) como ahorrador de esteroides, logrando mejoría clínica y sintomática sostenida. A los 6 meses se realiza RMN control, hallándose disminución del tamaño de la glándula lagrimal, sin presentar otros hallazgos patológicos. Actualmente la paciente continúa tratamiento con metotrexato, pudiendo suspender los corticoides, sin presentar recaídas.

**Conclusiones:** La ER IgG4 es una patología inflamatoria sistémica crónica, poco frecuente, que puede afectar múltiples órganos como el páncreas, tracto biliar, glándulas salivales mayores, glándulas lagrimales, retroperitoneo y nódulos linfoides. Puede conducir a lesiones destructivas del tejido tumefacto y a fallo orgánico. El compromiso orbitario más frecuente es la dacrioadenitis. En cuanto al tratamiento, los corticoides son los fármacos de primera elección, utilizándose en algunos casos ahorradores de corticoides como metotrexato, azatioprina, ciclofosfamida, micofenolato, leflunomida o rituximab. En nuestros casos los pacientes presentaron síntomas oculares (diplopía, proptosis, dacrioadenitis) como manifestaciones iniciales y el diagnóstico se realizó mediante el estudio histopatológico. Como tratamiento en los dos casos presentados recurrimos al uso de corticoides 1mg/kg/día asociado a metotrexato con excelente respuesta, pudiendo realizar el descenso correspondiente y la suspensión de los corticoides sin recaídas hasta el momento.

023

## AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO POR COVID-19 Y USO DE TECNOLOGÍAS EN PACIENTES REUMATOLÓGICOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Rafael MARTÍNEZ, Darío Oscar MATA, Malena VIOLA, Hernán MOLINA, María Cecilia GARBARINO, María MARTÍNEZ, Augusto RIOPEBRE, Griselda REDONDO, María DE LA VEGA

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH

**Introducción:** La enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19), desde su brote inicial en Wuhan, China, se convirtió rápidamente en pandemia. En marzo de 2020 se decretó en Argentina el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) y se limitó el acceso a centros de salud y consultas presenciales. Dado que las enfermedades reumáticas, cuando no son controladas correctamente, pueden evolucionar causando daños que afectan al paciente y al sistema de salud, en este trabajo evaluamos la continuidad del seguimiento clínico, el acceso a la medicación y el uso de herramientas digitales por pacientes reumatológicos durante dicho período en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires

**Objetivos:** Primario: Describir la adherencia a los controles clínicos y tratamiento de los pacientes con enfermedad autoinmune durante la pandemia COVID-19 en el período de vigencia del ASPO. Secundarios: Determinar qué conocimiento tenían los pacientes sobre las herramientas digitales durante el ASPO; determinar cuáles de nuestros pacientes utilizaron alguna herramienta tecnológica durante el ASPO para mantener el contacto médico-paciente; evaluar la actividad en los pacientes con artritis reumatoide en la primera consulta presencial luego del ASPO.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, entre el 2 enero y el 30 de abril de 2021, encuestando a los pacientes que se presentaban a la primera consulta presencial luego del ASPO y la apertura de los consultorios reumatológicos. Los pacientes debían haber sido atendidos previamente a la pandemia en el servicio. Se indagó acerca del seguimiento de la enfermedad autoinmune durante el ASPO, la continuidad del tratamiento médico previamente instaurado y el uso de algún recurso tecnológico para comunicarse con el sistema de salud. En pacientes con artritis reumatoide se evaluó la actividad de la enfermedad por medio de CDAl en esa primera consulta.

**Resultados:** Se incluyeron 93 pacientes. Los diagnósticos fueron artritis reumatoide (n:55; 59,9%), LES (n:12; 12,9%), APS (n:9; 9,7%), AIJ (n:9; 9,7%), otras patologías (n:10; 11,9%). No continuaron con el control médico de su enfermedad autoinmune durante el ASPO 72 pacientes (76,9%). Con respecto a la continuidad del tratamiento médico farmacológico, 35 pacientes (36%) suspendieron el tratamiento y las principales razones fueron la falta de comunicación con su médico/falta de receta (n:16; 54,2%), seguido de falta de acceso a su obra social (n: 8; 29,2%). Al interrogar sobre el conocimiento de herramientas tecnológicas para comunicarse con su médico, 83 pacientes (86,1%) respondieron no conocer ninguna herramienta para esta tarea, 6 pacientes (8,3%) conocían la herramienta Zoom, pero no la utilizaron, y 4 pacientes (5,6%) utilizaron el WhatsApp. No utilizaron herramientas digitales para comunicarse con su médico 89 pacientes (94,4%). En el subgrupo de pacientes con AR se encontraron en moderada-alta actividad de la enfermedad 31 pacientes (84,6%), baja actividad 9 pacientes (5,6%) y en remisión 9 pacientes (10,2%), al momento de la primera consulta presencial.

**Conclusiones:** En el ámbito de atención pública de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires, la mayoría de los pacientes no tuvo acceso a la atención médica y un tercio suspendió el tratamiento farmacológico. Los pacientes con artritis reumatoide, evaluados en la primera consulta, se presentaron con índices de moderada/alta actividad en su mayoría. La falta de conocimiento de los pacientes acerca de herramientas digitales representa un desafío para la educación de la población sobre este tipo de recursos, ante la posibilidad de enfrentar nuevos confinamientos.

024

## DEMORA EN ACCESO AL TRATAMIENTO DIRIGIDO EN PACIENTES CON ARTRITIS INFLAMATORIA

Fernando DAL PRA<sup>1</sup>, Florencia SAVY<sup>2</sup>, Mercedes Argentina GARCÍA<sup>2</sup>, Rodrigo GARCÍA SALINAS<sup>3</sup>, Emma de Garignani CIVIT<sup>4</sup>, Marcelo ABDALA<sup>5</sup>, Gabriela Vanesa ESPASA<sup>6</sup>, Ana Lucía BARBAGLIA<sup>6</sup>, Verónica Inés BELLOMIO<sup>6</sup>, Mariana Mabel ACIAR<sup>7</sup>, Emilio BUSCHIAZZO<sup>7</sup>, María Elena CRESPO ESPINDOLA<sup>7</sup>, Lucía DEGIOANNI<sup>8</sup>, Hernán MALDONADO FICCO<sup>9</sup>, María de Los Ángeles GALLARDO<sup>9</sup>, Marcos Gabriel ROSEMFET<sup>1</sup>, Gustavo CITERA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, <sup>2</sup>HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, <sup>3</sup>HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, <sup>4</sup>HOSPITAL EL CARMEN DE MENDOZA, <sup>5</sup>HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ROSARIO, <sup>6</sup>HOSPITAL AC PADILLA, TUCUMAN, <sup>7</sup>HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, SALTA, <sup>8</sup>HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA- RÍO CUARTO, <sup>9</sup>HOSPITAL CASTRO RENDÓN, NEUQUÉN

**Introducción:** Las drogas modificadoras de la enfermedad (DME) biológicas (-b) y sintéticas dirigidas (-sd) han mejorado significativamente los resultados en los pacientes con diagnóstico de artritis inflamatoria. Sin embargo, su alto costo continúa siendo la principal limitante en el acceso. Diversos estudios previos en nuestro centro demostraron que entre un 30 y 45% de los pacientes con indicación de tratamiento dirigido no accede al mismo.

**Objetivos:** Determinar la demora en el acceso a las DME-b y DME-sd y qué factores socioeconómicos o clínicos se asocian a la misma, en una muestra grande de pacientes con artritis inflamatoria de centros públicos y privados de nuestro país. Secundariamente se evaluó el mantenimiento del tratamiento durante los primeros meses y causas de suspensión.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional en pacientes consecutivos con diagnóstico de artritis reumatoidea (AR), artritis psoriásica (APs) o espondiloartritis axial (EspAx) a los que se les indicó DME-b o DME-sd. Se registraron características sociodemográficas y clínicas basales al momento de la indicación: sexo, edad, escolaridad, status laboral, cobertura médica, posesión de certificado de discapacidad, atención en centro público o privado, diagnóstico, actividad de la enfermedad por DAS28 o BASDAI, capacidad funcional por HAQ o BASFI, comorbilidades y tabaquismo. Respecto a la DME indicada se consignó el tipo por mecanismo de acción y si se trató de primer tratamiento de alto costo o cambio de uno previo. Se consignó la demora en el acceso como el tiempo entre la fecha desde la indicación médica hasta la fecha en la que el paciente recibió al tratamiento. Una vez dado el acceso, se evaluó la provisión de la medicación durante los primeros 3 meses. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Se estimó la media de demora en acceso al tratamiento mediante curvas de Kaplan-Meier. Se evaluaron características basales asociadas a la demora mediante análisis de log rank. Se estudiaron predictores de demora en acceso por análisis de regresión proporcional de Cox.

**Resultados:** Se incluyeron 313 pacientes de 9 centros del país con indicación de DME-b o -sd entre enero de 2019 y julio de 2020. El 78% era de sexo femenino, edad media de 50,6 años (DE 13,9), escolaridad mediana de 12 años (RIC 7-15). Status laboral: 34% empleados, 28% amas de casa, 13% jubilados, 13% desempleados. Cobertura médica: 47,6% sin cobertura; 46,6% obra social; 5,8% prepaga. Un 63,9% de los pacientes se atendían en centros públicos. El 84% de los pacientes tenían diagnóstico de AR, 8% APs y 8% EspAx. Antes de la indicación los pacientes tenían alta actividad de la enfermedad y alto grado de discapacidad. Un 40,7% había recibido DME-b o DME-sd previamente. Las indicaciones más frecuentes fueron anti-TNF (47,6%), inhibidor JAK (20,4%) y anti-IL6 (10,5%). Tras una media de seguimiento de 6 meses luego de la indicación, 63% de los pacientes recibieron la medicación indicada, 27% no la recibieron y un 10% la recibió pero su suministro fue discontinuo. La mediana estimada de tiempo de demora en el acceso fue de 88 días. Esta no se vio influenciada por el sexo, edad, diagnóstico, comorbilidades, tabaquismo, actividad de la enfermedad, discapacidad o tipo de medicación indicada. Se asociaron a mayor demora, por análisis univariado, la escolaridad menor a 12 años, el status de pensionado, cobertura pública, poseer certificado de discapacidad y estar recibiendo corticoides sistémicos o tratamiento con DME convencionales combinadas. En el análisis multivariado por regresión de Cox, las únicas variables asociadas a menor demora en acceso fueron poseer cobertura prepaga (HR: 2,36; IC95% 1,1-4,9) u obra social (HR 1,79; IC95% 1,1-2,9) comparado a pacientes sin cobertura. Entre los 228 pacientes que recibieron la medicación indicada, 24 la suspendieron dentro de los primeros 3 meses (11: falta de provisión, 4: decisión del paciente, 4: eventos adversos, 3: falta de eficacia y 2: otros motivos).

**Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes con indicación de DME-b o DME-sd, la única variable independientemente asociada a mayor demora en el acceso fue poseer cobertura pública. Un tercio de los pacientes no recibieron el tratamiento indicado dentro de los 6 meses posteriores a la prescripción. Adicionalmente, la mayoría de los pacientes que suspendieron el tratamiento una vez recibido fue debido a falta de provisión continua.

**PREDICTORES DE DESENLACE EN ARTRITIS TEMPRANA: RESULTADOS A 12 MESES**

Dafne CAPELUSNIK<sup>1</sup>, Fernando DAL PRA<sup>1</sup>, Emilce Edith SCHNEEBERGER<sup>1</sup>, Enrique Roberto SORIANO<sup>2</sup>, Javier ROSA<sup>2</sup>, Oscar L. RILLO<sup>3</sup>, Yessica María PONCE DELGADO<sup>3</sup>, María Elena CRESPO ESPINDOLA<sup>4</sup>, Antonio CATALAN PELLET<sup>5</sup>, Anastasia SECCO<sup>5</sup>, Edson Javier VELOZO<sup>6</sup>, Alberto BERMAN<sup>7</sup>, Mercedes Argentina GARCÍA<sup>8</sup>, Francisco CAEIRO<sup>9</sup>, Sergio PAIRA<sup>10</sup>, Gustavo CITERA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, <sup>2</sup>HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES, <sup>3</sup>HOSPITAL PIROVANO, <sup>4</sup>HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO SALTA, <sup>5</sup>HOSPITAL RIVADAVIA, <sup>6</sup>UNIVERSIDAD ADVENTISTA DEL PLATA, <sup>7</sup>CENTRO MÉDICO PRIVADO DE REUMATOLOGÍA, <sup>8</sup>HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA, <sup>9</sup>HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA, <sup>10</sup>HOSPITAL CULLEN

	Femenino	62,3 (42,4; 82,1)	81,3 (67,7; 94,8)		
	Masculino	69,7 (47,4; 92,1)	85,8 (72,6; 99,0)	<3,2	
<b>SEXO</b>	Femenino	82,5 (75,1; 89,8)	92,5 (88,4; 96,7)		<b>DAS28 basal</b>
	Masculino	86,8 (76,6; 97,0)	94,5 (89,7; 99,3)	>3,2-5,1	
	Femenino	91,3 (86,5; 96,1)	96,5 (94,2; 98,8)		
	Masculino	93,6 (87,8; 99,4)	97,5 (95,0; 100)	>5,1	
		<b>ACPA negativo</b>	<b>ACPA positivo</b>		

TABLA 1

Outcomes	Modelo 1a AR persistente OR (95 IC)	Modelo 1b AR persistente OR (95 IC)	Modelo 2a AR persistente OR (95 IC)	Modelo 2b AR persistente OR (95 IC)
N	708	708	507	507
Edad (años)	0,99 (0,89; 1,01)	0,99 (0,98; 1,01)	0,99 (0,97; 1,01)	0,99 (0,97; 1,01)
Sexo femenino	1,06 (0,57; 2,00)	1,06 (0,56; 1,99)	0,72 (0,30; 1,71)	0,72 (0,30; 1,70)
FR positivo	2,33 (1,44; 3,78)***	2,45 (1,52; 3,98)***		
ACPA positivo	-	-	2,61 (1,38; 4,93)**	2,63 (1,39; 4,98)**
DAS28 basal	1,27 (1,06; 1,52)**		1,59 (1,24; 2,04)***	
DAS28 categórico				
MDA (vs LDA)	-	1,81 (0,85; 3,86)*	-	2,86 (1,68; 6,99)*
HDA (vs LDA)	-	2,83 (1,30; 6,15)*	-	6,39 (2,42; 16,82)***

TABLA 2: PREDICTORES DE ENFERMEDAD PERSISTENTE LUEGO DE 12 MESES

\*p<0,1; \*\*p<0,05; \*\*\*p<0,01; \*\*\*\*p<0,001

FR: factor reumatoideo; ACPA: anticuerpos contra péptidos citrulinados; DAS28: disease activity score-28; LDA: bajo nivel de actividad; MDA: moderado nivel de actividad; HDA: alto nivel de actividad.

**Objetivos:** Identificar predictores de desenlace en pacientes con artritis temprana luego de 12 meses de seguimiento en una clínica de artritis temprana argentina.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, longitudinal, prospectivo, donde se incluyeron pacientes con artritis temprana (al menos 1 articulación inflamada y <de 2 años de evolución) que tuvieran al menos un año de seguimiento. Se registraron datos sociodemográficos, clínicos y características de la enfermedad al ingreso a los 3, 6 y 12 meses. Luego de 1 año de seguimiento, cada paciente fue clasificado según diagnóstico en: artritis auto-limitada, artritis persistente no erosiva o artritis persistente erosiva. Análisis estadístico: la asociación entre los diferentes predictores de diagnóstico a los 12 meses fue evaluado mediante regresión logística múltiple, ajustado por potenciales confundidores. Factor reumatoideo (FR) y anticuerpos anti péptidos citrulinados (ACPA) fueron incluidos en modelos separados con el fin de evitar multicolinealidad. Se consideró significativo un valor de p<0,05.

**Resultados:** Se incluyeron 839 pacientes, 83% sexo femenino, edad media de 57±14 años, y duración de los síntomas de 8,2±6,2 meses; 67,5% era FR positivo y 59% ACPA positivo. La actividad de la enfermedad basal media medida por Disease activity Score-28 (DAS28) fue de 5.1 (1.4), con una media de 6 (5) articulaciones inflamadas, eritrosedimentación de 34 (25) mm/h y PCR

4 (6) mg/dl; la capacidad funcional medida por *Health Assessment Questionnaire- Argentino* (HAQ-A) basal fue 1,2 (0,8). Luego de 12 meses de seguimiento, 11% de los pacientes fue catalogado como enfermedad auto-limitada, mientras que 89% tuvo diagnóstico de enfermedad persistente. De ellos, 34% presentaba erosiones detectadas por radiografías, catalogándose como enfermedad persistente erosiva. La seropositividad, tanto para FR como para ACPA, junto con el DAS28 basal fueron las variables independientemente asociadas al desarrollo de enfermedad persistente a los 12 meses. [Modelo 1a: FR OR 2.33 (IC95% 1.44-3.78) y DAS28 1.27 (1.06, 1.52); Modelo 2a: ACPA 2.61 (1.38, 4.93) y DAS28 1.59 (1.24, 2.04)] (Tabla 2). En el modelo de predicción puede observarse que un paciente de sexo femenino, ACPA negativo, con un bajo nivel de actividad basal (DAS28 <3.1) presenta una probabilidad del 62,3% de desarrollar una artritis persistente luego de 12 meses, mientras que un paciente de sexo masculino, ACPA positivo, con alto nivel de actividad basal, la probabilidad tener enfermedad persistente asciende al 97,5% (Tabla 1).

**Conclusiones:** Los predictores de artritis persistente luego de 12 meses del diagnóstico de artritis temprana son la seropositividad para FR o ACPA y mayor nivel de actividad basal.

027

## MANO EDEMATOSA POR PROBABLE TENOSINOVITIS INFECCIOSA EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Cecilia Alejandra COSTA, Julia RIERA, Javier Alberto CAVALLASCA, Jorge Luis MUSURUANA

HOSPITAL J B ITURRASPE

**Introducción:** Caso clínico: paciente masculino de 50 años, carpintero, con espondilitis anquilosante con compromiso axial y articular periférico desde el año 2008. En tratamiento con infliximab 300 mg/8 semanas desde el 2009 logrando remisión. En enero del 2021 presenta tumefacción del dorso de mano derecha, con extensión al antebrazo. Lesiones eritematosas y escoriaciones en palma, agregando lesiones digitales con incipiente necrosis. Eco doppler mano (28-01-21): tenosinovitis flexora, leve a moderado derrame articular que distiende el receso dorsal de la articulación radiocarpiana. Sinovitis. Nervio mediano con atrapamiento. Importante edema de TCS. Al examen físico el edema del TCS impresionaba una celulitis. RMN mano derecha y antebrazo (09-02-21): marcado incremento en el espesor del TCS tanto en la región dorsal como palmar de la muñeca; con extensión hacia los dedos y antebrazo. Incremento de señal en las secuencias STIR, intensidad de señal disminuida en las secuencias T1, sugiriendo celulitis sin colecciones o abscesos evidentes. No hay signos de osteomielitis. Hemocultivos x 2 negativos. Se realiza cirugía del STC, se toman muestras para anatomía patológica y cultivos. TAC de tórax s/p. Se indica tratamiento con antibióticos IV de amplio espectro por 10 días continuando luego VO. Biopsia tendones (11-02-21): tejido fibrocolágeno tendinoso con infiltrado inflamatorio mixto. Se observan linfocitos, plasmocitos, eosinófilos y leucocitos polimorfonucleares. Compatible con proceso inflamatorio agudo y crónico de tejido tendinoso. Cultivos negativos. En marzo de 2021 presenta ulceración cutánea con placa necrótica en su interior. Se toman nuevas muestras de piel. Biopsia de Piel de palma de la mano: epidermis con hiperqueratosis y acantosis irregular con espongiosis. Dermis reticular con área de infiltración linfohistiocitaria con aisladas células gigantes multinucleadas, en algunas zonas se disponen constituyendo empalizadas que rodean a sectores centrales de degeneración del colágeno y necrosis. Escasos PMN dispersos. Técnica de PAS: no se identifican gérmenes específicos. Diagnóstico: proceso inflamatorio granulomatoso con células multinucleadas, sin vasculitis. Cultivos para gérmenes comunes y BAAR negativos. PPD cero. Serologías VDRL, VHB, VHC y HIV negativas. En monoterapia con naproxeno desde enero por suspensión del anti-TNF- $\alpha$  por sospecha de infección, presenta una reactivación de su EA. Se realiza artrocentesis diagnóstica y terapéutica de rodilla. Líquido Sinovial: no se observan leucocitos, con Gram, ZN y BAAR negativos. Cultivo micológico negativo. Se inicia tratamiento empírico con minociclina 100 mg/día. En junio inicia secukinumab 150 mg/semana por 4 semanas, luego 150 mg/mes. En julio se evidencia notable mejoría tanto de sus lesiones cutáneas, como de su EA.

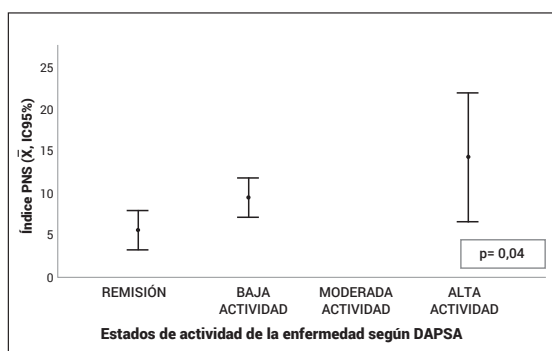
**Conclusiones:** Se trató como una tenosinovitis infecciosa por micobacterias atípicas (*Bovis*, *Kansasii*, *Avium* o *Intracelularis*) en forma empírica. La manifestación más común de infección granulomatosa por tratamiento con anti TNF  $\alpha$  es por *mycobacterium tuberculosis*, afectando las manos como dactilitis tuberculosa. También debe sospecharse en un paciente inmunodeprimido infección por *mycobacterium leprae* y micosis profundas. También debe considerarse la formación de granulomas estériles en contexto de terapia anti-TNF- $\alpha$ . No realizar un tratamiento empírico apropiado se asocia con un gran aumento de la morbimortalidad y de la probabilidad de la progresión de la infección. El tratamiento antimicrobiano empírico fue suficiente para cubrir los patógenos probables, teniendo en cuenta todos los factores relacionados con el paciente (procedencia, ocupación, la prevalencia local de los patógenos y sus patrones de sensibilidad). La selección de un régimen antimicrobiano empírico óptimo fue uno de los determinantes de la buena evolución de este paciente.

028

## EFFECTO DEL COMPROMISO UNGUEAL SOBRE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

Carolina Ayelén ISNARDI, María Agustina ALFARO, Brian ROLDAN, Tatiana BARBICH, Virginia CARRIZO ABARZA, María Gisela CRESPO ROCHA, Emilce Edith SCHNEEBERGER, Gustavo CITERA

INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA



**FIGURA:** ASOCIACIÓN ENTE EL VALOR DE PNS Y LA ACTIVIDAD DE APS

**Objetivos:** Aproximadamente el 80% de los pacientes con artritis psoriásica (APs) presenta afectación ungueal. Su presencia ha sido asociada con mayor actividad de la enfermedad, discapacidad y peor calidad de vida. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto del compromiso ungueal sobre la actividad de la enfermedad, el estado funcional y la calidad de vida en pacientes con APs.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional de corte transversal, en el que se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años de edad con diagnóstico de APs según criterios CASPAR. Se evaluaron características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas, presencia de comorbilidades y manifestaciones extra musculoesqueléticas. Se consignaron dolor y actividad global de la enfermedad según el paciente y el médico por medio de EVN (escala visual numérica), recuento de articulaciones tumefactas y dolorosas (66/68), presencia de rigidez matinal, de dactilitis y de entesitis por medio de MASES, peso y talla. La psoriasis cutánea se valoró por medio de PASI, BSA y PGA. Se registraron los valores de ERS (mm/h) y PCR (mg/dl). Se administraron los cuestionarios HAQ-A para capacidad funcional y PsAQoL y DLQI para calidad de vida. Se calcularon los índices compuestos: DAPSA, CPDAI. Se determinó



la presencia de MDA. El compromiso ungueal fue evaluado por el índice PNSS. Análisis estadístico: Análisis descriptivo. Test de Chi<sup>2</sup> y exacto de Fisher, test T de Student, Mann Whitney, ANOVA. Correlación de Spearman. Regresión lineal y logística múltiple.

**Resultados:** Se incluyeron 170 pacientes, 50% de sexo femenino, con tiempo promedio de evolución de la APs de 11,5±9,7 años. El 84,7% presentó compromiso ungueal, siendo el valor mediano del índice PNSS 7.5 (RIC 2-14). La afectación ungueal (PNSS≥1) se asoció con compromiso cutáneo más extenso, PASI X 5,3±9,9 vs X 1,8±2,9, p=0,001. Además, el 92,6% de los pacientes tabaquistas tuvo afectación ungueal vs el 79,4% en los no tabaquistas, p=0,028. Aquellos con al menos un sitio de entesis activo tuvieron valores de PNSS más elevados, sin embargo esta diferencia no alcanzó significancia estadística (X 11,9±13,2 vs X 8,5±8,9, p=0,055). Los pacientes con mayor actividad de la APs según DAPSA presentaron daño ungueal más extenso (Figura 1), similar a lo observado en aquellos pacientes que no cumplían con criterios MDA (X 12±12,5 vs X 6,6±7,2, p<0,0001). No se encontró asociación alguna con la capacidad funcional y la calidad de vida. En el análisis multivariado, ajustando para edad, sexo y tiempo de evolución de la enfermedad, la extensión del compromiso ungueal se asoció a mayor afectación cutánea (PASI: coef B 0,3, IC95% 0,1-0,5). Asimismo, en los modelos en los cuales se excluyó el PASI, la actividad de la APs según DAPSA se asoció a mayores valores de PNSS (coef B 0,2, IC95% 0,01-0,4, p=0,047).

**Conclusiones:** Como es de esperar, la extensión de la afectación ungueal se asoció fuertemente con el daño cutáneo. Por otro lado, los pacientes con mayor daño en las uñas presentaron mayor actividad de la APs.

029

**PACIENTES CON COMPROMISO ORBITARIO Y RENAL, DIAGNÓSTICOS ATÍPICOS**

María Eugenia CORREA LEMOS BARBARO, Lorena Ayelén SAGER, Susana Graciela ROVERANO, Alberto ORTIZ, Sergio PAIRA

HOSPITAL CULLEN

N	Compromiso orbitario	Compromiso renal	Otras manifestaciones	Laboratorio	Imágenes	Histología orbitaria	Histología renal	Diagnóstico final
Caso 1	Pseudotumor orbitario unilateral	Proteinuria en rango nefrótico	Cefalea hemisférica ipsilateral diplopía	-Reactante de fase aguda elevada -Inmunológico negativo -Dosaje de subunidad de IgC4 normal	-Compromiso de los músculos recto interno, externo y superior -Exoftalmos -Compromiso de la grasa intra y extraconal y aumento de tamaño de glándula lagrimal	Glándula lagrimal: fibrosis estariforme e infiltrado linfoplasmocitario denso Inmunomarcación: 15 células IgC4 por alto campo y rango IgG4/IgG ≤40%	Glomerulonefritis proliferativa y focal con focos de necrosis fibrinoide intraglomerular y esclerosis con adherencias floculo capsulares, atrofia tubular focal en 30%, intenso infiltrado inflamatorio mononuclear intersticial	ER- IgG4 sistémica
Caso 2	Lesiones clinicamente compatibles con xantomas	Proteinuria en rango nefrótico	Dolor neuropático en manos. Artralgia. Xeroftalmia. Hipertrofia de papila. Lesiones nódulopapulares en lengua. Engrosamiento tendinoso en manos. Hemorragia digestiva	-Inmunológico negativo -Hipoalbuminemia -Hipogammaglobulinemia -Inmunofijación en suero y orina de cadenas lambda monoclonal	No presenta alteraciones imagenológicas	Párpado: zona amorfa en la dermis, sin presencia de histiocitos, plasmocitos, necrosis ni vasculitis, al ver esta zona con luz polarizada se observa la coloración verde manzana	Esclerosis glomerular focal y segmentaria, con atrofia en túbulo aislados con componente vascular no evaluable	Amiloidosis AL
Caso 3	Pigmentación ocre periocular bilateral, compatible con "signo del mapache"	Proteinuria en rango nefrótico	Deformaciones en manos por AR	-Reactante de fase aguda aumentado -FR+ -Anti CCP ≥200 -Proteínograma normal	Ecografía renal con asimetría renal Radiografía: fractura de alerones sacros y región isquiopubiana izquierda	Piel: depósitos eosinofílicos en dermis superficial y profunda rojo Congo + con birrefringencia verde manzana a la luz polarizada	Riñón: no se realiza por riesgo de sangrado	Amiloidosis secundaria a AR

**Introducción:** El compromiso orbitario y renal concomitante se puede encontrar en varias enfermedades con o sin compromiso sistémico de origen infeccioso o no infeccioso como: enfermedad de Graves, enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4), sarcoidosis, síndrome de Sjögren (SS), enfermedad de Wegener, histiocitosis, neoplasias, las cuales deben tenerse en cuenta como diagnósticos diferenciales poco valorados ante eventual compromiso.

**Objetivos:** Descripción de tres casos clínicos, de pacientes vistos en servicio de Reumatología del Hospital Dr. J. M. Cullen, Santa Fe con compromiso orbitario y renal concomitante, con diagnóstico final de ER-IgG4 en un caso y de amiloidosis en los otros dos.

**Materiales y Métodos:** Se revisaron historias clínicas de pacientes que consultaron al servicio de Reumatología del Hospital J.M. Cullen por compromiso orbitario y renal.

**Resultados:** En Tabla 1 se describen de los tres casos, el compromiso orbitario y renal, otras manifestaciones, laboratorio, estudios complementarios como imágenes, histología de biopsia de orbita y/ o renal y el diagnóstico final

**Conclusiones:** Los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta ante el compromiso ocular y renal concomitante en un paciente van más allá de las entidades sospechadas habitualmente. Por lo tanto, la enfermedad por IgG4, amiloidosis, gammapatías deben tenerse en cuenta dado que su baja sospecha lleva a un retraso en el diagnóstico y tratamiento con consecuencias irreversibles.

030

**FRECUENCIA DE COMORBILIDADES EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA DE LOS MÉDICOS A LAS RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO DE LAS GUÍAS GRAPPA 2015**

María Agustina ALFARO, Carolina Ayelén ISNARD, Brian ROLDAN, Tatiana BARBICH, Virginia CARRIZO ABARZA, María Gisela CRESPO ROCHA, Osvaldo Luis CERDA, Emilce Edith SCHNEEBERGER, Gustavo CITERA

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA IREP

**Introducción:** Los pacientes con artritis psoriásica (APs) presentan un aumento en la prevalencia de comorbilidades, las cuales deben tenerse en

cuenta para el manejo óptimo de los mismos. Las guías GRAPPA establecen lineamientos para la elección de tratamientos de acuerdo a las comorbilidades concomitantes.

**Objetivos:** Analizar la influencia de las comorbilidades sobre la actividad de la APs, capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes y estudiar la adherencia a las recomendaciones de tratamiento de las guías GRAPPA en relación a las comorbilidades reportadas.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional de corte transversal. Se incluyeron pacientes >=18 años de edad con diagnóstico de APs (criterios CASPAR). Se evaluaron características sociodemográficas y clínicas, antecedentes personales, actividad y tratamiento actual. Las comorbilidades fueron valoradas mediante el índice RDCl (*Rheumatic Disease Comorbidity Index*) que considera: alteraciones pulmonares, cerebro cardiovasculares, gastrointestinales, fracturas, depresión, diabetes y cáncer. El rango es de 0 a 9 de acuerdo a la cantidad de comorbilidades presentes. Se analizó el cumplimiento de las recomendaciones de tratamiento en relación a las comorbilidades establecidas por las guías GRAPPA 2015. Análisis estadístico: Análisis descriptivo. Test de Chi<sup>2</sup> o test exacto de Fischer, prueba de T de Student o Mann Whitney y ANOVA o Kruskal Wallis. Regresión lineal y logística múltiple.

**Resultados:** Se incluyeron 170 pacientes, 50% de sexo femenino, con edad mediana (m) de 56 años (RIC 45-65), tiempo de evolución m de 9,9 años (RIC 4-17) y el 85,9% con compromiso periférico puro. El 61,8% recibía drogas modificadoras de la enfermedad (DME) convencionales y el 26,5% agentes biológicos, siendo metotrexato y anti-TNF los más frecuentes, respectivamente. El 67,6% de los pacientes presentó al menos una comorbilidad (RDCl>=1): cerebro cardiovasculares (40,5%), gastrointestinales (30,5%), diabetes (11,2%), alteraciones pulmonares (11,2%), fracturas (7,6%), depresión (10,6%) y cáncer (3,5%). Otras comorbilidades como sobrepeso u obesidad y esteatohepatitis fueron reportadas en el 78,8% y 11,2%, respectivamente. Los pacientes con RDCl>=1 eran de mayor edad (X 57,3±12,7 años vs 48,2±13,2 años, p<0,0001), presentaban más frecuentemente sobrepeso u obesidad (84,3% vs 67,3% p=0,011) y peor calidad de vida (PsAQoL X 7,6±6,6 vs 5,2±6, p=0,025). A su vez, los pacientes con valores más altos de RDCl tenían mayor compromiso periférico puro (X 1,6 ±1,6 vs 0,9 ±1,1, p=0,01), no presentaban MDA (*Minimal Disease Activity*) (X 1,7 ±1 vs 0,9 ±1, p=0,001) y consumían más AINES (X 1,8 ±1,7 vs 1,1 ±1,8, p=0,005). En el análisis multivariado, la edad fue el factor que más fuertemente se asoció con la presencia de comorbilidades (OR 1.06, IC95% 1.03-1.09). Además, a mayor valor del RDCl, menor probabilidad de alcanzar MDA (Coef B -0.71, IC95% -1.13 -0.29) y mayor uso de AINES (Coef B 0.64, IC95% 0.23-1.04). En relación a la adherencia a las recomendaciones GRAPPA, notamos un considerable porcentaje de consumo de AINES en pacientes con patología cardiovascular y de MTX en pacientes con esteatohepatitis (Tabla).

**Conclusiones:** La prevalencia de comorbilidades en los pacientes con APs es alta y su presencia se asocia fundamentalmente a la edad. Además, a mayor número de comorbilidades, menor chance de alcanzar MDA y mayor consumo de AINES. En un porcentaje no despreciable de casos no se cumplían las recomendaciones de tratamiento en relación a las comorbilidades.

Tratamiento	Insuf. cardíaca n=10	Cardiopatía isquémica n=17	Esteatohepatitis n=19	Diabetes n=29	Insuf. renal n=2	Neoplasias n=6	Osteoporosis n=2 (densitometrías óseas en última visita n=6)
AINES, n(%)	7 (70)	11 (64,7)	9 (47,4)	-	1 (50)	-	-
Glucocorticoides, n(%)	2 (20)	5 (29,4)	-	8 (27,6)	-	-	1 (50)
Anti-TNF, n(%)	0 (0) (CF III o IV)	-	-	-	-	1 (16,7)	-
Metotrexato, n(%)	-	-	11 (57,9)	16 (55,2)	1 (50)	-	-
Leflonomida, n(%)	-	-	1 (5,8)	-	-	-	-

Variables	Con HU (n=16)	Sin HU (n=34)	p
Edad (mediana, años)	58 (53-62)	49 (39-59)	p=0,04
Sexo masculino (n,%)	12 (75)	6 (25)	p=0,05
<b>Comorbilidades (n,%)</b>			
Hipertensión arterial	10 (63)	27 (71)	p=0,05
Obesidad	11 (69)	16 (34)	p=0,08
Diabetes	10 (63)	26 (76)	p=0,75
Síndrome metabólico	13 (81,25)	21 (61,76)	p=0,05
Dislipemia	14 (87,5)	21 (45)	p=0,67
Cardiopatía isquémica	10 (63)	13 (34,2)	p=0,92
Tabaquismo	1 (6,25)	3 (8)	p=0,27
Alcoholismo	11 (69)	18 (47)	p=0,37
<b>Compromiso cutáneo</b>			
Tiempo evolutivo (mediana, años)	14,34 (14,15-14,47)	14,25 (14,11-14,68)	p=0,50
En placas (n,%)	16 (100)	34 (100)	p=0,3
<b>Compromiso artritis psoriásica</b>			
Tiempo evolutivo (mediana, años)	6,55 (1,28-14,43)	1,33 (0,42-3,27)	p=0,03
Predominio articular poliarticular (n,%)	14 (87,5)	32 (84)	p=0,99
PASI (mediana)	1,85 (0,2-11,2)	4,4 (1,2-7)	p=0,49
<b>Tratamiento recibido (n,%)</b>			
DMARD convencionales	9 (56,25)	23 (61)	p=0,64
Terapia biológica/pequeñas moléculas	9 (56,25)	10 (39,41)	p=0,05
DAPSA (mediana)	11,5 (4-20)	21 (12-27)	p=0,01
Alta actividad por DAPSA (n,%)	1 (6,25)	4 (11,76)	p=1
Moderada actividad por DAPSA (n,%)	3 (19)	25 (66)	p=0,001
Baja actividad por DAPSA (n,%)	7 (43,75)	9 (26,47)	p=0,18
Minimal disease activity (n,%)	8 (50)	4 (11)	p=0,001

### HIPERURICEMIA Y ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN ARTRITIS PSORIÁSICA

Yohana Soledad TISSERA<sup>1</sup>, Verónica SAVIO<sup>1</sup>, María Isabel QUAGLIA<sup>1</sup>, Rosa María FIGUEROA<sup>1</sup>, Juan Alejandro ALBIERO<sup>1</sup>, Carla Andrea GOBBI<sup>2</sup>, María Elena CASTRILLON<sup>3</sup>, Ana Carolina MARTINI<sup>4</sup>, Marcela DEMARCHI<sup>5</sup>, Daniela LEWIS<sup>6</sup>, Viviana NEME<sup>7</sup>, Paula Beatriz ALBA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO CLÍNICA MÉDICA-UNIDAD REUMATOLOGÍA, HOSPITAL CÓRDOBA, <sup>2</sup>CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA I, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC, <sup>3</sup>SERVICIO DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES, HOSPITAL ITALIANO DE CÓRDOBA, <sup>4</sup>UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, <sup>5</sup>SECCIÓN INMUNOLOGÍA, SERVICIO DE BIOQUÍMICA HOSPITAL CÓRDOBA, <sup>6</sup>SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES, HOSPITAL ITALIANO DE CÓRDOBA, <sup>7</sup>SERVICIO DE BIOQUÍMICA, HOSPITAL CÓRDOBA

**Introducción:** La enfermedad psoriásica (EPs) es un término actualmente utilizado para describir un abanico de manifestaciones en piel, articulaciones periféricas, eje axial, entesitis, dactilitis y otras manifestaciones extra-articulares que afecta a pacientes con psoriasis. Los pacientes con artritis psoriásica (APs) tienen un riesgo aumentado de enfermedad cardiovascular, comparado con la población general, asociado tanto a mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular tradicionales como al estado proinflamatorio crónico que favorecen la aterosclerosis precoz (ATEp) y subclínica (ATEs) a partir de la disfunción endotelial. Asimismo, existe una mayor incidencia de enfermedades y eventos cardiovasculares en pacientes que presentan hiperuricemia (HU) y que ésta es más frecuente en pacientes con APs, demostrando un fuerte vínculo entre ella y posibles mecanismos fisiopatológicos subyacentes aún desconocidos.

**Objetivos:** describir la frecuencia y características de los pacientes con APs que presentan HU y su relación con la presencia de aterosclerosis subclínica.

**Materiales y Métodos:** Estudio transversal, realizado en una clínica de es-

pondiloartritis que incluyó pacientes con APs según criterios de CASPAR, consecutivamente desde julio de 2019 a marzo de 2021. Se analizaron características demográficas, comorbilidades, hábitos tóxicos, tratamiento, tiempo y evolución del compromiso articular en APs, peso, talla, perímetro abdominal e índice de masa corporal (IMC). Las muestras sanguíneas fueron recolectadas en ayunas de 12 horas. Se les realizó ecografía doppler carotídea con medición del espesor de la íntima media carotídea y evaluando la presencia de placas. Variables cuantitativas fueron expresadas en mediana y primary tercer cuartil y las variables en frecuencia y porcentaje. Se utilizaron para variables categóricas test Chi cuadrado y Wilcoxon para las numéricas.

**Resultados:** Se incluyeron 54 pacientes, 16 (28,07%) de ellos presentaban hiperuricemia con una mediana de 6,85 (6-7,8) mg/dl. En la Tabla, se muestran las características generales correspondientes al grupo con HU y sin HU. La presencia de aterosclerosis subclínica fue más frecuente en pacientes con HU, aunque sin significancia estadística (50% vs 29%;  $p=0,34$ ). Además, cuatro presentaban placas carotídeas bilaterales clase II-III.

**Conclusiones:** En nuestra cohorte, casi un tercio de los pacientes presentó hiperuricemia, con una enfermedad de mayor tiempo de evolución y asociación a factores de riesgo cardiovasculares como obesidad y síndrome metabólico. Además, la presencia de aterosclerosis precoz fue frecuente, encontrándose en la mitad de los pacientes con APs e hiperuricemia.

033

## DIARREA Y PÉRDIDA DE PESO COMO FORMAS DE PRESENTACIÓN DE GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEÍTIS

Tamara ARIAS, Cecilia BATTAGLIA, Ana María BERON, Gustavo MEDINA

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, CABA

**Introducción:** La granulomatosis eosinofílica con poliangiitis (EGPA) es una enfermedad de baja prevalencia e incidencia, caracterizada por asma, eosinofilia en sangre periférica y tisular, granulomas extravasculares y vasculitis de vasos de pequeño y mediano tamaño. Pertenece al grupo de vasculitis asociadas a anticuerpos anti citoplasma de neutrófilos (AAV) aunque solo se detectan dichos anticuerpos en un 40-60% de los pacientes con esta condición. Se ha descrito que el compromiso gastrointestinal (GI) ocurre en el 50% de los pacientes, siendo el intestino delgado el más comúnmente afectado. Los principales síntomas son dolor abdominal (97%), vómitos (33%) y diarrea (33%).

**Objetivos:** Presentar el caso clínico de una paciente mujer de 71 años con diarrea de un mes de evolución, con evidencia de eosinofilia periférica e infiltración eosinofílica difusa en el tracto GI en la que se planteó el diagnóstico diferencial entre síndrome hipereosinofílico idiopático y EGPA. El interés del caso reside en la baja prevalencia de la enfermedad, en particular en este rango etario, y en la forma de presentación. De nuestro conocimiento, éste es el segundo caso reportado con estas características.

**Materiales y Métodos:** Descripción: Mujer de 71 años, con antecedentes de rinosinusitis alérgica y asma diagnosticada 10 años previos. Consulta por diarrea acuosa de un mes de evolución, asociada a pérdida de 4 kg de peso. Al ingreso presenta eosinofilia ( $3.600/\text{mm}^3$ ). En la tomografía de abdomen y pelvis con contraste endovenoso se observa engrosamiento parietal del íleon con signos de edema parietal e hiperemia y presencia de múltiples ganglios de aspecto inflamatorio en el mesenterio. Se realiza videoendoscopia digestiva alta y videocolonoscopia, y se toman biopsias escalonadas que informan esofagitis, duodenitis y colitis eosinofílica sin evidencia de vasculitis. Durante la internación, desarrolla lesiones purpúricas en miembros inferiores con biopsias compatibles con vasculitis leucocitoclástica. Se solicita: FAN (HEP2), ANCA (IFI) y MPO y PR3 (ELISA) negativos; complemento (c3 y c4) normal. Evolucionó con dolor urente y parestesias en miembro superior derecho por lo que se realiza electro-miograma de cuatro miembros que informa polineuropatía axonal aguda sensitivo-motora con signos de denervación actual. Se interpreta como EGPA. Se inicia tratamiento con 3 pulsos de metilprednisolona de 500 mg EV continuando con meprednisona 1 mg/kg/día VO en plan de descenso gradual y pulsos de ciclofosfamida de 1 gramo EV mensual, cumpliendo 6 gramos totales en forma ambulatoria. Evolucionó con negativización de la eosinofilia, desaparición de los síntomas digestivos y de las lesiones cutáneas. Se indica azatioprina como mantenimiento a dosis de 2 mg/kg con evolución favorable un año después del diagnóstico con persistencia únicamente de parestesias en el 1, 2 y 3º dedo de mano derecha.

**Resultados:** Discusión: el Colegio Americano de Reumatología (ACR) propuso 6 criterios clasificatorios: asma, eosinofilia periférica mayor del 10%, anomalía de senos paranasales, infiltrados pulmonares migratorios o transitorios, mononeuropatía o polineuropatía y una biopsia conteniendo un vaso sanguíneo en la que se identifique acumulación de eosinófilos en áreas extravasculares. Se requiere de 4 o más de estos criterios para establecer el diagnóstico. La puntuación de cinco factores (FFS) fue propuesta con el fin de predecir la tasa de mortalidad y evaluar la gravedad de la vasculitis sistémica, lo que lleva a seleccionar correctamente los agentes inmunosupresores iniciales junto con el glucocorticoide. Este incluye edad mayor de 65 años, insuficiencia renal, compromiso cardíaco y GI, y ausencia de afectación de oídos, nariz y garganta. Un FFS  $>0=2$  se asocia con una tasa de mortalidad a 5 años del 40%. En el caso presentado, la paciente consultó por síntomas abdominales y se constató infiltración eosinofílica difusa en el tracto GI. Esto planteó inicialmente el diagnóstico diferencial entre un síndrome hipereosinofílico idiopático y la EGPA. Posteriormente evolucionó con polineuropatía y vasculitis leucocitoclástica. Nuestra paciente cumple con 4 de los 6 criterios propuestos por la ACR para EGPA y presentó un FFS de 3, lo que justificó el tratamiento temprano inmunosupresor con corticoides en altas dosis y ciclofosfamida.

**Conclusiones:** Es importante tener en cuenta que, ante un paciente con manifestaciones digestivas y eosinofilia periférica y tisular, la ausencia de los anticuerpos ANCA en suero y de vasculitis en las biopsias tomadas por endoscopia no descarta el diagnóstico de EGPA, dado que sólo el 40-60% de los pacientes presentan positividad para anticuerpos ANCA y que las biopsias no suelen ser lo suficientemente profundas para incluir los vasos sanguíneos de la submucosa.

034

## PIODERMA GANGRENOSO EN HERIDA QUIRÚRGICA MAMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Daniela BATTAGLIA, Cristian CHIMENTI, César David LEDESMA CAMPANINI, Natalia Stephany LÓPEZ CORREA

HOSPITAL MUNICIPAL DE VICENTE LÓPEZ "PROF. DR. BERNARDO HOUSSAY"

**Introducción:** El pioderma gangrenoso (PG) es una enfermedad cutánea inflamatoria, no infecciosa con un curso recidivante y crónico, con una incidencia de 3 a 10 casos/100.000 habitantes, relación hombre mujer 1:2, se presenta predominantemente entre los 40 y 60 años. La principal lesión es una úlcera dolorosa de evolución tórpida cuya ubicación corresponde a miembros inferiores, abdomen, zonas de traumatismos, entre otras. Se conocen las siguientes variantes clínicas: ulcerosa, bullosa, pustulosa y vegetativa. Existe asociación con patologías sistémicas, enfermedad inflamatoria intestinal, patología linfoproliferativa y gammapatía monoclonal.

**Objetivos:** Presentar un caso de pioderma gangrenoso evaluado en la sección de Reumatología, teniendo como punto de interés su forma de presentación clínica y su localización.

**Materiales y Métodos:** Paciente de sexo femenino de 29 años de edad, derivada de cirugía plástica en diciembre de 2020 por presentar úlceras necróticas



ticas cutáneas en área de heridas quirúrgicas pexia mamaria bilateral aportando informe histopatológico de la biopsia de la lesión compatible con pioderma gangrenoso. En el interrogatorio, examen físico y estudios complementarios realizados hasta la fecha, no se evidenciaron condiciones inflamatorias sistemáticas ni desórdenes linfoproliferativos asociados. Se inició al momento de la consulta tratamiento con meprednisona 1 mg/kg/día con buena respuesta en los controles posteriores, logrando la reducción de dosis hasta la suspensión sin requerir la combinación con otro tratamiento inmunosupresor. Consideramos que la paciente tenía antecedentes de otras intervenciones quirúrgicas sin presentar complicaciones. Como dato relevante en esta instancia la paciente cursó COVID-19 leve, dos meses antes de la intervención quirúrgica actual.

**Resultados:** Presentamos un caso clínico de interés en Reumatología sobre PG por su poca frecuencia y una localización de las lesiones poco común en nuestra paciente; las mismas se encontraron sobre las cicatrices de una cirugía estética previa (pexia de mamas), existen casos descriptos de PG en cirugías de piel, reducción de mamas y abdominoplastia donde dos semanas posteriores a la cirugía aparecen lesiones con bordes necróticos de rápida evolución. También colocamos en consideración que nuestra paciente tenía como antecedentes la realización de múltiples cirugías estéticas previas en nariz, abdomen y mamas sin presentar complicaciones. Como información para tener presente dos meses previos a esta intervención la paciente presentó infección por COVID-19 leve. Esto motivó el interrogante que pudiera existir asociación de causalidad entre el antecedente y la patología. La fisiopatología del PG involucra la desregulación del sistema inmune humor, celular y alteración de la quimiotaxis, se sugiere una predisposición genética asociado a un estímulo externo conocido que produce un fenómeno de patergia. En la literatura se asocia PG en un 50% condiciones inflamatorias sistémicas, como la enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades reumatológicas y condiciones hematológicas. En este caso clínico al momento se han descartado patologías asociadas. Con respecto al tratamiento nuestra paciente recibió tratamientos sistémicos con buena respuesta, con resolución de las lesiones, en concordancia con lo revisado en la bibliografía donde un bajo porcentaje requieren otra inmunosupresión, así como sugieren evitar las intervenciones quirúrgicas.

**Conclusiones:** El pioderma gangrenoso es una patología poco frecuente; su aparición se basa en la predisposición genética, la desregulación del sistema inmune asociado a un factor desencadenante o patergia. Es importante ante la presencia de cuadro de pioderma gangrenoso descartar patologías asociadas. Concluimos que el PG desarrollado posterior a cirugías estéticas es poco frecuente; el tipo ulceroso como en este caso clínico es el mayormente reportado en la literatura y la asociación con enfermedades sistémicas existen en un 50% de los casos. En este caso la respuesta al tratamiento produciendo resolución total de las lesiones ha sido similar a la reportada en la literatura.

Schadt C. *Pioderma gangrenoso: patogénesis, características clínicas y diagnóstico.* Rodríguez M. Vianna J. Ortega A. *Pyoderma gangrenosum: a review with specialempphasis on Latín América literature.* An Bras Dermatol. 2019;94:729-7.

**DERMATOMIOSITIS: ¿UN NUEVO FACTOR PROTECTOR CONTRA ENFERMEDAD INTERSTICIAL PULMONAR?**

Fernanda GUZZANTI, María Florencia GORDILLO, Gerardo Antonio CASTORINO GRANDÍA, María Del Carmen VALERIO, Silvina NASI, Jimena SÁNCHEZ ALCOVER, Agustín GARCÍA CICCARELLI

OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS

Paciente	Sexo	Edad (años)	Concordancia con criterios EULAR/ACR 2017	Signos de gravedad	EPID	Compromiso asimétrico	FAN	Jo-1	Cáncer	Muerte
1	Mujer	57	100%	Sí	No	Sí	+	-	No	No
2	Mujer	33	98%	Sí	No	Sí	+	-	No	No
3	Mujer	59	91%	Sí	Sí	No	-	-	No	No
4	Mujer	62	100%	No	Sí	No	-	+	No	No
5	Mujer	70	100%	Sí	No	Sí	+	-	No	Sí
6	Varón	68	100%	Sí	No	No	-	-	Sí (pulmón)	Sí
7	Mujer	74	100%	Sí	Sí	No	+	-	No	No
8	Mujer	77	100%	No	Sí	No	+	-	Sí (mama)	No

**Introducción:** Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo de patologías heterogéneas, inmunomediadas, con compromiso variable del músculo estriado, piel y otros órganos. Se caracteriza por lesiones cutáneas características, debilidad muscular proximal, enzimas musculares elevadas, electromiografía con cambios miopáticos y biopsia muscular anormal. Se presentan a continuación las características de una serie de casos.

**Objetivos:** Describir las características clínicas y los exámenes complementarios de una cohorte de pacientes con dermatomiositis.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal. Se revisaron historias clínicas del servicio de Reumatología de un hospital de tercer nivel, entre enero de 2017 y agosto de 2021. Se incluyeron pacientes que cumplían criterios de clasificación ACR/EULAR 2017 para miopatías inflamatorias, subtipo dermatomiositis. Los parámetros estudiados fueron: edad, sexo, presencia de debilidad proximal y su simetría, asociación a colagenopatía o cáncer, enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID). Se consignaron signos de gravedad: debilidad cervical, disfagia y/o disnea. Se consignó la presencia de FAN, factor reumatoideo (FR) y anti Jo 1. Los datos fueron analizados en EpiInfo 7 versión 7.2, medidas de tendencia central y frecuencia de datos.

**Resultados:** Se incluyeron 8 pacientes, 7 mujeres (87,5%), con una edad media de 62,5 años (DE 13,85). Todos presentaron debilidad de miembros inferiores, 7 de miembros superiores, 3 compromiso asimétrico, 1 pérdida de peso, 4 EPID y 6 signos de gravedad, de los cuales, 5 debilidad flexora cervical, 5 trastorno deglutorio y 2 debilidad diafragmática. Ninguno presentó debilidad distal, artritis o colagenopatía asociada. En cuanto a las complicaciones, 1 paciente desarrolló diabetes inducida por corticoides, 2 tuvieron infecciones leves asociadas (herpes simple recurrente y candidiasis orofaríngea), 1 presentó insuficiencia suprarrenal crónica y 1 osteoporosis inducida por corticoides. Ningún paciente presentó complicaciones hipertensivas asociadas. A todos se les realizó *screening* en búsqueda de neoplasia asociada, encontrando un cáncer de pulmón y uno de mama. A 2 pacientes se les realizó biopsia muscular y a 4 biopsias cutáneas, todas compatibles con DM. En el laboratorio, 5 pacientes presentaron FAN positivo, 1 FR y 1 anti Jo 1 positivo. La CPK se encontró aumentada por 10 veces en 4 pacientes y por 50 veces en uno de ellos. Siete pacientes iniciaron rehabilitación integral. Hubo asociación estadísticamente significativa entre la presencia de cáncer y mortalidad (p=0,01), y el compromiso muscular asimétrico y EPID (p=0,028), no así entre los valores de CPK y la severidad del compromiso muscular o la presencia de signos de gravedad.

**Conclusiones:** Nuestra cohorte presenta características similares a la descrita en la bibliografía. Cabe destacar la relación negativa encontrada entre el compromiso asimétrico de la musculatura proximal y el desarrollo de EPID, pudiendo considerarse como un factor protector. Como debilidad de nuestro trabajo, reconocemos que el tamaño de la muestra es pequeño, sin embargo, dado que la dermatomiositis es considerada una enfermedad rara, este hallazgo podría ser el inicio de investigaciones a futuro que contribuyan al manejo de estos pacientes.

036

## VASCULITIS REUMATOIDEA: LA AMENAZA DE LA PANDEMIA

María Florencia GORDILLO, Fernanda GUZZANTI, Gerardo Antonio CASTORINO GRANDÍA, Silvina NASI, Jimena SÁNCHEZ ALCOVER, Agustín GARCÍA CICCARELLI

OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS

**Introducción:** La artritis reumatoidea (AR) es la enfermedad articular inflamatoria más frecuente a nivel mundial, con una prevalencia entre el 0,5-1%. La vasculitis reumatoidea (VR) es una de sus manifestaciones extraarticulares, con baja incidencia pero con elevada morbimortalidad. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes con AR de larga evolución (media de duración de entre 10-15 años), tabaquistas activos, de sexo masculino, con enfermedad erosiva, seropositivos para factor reumatoideo y/o antipéptido citrulinado cíclico, asociada a otras manifestaciones extraarticulares, como nódulos reumatoideos o enfermedad intersticial pulmonar difusa. La incidencia de la VR ha disminuido significativamente en los últimos 40 años, pero las manifestaciones clínicas siguen siendo similares. A pesar de la terapia inmunosupresora disponible en la actualidad, el pronóstico sigue siendo malo.

**Objetivos:** Describir dos casos de vasculitis reumatoidea en pacientes internados en un hospital de tercer nivel, en contexto de pandemia de SARS-CoV-2.

**Resultados:** Caso 1: Masculino, 69 años. Antecedentes de enfermedad mitral severa con insuficiencia cardíaca estadio C, tabaquismo no actual, AR seropositiva erosiva de 2 años de diagnóstico, mala adherencia al tratamiento (metotrexato 15 mg/semana). Ingresó por púrpura palpable en miembros inferiores, con ampollas necróticas de contenido hemorrágico, asociado a dolor urente, de 4 días de evolución. Sin artritis. Laboratorio: anemia microcítica hipocrómica, VSG 65 mm/h, PCR 255 mg/l, urea 174 mg/dl, creatinina 2,31 mg/dl. Sedimento urinario >100 hematíes dismórficos/campo. Factor reumatoideo (FR) 1235 IU/ml, anti CCP 247 U. FAN, anticuerpos anti antígenos extraíbles nucleares (ENAs), anti DNA, ANCA, crioglobulinas y antifosfolípidos negativos, hipocomplementemia c3 y c4. Biopsia renal: glomeruloesclerosis segmentaria y focal sin depósitos en la inmunofluorescencia. Biopsia de piel: vasculitis aguda por hipersensibilidad. Conducta: pulsos endovenosos de metilprednisolona (250 mg/día, por 3 días consecutivos), seguido por prednisona (1 mg/kg/día) y azatioprina (2mg/kg/día). Evolución: mejoría de lesiones vasculíticas y del dolor neuropático con el tratamiento instaurado. Normalización de la función renal con balance negativo (interpretado como síndrome cardiorrenal). El paciente no regresó a los controles.

Caso 2: Masculino, 59 años. Antecedentes de hipertensión arterial esencial y artralgiyas de patrón inflamatorio de manos de varios años de evolución, sin diagnóstico, automedicado con glucocorticoides de depósito a demanda. Ingresó por síndrome consuntivo de 6 meses de evolución, asociado a máculas eritematovioláceas, algunas ulceradas, en ambos miembros inferiores y polineuropatía mixta asimétrica de 4 miembros. Sin artritis. Laboratorio: anemia, linfopenia, anti CCP 422 U, FR 142.3 UI/ml. Hipocomplementemia C4. FAN 1/1280 difuso. ENAS, DNA, ANCA, crioglobulinemias, antifosfolípidos, centrómero y anti Scl 70 negativos. Biopsia de piel: arteriolas de pequeño y mediano calibre de paredes engrosadas, con infiltrado leucocitario polimorfonuclear mural y endotelio vascular tumefacto, con necrosis fibrinoide parietal. Filetes nerviosos con aumento del diámetro, hiperplasia de células perineurales, edema y hemorragia, vinculado a Panarteritis nodosa asociado a polineuropatía. Radiografías: erosiones en ambos carpos y apófisis estiloides cubitales bilaterales. Resonancia de cerebro: 2 lesiones a nivel lenticular izquierdo, de probable origen isquémico reciente. Engrosamiento y realce postcontraste paquimeningeo fronto-temporo-parietal bilateral. Múltiples imágenes a nivel de la sustancia blanca periventricular y subcortical bilateral, y a nivel pontino, de aspecto isquémico crónico. Conducta: anticoagulación, pulsos de metilprednisolona (500mg/5 días), seguido por prednisona 1mg/kg/día. Se inició CYC 1g mensual (por 6 pulsos). Se inicia metotrexato. Evolución: delimitación de lesiones vasculíticas de miembros inferiores, con necrosis isquémica y posterior sobreinfección bacteriana asociado a gangrena húmeda que requiere amputación infracondílea.

**Conclusiones:** Actualmente gracias al diagnóstico temprano y la estrategia del *treat to target* en la AR, se ha observado una disminución de la incidencia de la VR, sin embargo la morbimortalidad sigue siendo alta y el pronóstico reservado. Desde el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2, los pacientes con patologías crónicas se vieron relegados a guardar aislamiento preventivo, con disminución en la frecuencia de controles y seguimiento médico óptimo. Aquellos con enfermedades reumatológicas, sin un adecuado monitoreo, presentaron complicaciones, muchas veces graves y con riesgo potencial de vida, como ilustran los casos presentados. Creemos de fundamental importancia no discontinuar el seguimiento de los pacientes reumáticos durante situaciones excepcionales, utilizando herramientas como teleconsultas o estrategias de seguimiento cercano, para disminuir complicaciones secundarias a altos índices de actividad de la enfermedad.

038

## CALCIFILAXIS DE LA ARTERIA TEMPORAL SIMULANDO ARTERITIS TEMPORAL

Jésica GALLO<sup>1</sup>, Eduardo HENARES<sup>2</sup>, Sergio PAIRA<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL CENTRAL DE RECONQUISTA, <sup>2</sup>HOSPITAL CULLEN, <sup>3</sup>SECCIÓN REUMATOLOGÍA, HOSPITAL JM CULLEN SANTA FE

**Introducción:** La calcifilaxis es una entidad rara, aunque bien descrita, que ocurre en el 1-4% de los pacientes en diálisis o en etapa renal terminal. Existe un gran número de artículos que asocia diferentes patologías con calcifilaxis, entre las que se encuentran polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, gammapatía monoclonal y alteraciones cutáneas (POEMS), cirrosis y mieloma múltiple. La mortalidad de la calcifilaxis comúnmente excede el 50% y es usualmente causada por sepsis. Solo hay siete casos de calcifilaxis descritos en la literatura que imita a una arteritis de células gigante (ACG).

**Objetivos:** Se comunica otro caso de calcifilaxis en arteria temporal simulando una arteritis temporal sin insuficiencia renal crónica ni hiperparatiroidismo.

**Resultados:** Caso clínico: varón de 60 años sin antecedentes patológicos (hipertensión arterial, diabetes y enfermedad renal), derivado con diagnóstico de arteritis de células gigantes. Durante su evolución de 2 años sin biopsia de arteria temporal, tratado con glucocorticoides 30 mg/día durante 4 meses, sin mejoría de los síntomas. Acudió a la consulta con pérdida repentina de la visión en ambos ojos, tenía antecedente de cefalea en la región temporal y fiebre, pérdida de peso, síntomas que han estado presentes desde el inicio. Al examen físico, la arteria temporal izquierda presentaba dolor e hipersensibilidad a la palpación. No se constata la presencia de artritis, hepatoesplenomegalia, edema periférico ni vasculitis cutánea. Presentó ojos rojos. El examen oftalmológico informó en el fondo de ojo alteraciones en ambos ojos, epiescleritis y escleromalacia,

aunque no se observó papilitis. Se realizó audiometría, que informó hipoacusia neurosensorial. Ecografía Doppler color de arterias temporales normales. Radiografía de tórax y tomografía de columna cervical; tórax; abdomen sin anomalías. Resonancia magnética (RM) de cerebro y órbita mostró engrosamiento retinocoroideo con edema de la grasa intraconal que rodea el nervio óptico y normalidad del quiasma, área retroquiasmática, músculos oculares, globos oculares, glándulas lagrimales, grasa periorbitaria, senos cavernosos y corteza occipital. El laboratorio mostró anemia, glóbulos blancos, plaquetas y función renal normal. Velocidad de eritrosedimentación (VSG)=66 mm/1 ° h; proteína C reactiva (PCR) 106 mg/(0,0-5 mg/l), calcio=9,3 mg% (normal 9-11); fósforo=3,45 mg/dl (normal=2,5-5,6). Anticardiolipinas IgG e IgM, anticoagulante lúpico, ANCA-C y ANCA-P resultaron negativos. Serología negativa para hepatitis C, B y HIV. Debido a los hallazgos clínicos, oftalmológicos y de laboratorio, se sospechó una arteritis temporal; por tanto, se realizó una biopsia de la arteria temporal. Debido a la gravedad del cuadro clínico, se inició el tratamiento con metilprednisolona intravenosa (1 g/día durante 3 días), seguido de prednisolona oral (1 mg/kg/día durante 1 mes) con la posterior reducción de la dosis. A los pocos días, los cortes histológicos mostraron la presencia de calcificación arterial medial difusa con cambios inflamatorios leves, con estrechamiento de la luz, no se identificaron células gigantes multinucleares o cambios panarteríticos. El diagnóstico histológico fue calcifilaxis. Los síntomas del paciente se resolvieron, los dolores de cabeza han disminuido en frecuencia y no hubo deterioro de la agudeza visual, solo quedando una visión borrosa parcial.

**Conclusiones:** Discusión: la calcifilaxis forma parte de un grupo de enfermedades que imitan a vasculitis sistémica primaria denominadas pseudo-vasculitis. La calcifilaxis es una vasculopatía no inflamatoria caracterizada por la calcificación ectópica dentro de la pared de las arterias de pequeño y mediano tamaño. Esta enfermedad potencialmente seria puede llevar a oclusión vascular, isquemia y necrosis de la piel y tejido subcutáneo. La calcifilaxis se observó hasta en un 4% de pacientes en hemodiálisis denominándose arteriopatía urémica calcificada. Sin embargo, la enfermedad también puede ocurrir en pacientes no urémicos. La calcifilaxis que afecta la arteria temporal es un hallazgo poco frecuente; la misma puede presentarse clínicamente de manera casi indistinguible de la arteritis de células gigantes (ACG). Esta entidad debe reconocerse precozmente debido a su alta morbimortalidad, por lo que la detección precoz es importante para el pronóstico.

039

## ENFERMEDAD CUTÁNEA DE DEGOS CON CARACTERÍSTICAS DE ENFERMEDAD DE LOS TEJIDOS CONECTIVO

Jésica GALLO<sup>1</sup>, Alejandra DE PRATO<sup>2</sup>, Alberto ORTIZ<sup>3</sup>, Sergio PAIRA<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA-HOSPITAL CENTRAL DE RECONQUISTA, <sup>2</sup>HOSPITAL CENTRAL RECONQUISTA, <sup>3</sup>SECCIÓN REUMATOLOGÍA HOSPITAL JM CULLEN SANTA FE (3)

**Introducción:** La enfermedad de Kohlmeier-Degos es una vasculopatía que puede simular una vasculitis que afecta el cerebro, la piel y el tracto gastrointestinal. Es una entidad rara. Su causa es desconocida y puede asociarse a enfermedades autoinmunes como dermatomiositis, lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolipídico, etc. Clínicamente, las lesiones cutáneas consisten en pápulas con un centro blanco de porcelana atrófica, rodeado por un ligero borde eritematoso elevado y finamente telangiectásico. Estas lesiones, que son tan distintivas que permiten al observador un diagnóstico "at a glance", por lo general permanecen asintomáticas. Las lesiones cutáneas aparecen semanas o años antes de la afectación de otros órganos. En algunos casos permanece limitada a la piel y en otros los órganos involucrados mas frecuentemente son , gastrointestinal (50%) y el cerebro (20%).

**Objetivos:** Presentamos dos casos de enfermedad de Degos con síntomas y signos de enfermedad del tejido conectivo.

**Resultados:** Caso 1: en abril de 2002, mujer de 30 años fue remitida por una placa (10 x 6 cm) en cara interna de la pierna derecha, lesión similar a eritema nodoso y periarteritis en el tobillo izquierdo. Laboratorio FAN(Hep2), anti-dsDNA, hipocomplementemia, enzima convertidora de angiotensina, aCL, el anticoagulante lúpico (LA), la creatinina y hemograma normales. Biopsia de piel células mononucleares superficiales y perivasculares. Infiltración de células adiposas. Además, la necrosis de adipocitos fue visto. Se consideró que estos hallazgos eran compatibles con el lupus sistémico eritematoso. Colonoscopia, radiografía de tórax y TAC normales. En noviembre de 2003, desarrolló pápulas anular, atrófica, de color blanco porcelana en crecimiento con un borde delgado de eritema y telangiectasias sobre sus extremidades superiores e inferiores. Nueva biopsia paniculitis lobulillar con infiltrado linfocítico y plasmocítico, hialinosis superficial, trombo sin inflamación, depósito de mucina y zona de necrosis en forma de cuña; hallazgos patognomónicos de la enfermedad de Degos. En 2004, poliarteritis aditiva no erosiva de las articulaciones pequeñas y grandes. Dos meses después, notó debilidad muscular. y mialgia por un período de 1 mes; el examen físico mostró debilidad muscular en la cintura escapular y artritis persistente. Laboratorio hemograma completo, creatinina y urea valores, glucosa, proteína en orina de 24 horas y velocidad de sedimentación globular dentro de los límites normales, FAN (HeP-2) 1:40 (homogéneo patrón). aCL, LA, anti-Ro, anti-La, y los anticuerpos anti-Sm negativos, hipocomplementemia, CPK 581 UI/L (valor normal, 200), LDH 781 UI / L (valor normal, 460), GOT 66 UI/L (valor normal, 35) y aldolasa 9,9 UI/L (valor normal, 3,1). Tanto la biopsia como la electromiografía del tríceps derecho evidenciaron la presencia de miositis. Se le administró prednisona 60 mg/d, hidroxilcloroquina 400 mg/d. Después de 1 mes de tratamiento, el paciente se recuperó y permaneció estable. En febrero de 2006, quedó embarazada y la lesión cutánea estalló durante el segundo y tercer trimestre del embarazo y hasta el parto. Semana 36 de gestación, el nacimiento y la recién nacidos eran normales. En diciembre de 2007, los anticuerpos anti-dsDNA (por Crithidia luciliae), ANA (por Hep-2) y LA fueron negativos; C3,y persistía un nivel bajo de C4. En una ocasión, Los anticuerpos aCL mostraron títulos altos y un isotipo IgG de 33,7 GPL (normal 10 GPL) e IgM 5 GPL (positivo 7 GPL). Dado que la paciente nunca experimentó síntomas y signos de compromiso orgánico, no se llevaron a cabo otros estudios. Caso 2: Mujer de 49 años de edad que es derivada con diagnóstico presuntivo de vasculitis leucocitoclastica. Como antecedentes patológicos presenta hipertensión arterial, EPOC tabaquista, a los 43 años le diagnosticaron miocardiopatía dilatada, con hipertensión pulmonar severa. Derivada por lesiones en ambos miembros superiores, región dorsal, tronco, y miembros inferiores, pápulas, máculas redondeadas atróficas de porcelana blanca y borde telangiectasias, pruriginosas. Examen físico: lesiones cutáneas, caída de cabello, xerostomía y xeroftalmia. A nivel respiratorio, disminución de entrada de aire bilateral y sibilancias inspiratorias, ex. cardiovascular soplo aórtico y a nivel abdominal hepatomegalia. No presentó artritis, rash malar, úlceras orales ni F. Raynaud. Laboratorio: hemograma, urea, creatinina normal. Fan (Hep2) (+) 1/1280 patrón moteado, anti Ro, anti La positivos, disminución de C4 anti-dsDNA, C3 y CH50 normales, enzima convertidora de angiotensina, aCL, AL, b2 glicoproteína negativo. Cultivos micosis, gérmenes típicos y atípicos, strongiloides, HIV, Hepatitis C y B negativo. Biopsia de piel informó úlcera necrótica que compromete epidermis y dermis superficial y media. No se observa fenómeno vasculíticos, congestión de vasos superficiales e infiltrado mononuclear perivasculares. Extensas necrosis epidermis en cuña. Biopsia de glándula salival menor, sialoadinitis crónica grado III (clasificación Chisholm Mason). Se asume como enfermedad de Degos asociada a síndrome de Sjögren. Comienza con esteroides y hidroxilcloroquina. La paciente a los 3 meses reingresa nuevamente con flictenas en el dorso del pie, con lesiones necrotizante en pierna y dorso de la espalda, y diarrea. Se solicitan nuevamente los laboratorios inmunológicos y cultivos. La paciente fallece por sepsis.

**Conclusiones:** La enfermedad de Degos es una vasculopatía rara que afecta a la piel y en muchos casos, múltiples órganos. La primera presentación inicial es la piel clásica. erupción seguida de afectación de los órganos internos después meses a años de evolución. Por otro lado, los signos, síntomas y datos de laboratorio pueden indicar la presencia de una enfermedad del tejido conectivo (lupus eritematoso, dermatomiositis y síndromes antifosfolípidos).

040

**POLICONDRITIS RECIDIVANTE O SÍNTOMAS SIMIL POLICONDRITIS RECIDIVANTE ASOCIADOS CON ER-IGG4. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS**

Jésica GALLO<sup>1</sup>, María Marcela SCHMID<sup>2</sup>, Josefina GALLINO YANZI<sup>2</sup>, Sergio PAIRA<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL CENTRAL DE RECONQUISTA, <sup>2</sup>HOSPITAL DEL LLANO, <sup>3</sup>SECCIÓN REUMATOLOGÍA, HOSPITAL JM CULLEN SANTA FE

**Introducción:** La enfermedad relacionada a IgG4 (ER-IgG4) es una condición fibroinflamatoria que presenta distintas manifestaciones clínicas que compromete variados órganos, tales como el páncreas, glándula salival y lagrimal, piel, tracto biliar, peritoneo, pulmón, riñón y aorta, etc. La anatomía patológica de la ER-IgG4 se caracteriza por tres hallazgos microscópicos: infiltrado linfoplasmocitario difuso con células plasmáticas IgG4 positivas, flebitis obliterante, fibrosis. La policondritis recidivante (PR) es una rara enfermedad caracterizada por una inflamación recurrente del cartílago. Aunque la causa de la PR aún se desconoce, se cree que una etiología autoinmune está estrechamente involucrada. La coexistencia de PR e IgG4 es rara teniendo en cuenta que, hasta donde sabemos, solo hay cuatro informes previos de PR o síntomas similares a PR asociados con IgG4-RD.

**Objetivos:** Informamos dos casos que podrían ser RP o síntomas similares a RP asociados con IgG4-RD

**Resultados:** Caso 1: Mujer de 37 años de edad, que presenta desde hace un año aumento de pabellones auriculares bilateral, con cambio en la coloración eritematosa, y doloroso siendo derivado con diagnóstico presuntivo de policondritis. Al examen físico se constata el aumento franco de orejas con induraciones en el cartílago auricular, acufenos bilaterales y artritis de pequeñas articulaciones, se solicitan serologías virales y bacterianas resultando negativas, FR, Anti CCP, ANCA C Y P, Fan (hep2), Dna (criptidia), ENA anti Ro, La, Sm, Rnp negativos, C3 y C4 normales, PCR 12, VSG 34, gammapatía policlonal, con aumento de IgM, IgG, IgE y subclases de Ig1, IgG3, IgG4. Audiometría con hipoacusia sensorio neural leve, examen oftalmológico normal. Se realizan 2 biopsias de la oreja (piel y pabellón auricular), en la primera realizada la piel presentó infiltrado inflamatorio en piel con fibrosis y cartílago no comprometido, al cabo de 5 meses se repite nuevamente la biopsia presentando infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario en piel y cartílago y marcada presentación de fibrosis. Se realiza la inmunohistoquímica presentando un 30 % de células IgG4 y rango IgG/IgG4 >40%, por lo cual se comienza con tratamiento con pulsos de corticoides 1g/día y luego continuar con 1mg/kg/día dosis descendientes, metotrexato 15 mg semanal y ácido fólico.

Caso 2: Varón de 57 años, sin antecedentes patológicos. Presentando desde hace 11 meses de evolución diplopía y proptosis, y dolor e inflamación de los cartílagos auriculares bilaterales. Fue diagnosticado como condritis auricular y tratado con corticoterapia de corta duración. La resonancia magnética (RM) de órbitas con contraste mostró exoftalmos (infiltración de tejido graso retro orbitario) afectación del recto inferior y lateral e inflamación de glándulas lagrimales. El paciente es derivado a Reumatología. Se solicitan laboratorio el cual informa factor reumatoide, ANCA-C y ANCA-P, FAN (hep2), anti-ADN, Anti-Ro, Anti La, anti SM y anti-Rnp negativos. El nivel sérico de IgG 4 fue 0,28 g/l (nv011 a 1,57), IgG1 12,96 g/l (nv:3,15 a 8,55 g/l), IgG2 0,80 (nv:0,64 a 4,95 g/l), IgG3 2,17g/l (nv: 0,23 a 1,96 g/l). La histopatología de la glándula lagrimal mostró fibrosis, infiltración linfoplasmocítica con centro germinal y la inmunohistoquímica mostro células IgG4 más de 100 células IgG4 HPF y relación IgG4/IgG>75%). No hubo fibrosis estoriforme ni flebitis obliterante. Se comienza prednisona 1 mg/kg/día y metotrexato 15 mg/semana, respondiendo favorablemente al tratamiento.

**Conclusiones:** La ER-IgG4 no fue investigada en pacientes con PR, esta última es una enfermedad rara y la ER- IgG4 es relativamente nueva. Describimos dos casos de condritis auricular en pacientes con ER-IgG4. ¿Esta asociación es un hallazgo incidental o es esta una asociación? ¿Hay algunos casos de PR o síntomas símil PR que formen parte del espectro de ER-IgG4?

041

**ENFERMEDAD DE ROSAI-DORFMAN ASOCIADA A ER-IGG4. DISTINTAS FORMAS DE PRESENTACIÓN**

Jésica GALLO<sup>1</sup>, Eduardo MARTÍN-NARES<sup>2</sup>, Gabriela HERNÁNDEZ MOLINA<sup>3</sup>, Jesús DELGADO DE LA MORA<sup>4</sup>, Daniel MONTANTE MONTES DE OCA<sup>5</sup>, Sergio PAIRA<sup>6</sup>

<sup>1</sup>SECCIÓN DE REUMATOLOGIA, HOSPITAL CENTRAL DE RECONQUISTA, <sup>2</sup>DEPARTAMENTO REUMATOLOGÍA, INST. NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRAN, <sup>3</sup>DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA, INST. NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN, SALVADOR ZUBIRÁN, <sup>4</sup>DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN, SALVADOR ZUBIRÁN, <sup>5</sup>DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN, SECCIÓN REUMATOLOGÍA, HOSPITAL JM CULLEN SANTA FE

Casos	Sexo	Edad	Forma de presentación	IgG4 sérica elevada	Histopatología	Inmunohistoquímica
Caso 1	M	52	Adenopatías nefritis intersticial, médula ósea, glándula sumaxilar y parotida	No	-Biopsia de ganglio: infiltrado linfoplasmocitario emperipolesis  -Biopsia de riñón: infiltrado intersticial linfoplasmocitario, fibrosis no estoriforme  -Biopsia de médula ósea: hiperclularidad plasmocitosis, emperipolesis  -Biopsia de glándula salival: infiltrado linfoplasmocitario, fibrosis no estoriforme	-Biopsia de ganglio: CD68(+), S100(+)/CD1a(-), IgG4100 cel HPF, rango IgG4/IgG:45%  -Biopsia de riñón: IgG4 15 cel HPF, rango IgG4/IgG:25%  -Biopsia de médula ósea: CD138+  -Biopsia de glándula salival: 12 cel HPF, rango IgG4/IgG:25%
Caso 2	M	23	Lesión cutánea, adenopatía	No	-Biopsia lesión en cara: infiltrado intersticial, linfoplasmocitario, fibrosis no estoriforme, emperipolesis -Biopsia de ganglio: infiltrado linfoplasmocitario, emperipolesis	-Biopsia lesión en cara: IgG4 90cel HPF, rango IgG4/Ig 90%, CD138+, CD68+, S100+ -Biopsia de ganglio: IgG4 25 cel HPF, rango IgG4/IgG>100
Caso 3	F	40	Paquimeningitis, tumor de senos paranasales	No	-Biopsia paquimeningitis: infiltrado intersticial linfoplasmocitario, fibrosis estoriforme, emperipolesis -Biopsia de tumor paranasal: infiltrado intersticial linfoplasmocitario, fibrosis no estoriforme, emperipolesis	-Biopsia paquimeningitis: IgG4 44cel HP, rango IgG4/IgG 18%, CD138+, CD68+, S100+ -Biopsia de tumor paranasal:IgG4/IgG<40%

**Introducción:** La enfermedad de Rosai-Dorfman (ERR), también conocida como histiocitosis sinusal con linfadenopatía masiva, es un trastorno poco común. El proceso de la enfermedad se caracteriza por dilatación de los senos linfáticos llenos de linfocitos, células plasmáticas e histiocitos. Muchos de estos histiocitos presentan clásicamente emperipolesis. Inmunohistoquímica se caracteriza por CD 68 y S100 positivos, CD1a negativo. La ERR comparte características clínicas con ER-IgG4, tales como: linfadenopatía, glándulas salivales. ERR extranodal puede involucrar la cavidad nasal y tejido retroorbitario, la participación meníngea de ERR puede simular paquimeningitis por IgG4. También comparten características histológicas, como las siguientes: numerosas células inflamatorias y varios grados de fibrosis estromal que, en algunas ocasiones, como en los casos de afectación extranodal, desdibujan la distinción entre estas dos enfermedades. Sin embargo, la conexión real entre ellos sigue siendo desconocida.

**Objetivos:** Presentamos tres casos de esta asociación.

**Conclusiones:** El objetivo de este trabajo es comunicar tres casos de enfermedad de Rosai-Dorfman, con distintas formas de presentación y asociada a ER-IgG4. El primero un hombre de 52 años con afectación de ganglios linfáticos, médula ósea y riñón. El segundo, un varón de 23 años con afectación cutánea y ganglionar. El tercer caso con afectación meníngea (paquimeningitis). Si esta forma proteiforme no es tenida en cuenta, es muy difícil el diagnóstico de la enfermedad. Además, los mismos (ERR) estaban asociados a células IgG4. Varios estudios han investigado la relación de estas dos entidades. Liu et al. han observado que la ERR no pertenece al espectro de la ER-IgG4. Por el contrario, Zhang et al. muestran que ciertos casos de ERR pueden superponerse con ER-IgG4. Estos autores sostienen que un subgrupo de ERR (enfermedad extranodal/células TREG) muestran características de ER-IgG4, sosteniendo alguna superposición entre ellas. Es importante recordar que en los criterios de clasificación EULAR/ACR la presencia de ERR forma parte de los criterios de exclusión de la enfermedad por IgG4.

**FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA: COHORTE DE PACIENTES DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUENOS AIRES**

María Milena PERTUZ REBOLLEDO, Tamara ARIAS, María José LÓPEZ MEILLER, Diana DUBINSKY  
HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

	EPI (n=31)	No EPI (n=48)	OR	IC(95%)	p
Edad (mediana)	61	63,5			0,11
Género:Femenino	28 (90,3%)	44 (91,67%)	1,17		1
Duración de la enfermedad (años) (RIC)	9 (4-6)	10 (6-5)			0,34
Fenómeno de Raynaud	30 (96,7%)	47 (97,9%)	0,63	0,03-10,5	1
Subtipo de esclerosis sistémica:					
Limitada	13 (41,9%)	41 (85,4%)	0,12	0,04-0,36	<0,001
Difusa	18 (58%)	6 (12,5%)	9,69	3,18-29,5	<0,001
Artritis	9 (29%)	7 (14,5%)	2,39	0,78-7,30	0,2
Lesiones vasculares:					
Úlceras digitales	9 (29%)	9 (18,7%)	1,77	0,61-5,12	0,42
Pitting scars	10 (32,2%)	12 (25%)	1,42	0,52-3,87	0,65
Patrón capilaroscópico total	19	34			
SD temprano	6 (28,5%)	10 (24,3%)	1,24	0,37-4,05	0,96
SD tardío	4 (19%)	5 (12,2%)	1,69	0,40-7,12	0,47
SD activo	9 (42,8%)	19 (46,3%)	0,86	0,30-2,50	1
Compromiso gastrointestinal:					
Disfagia	17 (54,8%)	21 (43,7%)	1,56	0,62-3,87	0,46
RGE	18 (58%)	30 (62,5%)	0,83	0,33-2,08	0,87
Regurgitación	10 (32,2%)	13 (27%)	1,28	0,47-3,43	0,8
Diarrea	4 (13,3%)	7 (14,5%)	0,9	0,24-3,38	1
Constipación	4 (12,9%)	7 (14,5%)	0,86	0,23-3,25	1
Incontinencia fecal	4 (12,9%)	3 (6,25%)	2,22	0,46-10,6	0,42
Comp. Esofágico (MEAR o TAC)	12 (38,7%)	20 (41,6%)	0,88	0,35-2,22	0,97
Medidas de función pulmonar:					
FCV (%) (SD)	71,1 (21,9)	91,6 (16)			0,05
DLCO (%) (SD)	61,9 (21,8)	79,3 (23,2)			0,0013
FVC <70%	13 (43,3%)	1 (2,08%)	35,9		<0,001
Anticuerpos:					
ACA	4 (14,2%)	32 (71,1%)	0,06	0,01-0,23	<0,001
SCL70	4 (9,3%)	7 (25,9%)	0,29	0,07-1,12	0,12
Compromiso pulmonar: hipertensión pulmonar (ETT) (PSAP >35 mmhg)	10 (33,3%)	7 (14,5%)	2,92	0,97-8,83	0,09

TABLA: ANÁLISIS UNIVARIADO

	OR	IC(95%)	p
Limitada	0,38	0,08-1,79	0,22
Difusa	2,98	0,60-14,7	0,17
FVC (%)	0,99	0,94-1,05	0,0
DLCO (%)	0,97	0,93-1	0,09
FVC <70%	7,14	0,32-165	0,21
ACA	0,11	0,02-0,6	0,01

TABLA: ANÁLISIS MULTIVARIADO

**Introducción:** La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune, caracterizada por daño vascular, fibrosis de piel y órganos viscerales. El compromiso pulmonar es una manifestación frecuente y con gran impacto en la morbilidad de los pacientes con esclerodermia, se presenta aproximadamente en el 80% de las tomografías de tórax de alta resolución (TACAR), mientras que solo 40% es sintomática. Aunque la prevalencia de enfermedad pulmonar intersticial (EPI) aumenta durante el transcurso de la enfermedad, su aparición es más frecuente en los primeros 5 años de evolución desde el inicio del fenómeno de Raynaud. Múltiples trabajos han buscado factores asociados al desarrollo y a la progresión de la enfermedad intersticial en pacientes con ES, algunos son: sexo masculino, raza afroamericana, enfermedad cutánea difusa, presencia de lesiones ungueales, hipertensión pulmonar y autoanticuerpos específicos. Hay pocos datos sobre dichos factores en la población latinoamericana.

**Objetivos:** Describir los factores asociados al desarrollo de EPI en pacientes con diagnóstico de ES en seguimiento en la división de Reumatología de un Hospital Universitario de Buenos Aires.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, que incluyó pacientes en seguimiento entre el año 2005 y 2021, en la División Reumatología de un Hospital Universitario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Criterios de inclusión: edad mayor de 18 años, diagnóstico de ES de acuerdo a la clasificación 2013 ACR-EULAR, y de LeRoy para subtipo de enfermedad, que tuvieran evaluado parénquima pulmonar por TACAR y examen funcional respiratorio. Se definió compromiso pulmonar al hallazgo de manifestaciones intersticiales en TACAR informadas como patrón NSIP o UIP, y/o hallazgos en prueba función pulmonar CVF y DLCO menor al límite inferior normal. Se identificaron pacientes con enfermedad pulmonar intersticial (casos) y sin ella (controles). Se analizaron variables demográficas, clínicas y serológicas de todos los pacientes en los grupos denominados control y casos. Se efectuó un análisis multivariado, mediante regresión logística, considerando aquellas variables que dieron estadísticamente significativos en el análisis univariado para establecer su asociación con la EPI.

**Resultados:** Se incluyeron 79 pacientes con diagnóstico de ES, de los cuales 31 presentaron compromiso pulmonar intersticial (casos). De la población total, 72 (91%) eran mujeres, la mediana para la edad fue 63 años con un rango intercuartil (RIC) entre 50-71 años y la mediana de la duración de



la enfermedad fue de 9 años con un RIC entre 5-16 años. En cuanto a los subtipos, 54 (68,3%) presentaron esclerosis limitada y 24 (30,7%) esclerosis difusa, habiendo solo un paciente con esclerosis sistémica sin esclerodermia. El promedio de la FVC fue de 83,5% y la media de DLCO de 72,5%. En el análisis univariado, la comparación entre los pacientes con EPI y sin EPI arrojó que los factores estadísticamente significativos fueron el subtipo de esclerosis de acuerdo a la clasificación de Le Roy (limitada OR 0.12 IC 0.04-0.36, p<0,001; difusa OR 9.69 IC 3.18-29.5, p<0,001), las medidas de función pulmonar (FVC% p 0.05, DLCO % p0,0013) y la positividad del anticuerpo anti-centrómero (OR 0.06 IC 0.01-0.23, p<0,001). Cuando se incluyeron estos factores en el análisis multivariado, aplicando el modelo de regresión logística, se obtuvo que la positividad del anticuerpo anticentrómero persistía siendo estadísticamente significativo (OR 0.11 IC 0.02-0.6, p0,01)

**Conclusiones:** Hallamos que la enfermedad limitada y la positividad del anticuerpo anticentrómero resultan protectores para el desarrollo de EPI, mientras que la enfermedad difusa y los valores más bajos de CVF y DLCO se asociaron con el desarrollo de EPI en el análisis univariado. En el análisis multivariado solo persistió estadísticamente significativa la asociación con el anticuerpo anticentrómero. El desarrollo de un índice compuesto de factores de riesgo para determinar progresión de daño pulmonar es de vital importancia para una implementación temprana del tratamiento lo que impactaría en la tasa de mortalidad de los pacientes con esclerodermia.

**PENFIGOIDE OCULAR CICATRIZAL: ¿EXISTE ASOCIACIÓN CON LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES?**

	Total (n=88)	Sin enfermedad autoinmune asociada (n=63; 71,6%)	Enfermedad autoinmune asociada (n=24; 27,3%)	P valor
Sexo femenino, n(%)	66 (75)	45 (70,3)	21 (87,5)	0,16
Edad al diagnóstico, media (DS)	64,3 (11,9)	63,9 (11,6)	65,4 (13)	0,6
Tiempo de seguimiento, mediana (RIC)	1 (2)	0 (2)	1 (1,5)	0,4
Tabaquismo, n(%)	24 (27,6)	19 (30,2)	5 (20,3)	0,42
Antecedente oncológico, n(%)	12 (13,6)	11 (17,2)	1 (4,2)	0,17
Compromiso extraocular, n(%)	10 (11,5)	8 (12,5)	2 (8,7)	0,99
Laboratorio				
VSG, media (DS)	14,9 (19,3)	15,2 (19,5)	14,1 (18,9)	0,81
PCR, media (DS)	1,2 (2,9)	0,85 (2,2)	1,9 (4)	0,16
Hipergammaglobulinemia, n(%)	12 (15,6)	5 (9,4)	7 (29,2)	0,04
Factor reumatoideo, n(%)	6 (7,9)	1 (1,9)	5 (20,8)	0,01
ANA, n(%)	13 (17,1)	2 (3,8)	11 (45,8)	<0,001
Anti Ro, n(%)	9 (13,2)	0	9 (39,1)	<0,001
Anti La, n(%)	6 (8,8)	0	6 (26,1)	0,001
Tratamiento sistémico, n(%)	83 (94,3)	59 (92,2)	24 (100)	0,32
Pulsos de corticoides	5 (5,7)	4 (6,2)	1 (4,2)	0,99
Corticoides orales	53 (60,2)	31 (48,4)	22 (91,7)	<0,001
Dapsona	3 (3,4)	2 (3,1)	1 (4,2)	0,99
Metotrexato	70 (79,5)	49 (76,6)	21 (87,5)	0,37
Micofenolato	14 (15,9)	9 (14,1)	5 (20,8)	0,52
Azatioprina	21 (23,9)	15 (23,4)	6 (25)	0,88
Rituximab	5 (5,7)	4 (6,2)	1 (4,2)	0,99
Inmunoglobulina	1 (1,1)	1 (1,6)	0	0,99

**TABLA 1:** CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON POC Y SU COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS CON Y SIN EA ASOCIADA

	OR	IC95	P valor
Sexo	0,2	0,04 a 1,1	0,07
Edad al diagnóstico	1,02	0,9 a 1,1	0,25
Tabaquismo	0,5	0,1 a 1,7	0,26
Compromiso piel y mucosas	1,2	0,2 a 8,2	0,83
VSG	0,98	0,95 a 1,02	0,58
Hipergammaglobulinemia	8,7	1,6 a 46,8	0,012

**TABLA 2:** MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA MÚLTIPLE, POC ASOCIADO A EA COMO VARIABLE DEPENDIENTE

nuestra serie se observa que más de un cuarto de la población presenta dicha asociación y que la hipergammaglobulinemia podría sugerir la misma. Se debería realizar la búsqueda sistemática de esta coexistencia para evitar secuelas o tratamientos incompletos en patologías que al presente son potencialmente tratables.

Ariana RINGER<sup>1</sup>, Andrea M. SMICHOWSKI<sup>2</sup>, Ramiro Adrián GÓMEZ<sup>3</sup>, Belén VIRASORO<sup>4</sup>, Liliána Alicia MARTÍNEZ<sup>5</sup>, Emmanuel BERTILLER<sup>1</sup>, Carlos Nuncio SIEGRIST<sup>6</sup>, Brian Marcelo ABDALA<sup>7</sup>, Serenela CHULIBERT<sup>7</sup>, German GROSSI<sup>8</sup>, Eduardo RUBIN<sup>8</sup>, Alex KOSTIANOVSKY<sup>4</sup>, Sebastián MUÑOZ<sup>4</sup>, Ignacio Javier GANDINO<sup>9</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, CM/LABI, HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ROSARIO, <sup>2</sup>SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL MILITAR CENTRAL 601 CIRUJANO MAYOR DOCTOR COSME ARGERICH, <sup>3</sup>SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS, <sup>4</sup>CONSULTORIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES (CEA), <sup>5</sup>DIVISIÓN CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN ANTONIO FERNÁNDEZ, <sup>6</sup>CLÍNICA DE MEDICINA INTERNA Y REUMATOLOGÍA, LABORATORIO BIOQUÍMICO E INMUNOLÓGICO (CM/LABI), <sup>7</sup>HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ROSARIO, <sup>8</sup>GRUPO OFTALMOLÓGICO ALFA, <sup>9</sup>DIVISIÓN CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN ANTONIO FERNÁNDEZ

**Introducción:** El penfigoide ocular cicatrizar (POC) es una enfermedad inmunomediada, sistémica, cicatrizar y crónica, de baja frecuencia, perteneciente al grupo de penfigoides membrano-mucosos. Debido a la posibilidad de coexistencia de distintas enfermedades autoinmunes (EA), el POC podría asociarse con algunas de ellas. En la literatura se reporta entre 9 y 35% de asociación.

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia de enfermedades autoinmunes asociadas a POC, y analizar asociaciones clínicas y de laboratorio entre estas entidades.

**Materiales y Métodos:** Estudio de corte transversal multicéntrico de pacientes con diagnóstico (clínico y/o por biopsia) de POC derivados de Oftalmología. Se dividió la población en dos grupos según su asociación o no a otra EA. Se describieron las variables clínicas y de laboratorio, y se compararon las mismas entre ambos grupos. Se realizó un análisis multivariado de regresión logística descriptivo para identificar variables que pudieran asociar las EA con el POC.

**Resultados:** Se reclutaron 88 pacientes, 66 (75%) de sexo femenino, con edad media al diagnóstico de 64,3 años (DS 11,9). El grupo con EA asociadas incluyó 24 pacientes (27,3%). Dentro de las mismas, el diagnóstico más prevalente fue síndrome de Sjögren (13,6%). La mayoría de los pacientes presentó al diagnóstico estadios de Foster 1 (45,3%) y 2 (29,3%). En el grupo con EA se observaron asociaciones estadísticamente significativas con anticuerpos FAN, Ro, La, factor reumatoideo y con hipergammaglobulinemia (Tabla1). En el modelo de regresión logística multivariado descriptivo se detectó que la hipergammaglobulinemia se asoció a EA y POC, ajustado por edad, sexo, tabaquismo, compromiso de piel y mucosas, y eritrosedimentación (OR 8.7; IC95% 1.6 a 46,8; p=0,012, Tabla 2).

**Conclusiones:** Por la naturaleza autoinmune del POC, éste podría coexistir con otras EA. En nuestra serie se observa que más de un cuarto de la población presenta dicha asociación y que la hipergammaglobulinemia podría sugerir la misma. Se debería realizar la búsqueda sistemática de esta coexistencia para evitar secuelas o tratamientos incompletos en patologías que al presente son potencialmente tratables.

**ARTRITIS REUMATOIDEA DIFÍCIL DE TRATAR (D2T): PREVALENCIA DE DIFERENTES PATRONES OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS PREDICTIVAS Y FACTORES ASOCIADOS EN EL SEGUIMIENTO**

Laura CUELLAR IRIARTE, Einer Dalinda SÁNCHEZ PRADO, Rosario JALDIN CESPEDES, Juan ARGUELLO, Sebastián MAGRI, Santiago RUTA, Rodrigo GARCÍA SALINAS

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

	D2T-global No	D2T-global Sí	p
ACPA y FR x3%	31	52	0,02
ACPA + %	47	75	0,001
Doble-Sero + %	47	68	0,02
Erosiones Rx %	39	63	0,01
Tto. biológico o Jaki %	79	95	0,01
Tto. abatacept %	3	14	0,04
Eco+al año (sinovitis) %	22	42	0,02
Eco+al año (PD) %	6	20	0,02
Mejoría HAQ al año %	79	60	0,03
	D2T-DAS28 No	D2T-DAS28 Sí	
Colesterol >200 mg/dl %	26	50	0,01
	D2T-CDAI No	D2T-CDAI Sí	
Colesterol >200 mg/dl %	26	60	0,001
Tabaquismo %	27	47	0,04
	D2T-SDAI No	D2T-SDAI Sí	
Colesterol >200 mg/dl %	26	59	0,001
PCR >5 mg/dl %	29	48	0,05
Erosiones Rx %	45	67	0,05
Tto. Jaki %	16	34	0,04
	D2T-HAQ No	D2T-HAQ Sí	
Tabaquismo %	27	52	0,02
Tto. Jaki %	16	39	0,01
	D2T-total No	D2T-total sí	
Erosiones Rx %	48	87	0,03
Tabaquismo %	29	60	0,05
Eco+al año (PD) %	6	20	≤0,001

**Objetivos:** La artritis reumatoidea (AR) difícil de tratar (D2T) es un concepto recientemente definido y consensuado por EULAR. En forma genérica se refiere a pacientes que no logran el objetivo terapéutico, que han fallado a dos drogas biológicas o sintéticas dirigidas y presentan un difícil manejo.

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de diferentes patrones objetivos de D2T en el seguimiento a un año. Analizar las características clínicas de laboratorio e imágenes basales y al año que se asocian a la AR D2T.

**Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte prospectivo, donde se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR reclutados desde un programa integral. En la primera visita (basal) se realizó: estudios de laboratorio (incluyendo reactantes de fase aguda, FR y ACPA), radiografías de manos y pies, ecografía de manos con técnica Doppler de poder y entrevista donde se recabaron datos sociodemográficos (edad, sexo), datos clínicos (tiempo de evolución, comorbilidades) y clinimetría (EVA global del paciente, recuento articular, HAQ); cada evaluador (laboratorio, imágenes y clínico) no conocía los datos de los otros estudios realizados. Al año fueron evaluados en el mismo programa con los mismos procedimientos y se consignó el tratamiento realizado por su médico de cabecera en ese período. Se estableció el cumplimiento de criterios de D2T según la falla a dos drogas biológicas o sintéticas dirigidas y los siguientes parámetros objetivos: D2T-global: actividad moderada/alta por cualquier score, D2T-CDAI: actividad moderada/alta por CDAI, D2T-SDAI: actividad moderada/alta por SDAI, D2T-DAS28: actividad moderada/alta por DAS28, D2T-HAQ: actividad moderada/alta por cualquier score y empeoramiento del HAQ, D2T-Eco: actividad moderada/alta por cualquier score y actividad en la ecografía, D2T-Total: actividad moderada/alta por cualquier score, empeoramiento del HAQ y actividad en la ecografía. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, test de Chi<sup>2</sup>, prueba exacta de Fisher, Test T de student y Mann Whitney. Análisis multivariado de regresión logística de las variables significativas basales y al año para cada definición objetiva de D2T.

**Resultados:** Se incluyeron 120 pacientes con AR que cumplieron la visita basal y al año, 77% sexo femenino, media de edad 52 años (DS:13), mediana de evolución 30 meses (RIQ: 12-70), 49% era de residente diagnóstico (menos 2 años), 84% seropositivo. La prevalencia de AR D2T al año fue: D2T-global: 48% (IC95%: 39-57), D2T-CDAI: 25% (IC95%: 17-32), D2T-SDAI: 24% (IC95%: 16-32), D2T-DAS28: 33% (IC95%: 25-42), D2T-HAQ: 19% (IC95%: 12-26), D2T-Eco: 23% (IC95%: 15-30), D2T-Total: 8,3% (IC95%: 3-13). En la Tabla se observa el análisis univariado de las características asociadas y estadísticamente significativas a D2T-global al año, y se acompaña de aquellas que se asociaron a las otras definiciones objetivas de D2T que eran diferentes a las del D2T-global. Se destaca que la seropositividad, el colesterol elevado, la presencia de daño radiográfico, la indicación de biológicos y el tabaquismo se asoció al desarrollo de AR D2T. La ecografía positiva fue la variable que se asoció a D2T al año, y la mejoría del HAQ lo hizo en forma negativa. Análisis multivariado para cada definición objetiva de D2T con sus respectivas asociaciones independientes: D2T-global: DAS28 alta actividad (OR 3.5 IC95% 1.1-11), D2T-CDAI: ACPA+ (OR 14 IC95% 1.2-232), colesterol elevado (OR 6 IC95% 2-17) y tabaquismo (OR 3 IC95% 1,4-9), D2T-SDAI: colesterol elevado (OR 8 IC95% 2,3-27), indicación de Jaki (OR 4.3 IC95% 1,1-17) y mejoría del HAQ al año (OR 0.3 IC95% 0,3-0,1). D2T-DAS28: ACPA+ (OR 21 IC95% 1,5-275), colesterol elevado (OR 5.5 IC95% 1,8-18), erosiones en Rx (OR 3.3 IC95% 1,1-10) y Eco+ sinovitis (OR 2.8 IC95% 1,1-7,6). D2T-HAQ: Tabaquismo (OR 4.4 IC95% 1,3-14) e indicación de Jaki (OR 4.1 IC95% 1,2-14).

**Conclusiones:** La prevalencia de AR D2T en nuestra cohorte a un año de seguimiento fue entre 8 a 48% según la definición objetiva utilizada, se asoció al basal en forma independiente a alta actividad, seropositividad a ACPA, colesterol elevado, tabaquismo, erosiones en Rx e indicación de Jaki. Y al año con actividad en ecografía y en forma negativa con la mejoría del HAQ.

**EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DE PACIENTES CON LES LUEGO DEL TRASPLANTE RENAL**

Laura SORRENTINO<sup>1</sup>, Jorge Alejandro BRIGANTE<sup>1</sup>, María Gimena GÓMEZ<sup>1</sup>, Adriana HAMAUI<sup>1</sup>, Diana DUBINSKY<sup>1</sup>, Alexis MARCET<sup>2</sup>, Rita Marcela FORTUNATO<sup>2</sup>, Anabella RODRÍGUEZ<sup>3</sup>, Carlos Alfonso GONZÁLEZ GÓMEZ<sup>3</sup>, Cecilia PISONI<sup>4</sup>, María Cecilia GARBARINO<sup>4</sup>, María Mercedes CROCE<sup>5</sup>, Rosana QUINTANA<sup>6</sup>, Karen ROBERTS<sup>6</sup>

<sup>1</sup>SANATORIO GÜEMES, <sup>2</sup>FUNDACIÓN FAVALORO, <sup>3</sup>CEMIC, <sup>4</sup>HOSPITAL ARGERICH, <sup>5</sup>HOSPITAL PENNA, <sup>6</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (UNISAR)

**Introducción:** La nefritis lúpica (NL) es una causa importante de morbilidad y mortalidad en pacientes con LES. De las diferentes clases de glomerulonefritis, el tipo IV proliferativa difusa es la que tiene peor pronóstico y lleva a insuficiencia renal terminal en 3,5 a 7% de los casos siendo el trasplante renal el tratamiento definitivo. El trasplante renal se ha asociado con una mejor supervivencia en pacientes con enfermedad renal terminal (ERT) debido a nefritis lúpica. En comparación con no trasplantados, se asoció a una reducción del 70% en la mortalidad por todas las causas, lo que se explica en gran medida por un riesgo significativamente menor de muerte cardiovascular y por infección. Sin embargo, la recurrencia de nefritis lúpica luego del trasplante sigue siendo motivo de preocupación ya que el LES es una enfermedad sistémica con gran cantidad de autoanticuerpos circulantes que amenazan la integridad del injerto renal. Varios estudios han comparado la supervivencia del injerto renal y el paciente luego de la

terapia de reemplazo renal. Entre ellos se ha visto que los pacientes trasplantados tienen una mayor supervivencia y menor actividad lúpica. Todavía pocos trabajos evalúan la actividad del lupus extrarrenal luego del trasplante.

**Objetivos:** Establecer la proporción de reactivación lúpica renal y extrarrenal en pacientes trasplantados por NL.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico. Se incluyeron pacientes con LES criterios ACR/SLICC o ACR/EULAR 2019, trasplantados renales por nefritis lúpica mayores 18 años en los últimos 10 años. Se recolectaron datos de las historias clínicas de 5 centros. Se tomaron datos demográficos, antecedentes de enfermedad renal, cardiovascular, tiempo hasta manifestación renal y de diálisis, resultado de biopsia renal, datos pertinentes al trasplante, serologías y tratamientos previos, y con respecto al postrasplante se tomaron serologías, recaída extrarrenal, recidiva de NL y pérdida de injerto renal, mortalidad al mes±15 días, a los 6±1 mes, a los 24 meses±3 meses, a los 36 meses±6 meses y a los 5 años±12 meses, y tiempo de seguimiento. Las variables continuas se presentan como medias y desvío estándar o con la mediana y cuartiles según la distribución de la variable. Las variables categóricas se representan como frecuencia y porcentajes. Para el análisis de tiempo hasta el evento se ajustó la curva de supervivencia con el método de Kaplan-Meier.

**Resultados:** Se analizaron 26 trasplantes renales de 24 pacientes, 84,6% era mujer con una edad media al inicio de la NL de 22,3±8,47 años, 92% tenía cobertura en salud. El 85,7% tenía glomerulonefritis clase IV por biopsia, 4,76% clase III y V, y 4,76% clase VI. La media de tiempo hasta la NL desde el diagnóstico de LES fue 30±23,1 meses, y una mediana de 42,0 (6,75, 57,0) meses desde el diagnóstico hasta la diálisis, y una mediana de duración de diálisis de 48 (24,0, 96,0) meses. La edad media al trasplante fue 36,9±11,2 años, el tiempo desde la ERT hasta el trasplante fue una media de 86,4±49,3 meses. El 76,9% fue de donante cadavérico. La inducción fue con timoglobulina (91,3%) y timoglobulina+plasmáferesis (4,35%). El mantenimiento se realizó en su mayoría con micofenolato+tacrolimus (65,4%), con otra combinación (26,9%), y monodroga (micofenolato o azatioprina) (7,6%). La media de seguimiento fue de 122,60±58,88 meses. Hubo dos pacientes fallecidos. A los 24 meses un paciente tuvo recaída extrarrenal y a los 36 meses otra recaída, acompañada de pérdida del injerto por rechazo. A los 36 meses una paciente tuvo pérdida del injerto por rechazo. A los 5 años, 2 pacientes tuvieron recaída de NL en injerto, una de ellas requirió retrasplante y luego perdió el injerto por rechazo. Las características de estos pacientes se detallan en la Tabla.

**Conclusiones:** Solo un paciente tuvo recaída extrarrenal luego del trasplante, dos pacientes perdieron el injerto por rechazo, y una por recaída de NL. Una paciente tuvo recaída de NL sin pérdida del injerto. En nuestra cohorte la recaída tanto renal como extrarrenal fue muy poco frecuente. Se necesitan más datos para establecer las causas asociadas a estas. Como limitación tuvimos gran cantidad de datos faltantes.

**TABLA :** CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON RECAÍDA POSTRASPLANTE

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Sexo	Masculino	Femenino	Femenino	Femenino
Edad al trasplante	22 años	30 años	29 años	18 años
Otros antecedentes	No	HTA	No	HTA
SLICC	3	4	3	Desconocido
Tiempo desde inicio de enfermedad hasta NL	0 meses	0 meses	48 meses	12 meses
Biopsia	Clase IV	Clase IV	Clase IV	Clase IV
Duración de diálisis	36 meses	12 meses	36 meses	48 meses
Tiempo desde IRC hasta trasplante	96 meses	12 meses	Desconocido	Desconocido
Tiempo de isquemia	5 horas	27 horas	Desconocido	28 horas
Donante	Cadavérico	Cadavérico	Vivo	Cadavérico
Inducción	Timoglobulina	Timoglobulina+plasmáferesis	Timoglobulina	Timoglobulina
Mantenimiento	Micofenolato+tacrolimus	Micofenolato+tacrolimus+azatioprina	Ciclosporina+tacrolimus	Micofenolato
Serologías previas al trasplante	FAN positivo nuclear homogéneo Anticardiolipina IgM positiva	FAN positivo nuclear moteado, anti-DNA, anti-Ro y anti-La positivos	FAN positivo nuclear moteado	FAN positivo nuclear homogéneo
Desenlaces	ACV (24 meses), mielitis transversa (36 meses), pérdida del injerto por rechazo (36 meses), óbito (84 meses)	Pérdida de injerto por rechazo (36 meses)	Recaída de nefritis lúpica en injerto renal (5 años), retrasplante y nueva pérdida de injerto renal por rechazo (5 años)	Recaída de nefritis lúpica sin pérdida del injerto renal (5 años)

**PROMOCIÓN, REPITENCIA Y ABANDONO EN LA CARRERA DE ESPECIALISTAS EN REUMATOLOGÍA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**

Vanesa Laura COSENTINO<sup>1</sup>, Gustavo Christian CASADO<sup>2</sup>, Carla Andrea GOBBI<sup>3</sup>, Anastasia SECCO<sup>4</sup>, Félix Enrique ROMANINI<sup>4</sup>, Gustavo CITERA<sup>5</sup>, Marcos Gabriel ROSEMFET<sup>6</sup>, Silvia Beatriz PAPASIDERO<sup>7</sup>, María Alejandra MEDINA<sup>7</sup>, Juan Manuel BANDE<sup>7</sup>, Gabriel SEQUEIRA<sup>1</sup>, Eduardo KERZBERG<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL RAMOS MEJÍA, <sup>2</sup>SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL MILITAR CENTRAL 601 CIRUJANO MAYOR DOCTOR COSME ARGERICH, <sup>3</sup>CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA 1, HOSPITAL DE CÓRDOBA, <sup>4</sup>SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA, <sup>5</sup>INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, <sup>6</sup>INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, <sup>7</sup>SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE AGUDOS ENRIQUE TORNÚ

**Introducción:** EULAR recomienda que todo programa de entrenamiento en Reumatología debe incorporar un proceso predefinido para identificar y apoyar a los alumnos en riesgo de fallar.

**Objetivos:** Determinar la tasa de promoción efectiva, la tasa de repitencia con retraso y la tasa de abandono en la Carrera de Médico Especialista en Reumatología en la Ciudad de Buenos Aires (CABA) de aquellos alumnos que se presentaron a examen de residencia y señalar factores que pudieran explicar la trayectoria en el posgrado de dichos alumnos.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron las bases de datos con el orden de mérito de los exámenes para residencia en Reumatología del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) entre 2009 y 2016, y se identificaron 220 postulantes de los cuales: a) un grupo obtuvo las primeras ubicaciones y adjudicaron a la residencia, b) otros adjudicaron a la Carrera de Especialista en Reumatología mediante otras modalidades ya sea en los mismos centros o en otros centros públicos o privados de la Ciudad de Buenos Aires y alrededores y c) el resto abandonó. La Sociedad Argentina de Reumatología (SAR) dicta en la Ciudad de Buenos Aires un curso de 3 años de duración, que se completa en forma paralela a los posgrados dependientes

de la Universidad de Buenos Aires y a las residencias en Instituciones Públicas o Privadas de CABA y Gran Buenos Aires. Se analizaron las bases de datos y se identificaron 283 alumnos que cursaron entre 2009 y 2017. Se analizó la trayectoria durante ese posgrado de los alumnos de los grupos A y B. Si bien los alumnos cursaron en diferentes centros, compartieron un mismo entrenamiento en la SAR y fueron evaluados de la misma forma por docentes independientes. El resto de los alumnos, que cursó en la SAR pero nunca se presentó a examen de residencia, no forma parte de este análisis. Se determinó la tasa de promoción efectiva (definida como el porcentaje de alumnos que se matricularon y finalizaron el curso sin aplazos dentro de los 3 años lectivos siguientes), la tasa de repitencia con retraso (definida como el porcentaje de alumnos que se matricularon como alumnos repitientes en algún año lectivo o que completaron la cursada pero fuera del tiempo estipulado) y la tasa de abandono (definida como el porcentaje de alumnos que se matricularon y que no culminaron la carrera) en cada uno de los grupos. Se evaluó, además, la relación con las siguientes variables al ingreso: nota promedio de la Carrera de Medicina, puntaje obtenido en el examen para residencia y nacionalidad.

**Resultados:** Se analizaron 119 alumnos de los cuales 63 (52,9%) adjudicaron para la residencia en Reumatología en GCBA (RESI). Considerando el total de 119 alumnos, la tasa de promoción efectiva fue del 66,4%, la tasa de repitencia fue del 11,8% y la tasa de abandono fue del 7,6%. La proporción de mujeres fue de 71,4% en el grupo RESI y 71,4% en el resto (p0,8). La promoción efectiva fue de 82,5% en el grupo RESI vs 48,2% en el resto (p<0,001). La repitencia con retraso fue de 3,2% en RESI vs 21,4% en el resto (p0,005). El retraso observado fue desde 6 meses a 3 años. La tasa de abandono fue de 3,2% en RESI vs 12,5% en el resto (p0,06). El resto de los alumnos tuvo 1 o más aplazos o faltó a algún parcial pero los recuperaron y se recibieron sin retrasos. Hubo 33 alumnos extranjeros (28% del total); los 5 alumnos extranjeros que adjudicaron a la residencia tuvieron un 100% de promoción efectiva. Los alumnos con promoción efectiva tenían mejor nota promedio en la carrera de medicina: 8,2 (SD 0.9) vs 7,1 (SD 1.1) en el resto (p<0,001) y una mejor nota examen para residencia: mediana de 31,5 puntos sobre 50 (RIC 28.5-34.5) vs 22,5 puntos sobre 50 (RIC 19.75-28.75) en el resto (p<0,001). La tasa de promoción efectiva fue de 79,1% en alumnos argentinos vs 33,3% en extranjeros (p<0,001).

**Conclusiones:** Los alumnos que accedieron a una residencia en GCBA tuvieron tasas de promoción más altas, menores tasas de repitencia y una tendencia hacia un menor abandono que el resto. Se debería evaluar un programa de apoyo para los alumnos que no acceden a la residencia, particularmente si tienen bajas notas promedio en la carrera de Medicina, menores puntajes en el examen de residencia o son extranjeros.

## ACTUALIZACIÓN DE SEGURIDAD DE TOFACITINIB EN EMBARAZO

Nicolás Martín LLOVES SCHENONE<sup>1</sup>, Paula Tamara MOHAMAD<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CENTRO MÉDICO BARRIO NORTE, <sup>2</sup>FUNDAGEN

**Introducción:** El tofacitinib es una pequeña molécula por vía oral que inhibe las janus quinasas (JAK) 1 y 3 con aprobación para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs) y colitis ulcerosa (CU). En estudios preclínicos en animales, se observó un aumento en la pérdida post implantación y disminución del número de fetos viables y de la media de peso corporal fetal. Tofacitinib es fetocida en ratas a 146 veces la dosis humana de 5 mg dos veces al día y 73 veces la dosis humana de 10 mg dos veces al día, así como en conejos a 13 veces la dosis humana de 5 mg y 6,3 veces la dosis humana de 10 mg respectivamente. Las malformaciones incluyeron anasarca, defectos del tabique ventricular membranoso y anomalías esqueléticas. Tofacitinib no tuvo efectos sobre la motilidad del espermatozoide o concentración de espermatozoide en ratas macho a exposiciones 133 veces y 67 veces mayor, respectivamente, que las dosis humanas de 5 mg y 10 mg. No hay estudios clínicos controlados diseñados para determinar los efectos de tofacitinib en mujeres embarazadas o mujeres que amamantan, y datos de registro recopilados de forma prospectiva son limitados.

**Objetivos:** Realizar una revisión bibliográfica sobre outcomes de embarazo en pacientes con exposición a tofacitinib.

**Materiales y Métodos:** Revisión narrativa. Se realizó una búsqueda de artículos publicados hasta el año 2021 en las siguientes bases de datos: Medline, Cochrane y Lilacs.

**Resultados:** Una publicación de Clowse y colab informó 91 embarazos en pacientes, o parejas de pacientes, que recibieron tofacitinib en estudios de desarrollo clínico de AR y psoriasis cutánea (Ps) hasta abril de 2014. De los 9.815 pacientes con AR y psoriasis enrollados en los ECA patrocinados por Pfizer de tofacitinib, 47 mujeres quedaron embarazadas. De un total de 1.309 pacientes mujeres de entre 18 y 44 años con AR se identificaron 31 casos de embarazo (2,4%). La exposición ocurrió dentro del primer trimestre en todos menos dos casos, donde la exposición ocurrió en el segundo y tercer trimestre, respectivamente. En el grupo de psoriasis cutánea se detectaron 16 casos de embarazo (3,1%) entre 512 mujeres de 18 a 44 años enroladas. Un estudio publicado en 2018 recopiló los *outcomes* de embarazo para pacientes con colitis ulcerosa (CU) con exposición tanto materna como paterna al tofacitinib en los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) realizados hasta 2017. Dicho estudio por otro lado también retomó los datos del estudio de Clowse y actualizó los datos reportados en AR, APS y Ps y reportó casos de exposición de estudios sin intervención médica, comunicaciones de farmacovigilancia, etc. De 1.157 pacientes inscritos en los estudios de CU, 301 eran mujeres en edad fértil. Once casos de exposición materna y 14 casos de exposición paterna a tofacitinib (dosis de 5 mg o 10 mg dos veces al día) antes, en el momento de la concepción o durante el embarazo fueron identificados. Los resultados incluyeron 15 recién nacidos sanos, ninguna muerte fetal, ninguna muerte neonatal, ninguna malformación congénita, 2 abortos espontáneos y 2 terminaciones médicas. No hay datos del resto de los casos. De los 11 casos maternos, la exposición a tofacitinib comenzó dentro del primer trimestre en todos los casos. El resultado más común fue un recién nacido sano (total, n=4; incluido un parto prematuro a las 36 semanas). Se informaron dos abortos espontáneos. Hubo 2 interrupciones médicas. El resultado está pendiente en 2 casos y 1 caso tuvo un resultado desconocido. El número de casos de exposición materna identificados en las cohortes de AR, Ps y APS fueron de 39, 20 y 4, y el número de casos de exposición paterna fue de 7, 60 y 3 respectivamente. En todos los casos, la exposición materna comenzó en el primer trimestre. El resultado más común fue el recién nacido sano (AR, n=21; Ps, n=10; APS, n=2), incluidos 3 partos prematuros de 35 semanas uno y los otros dos de 37 semanas. Se reportó 1 malformación congénita (estenosis de la válvula pulmonar) en el recién nacido de una paciente de 32 años con AR e hipertensión tratada con losartan, con diabetes gestacional controlada por dieta, y que recibió tofacitinib 5 mg. Diez abortos espontáneos (RA, n=8; Ps, n=1; APS, n=1). Hubo 11 interrupciones médicas (AR, n=5; Ps, n=5; APS, n=1). Ocho casos de exposición materna perdieron el seguimiento.

**Conclusiones:** Se encontraron en total 116 casos reportados de embarazos en mujeres con exposición a tofacitinib, en 65 casos el resultado fue un recién nacido sano, en 12 un aborto espontáneo, hubo 13 terminaciones médicas, 2 casos de malformaciones congénitas, 2 reportados como pendientes y 22 que se perdieron en el seguimiento. En esta revisión, del total de embarazos con outcome conocido que no tuvieron terminación electiva (79), la tasa de malformaciones es del 2.5% (IC 95 0%-3%) y la tasa de abortos espontáneos 15% (IC 95 8%-22%). Estos resultados no difieren de los hallados en población general. Además, en el caso del neonato con estenosis pulmonar, la madre también presentaba diabetes gestacional la cual aumenta el riesgo de esta patología y es un factor confundidor. Las frecuencias observadas de malformaciones congénitas y abortos espontáneos (1.0% y 10.8%, respectivamente) reportados en los estudios de desarrollo clínico de tofacitinib, estudios sin intervención y notificaciones de farmacovigilancia es similar a la observada en la población general. Si bien hasta el momento en los casos reportados no hay un aumento de la tasa



de malformaciones, dada la escasa información publicada hasta la fecha no se pueden elaborar conclusiones definitivas con respecto al efecto de tofacitinib sobre los resultados del embarazo y del recién nacido.

053

## SÍNDROME DE COGAN: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Javier Federico FLORES TREJO, José Simón ALCIVAR NAVARRETE, Joan Manuel DAPEÑA, María Alejandra MEDINA, Juan Manuel BANDE, José Ángel CARACCILO, Silvia Beatriz PAPASIDERO

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ

**Introducción:** El síndrome de Cogan es una vasculitis sistémica que puede afectar vasos de cualquier calibre, poco frecuente, con aproximadamente 300 casos reportados en el mundo hasta la fecha. Fue descrito por primera vez en 1934 y puede afectar gravemente la visión, la audición y, en algunos casos, se asocia a efectos sistémicos importantes, tales como aortitis y vasculitis con compromiso sistémico. No existen criterios diagnósticos ni de clasificación validados. El diagnóstico se basa en la presencia de enfermedad ocular inflamatoria característica y disfunción vestibuloauditiva. Se ha categorizado en dos grupos: típico y atípico, los cuales están caracterizados por el compromiso de ambos órganos y el intervalo de tiempo de aparición entre cada afección. El tratamiento no está bien establecido y la información disponible se basa en reportes de casos, siendo los corticoides los fármacos más utilizados.

**Objetivos:** Se presenta el caso clínico de una paciente con manifestaciones oftalmológicas y auditivas con diagnóstico de síndrome de Cogan.

**Materiales y Métodos:** Paciente de sexo femenino de 47 años que presentó disminución de la agudeza auditiva bilateral asociada a episodios de tinnitus y vértigo en los últimos 12 meses. Consultó al servicio de Otorrinolaringología, donde se estableció diagnóstico de hipoacusia neurosensorial sin compromiso del canal auditivo y de otras estructuras. Siete meses posteriores, evolucionó con ojo rojo bilateral asociado a dolor y fotofobia. Fue valorada por el servicio de Oftalmología, realizándose diagnóstico de escleritis bilateral. Se indicó tratamiento con atropina y corticoides tópicos, con mala respuesta, motivo por el cual fue derivada a Reumatología. Fue evaluada por nuestro servicio, no encontrándose, tanto en la anamnesis como en el examen físico, compromiso aparente de otros órganos y sistemas. Se solicitaron estudios complementarios. En el laboratorio se evidenciaron reactantes de fase aguda elevados (VSG 62 mm/1° hora y PCR 3.15 mg/dl) y FAN positivo (título 1/160, patrón nuclear moteado). El resto del laboratorio inmunológico (FR, ACCP, ENA, antiDNA, ANCA-C, ANCA-P, anti-PR3 y anti-MPO) resultó negativo. Las serologías para sífilis, HIV, hepatitis B y C fueron no reactivas. En las radiografías de tórax y senos paranasales no se observaron alteraciones patológicas. Ante el diagnóstico presuntivo de Síndrome de Cogan atípico, se decidió en conjunto con el servicio de oftalmología, iniciar tratamiento con altas dosis de corticoides (prednisona 1 mg/kg/día), con buena respuesta sobre el compromiso ocular, pero sin cambios respecto al compromiso auditivo, interpretándose como secuelar. Inició recientemente metotrexato como ahorrador de esteroides, presentando buena tolerancia.

**Resultados:** El síndrome de Cogan se debe sospechar ante un adulto joven con manifestaciones oftalmológicas y auditivas. Su forma típica cursa con manifestaciones oculares de queratitis intersticial no luética y manifestaciones audiovestibulares similares al síndrome de Ménière, con sordera progresiva, siendo el intervalo de aparición entre dichas manifestaciones inferior a 2 años. Por otra parte, la forma atípica puede presentarse con manifestaciones oftalmológicas diferentes a la forma clásica (epiescleritis, escleritis, coroiditis, oclusión arterial retiniana, hemorragia retiniana, edema papilar, exoftalmos) asociadas a manifestaciones audiovestibulares típicas méniérfomes. También se han descrito como formas atípicas: compromiso oftalmológico típico asociado a manifestaciones audiovestibulares diferentes del síndrome de Ménière o afección oftalmológica y audiovestibular típicas con un intervalo entre ellas superior a 2 años. El 15-20% de los casos se puede asociar a vasculitis sistémicas, con compromiso de otros órganos.

**Conclusiones:** En esta paciente, la presencia de afectación ocular atípica (escleritis) precedida de hipoacusia neurosensorial y vértigo en un intervalo inferior a 2 años, nos hizo sospechar el diagnóstico de Síndrome de Cogan atípico. El reconocimiento temprano de este trastorno autoinmune y la intervención adecuada son indispensables para minimizar el daño irreversible e invalidante que puede provocar esta patología. Es por eso que consideramos importante el conocimiento de la misma para poder sospecharla y así tratarla oportunamente.

054

## PENFIGOIDE OCULAR CICATRIZAL EN UN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDEA. REPORTE DE UN CASO

Jorge Alberto TORRES TRUJILLO, Joan Manuel DAPEÑA, Eliana Rebeca SERRANO, Juan Manuel BANDE, María Alejandra MEDINA, José Ángel CARACCILO, Silvia Beatriz PAPASIDERO

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ

**Introducción:** El penfigoide ocular cicatrízal (POC) es una enfermedad ampollosa subepitelial autoinmune crónica rara. Es la manifestación de una patología sistémica más amplia denominada penfigoide de membranas mucosas, la cual puede comprometer otras mucosas (nariz, laringe, esófago, genitales) e incluso la piel. La presentación clínica varía ampliamente. Suele manifestarse inicialmente como conjuntivitis recurrente, ojo rojo o hiperemia, ardor, dolor, prurito, lagrimeo, fotofobia y sensación de cuerpo extraño. Sin un tratamiento adecuado, puede llevar a la pérdida completa de la capacidad visual. Su asociación con artritis reumatoidea suele ser ocasional.

**Objetivos:** Se presenta el caso clínico de un paciente con artritis reumatoidea que desarrolló penfigoide ocular cicatrízal.

**Materiales y Métodos:** Paciente de sexo masculino de 50 años de edad con diagnóstico de artritis reumatoidea seropositiva, erosiva, no nodular de 6 años de evolución. En el transcurso de su enfermedad presentó compromiso de pequeñas y grandes articulaciones y síntomas sicca, caracterizados principalmente por xeroftalmia severa. Realizó tratamiento con AINES, glucocorticoides y múltiples DMARs (metotrexato, leflunomida y sulfasalazina), debiendo interrumpir los mismos por efectos adversos, sin lograr el control de la actividad de la enfermedad. Por persistencia de la xeroftalmia, consultó al Servicio de Oftalmología y, debido a la severidad de la sequedad ocular, se le realizó tarsorrafia en ojo derecho. Inició simultáneamente tofacitinib, debiéndose suspender el mismo por elevación de enzimas hepáticas. Posteriormente, agregó dolor ocular y disminución de la agudeza visual, interpretándose el cuadro como una conjuntivitis aguda. Realizó tratamiento antibiótico tópico, sin mejoría sintomática. Controles posteriores con lámpara de hendidura, revelaron la presencia de una úlcera corneal central asociada a zonas de adelgazamiento, con riesgo inminente de perforación. Por este motivo, se indicó, en conjunto con Oftalmología, el ascenso de la dosis de corticosteroides (prednisona a 0,5 mg/Kg/día). Ante la persistencia de los síntomas, se realizó biopsia conjuntival, que reveló el diagnóstico de POC. Inició pulsos de ciclofosfamida de 500 mg mensuales, recibiendo en total 7, con escasa respuesta terapéutica. Se encuentra actualmente en plan de tratamiento con rituximab.

**Resultados:** El POC representa uno de los diagnósticos diferenciales de la conjuntivitis cicatrízal. Por lo general el cuadro se caracteriza por una conjuntivitis crónica, con sequedad ocular, pequeñas cicatrices conjuntivales, distriquiiasis y estrechamiento u oclusión de los puntos lagrimales. La



presentación clínica puede ir desde casos leves con progresión lenta de años de evolución hasta cuadros severos con evolución tórpida y rápidamente progresiva, que puede llevar a la fibrosis. Su sospecha y el retraso en el tratamiento puede ir de 2 a 10 años, llevando a la pérdida completa de la capacidad visual. El diagnóstico se realiza por medio de la biopsia conjuntival e inmunofluorescencia. Existen diversas clasificaciones para valorar la severidad: la de Foster se basa en signos clínicos de progresión, mientras que la de Mondino y Brown se basa en la evaluación de la profundidad del fórnix inferior. Se ha descrito la asociación con enfermedades autoinmunes tales como lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoidea, espondilitis anquilosante y tiroiditis autoinmune. La asociación entre POC y AR se ha informado en varias series de casos desde 1978 y se ha demostrado que ambos están fuertemente asociados con el HLA-DR4. Su tratamiento es muchas veces difícil por lo complejo de ambos cuadros.

**Conclusiones:** El POC es una entidad poco frecuente y la severidad del cuadro puede ser variable. Cuando coexiste con la Artritis Reumatoidea, una patología que de por sí puede acompañarse de diferentes manifestaciones oculares, su diagnóstico puede constituir un verdadero desafío. La demora, tanto en su diagnóstico como en el tratamiento adecuado, puede llevar a complicaciones de carácter irreversible.

056

## CONCORDANCIA INTRA E INTEROBSERVADOR EN UN TALLER DE EVALUACIÓN DE IMÁGENES CAPILAROSCÓPICAS

María Natalia TAMBORENEA<sup>1</sup>, Félix Enrique ROMANINI<sup>2</sup>, Marta MAMANI<sup>3</sup>, Javier TOIBARO<sup>4</sup>, Santiago CATALAN PELLET<sup>5</sup>, Ana Irene SIRERA<sup>6</sup>, Lelly DUEÑAS<sup>6</sup>, Cucchiario NATALIA<sup>7</sup>, Mario COUSSEAU<sup>8</sup>, Carlos Alberto ORELLANA GONZÁLEZ<sup>9</sup>, Yucra DEMELZA<sup>10</sup>, Elda Rossella TRALICE<sup>10</sup>, Alan Juan RASCHIA<sup>5</sup>, María Josefina MOLINA<sup>5</sup>, María Verónica LENCINA<sup>5</sup>, Gabriela Vanesa ESPASA<sup>5</sup>, Miguel Alex LINAREZ MARTÍNEZ<sup>5</sup>, Vanessa Viviana CASTRO COELLO<sup>5</sup>, Aldo GARCÍA<sup>5</sup>, María Sofía VELLOSO<sup>5</sup>, Paula Alejandra GONZÁLEZ<sup>5</sup>, Noelia Fernanda GERMAN<sup>5</sup>, Silvana CONTI<sup>5</sup>, Florencia SAVY<sup>5</sup>, Julieta Silvana MORBIDUCCI<sup>10</sup>, Sandra Fabiana MONTOYA<sup>4</sup>, Mariano A. RIVERO<sup>11</sup>, Leandro José SAAVEDRA<sup>12</sup>, Mirtha Rosa SABELLI<sup>13</sup>, Jonathan Eliseo REBAK<sup>14</sup>, Romina ROJAS TESSEL<sup>15</sup>, Laura SORRENTINO<sup>16</sup>, Viviana Lorena GERVASONI<sup>18</sup>, María Beatriz MARCANTONI<sup>19</sup>, Ana Lía GERVILLA DE CAFRUNE<sup>20</sup>, Julio A. GOT<sup>21</sup>, Gabriela SÁNCHEZ<sup>22</sup>, Gerardo CASTORINO<sup>23</sup>, Lucila GARCÍA<sup>24</sup>, Pierina SANSINANE<sup>25</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL RIVADAVIA, <sup>2</sup>HOSPITAL RIVADAVIA, <sup>3</sup>HOSPITAL RIVADAVIA, <sup>4</sup>HOSPITAL RAMOS MEJÍA, <sup>5</sup>UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, <sup>6</sup>HOSPITAL DURAND, <sup>7</sup>HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SALTA, <sup>8</sup>POLICLÍNICA PRIVADA DE LA PAZ, <sup>9</sup>HOSPITAL DURAND, <sup>10</sup>HOSPITAL RIVADAVIA, <sup>11</sup>HOSPITAL MUNICIPAL DE ALBERTI, <sup>12</sup>CONSULTORIO REUMATOLOGÍA, <sup>13</sup>HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES, <sup>14</sup>SANATORIO GÜEMES, <sup>15</sup>HOSPITAL DEL MILAGRO SALTA, <sup>16</sup>SANATORIO GÜEMES, <sup>17</sup>HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA, <sup>18</sup>CONSULTORIO URQUIZA, <sup>19</sup>HOSPITAL ELIZALDE, <sup>20</sup>HOSPITAL SAN ROQUE DE JUJUY, <sup>21</sup>INSTITUTO HUMANITAS, <sup>22</sup>HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO, <sup>23</sup>HOSPITAL ESPAÑOL MENDOZA, <sup>24</sup>HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA, <sup>25</sup>HOSPITAL A ZATTI

Características generales	
Años de médico	13 RIC (2-44)
Años de experiencia en VCP	2 RIC (1-31)
N° VCP en un mes habitual	8 RIC (0-90)
N° de cursos VCP en los últimos 3 años	1 RIC (0-12)

**Introducción:** La capilaroscopia es un método no invasivo que permite la observación directa de la microvasculatura en el área periungueal; contribuye al estudio del fenómeno de Raynaud y permite el diagnóstico diferencial de una serie de patologías del sistema inmune. Toda herramienta debe ser confiable y reproducible para adoptarla en la práctica clínica o de investigación. A lo largo del tiempo surgieron métodos cuantitativos y semicuantitativos para mejorar la reproducibilidad.

**Objetivos:** Conocer el nivel de acuerdo intra e interobservador al informar los diferentes patrones capilaroscópicos en individuos con diferente nivel de entrenamiento.

**Materiales y Métodos:** El estudio se llevó a cabo mediante un taller que se realizó luego de dictar en forma virtual un curso de capacitación y actualización en capilaroscopia para médicos reumatólogos y en formación. Los participantes emitieron su respuesta a través de un formulario Google. Se incluyeron en el análisis la evaluación de 40 imágenes capilaroscópicas, 10 fueron repetidas e intercaladas a fin de evaluar concordancia intraobservador. El taller se realizó en forma virtual y todos los observadores tuvieron la misma cantidad de tiempo para ver la imagen y emitir su respuesta. Las opciones de respuesta fueron: 1) capilaroscopia normal, 2) alteraciones capilaroscópicas inespecíficas, 3) patrón SD. Se interrogó sobre años de graduación, especialidad médica, años de experiencia, entrenamiento y capacitación en capilaroscopia. Se realizó estadística descriptiva para el análisis general de las variables en estudio, se utilizó para las variables continuas media y desvío estándar (DS), o mediana y rango intercuartilo (RIC) según su distribución; las variables categóricas se describieron como porcentajes. Se utilizó el test de concordancia para evaluar el nivel de acuerdo intra e interobservador. Se consideró acuerdo bajo a un valor de k de 0,2-0,4; intermedio de 0,4- 0,6 y alto cuando el valor de K fue superior a 0,6.

**Resultados:** Participaron 39 médicos, de los cuales uno fue considerado *gold standar*. El 64,1% (n:24) de los participantes fue médico con título de especialista en Reumatología, y el 38,5% (n:15) en formación. En relación al equipamiento, el 58,9% (n:23) de los profesionales manifestó utilizar videocapilaroscopia, el cual es el *gold standar*, el 12,8% (n: 5) usaba microscopio óptico y el 25,6% (n: 10) microscopio digital. Análisis de concordancia entre el *gold standar* y participantes: Global: alto nivel de acuerdo: Kappa 0.66 IC 95%(0,63-0,70) p<0,0000. EE 0.0193. Z 33,7013 Médicos en Formación: kappa 0.65 IC 95% (0.60-0.71) p=0,0000 EE 0.0280. Z 21,85 Médicos reumatólogos: kappa 0.67 IC 95% (0.62-0.72) p=0,0000 EE 0.0265. En el análisis de concordancia intraobservador el nivel de acuerdo fue alto: Kappa 0.63 IC 95% (0,61-0,66) p<0,0000. EE 0.0189. Z 32,6003. Teniendo en cuenta los años de experiencia en capilaroscopia, dividimos al grupo en dos: Grupo 1, aquellos con menos de 4 años, y Grupo 2, profesionales con 4 años o más. Al comparar el Grupo 1 con el *gold standar*: kappa 0.65 IC 95% (0.60-0.70) p=0,0000 EE 0.0252. Z 26.06. Al comparar al Grupo 2 con el *gold standar*: kappa 0.73 IC 95% (0.673-0.789) p=0.0000 EE 0.0297. Z 22.32. En forma global a la hora de describir una imagen como SD se encontró mayor nivel de acuerdo que entre las imágenes normales y las inespecíficas. La mayoría de imágenes era patrón SD, eso pudo haber inclinado los resultados hacia una mayor concordancia global.

**Conclusiones:** El nivel de concordancia intra e interobservador encontrado fue globalmente alto, independientemente del nivel de entrenamiento de los profesionales, y de ser o no reumatólogo. La concordancia fue superior cuando se comparó a los que tenían más de 4 años de experiencia en la realización de videocapilaroscopia. El taller se realizó a continuación de un curso de capacitación que puede haber generado influencia en los resultados encontrados.

058

## RECIDIVA DE LA NEFROPATÍA LÚPICA: DATOS DEL REGISTRO NACIONAL DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Lucila GARCÍA<sup>1</sup>, Rosana QUINTANA<sup>2</sup>, Carla Andrea GOBBI<sup>1</sup>, Sandy SAPAG<sup>1</sup>, Marina Laura MICELLI<sup>1</sup>, Analia ÁLVAREZ<sup>1</sup>, Cecilia PISONI<sup>1</sup>, Susana Graciela ROVERANO<sup>1</sup>, Paula Beatriz ALBA MOREYRA<sup>1</sup>, Alberto J. SPINDLER<sup>1</sup>, César Enrique GRAF<sup>1</sup>, Catalina GÓMEZ<sup>1</sup>, Silvia Beatriz PAPASIDERO<sup>1</sup>, Raúl Horacio PANIEGÓ<sup>1</sup>, María DE LA VEGA<sup>1</sup>, María Julia SANTA CRUZ<sup>1</sup>, Heber Matías FIGUEROED<sup>1</sup>, Emma de Garignani CIVIT<sup>1</sup>, María Victoria MARTIRE<sup>1</sup>, Luciana GONZÁLEZ LUCERO<sup>1</sup>, Rodrigo Alejandro AGUILA MALDONADO<sup>1</sup>, Oscar L. RILLO<sup>1</sup>, Sergio Abel GORDON DOLIMPIO<sup>1</sup>, Vanina GÓNGORA<sup>1</sup>, Romina Estefanía NIETO<sup>1</sup>, Gretel RAUSCH<sup>1</sup>, Julia ROMERO<sup>1</sup>, Cristina BATTAGLIOTTI<sup>1</sup>, María Agustina D'AMICO<sup>1</sup>, Marta Norma MAMANI<sup>1</sup>, Alberto ALLIEVI<sup>1</sup>, Johana ZACARIAZ HERETER<sup>1</sup>, Diana DUBINSKY<sup>1</sup>, Andrea Vanesa GONZÁLEZ<sup>1</sup>, Florencia VIVERO<sup>1</sup>, Víctor CAPUTO<sup>3</sup>, Juan Manuel VANDALE<sup>1</sup>, María Silvia LARROUDE<sup>1</sup>, Ramiro

Adrián GÓMEZ<sup>1</sup>, Graciela Nora RODRÍGUEZ<sup>1</sup>, Josefina MARIN<sup>1</sup>, María Marcela SCHMID<sup>1</sup>, Mario GOÑI<sup>1</sup>, Marisa JORFEN<sup>1</sup>, Roberto Miguel BAEZ<sup>1</sup>, María Victoria COLLADO<sup>1</sup>, Graciela Noemí GÓMEZ<sup>1</sup>, Marcos David ZELAYA<sup>1</sup>, María Eugenia BEDOYA<sup>1</sup>, Mariana Alejandra PERA<sup>1</sup>, Marina Laura WERNER<sup>1</sup>, Mónica SACNUN<sup>1</sup>, Pablo ASTESANA<sup>1</sup>, Romina ROJAS TESSEL<sup>1</sup>, Úrsula Vanesa PARIS<sup>1</sup>, Zaida Noemí BEDRAN<sup>1</sup>, Maximiliano Augusto MACHADO ESCOBAR<sup>1</sup>, María Emilia SATTLER<sup>1</sup>, Judith SARANO<sup>1</sup>, Mercedes GARCÍA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>GRUPO DE ESTUDIO DE LUPUS DE LA SAR, <sup>2</sup>UNISAR, <sup>3</sup>HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA

	Con recidiva renal (n=183)	Sin recidiva renal (n=413)	p	Total (n=596)
Edad última evaluación mediana (Q1, Q3)	36,1 (29,7; 45,9)	34,6 (25,8; 45,4)	0,066	35,5 (27,0; 45,5)
Sexo mujer	167 (91,3%)	372 (90,1%)	0,762	539 (90,4%)
Raza caucásica	76 (41,5%)	171 (41,4%)	0,674	247 (41,4%)
Raza mestiza	82 (44,8%)	186 (45,0%)		268 (45,0%)
Edad en el momento de diagnóstico de LES mediana (Q1, Q3)	24,6 (18,3; 31,5)	26,3 (18,9; 35,3)	0,034	25,4 (18,7; 34,2)
Duración del LES (meses) mediana (Q1, Q3)	138 (74,5; 192)	73,9 (29,5; 135)	<0,001	88,5 (39,4; 158)
Retraso en el diagnóstico (meses) mediana (Q1, Q3)	4,45 (2,00; 12,2)	4,50 (1,50; 11,8)	0,461	4,50 (1,90; 12,2)
ANA +	179 (98,4%)	395 (96,3%)	0,291	18 (3,04%)
Anti-SM+	55 (36,9%)	129 (37,7%)	0,946	184 (37,5%)
Complemento bajo	169 (95,5)	371 (91,6%)	0,137	540 (92,8%)
Anti-DNA+ última visita	138 (75,8%)	331 (81,7%)	0,124	469 (79,9%)
HTA	64 (35,8%)	117 (29,2%)	0,138	181 (31,2%)
Diabetes	6 (3,37%)	13 (3,27%)	1	19 (3,30%)
Dislipemia	52 (30,6%)	80 (22,2%)	0,0467	132 (24,9%)
Clase histológica en 1º biopsia renal			0,15	
Clase IV	89 (54,6%)	165 (50,9%)		254 (52,2%)
Creatinina durante 1º brote renal (mg/dl) mediana (Q1, Q3)	1,07 (0,800; 2,50)	1,01 (0,760; 1,70)	0,116	1,03 (0,778; 1,88)
Proteinuria durante 1º brote renal (mg/dl) mediana (Q1, Q3)	4,22 (2,00; 87,0)	3,70 (1,67; 545)	0,347	4,00 (1,78; 521)
%pacientes con proteinuria presente en la última evaluación	69 (37,9%)	68 (16,5%)	<0,001	137 (23,1%)
%pacientes con cilindros celulares presente en la última evaluación	23 (12,8)	14 (3,47%)	<0,001	37 (6,34%)
%pacientes con hematuria presente en la última evaluación	147 (84,5%)	283 (74,3%)	0,0105	430 (77,5%)
Piuria	97 (57,7%)	148 (40,3%)	<0,001	245 (45,8%)
Uso de corticoides por compromiso renal	173 (95,1%)	381 (92,3%)	0,285	554 (93,1%)

**Introducción:** La mayoría de los pacientes logra remisión total o parcial durante el tratamiento de inducción de la NL pero las recaídas pueden aparecer durante la etapa de mantenimiento contribuyendo al aumento de morbilidad de estos pacientes.

**Objetivos:** 1) Analizar la frecuencia y número de recidiva de la NL. 2) Comparar pacientes con NL con y sin recidiva renal, y determinar factores asociados a recaída.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y analítico, a partir de la base de datos del registro nacional de lupus eritematoso sistémico de la Sociedad Argentina de Reumatología (RELESSAR). Se analizó si los pacientes presentaron recidiva renal definida como deterioro de función renal, aumento de proteinuria o al-

teración del sedimento urinario que exigen un incremento en la dosis de corticoide y/o inicio o aumento de dosis de inmunosupresor. Se determinó número de recidivas renales y factores asociados.

**Resultados:** Se analizaron 1.494 pacientes: 635 pacientes (42,1%) con NL y 183/635 (28,8%) tuvieron al menos una recidiva renal (129 casos: 1 recaída, 33 pacientes 2 recaídas). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con y sin recidiva renal en: la edad al momento del diagnóstico de LES, siendo más jóvenes los pacientes que recayeron, mayor porcentaje de pacientes con dislipemia, porcentaje de pacientes con proteinuria > 0.5 gr/día y cilindros urinarios (Tabla). En el modelo multivariado, las variables que permanecen asociadas independientemente a la recidiva renal son: la duración del LES (OR 1.006, IC 95% [1.004-1.008], p <0,0001), la proteinuria >0,5 gr/día (OR 3.987, IC 95% [2.545-6.297], p<0,0001) y hematuria (OR 1.743, IC 95% [1,058-2,947], p0,032) en la última visita.

**Conclusiones:** Las recaídas en la NL ocurrieron en alrededor de un tercio de nuestros pacientes. El tiempo de evolución del LES y la persistencia del sedimento urinario activo fueron factores de riesgo independientes para las recaídas. El hallazgo en el análisis de orina es una importante herramienta para la toma de decisiones en el seguimiento y tratamiento.

059

## ENCUESTA SOBRE CÓMO AFECTÓ LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 A LA FORMACIÓN DE LOS ALUMNOS DE LA CARRERA DE MÉDICO ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA

Patricia FARFAN ROJAS, Joan Manuel DAPEÑA, María Alejandra MEDINA, Juan Manuel BANDE, José Ángel CARACCILO, Silvia Beatriz PAPASIDERO  
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ

**Introducción:** En 2020 la rápida evolución de la pandemia por SARS-CoV-2 desencadenó una emergencia sanitaria, implementándose medidas de aislamiento social obligatorio, al mismo tiempo que generó una fuerte reestructuración del sistema de salud para responder a la demanda creciente. Esto llevó a la interrupción y posterior adaptación de los sistemas de formación. Mucho se ha escrito sobre el impacto de la pandemia sobre los médicos, pero poco se ha documentado sobre cómo afectó a aquellos que se encontraban en formación en ese momento.

**Objetivos:** Describir cómo afectó la pandemia a los alumnos en formación de la Carrera de Médico Especialista en Reumatología de la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR) y Universidad de Buenos Aires (UBA).

**Materiales y Métodos:** En septiembre de 2021 se llevó a cabo una encuesta *online* voluntaria, autoadministrada y de carácter anónimo a los alumnos de 1º a 3º año de la Carrera de Médico Especialista en Reumatología de la SAR-UBA. La encuesta contenía 24 preguntas destinadas a conocer la opinión de los mismos respecto del desarrollo de su formación académica, las actividades asistenciales en su centro de formación durante la pandemia y las nuevas estrategias implementadas durante la emergencia sanitaria. Se realizó análisis estadístico descriptivo.

**Resultados:** De los 114 alumnos a los que se les envió la encuesta, respondieron 79 (69,3%). El 59,5% fue mujer, con una edad media de 32,7 años (DE 3.3). Un 78,5% pertenecía al ámbito público y 20,3% al privado. Con respecto al régimen de formación, 50,6% era residente, 39,2% cursista y 10,1% concurrente. El 34,2% correspondía a primer año, 35,4% a segundo año y 30,4% a tercer año. De los 79 encuestados, 89,9% indicó que su formación como reumatólogo fue afectada. Al interrogar cuáles fueron las áreas más comprometidas, 46,5% refirió que las áreas asistencial y académica se afectaron por igual, 45,1% asistencial y 8,5% académica. Un 55,6% reportó que durante la pandemia debió realizar tareas no relacionadas con su formación, siendo las más frecuentes: 70,5% sala de internación, 38,6% unidades febriles de urgencia (UFU), 29,5% guardia externa. Un 57% debió interrumpir la asistencia a su centro de formación de forma temporal. Dentro de las causas, 51,2% mencionó haber sido contacto estrecho de caso

confirmado de infección por SARS-CoV2, 44,2% haber padecido COVID 19 y 32,6% presentar síntomas compatibles de la enfermedad. El tiempo de interrupción acumulado por estas causas fue, en el 60,9%, de 1 a 10 días. Además, 10,1% fue exceptuado de desarrollar actividad asistencial presencial por pertenecer a un grupo de riesgo para infección por SARS-CoV-2. Un 25,3% respondió que debió interrumpir la atención presencial de pacientes en su centro, y la media de tiempo de esta fue de 5,3 meses (DE 3.6). Todos los encuestados refirieron que su actividad asistencial se redujo en promedio, alrededor de un 55,3% (DE 18.6). De las estrategias implementadas en los centros de formación para continuar con la atención de pacientes, manifestaron que las herramientas más utilizadas fueron: 82,3% el correo electrónico, 62% las consultas telefónicas y 50,6% la videoconsulta. Un 51% valoró la ventaja de las consultas virtuales en determinadas circunstancias. El 65,8% no pudo realizar las rotaciones durante la pandemia y debió postergarlas. Además 78,5% informó dificultades para desarrollar proyectos de investigación, principalmente debido al bajo reclutamiento de pacientes y a la realización de estudios complementarios. La gran mayoría (97,5%) estuvo de acuerdo con la posición de la SAR-UBA de continuar con la formación académica. Al interrogar qué estrategias implementadas beneficiaron más su formación, 38% respondió que fueron los encuentros *online* y 38% los cursos virtuales. El 59,5% estuvo de acuerdo con que la actividad académica debería continuar siendo virtual. Por último, al interrogar si se debería haber extendido aún más la fecha de finalización de su período de formación, el 59,5% (n=47) respondió que no.

**Conclusiones:** La pandemia por SARS-CoV2 afectó a los alumnos de la Carrera de Médico Especialista en Reumatología en su formación, limitando sus actividades tanto prácticas como teóricas, debiendo además realizar tareas no relacionadas con la especialidad en más de la mitad de los casos. Por otro lado, permitió adoptar nuevas estrategias y tecnologías para continuar su capacitación como especialistas.

060

## EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA DISCAPACIDAD EN LA SEXUALIDAD EN PACIENTES CON AR

Cristian Alejandro BENÍTEZ, María Julieta GAMBA, Ramiro Adrián GÓMEZ, Hugo MIRANDA, Claudia PEON

HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS

**Introducción:** La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad sistémica que afecta aproximadamente al 1 % de la población mundial, con compromiso poliarticular simétrico de grandes y pequeñas articulaciones. Es causa de dolor crónico inflamatorio, discapacidad progresiva, rigidez articular y sin tratamiento adecuado se asocia a deformidad articular significativa. La AR presenta manifestaciones extraarticulares tales como el síndrome SICCA el cual se manifiesta con síntomas de sequedad ocular y de mucosas, afectando al 10 % de los pacientes. La depresión y la ansiedad que padecen estos pacientes afectan significativamente su calidad de vida. La prevalencia de depresión en AR oscila entre el 14 y 48%. La sexualidad es un área importante para el normal desarrollo de la vida diaria y puede ser afectada por múltiples factores de la enfermedad, siendo por ello una causa importante de depresión. El 50% de las personas con AR experimenta pérdida de interés en el sexo, el 60% no está satisfecho con su calidad de vida relacionada con la sexualidad, el 85% de las mujeres y el 69% de los hombres con AR informan que la inflamación articular con síntomas asociados es un factor importante en su decisión sobre si iniciar o no el acto sexual.

**Objetivos:** Evaluar el impacto de la AR en la calidad sexual de nuestros pacientes; evaluar el impacto de la discapacidad asociada a AR en la calidad sexual.

**Materiales y Métodos:** Se reclutaron pacientes en forma consecutiva de ambos sexos mayores de 18 años que declararon vida sexual activa y que reunieron criterios de clasificación ACR/EULAR para AR en el servicio de Reumatología del Hospital Nacional Alejandro Posadas. Los pacientes firmaron consentimiento informado y se solicitó aprobación por el Comité de Ética de esta institución. Se reunieron datos a través de una encuesta administrada a los pacientes. Se registraron datos sociodemográficos (edad, sexo), tiempo de evolución de enfermedad, evaluación global de la enfermedad por el paciente mediante escala visual análoga (EVA). Se evaluó la discapacidad de todos los pacientes. Para evaluar la afectación en la vida sexual se utilizó el *Score Qualisex*. Este cuestionario consiste en 10 preguntas categorizadas en 11 puntos (0-10), la pregunta N 10 se califica de forma inversa. El puntaje del cuestionario se calcula a través del promedio de los resultados de las 10 preguntas y tiene un rango de 0-10, mayor puntuación indica peor calidad de vida sexual.

**Resultados:** Se realizó una encuesta digital a 131 pacientes consecutivos con AR según criterios de clasificación ACR/EULAR 2010 desde enero a agosto de 2020. La distribución por género fue 94,7% (n=124) mujeres y 5,3% (n=7) hombres. El 100% de la población declaró una vida sexual activa. La población tuvo una mediana de edad de 53 años (RIC 45-61.7) y un EVA de dolor con una mediana de 60 (0-100) (RIC 30-80). De los pacientes encuestados el 44,3% (n=58) reportó deformidades atribuibles a AR. La mediana de tiempo de evolución de enfermedad reportada fue 7 años (RIC 2-18). Los pacientes encuestados refirieron que el 32,1% (n=42) no trabajaba, el 29% (n=38) era jubilado, el 16% (n=21) declaró trabajar de manera Independiente, 12,2% (n=16) se encontraba trabajando bajo relación de dependencia, un 10,7% (n=14) trabajaba de manera ocasional. El 71% (n=93) de los pacientes consideró que su AR afectó su condición actual frente al trabajo. Se interrogó a los pacientes sobre la necesidad de asistencia para realizar actividades de la vida diaria, el 62,6% (n=82), solicita asistencia para abrir y cerrar cosas, el 50,4% (n= 66) solicita asistencia para alcanzar objetos, el 42% (n=55) solicita asistencia para recados y tareas de la casa, el 22,1% (n=29) no necesita asistencia, el 20,6% (n=27) solicita asistencia para levantarse de la cama, el 16,8% (n=22) solicita asistencia para caminar/pasear, 13,7% (n=18) solicita asistencia para vestirse y asearse, 7,6% (n=10) solicita asistencia para higiene personal, el 6,1% (n=8) solicita asistencia para comer. El 53,4% (n=70) de los pacientes no utiliza apoyos, el 30,5% (n=40) refiere utilizar abridores de tarros, el 17,6% (n=23) utiliza cubiertos de mango ancho, asiento o barra especial para el baño fue utilizado por el 13,7% (n=18), asiento alto para el inodoro 13% (n=17), bastón, muletas, andador o silla de ruedas 11,5% (15). Se observó una mediana en *Score Qualisex* de 6.3 (RIC 4-7.8). De los 131 pacientes encuestados, el 26,75 % (n=35) se declaró incapaz de abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos, el 11,5 % (n=15) no puede lavarse la cabeza solo, el 53,4% (n=70) no puede levantarse de una silla sin ayuda de los brazos, el 12,2% (n=16) no puede acostarse y levantarse de la cama, el 32,8% (n=43) no puede cortar carne solo, el 53,4% (n=70) no puede abrir un cartón de leche nuevo, el 32,8% no puede servirse la bebida sin ayuda, el 12,2% (n=16) no puede caminar fuera de casa por un terreno llano, el 25,2% (n=33) no puede subir cinco escalones, el 14,5% (n=19) no puede lavarse y secarse el cuerpo, el 51,1% (n=67) no puede bañarse en la bañera. Se reportó una mediana de 6 en el *Score Qualisex* (RIC 4-7.8) Se observó una diferencia estadísticamente significativa en la media del *Score Qualisex* entre los pacientes que manifestaron algún tipo de discapacidad, EVA > 5 y enfermedad de más de 2 años de duración. La edad de los pacientes no mostró diferencias estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** En nuestro estudio pudimos observar una alta frecuencia de discapacidad en nuestros pacientes, los cuales padecían AR establecida de larga evolución (7 años). Se observó una mediana de 6 en el *score Qualisex* con mayor compromiso en los pacientes que reportaron algún tipo de discapacidad, aquellos con enfermedad establecida y Eva de dolor >5.

## ABORDAJE DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PACIENTES REUMÁTICOS: RESULTADOS DE ENCUESTA A MÉDICOS REUMATÓLOGOS ARGENTINOS

María Sofía VELLOSO<sup>1</sup>, Sabrina Valeria PORTA<sup>2</sup>, María Victoria MARTIRE<sup>3</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL MUNICIPAL DE RIVADAVIA, <sup>2</sup>HOSPITAL RAMOS MEJÍA, <sup>3</sup>HOSPITAL GONNET LA PLATA

**Introducción:** La sexualidad es un aspecto central en la vida de cada individuo y abarca no solo a la reproducción, sino que también la identidad de género, erotismo, roles de género, orientación sexo afectiva y aspectos socioculturales, entre otros. Las enfermedades reumáticas afectan principalmente a pacientes en edad fértil, por lo cual escenarios como el embarazo o disfunciones sexuales son situaciones que no escapan a esta población.

**Objetivos:** Conocer de qué manera se abordan los temas relacionados a la salud sexual y reproductiva en la consulta reumatológica en Argentina.

**Materiales y Métodos:** Un cuestionario electrónico de opción múltiple fue enviado a médicos reumatólogos y en formación de Argentina. Se recabaron datos sociodemográficos y se incluyeron 18 preguntas referidas al abordaje de diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva.

**Resultados:** De las 252 encuestas recibidas, 19 fueron excluidas por presentar datos incompletos. La mediana de edad de los encuestados fue 43 (RIQ=14) años, siendo el 71,7% (167/233) mujer. El 92,7% (216/233) era especialista, con una mediana de 10,5 (RIQ=14) años de ejercicio de la especialidad. Respecto del ámbito de trabajo, el 12,45% (29/233) lo hacía solo en el sector público, el 34,76% (81/233) en el privado y el 52,79% (123/233) en ambos. El 96,14%, (224/233) coincidió que el concepto de sexualidad se refiere tanto a genitalidad, género, reproducción, placer y forma de comunicación. El 100% (233/233) consideró que la actividad sexual de los pacientes puede verse afectada por su enfermedad. Los principales factores considerados implicados fueron: emocionales/psicológicos para el 97% (226/233), compromiso articular para el 93,6% (218/233) y el tratamiento para el 64,8% (151/233). El 97,42% (227/233) consideró que los pacientes podrían beneficiarse al recibir información sobre sexualidad, siendo la diferencia estadísticamente significativa de acuerdo al género de los encuestados (99,4% -166/167- mujeres vs 92,4% -61/66- hombres, p=0,002). El 64,38% (150/233) aseguró que no brindan información de manera espontánea. Para el 68% (102/150) el motivo es la falta de solicitud por parte de los pacientes y para el 49,3% (74/150) la falta de tiempo. Solo el 17,3% (26/150) manifestó no saber cómo abordar el tema. Al preguntarles respecto del grado de comodidad al surgir el tema en la consulta, la mediana fue 2 (RIQ=4), siendo 0 muy cómodo y 10 muy incómodo. El 67,81% (158/233) consideró que debería ser el médico quien comience el tema, siendo la mediana de la edad de los encuestados significativamente menor respecto de aquellos que se mostraron en desacuerdo (42 -RIQ=12.75- años vs 45 -RIQ=13- años, p=0,002). El 73,82% (172/233) creyó que los pacientes prefieren no hablar de sexualidad debido a que: les incomoda para el 62,79% (108/172), prefiere consultar a otro especialista para el 36,63% (63/172) o no lo relaciona con su enfermedad para 25,6% (44/172) de los encuestados. El 59,66% (139/233) manifestó brindar siempre información sobre planificación familiar y el 28,02% (65/233) sobre enfermedades de transmisión sexual. Solo el 3,45% (8/233) brinda siempre información respecto de disfunciones sexuales, mientras que el 60,78% (141/233) lo hace a veces y el 35,78% (83/233) nunca. El 63,09% (147/233) no recomienda la participación en grupos de pacientes que aborden el tema, existiendo una diferencia estadísticamente significativa entre mujeres y hombres (68,3% -114/167- vs 50% -33/66- respectivamente, p=0,009). Respecto de los cuestionarios para evaluar sexualidad, si bien el 75,97% (177/233) considera que son herramientas útiles, el 99,1% (231/233) no los utiliza. Las principales causas fueron: falta de conocimiento de los mismos en el 65,37% (151/231) de los casos y falta de tiempo en el 45,45% (105/231).

**Conclusiones:** Si bien la mayoría manifiesta tener un concepto integral de la salud sexual y reproductiva, reconoce el impacto de su enfermedad sobre la misma, la importancia de brindar información y por lo tanto de comenzar el tema en la consulta, el 64% no lo hace de manera espontánea y un gran porcentaje reconoce no sentir comodidad en el abordaje de esta problemática. Más de la mitad no recomienda la participación en grupos de pacientes, y la gran mayoría no utiliza cuestionarios para su evaluación, pese a considerarlos de utilidad. Se requieren diferentes estrategias y programas que faciliten el abordaje de esta problemática en la práctica diaria.

## ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A MIOPATÍAS DE ORIGEN AUTOINMUNE: ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN CÓRDOBA

Natalia NIGRA<sup>1</sup>, Viviana MOYANO<sup>2</sup>, Verónica Gabriela SAVIO<sup>3</sup>, Pamela FARRELL<sup>1</sup>, Yonaha TISSERA<sup>3</sup>, Juan Alejandro ALBIERO<sup>3</sup>, Alejandra BABINI<sup>2</sup>, Marisa URIBE ECHEVERRÍA<sup>2</sup>, Erica CUESTAS<sup>1</sup>, Nidia MERÁS<sup>2</sup>, Juan Pablo CASAS<sup>1</sup>, Rodrigo FERREYRA DILLON<sup>1</sup>, Paula Beatriz ALBA<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SANATORIO ALLENDE, <sup>2</sup>HOSPITAL ITALIANO CÓRDOBA, <sup>3</sup>HOSPITAL CÓRDOBA

**Introducción:** Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) representan un grupo de entidades heterogéneas de comportamiento variable, pero con características clínicas, funcionales y radiológicas similares. Dentro de las de origen conocido, las causas más frecuentes corresponden a enfermedades del tejido conectivo. Las EPID son una de las complicaciones sistémicas más comunes de las miopatías inflamatorias (MI), encontrándose asociadas a un peor pronóstico y mayor mortalidad. Entre un 50-60% de los pacientes presentan autoanticuerpos específicos (MSA) que reafirman el diagnóstico, definen fenotipos y se correlacionan con las manifestaciones clínicas, mientras que otros anticuerpos asociados a miopatías (MAA) se pueden hallar en otras conectivopatías pero ocasionalmente coexistir con miositis. Existe insuficiente información respecto de la asociación de las mismas.

**Objetivos:** Describir las características clínicas, radiológicas y funcionales respiratorias en pacientes con EPID asociada a miopatías inflamatorias autoinmunes.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y multicéntrico. Se reclutaron pacientes con MI (según criterios ARC/EULAR 2017) dentro del período 2017 a 2021 de tres centros de la ciudad de Córdoba, que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: mayores a 18 años y diagnóstico de MI, y ningún criterio de exclusión como síndrome de superposición con otra enfermedad autoinmune, EPID secundaria a otras patologías autoinmunes, pacientes con neumonía intersticial con características autoinmunes (*interstitial pneumonia with autoimmune features* o IPAF). Se revisaron historias clínicas y se consignaron variables demográficas, tipo de miopatía, compromiso pulmonar, manifestaciones clínicas, comorbilidades, serología autoinmune, pruebas funcionales respiratorias y patrones tomográficos. Para las variables cuantitativas se calcularon medidas de centralización y dispersión (media y desvío estándar), y para las variables categóricas se calcularon las distribuciones absolutas y porcentuales. Se aplicaron test de Kruskal Wallis en la comparación de medias (previa aplicación de test de normalidad de Shapiro Wilks) y test de chi-cuadrado en la correlación de variables categóricas. En todos los casos se utilizó un nivel de significancia igual a 0,05.

**Resultados:** Se reclutaron 47 pacientes, 26 de los cuales presentaron EPID (55,3%). En este subgrupo, la edad media fue de 48,3 años, con predominio femenino (80,8%). Un 23,1% de los individuos tenía antecedente de tabaquismo. Con respecto a las manifestaciones clínicas, presentaron disnea un 84,6% y tos el 50% de los pacientes, debilidad muscular un 50%. En cuanto a la función pulmonar basal, la FVC media fue 62,2% del predicho y la



DLCO media 52,5% del predicho. El 50% de los individuos presentó caída de la saturación de oxígeno durante el test de la caminata de los 6 minutos. La disnea media al final del test según la escala de Borg fue de 3,2 y la fatiga de 1,9. El patrón tomográfico predominante fue NINE en el 57,7% de los pacientes, seguido por NIU en el 34,6% y un 7,7% de los casos no se pudieron recolectar datos respecto al patrón imagenológico. En relación al perfil autoinmune en los pacientes con EPID, el anticuerpo más frecuente fue Jo 1 (38,5%). Presentó ANA positivo un 26,9% de los casos. Los anticuerpos AMA resultaron positivos en el 7,7%, mientras que Pm Scl100 y SRP en el 4%. De los anticuerpos asociados a miositis (MAA), se registraron en un 7,7% Ro y en un 3,8% RNP. Al comparar los subgrupos con o sin EPID, se encontró mayor frecuencia del síndrome antisintetasa (46,2% vs 0%; p=0,0008), síntomas respiratorios (disnea 84,6% vs 14,3%; p=0,0001 y tos 50,0% vs 14,3; p=0,013) y positividad del anti-Jo1 (38,5% vs 14,3%; p=0,042) en los pacientes con EPID. Por otro lado, aquellos pacientes sin EPID presentaron mayor compromiso muscular (90,5% vs 50%; p=0,001), disfagia (47,6% vs 15,4%; p=0,016) y positividad de ANA (57,1% vs 26,9%; p=0,015).

**Conclusiones:** En nuestra cohorte de pacientes de la ciudad de Córdoba con EPID asociada a miopatías inflamatorias autoinmunes predominan las mujeres de edad media, con perfil autoinmune anti-Jo1 positivo, patrón tomográfico de NINE y compromiso funcional pulmonar restrictivo.

066

## GRADO DE SATISFACCIÓN, EXPECTATIVAS, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, COMORBILIDADES Y CAPACIDAD LABORAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CON RESPUESTA INADECUADA AL TRATAMIENTO: SUBANÁLISIS DE DATOS DE ARGENTINA, CHILE Y URUGUAY DEL ESTUDIO SENSE

Adriana BEREZ<sup>1</sup>, María Nieves CAPOZZI<sup>2</sup>, María DE LA VEGA<sup>3</sup>, Mercedes Argentina GARCÍA<sup>4</sup>, Irgmادت GOECKE<sup>5</sup>, Eduardo KERZBERG<sup>6</sup>, Martín REBELLA<sup>7</sup>, Marcos Gabriel ROSEMFET<sup>8</sup>

<sup>1</sup>ASOCIACIÓN ESPAÑOLA, <sup>2</sup>DIM CLÍNICA PRIVADA, <sup>3</sup>CEIM INVESTIGACIONES MÉDICAS, <sup>4</sup>HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GENERAL JOSÉ DE SAN MARTÍN", <sup>5</sup>PROSALUD, <sup>6</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "J.M. RAMOS MEJÍA", <sup>7</sup>MUCAM, <sup>8</sup>INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

**Introducción:** Las necesidades y perspectivas de los pacientes son determinantes importantes del éxito del tratamiento de la artritis reumatoide (AR). La evaluación de estas perspectivas puede ayudar a identificar las necesidades no satisfechas y mejorar la comprensión de los beneficios del tratamiento.

**Objetivos:** El estudio SENSE evaluó el impacto de una respuesta inadecuada a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARDs, por sus siglas en inglés) sobre la satisfacción con el tratamiento, los resultados de la enfermedad y las perspectivas de los pacientes en relación con el tratamiento de la AR. Presentamos los resultados locales de Argentina, Chile y Uruguay.

**Materiales y Métodos:** SENSE fue un estudio transversal no intervencionista realizado en 18 países. Se eligieron pacientes adultos con AR mal controlada con actividad de la enfermedad moderada/alta. La satisfacción del paciente se evaluó mediante el cuestionario de satisfacción terapéutica para la medicación (TSQM v1.4). También se evaluaron la adherencia al tratamiento, la utilización de los recursos sanitarios (HRU), la calidad de vida (QoL), la capacidad laboral, la alfabetización en salud digital (DHL), la información sobre las preferencias del paciente y la estrategia de tratamiento.

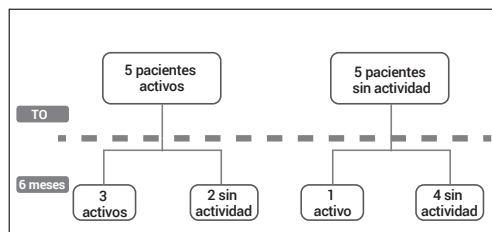
**Resultados:** En este subanálisis se incluyeron 202 pacientes: la mayoría era mujer (82,4%) y de mediana edad (58,4 años), y la duración media de la enfermedad fue de 10,6 años. La media del subpuntaje de satisfacción global en el TSQM fue 62,3±21,8. La mayoría de los pacientes (80,2%) refirió buena adherencia al tratamiento. En general, los pacientes mostraban deterioro de la calidad de vida y la capacidad de trabajo con HRU elevada. Las principales expectativas del tratamiento fueron "alivio duradero de los síntomas de la AR", "menos dolor articular" y "más flexibilidad articular". La mayoría de los pacientes prefirió medicamentos orales para la AR (53,5%) y un inicio de acción rápido (≤1 semana) (75,7%). "Mayor riesgo de neoplasias" fueron los efectos secundarios menos aceptables. A pesar de un control subóptimo, se planificaron cambios de DMARDs para solo el 55% de los pacientes. Las principales diferencias con los resultados globales incluyeron un mayor impacto laboral (mayor tasa de desempleo por AR e impacto en presentismo y absentismo), diferente distribución de medicamentos para las condiciones comórbidas y menor importancia de Internet como fuente de información sobre la enfermedad.

**Conclusiones:** En conjunto, estos resultados respaldan la importancia del compromiso con las estrategias actuales de T2T, considerando una toma de decisiones de tratamiento individualizada en el contexto regional específico.

067

## SEGUIMIENTO CLÍNICO DE LOS PACIENTES ROTADOS DE ADALIMUMAB A BIOSIMILAR DE ADALIMUMAB

Damián Noé DUARTES, Geofredo EARSMAN, Univalle ROLLANO PERASSO, Belén VIRASORO, Sinda Hortencia ZALLES LAZARTE  
HOSPITAL BRITÁNICO



**FIGURA:** ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD SEGÚN EL MÉDICO AL CAMBIO Y A LOS 6 MESES DEL USO DEL BIOSIMILAR

**Introducción:** Los anti-TNF alfa han demostrado ser eficaces en varias patologías autoinmunes. Se ha establecido además que tienen un excelente perfil de seguridad y tolerabilidad. Adalimumab, uno de los cinco fármacos pertenecientes a esta familia, fue uno de los primeros utilizados en las patologías inflamatorias tales como artritis reumatoidea (AR), artritis psoriásica (APS), espondiloartritis seronegativa (SPA), entre otras, con una marcada mejoría clínica y en la calidad de vida de los pacientes. Dicha molécula es un anticuerpo monoclonal de inmunoglobulina humana (IgG1) recombinante que solo contiene secuencias peptídicas humanas, se une específicamente al TNF-alfa, neutraliza su función biológica al bloquear su interacción con los receptores p55 y p75 para TNF de superficie celular. En la última década, debido al vencimiento de las patentes de los fármacos biológicos surgieron biológicos similares conocidos como biosimilares. Éstos tienen la característica de ser similares en términos de calidad, seguridad y eficacia a un producto (en este caso biológico) ya disponible en el mercado.

**Objetivos:** Describir las manifestaciones y evolución clínica de los pacientes que recibieron como tratamiento adalimumab original y fueron rotados a biosimilar de adalimumab.

**Materiales y Métodos:** A partir de 2020, 10 pacientes pertenecientes al plan de salud de nuestro hospital fueron rotados de adalimumab original a adalimumab biosimilar. Se realizó una revisión de historias clínicas de dichos pacientes de manera retrospectiva.

**Resultados:** Se incluyeron 10 pacientes que fueron rotados de adalimumab original a adalimumab biosimilar. De ellos, seis pacientes (60%) eran mujeres. La mediana de edad al momento del cambio fue de 61 años (RIC 52-75). Del total de los pacientes incluidos en este trabajo, la mayoría (seis



pacientes) tenía diagnóstico de artritis reumatoidea, tres pacientes, diagnóstico de espondiloartritis seronegativa (dos artritis, psoriásica y uno espondilitis anquilosante) y un paciente con diagnóstico de uveítis por Vogt-Koyanagi-Harada. Al momento del cambio al biosimilar, cuatro pacientes usaban AINES de forma regular. Solamente un paciente se encontraba bajo tratamiento con prednisona a una dosis de 7,5 mg/día por vía oral. El 80% de los pacientes se encontraba en tratamiento concomitante con metotrexato (dosis entre 7,5 y 20 mg). Dado que se realizó una revisión retrospectiva de historias clínicas, se evaluó la actividad de la enfermedad según la impresión del médico tratante al momento del cambio y a los seis meses luego del inicio el biosimilar. Los datos de actividad previo al inicio y a los seis meses de esquematizan en la Figura. Del total de pacientes que se incluyeron en el estudio, cinco tuvieron actividad con adalimumab original, a los seis meses del cambio a biosimilar tres continuaban activos y dos se encontraban sin actividad. Por otro lado, cinco de los 10 pacientes se encontraban sin actividad con adalimumab original. Luego de realizar el cambio al biosimilar, la mayoría permaneció sin actividad. Solo un paciente presentó empeoramiento clínico de su enfermedad de base luego del cambio. En cuanto a la evolución de los síntomas en el período estudiado, tres pacientes presentaron dolor articular (dos pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea y uno con artritis psoriásica) y los pacientes con artritis psoriásica presentaron brote de placas psoriásicas en piel. Del total de los pacientes incluidos en el trabajo, cuatro discontinuaron el tratamiento con biosimilar. De ellos, tres suspendieron por actividad articular y uno por un cuadro de perforación intestinal que requirió internación en terapia intensiva y cirugía. Nuestro trabajo presenta algunas limitaciones. Por un lado, se trata de una muestra pequeña, por otro lado dado el carácter retrospectivo del diseño no se contaba en todos los casos con los scores de actividad utilizados en las patologías estudiadas por lo que se eligió evaluar la impresión del médico tratante para evaluar actividad.

**Conclusiones:** Luego de 6 meses de uso de adalimumab biosimilar, seis continuaban usando adalimumab biosimilar con buena respuesta. La mayoría de los pacientes que se encontraba sin actividad, según el médico al momento del cambio, y permanecieron sin actividad de la enfermedad a los 6 meses teniendo una buena tolerancia al mismo. Hubo 3 pacientes que discontinuaron por actividad articular, de éstos 2 se encontraban activos con el adalimumab original. Solo un paciente discontinuó por un probable evento adverso.

071

## ¿ES SOLO DERMATOMIOSITIS? ASOCIACIÓN ENTRE DM Y TUBERCULOSIS MUSCULAR

Natalia RIUS, Marina SCOLNIK, Alfredo Leiber VARGAS CASELLES, Luis PALOMINO, Enrique Roberto SORIANO, Javier ROSA

HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Edad	54 años	49 años	33 años
Procedencia	Prov. de Bs. As.	Prov. de Bs. As.	CABA
Inicio de síntomas	01/10/15	01/03/17	01/08/19
Diagnóstico DM	27/04/16	01/10/17	05/09/19
Diagnóstico TBC	06/07/16 (Bx.MID)	10/04/18 (BAL)	18/01/21 (Directo)
Tiempo (días)	279	405	536
Bx negativas	2 (atrofia perifascicular)	2 (atrofia perifascicular)	2 (atrofia perifascicular)
MC	Edema glúteo y MID	Edema MID	Mialgias
Dolor	+++	+++	+++
Debilidad	+	+	+
Constitucionales	Sí	Sí	Sí
Laboratorio (VSG/PCR)	111/203	61/126	64/167
Inmunológico	Anti-Ro (+)	Anti-MDA5 (+)	ANA 1/1280 (MF)
CPK	Normal	Normal	Elevada
TAC tórax	Opacidad pseudonodular pulmonar (7 mm)	Secuela cicatrizal en lóbulo superior pulmonar	Granuloma calcificado. Luego micronódulos pulmonares
RMN	Edema interfibrilar, interfasciomuscular y tejido celular subcutáneo (TCS)	Edema interfibrilar, interfasciomuscular y TCS	Edema+coleciones líquidas
PET	Captación	Captación	Captación
Bx músculo	Atrofia de fibras musculares, trombos fibrinoides, Ziehl Neelsen (+)		

**Introducción:** La dermatomiositis (DM) es un tipo de miopatía inflamatoria crónica y recidivante. Suele cursar con múltiples recaídas y requerir múltiples tratamientos inmunosupresores que pueden predisponer a infecciones. Cuando los pacientes con DM durante la evolución presentan dolor muscular, es difícil establecer si se debe exclusivamente a la enfermedad de base.

**Objetivos:** Describir una serie de 3 casos clínicos que presentaron miositis infecciosa por tuberculosis (TBC) sobreagregada a la DM de base.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un reporte descriptivo de 3 pacientes internados en nuestro hospital con sospecha de reactivación de DM, que finalmente presentaron diagnóstico de TBC muscular.

**Resultados:** Caso 1: Mujer de 54 años, enfermera, con diagnóstico de DM amiopática en abril de 2016. En mayo se decidió su internación por mialgias persistentes en miembros inferiores. Se descartaron causas infecciosas y se realizó biopsia muscular (BM), sin evidencia de proceso inflamatorio activo. Se interpretó como reactivación de su enfermedad de base y se inició tratamiento con metotrexato y meprednisona 60 mg por día. En junio de 2016 presentó fiebre, mialgias y edema asimétrico de miembro inferior derecho, se realizó nueva BM que demostró la presencia de fibras atroficas a nivel peri e interfascicular. Evolucionó de forma tórpida, presentando shock séptico y óbito en julio de 2016. Se tomaron nuevas muestras de músculo, evidenciando importante atrofia de fibras musculares esqueléticas y vasos sanguíneos con trombos fibrinoides, compatible con miositis y fascitis necrotizante. La tinción de Ziehl Neelsen dio positiva para TBC, confirmando posteriormente infección secundaria a micobacterium tuberculosis por PCR. Caso 2: Mujer de 49 años, con diagnóstico de DM en octubre de 2017, con compromiso a nivel cutáneo y muscular, asociado a leve aumento de enzimas musculares y neumonitis intersticial no específica. En marzo de 2018 consultó en nuestro Hospital por clínica de poliartalgias, debilidad muscular proximal, pápulas de Gottron y eritema difuso en ambos muslos y región sacra. Se realizó BM que evidenció atrofia perifascicular sugestiva de dermatomiositis, con cultivos y Ziehl Neelsen negativos. Persistió con dolor intenso y edema en miembro inferior derecho, con signos de flogosis, y progresión de la disnea hasta llegar a una clase funcional III/IV. Evolucionó con inestabilidad hemodinámica y empeoramiento de los síntomas respiratorios. Presentó múltiples formaciones nodulares de diversos tamaños en ambos campos pulmonares y un área de consolidación

en lóbulo superior derecho. Se realizó lavado broncoalveolar con Ziehl Neelsen positivo e inició terapia con cuatro drogas para TBC. Finalmente tuvo fallo multiorgánico y falleció en mayo de 2017.

Caso 3: Varón de 33 años, con diagnóstico de DM en agosto de 2019. En septiembre de 2020 comenzó con dolor en región glútea bilateral, ambos miembros inferiores y región dorsal, asociado a exacerbación de lesiones en piel, elevación de enzimas musculares y registros febriles. Requirió internación donde se realizó nueva biopsia muscular con cultivos y Ziehl Neelsen negativos. En enero de 2021 presentó registros febriles, dolor intenso e impotencia funcional de ambos muslos, CPK baja (13 UI/L), y elevación de PCR (155 mg/dL) y VSG (65 mm). Por sospecha de reactivación de su enfermedad de base se indicaron pulsos de metilprednisolona endovenoso. En su evolución aparecieron colecciones subcutáneas múltiples y extensas. Se decidió realizar punción-aspiración de las mismas, con resultados positivos para bacilos ácido alcohol resistentes. El paciente presentó múltiples colecciones en músculos paravertebrales cervicales, dorsales, región lumbar y muslos. Inició tratamiento anti TBC, requiriendo drenajes múltiples, con mejoría del cuadro clínico y posterior alta hospitalaria. En la Tabla se detallan datos demográficos, clínicos y métodos complementarios.

**Conclusiones:** Los pacientes con DM que presentan en su evolución dolor muscular y síntomas sistémicos, con evolución tórpida, nos deberían alertar hacia la presencia de una complicación infecciosa asociada, como la TBC extrapulmonar, dada la alta prevalencia en nuestro medio epidemiológico.

072

## ÍNDICE NEUTRÓFILOS/LINFOCITOS COMO BIOMARCADOR DE ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VASCULITIS ASOCIADA A ANCA

Ana Cecilia BATTAGLIA, Gonzalo BARROS, Natalia Andrea PERROTTA, Gustavo MEDINA

DIVISIÓN REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS, UBA

**Introducción:** Las VAA se caracterizan por la detección serológica de ANCA y compromiso inflamatorio de pequeños vasos. Existen subtipos GPA, PAM y EGPA. Los ANCA están poco asociados con la actividad de la enfermedad. Se han necesitado nuevos parámetros clínicos y/o de laboratorio para predecir la actividad y el pronóstico de pacientes con VAA. El índice neutrófilos/linfocitos (INL) es un marcador útil para predecir actividad y mal pronóstico en varias enfermedades autoinmunes tal como se informó en vasculitis de Takayasu y púrpura de Schönlein-Henoch. Este índice se ha explorado poco en pacientes con VAA, y algunos estudios sugieren una relación positiva con *Birmingham Vasculitis Activity Score* (BVAS), reactantes de fase aguda y peores resultados clínicos.

**Objetivos:** Primario: determinar el INL en el momento del diagnóstico en pacientes con VAA naïve de tratamiento inmunosupresor; correlacionar el INL con la actividad de la enfermedad, medida por BVAS, en el momento del diagnóstico. Secundarios: correlacionar el INL con las manifestaciones clínicas y valores de laboratorio en el momento del diagnóstico; correlacionar el BVAS con las características del laboratorio en el momento del diagnóstico; correlacionar el BVAS con las manifestaciones clínicas en el momento del diagnóstico.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional de corte transversal en esta institución. Criterios de inclusión: mayores de 18 años; cumplir criterios de clasificación para VAA ACR 1990. Criterios de exclusión: uso de fármacos inmunosupresores dentro de los últimos 30 días previos al diagnóstico de VAA; uso de esteroides a dosis >7,5 mg previo al diagnóstico de VAA; uso de cualquier fármaco que altere los valores normales de leucocitos, linfocitos y neutrófilos previo al diagnóstico de VAA; asociación con infecciones o sepsis al momento del diagnóstico de VAA; asociación con otras enfermedades autoinmunes al momento del diagnóstico de VAA; inmunodeficiencias adquiridas o congénitas de otra etiología; falta de datos que permitan obtener índices de actividad clínica como el BVAS. Variables: variantes de VAA; GPA, PAM, EGPA, edad, sexo, manifestaciones clínicas (general, cutáneo, mucoso, ocular, VAS -oído, nariz, garganta-, pulmonar, cardiovascular, renal, abdominal, sistema nervioso), ANCA (IFI o ELISA), BVAS al diagnóstico, recuento de leucocitos, neutrófilos, linfocitos, INL, VSG, PCR al diagnóstico. Análisis estadístico: las variables cualitativas se expresaron como porcentajes, las variables cuantitativas como media (DS), mediana (RIQ). Se utilizó correlación de Spearman, regresión lineal univariable y multivariable, y prueba de t student o Mann Whitney U según corresponda. Se utilizó Jamovi 1.6.23 y Excel 2013. Se consideraron estadísticamente significativos valores de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 68 pacientes, 46 (67,6%) GPA, 13 (19,1%) EGPA y 9 (13,2%) PAM. Edad media al diagnóstico 48,7 años. 42 (61,7%) eran mujeres. 26 (38,2%) tenían ANCA-p, 24 (35,2%) ANCA-c, 17 (25%) MPO, 17 (25%) PR3 y 7 (10,2%) ANCA negativo. Las manifestaciones clínicas más comunes en el momento del diagnóstico fueron: generales (54,4%), VAS (45,5%) y neurológicas (44,1%). La media del BVAS en el momento del diagnóstico fue 6,7 (DS 3,5) y la media de FFS en ese momento fue 0,66 (DS 0,8). La mediana del recuento de leucocitos, neutrófilos y linfocitos fueron 10700/mm<sup>3</sup>, 7675/mm<sup>3</sup>, 100/mm<sup>3</sup> respectivamente. Mediana del INL 4,4 (6,25). Se encontraron datos de creatinina en 67 pacientes y el valor medio fue de 1,8. Tampoco hubo datos de PCR y VSG en la totalidad de los pacientes, hallándose una mediana de 2,22 y 68 respectivamente. Se encontró que el INL no se correlacionó con el BVAS al momento del diagnóstico ( $r=0,20$ ). Con el análisis de regresión lineal univariable se encontró que el BVAS tuvo una relación positiva con el recuento de neutrófilos ( $r^2=0,00029$ ,  $p=0,01$ ), recuento total de leucocitos ( $r^2=0,00024$ ,  $p=0,01$ ), PCR ( $r^2=0,19$ ,  $p=0,02$ ) y VSG ( $r^2=0,03$ ,  $p=0,002$ ), mientras que no se encontró relación con el recuento de linfocitos ( $p=0,391$ ). BVAS no se relacionó con la edad ( $p=0,66$ ). En el análisis de regresión lineal multivariable, ninguno tuvo relación ( $p > 0,05$ ). Al evaluar la correlación entre BVAS y manifestaciones clínicas al momento del diagnóstico, se encontró que las pulmonares ( $p=0,03$ ), generales ( $p=0,01$ ), abdominales ( $p=0,001$ ) y renales ( $p=0,001$ ) se asociaron a mayor valor de BVAS, mientras que no se encontró relación con las cutáneas ( $p=0,20$ ), neurológicas ( $p=0,16$ ), oculares ( $p=0,58$ ) y VAS ( $p=0,54$ ). En el análisis de regresión lineal univariable entre el INL y los parámetros de laboratorio, se halló que el recuento de leucocitos ( $p=0,03$ ), neutrófilos ( $p < 0,01$ ), linfocitos ( $p < 0,01$ ) y PCR ( $p=0,01$ ) se asociaron a mayor INL, no así la VSG ( $p=0,059$ ). Con el análisis multivariable, solo se encontró relación con los linfocitos ( $p < 0,001$ ). Al evaluar la correlación entre INL y manifestaciones clínicas, se encontró que el compromiso pulmonar fue el único que se asoció con mayor índice ( $p=0,03$ ).

**Conclusiones:** En nuestro estudio no se encontró relación entre INL y BVAS. También se evaluó la relación entre el BVAS inicial y los valores de laboratorio encontrándose relación positiva con el recuento de leucocitos, neutrófilos, PCR y VSG, lo que coincide con datos de la literatura que indican que, a mayor carga inflamatoria, mayor será la actividad de la enfermedad. Al evaluar la asociación entre el INL y los parámetros de laboratorio, solo los linfocitos se asociaron significativamente con el INL y dentro de las manifestaciones clínicas el compromiso pulmonar fue el único que se relacionó con el índice. El INL se ha propuesto para estimar las cargas inflamatorias y predecir el pronóstico en diversas enfermedades. Creemos que sería necesario continuar con estudios que incluyan mayor número de pacientes para lograr la validación de este biomarcador práctico, económico y de fácil cálculo.

073

## ASOCIACIÓN ENTRE LA DISMINUCIÓN DE LA DENSIDAD CAPILAR Y EL DIAGNÓSTICO DE ESCLERODERMIA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON RAYNAUD

Romina ROJAS TESSEL<sup>1</sup>, Eugenia PICCO<sup>1</sup>, Emilio BUSCHIAZZO<sup>1</sup>, Mariana ACIARI<sup>1</sup>, Ana Carolina RALLÉ<sup>1</sup>, Natalia Lili CUCCHIARO<sup>1</sup>, Ricardo Vicente JUÁREZ<sup>2</sup>, María Belén LECUMBERRI<sup>1</sup>, María Daniela ALONSO LÓPEZ<sup>2</sup>, Leticia Noemí IBAÑEZ ZURLO<sup>3</sup>, Julieta PICCHI<sup>4</sup>, Leila Natalia BELBRUNO<sup>1</sup>, María Elena CRÉSPO ESPINDOLA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO SALTA, <sup>2</sup>CENTRO MÉDICO PUNTO DOC, <sup>3</sup>INSTITUTO ALAS, <sup>4</sup>CARDIOMED

Variable	Esclerodermia	No esclerodermia	OR (IC95%)	p
Disminución de la densidad capilar, n(%)	12 (75)	15 (17,6)	1,4 (3,9-49,4)	0,0001
Grado 1 n(%)	7 (8,2)	4 (25)	3,8 (0,9-14,6)	0,07
Grado 2 n(%)	3 (18,8)	6 (7,1)	3 (0,6-13,8)	0,1
Grado 3 n(%)	4 (25%)	2 (2,4)	13,8 (2,2-83,8)	0,005

**Introducción:** La capilaroscopia es una herramienta utilizada en la práctica diaria de reumatología, resultando un estudio de bajo costo, no invasivo y accesible en los Centros de Referencia en patologías autoinmunes. El Grupo de Estudio de PANLAR propone unificar el informe capilaroscópico empleando una escala semicuantitativa para homogeneizar los datos en países latinoamericanos. A la variable densidad la categoriza en Grado 1 (entre 7 y 9 capilares/mm lineal), Grado 2 (4 a 6 capilares/mm lineal) y Grado 3 (menos de 4 capilares/mm lineal). Según estudios

previos, sabemos que la densidad capilar disminuida se asocia a daño microvascular, predice progresión de la enfermedad y permite monitorear eficacia de tratamiento.

**Objetivos:** 1) Describir los motivos de derivación para realización del estudio de capilaroscopia; 2) describir los diagnósticos capilaroscópicos en pacientes derivados para realización de capilaroscopia y relacionarlo con características clínicas, inmunológicas y de su enfermedad de base; 3) describir la asociación del patrón SD (temprano, activo o tardío) en relación a diagnósticos fuera de la esclerodermia; 4) utilizar la escala semicuantitativa de densidad capilar propuesta por PANLAR y su asociación con diagnóstico de esclerodermia.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de los pacientes de la consulta reumatológica, tanto pública como privada, de marzo a octubre de 2021. Se consignaron variables demográficas, de la enfermedad (diagnóstico, autoanticuerpos) y del tratamiento farmacológico indicado por su médico tratante. La videocapilaroscopia digital fue realizada por un reumatólogo con más de 5 años de experiencia en la práctica (videocapilaroscopia marca DinoLite con amplificación 200x). Los datos fueron volcados en el formulario propuesto por el grupo de Estudio de PANLAR para escala semicuantitativa. Se realizó estadística descriptiva. Las variables continuas se reportaron como medias y desvíos estándar o mediana y rango intercuartilo según su distribución. Se compararon las variables categóricas mediante chi cuadrado o test exacto de Fisher, y las continuas mediante test T de Student o Mann Whitney según correspondiera. Se consideró significativa una p<0,05.

**Resultados:** Se incluyeron 101 pacientes, 91 (91%) de sexo femenino, con una media de edad de 43 años (DS 13,9), 72 (71,3%) que consultaron por Raynaud, con un tiempo mediano de evolución 1 año (RIC 0,5-3,5). El diagnóstico reumatológico fue: AR 19 (19%), esclerodermia 16 (16%), LES 11 (11%), en estudio 27 (27%). Presentaban FAN + 36 (35,6%). Solo tres pacientes fueron derivados por patologías no reumatológicas, dos por necrosis digital y uno por sospecha de endocarditis bacteriana. Cuarenta pacientes (39,6%) tuvieron capilaroscopia normal, 34 (33,7%) hallazgos inespecíficos, 26 (26%) patrón SD; de estos últimos, 2 (2%) tempranos, 11 (10,9%) activos y 13 (12,9%) tardíos. El hallazgo de patrón SD se asoció con diagnóstico de esclerodermia (p<0,0001) y uso de vasodilatador (p<0,0001). Asimismo, fue hallado en tres pacientes con miopatías inflamatorias, 2 LES, 2 Sjögren primarios y 2 pacientes sin diagnóstico. La esclerodermia se asoció significativamente con el patrón SD y la disminución de la densidad capilar, sobre todo al grado 3. No presentó asociación con los grados 1 y 2 (Tabla).

**Conclusiones:** La densidad capilar disminuida estuvo presente en el 27% de los pacientes y su presencia se asoció al diagnóstico de esclerodermia. Tener una densidad capilar disminuida, sobre todo en su grado más severo, fue 14 veces más frecuente en el grupo de esclerodermia. La utilización del informe de capilaroscopia propuesto por PANLAR podría homogeneizar el reporte de los estudios realizados. Se necesitan más estudios para establecer si es suficiente consignar el hallazgo como presente o ausente o si usar una escala semicuantitativa tendría alguna ventaja en la práctica diaria.

## ESCLEROUVEÍTIS NECROTIZANTE SECUNDARIA A GRANULOMATOSIS CON POLIANGEÍTIS: REPORTE DE UN CASO

Carla Andrea MUÑOZ TORRES, Cecilia BATTAGLIA, Natalia Andrea PERROTTA, Ana María BERÓN, Gustavo MEDINA

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, CABA

**Introducción:** La granulomatosis con poliangeítis (GPA) es una vasculitis sistémica necrotizante asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) que afecta a vasos de pequeño y mediano calibre. La incidencia es de 7-12/1.000.000 habitantes/año y la relación H:M es similar. La GPA tiene un amplio espectro de manifestaciones clínicas, siendo las más frecuentes el compromiso del tracto respiratorio superior e inferior, y renal. Las manifestaciones oculares están presentes en casi la mitad de los pacientes y afectan todas las estructuras del ojo con un amplio rango de gravedad. La escleritis es infrecuente (3,6-8,1%) y su forma necrotizante (EN) puede causar pérdida de la visión permanente. La uveítis es una manifestación ocular poco común de la GPA (0-10%) que empeora el pronóstico ocular, por lo que es importante establecer un diagnóstico y tratamiento inmunosupresor oportuno para preservar la visión, la integridad del globo ocular y evitar daños potencialmente mortales.

**Objetivos:** Presentamos el caso de una paciente con una manifestación ocular poco frecuente como parte del cuadro clínico inicial de una GPA.

**Materiales y Métodos:** Mujer de 36 años de edad con antecedente de parálisis facial periférica, episodios de acúfenos y otitis media aguda recurrentes bilaterales que requirieron colocación de tubo de ventilación en ambos oídos e hipoacusia mixta secuencial en oído izquierdo, quien consultó en mayo de 2020 en otra institución por poliartralgias de pequeñas y grandes articulaciones y mialgias en contexto de FR positivo, por lo que fue interpretada como artritis reumatoidea (AR) y se inició tratamiento con metotrexato (MTX) 10 mg semanal VO. Posteriormente presentó úlcera en miembro inferior izquierdo cuya anatomía patológica descartó vasculitis asociando polineuropatía sensitiva con compromiso axono mielínico en miembros inferiores. En agosto de 2020 comenzó con dolor punzante de intensidad 8/10, prurito y enrojecimiento del ojo derecho, diagnosticándose escleritis nodular superior. Se descartaron causas infectológicas. Se interpretó como manifestación extraarticular de AR y se aumentó dosis de MTX e inició meprednisona 40 mg/día. Evolucionó con fotofobia, fotodesopsias y disminución de la agudeza visual iniciándose azatioprina 150 mg/día VO sin presentar mejoría. Inicia en junio del 2021 adalimumab 40 mg cada 15 días SC y MTX 10 mg semanal VO. Por presentar progresión del cuadro luego de 3 meses de terapia biológica anti TNF alfa, consultó en nuestra institución. A su ingreso, presentaba agudeza visual de ojo derecho en cuenta dedos a 1 metro, blefaritis, meibomitis, escleritis necrotizante superior, uveítis anterior, inyección mixta, vascularización corneal periférica, depósito lipídico, iris bombe y sinequias posteroinferiores con cristalino transparente. Ojo izquierdo normal. Presión intraocular normal. Ecografía ocular: engrosamiento escleral del ojo derecho. Laboratorio: leucocitos 12.660/mm<sup>3</sup> (neutrófilos 58%, linfocitos 36%), VSG 45 mm/h, FAN Hep 2 negativo, Anti Ro/SSA, anti La/SSB, anti RNP, anti Sm, Anti-DNA, anti CCP, ANCA-MPO, HIV, VDRL, hepatitis B y C negativos, ANCA P positivo 1/80, ANCA-PR3 positivo 30 U/ml, FR positivo 30 U/ml, complemento normal. Rx de manos y pies sin alteraciones. TACAR de tórax y de macizo facial: engrosamiento mucoso de senos etmoidales y esfenoidales de forma bilateral y en lóbulo inferior derecho imágenes nodulares de contornos polilobulados, la de mayor tamaño con diámetro >6,2 cm. Se realizó biopsia por fibrobroncoscopia, cuya anatomía patológica no fue concluyente por obtenerse material insuficiente. Se reinterpretó el cuadro como una esclerouveítis necrotizante con compromiso pulmonar secundario a GPA. Se iniciaron pulsos de 500 mg de metilprednisolona por 3 días y ciclofosfamida 1 g/m<sup>2</sup> superficie corporal mensual por 6 meses. Se realizó una

iridotomía con Yag láser para disminuir la presión intraocular de la cámara posterior que generaba el abombamiento del iris. En la actualidad, se encuentra en plan de cirugía escleral para colocación de injerto una vez controlada la actividad de la enfermedad.

**Resultados:** Discusión: las manifestaciones oculares y orbitarias pueden estar presentes como características iniciales de la GPA o en la evolución de la misma. La escleritis es una inflamación de todo el espesor de la esclerótica y se presenta de forma nodular, difusa o necrotizante, clasificándose en anterior o posterior con diferentes complicaciones. La EN se asocia con enfermedad sistémica y puede causar morbilidad ocular grave con pérdida de la visión. La uveítis es una manifestación ocular poco común de la GPA que suele acompañar a la queratitis o a la escleritis como manifestación secundaria empeorando el pronóstico ocular. En nuestra paciente la uveítis anterior fue secundaria a la EN, por lo que se necesitó un manejo farmacológico temprano con altas dosis de corticoides y ciclofosfamida para lograr la remisión.

**Conclusiones:** Consideramos que la importancia de este caso radica en que la GPA puede presentarse de manera atípica con manifestaciones oculares graves como presentación inicial con riesgo inminente de pérdida de la visión, por lo que se requiere un diagnóstico y tratamiento inmunosupresor temprano y un enfoque interdisciplinario para disminuir su recurrencia y morbimortalidad.

076

## NEFRITIS LÚPICA TÚBULO INTERSTICIAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN

Gonzalo Javier PACHECO, Susana VISENTINI, Walter Henry MORALES OLIVA, Sabrina Valeria PORTA

HOSPITAL CARLOS G. DURAND

**Objetivos:** Caso clínico de paciente con lupus eritematoso sistémico, nefritis tipo II y afección túbulo intersticial marcada de inicio. La nefritis lúpica (NL) fue suficientemente caracterizada por daño inflamatorio glomerular de la Nefrona, sin embargo otras lesiones (inflamación tubular/intersticial, podocitopatía), no fueron tenidas en cuenta en clasificaciones histopatológicas hasta recientemente, algunas de ellas, pudiendo proveer información precoz trascendente. En la actualidad, existe evidencia remarcando que una disrupción en la barrera de filtración glomerular (principalmente afección podocítica) conlleva el pasaje de moléculas y partículas apoptóticas que podrían activar células del túbulo intersticio, favoreciendo así un estado inflamatorio crónico renal en lupus. Asimismo, infiltrados celulares inflamatorios túbulo intersticiales y un alto índice de cronicidad, fueron ambos asociados a un peor pronóstico renal, independientemente de cambios glomerulares. Más aún, el epitelio tubular renal puede producir citoquinas patogénicas relacionadas al lupus (INF- $\alpha$ , BAFF, IL-1, IL-6), indicando una posible contribución de estas células al proceso inflamatorio crónico de la NL. Moderado a severo daño túbulo intersticial ha sido reportado de forma variada entre 20 a 70% en especímenes de biopsias renales.

**Materiales y Métodos:** Paciente femenina de 28 años, con diagnóstico de LES desde 2018: alopecia, serositis, edemas en manos, poliartalgias, FAN(+), Anti-DNA(+), hipocomplementemia, linfopenia. Concorre a la consulta con alteración del sedimento urinario. Antecedentes: bajo nivel socioeconómico/cultural, gestas 3, partos 3, abortos 0. Tratamiento previo: hidroxilcloroquina 400 mg día, enalapril 5 mg cada 12 hs. Estudios complementarios HTO 35,2%, Hb 9,5 g/dl, plaquetas 316.000 mm<sup>3</sup>, leucocitos 5.240 mm<sup>3</sup>, linfocitos 600 mm<sup>3</sup>, urea 20, creatinina 1.3, Anti-DNA positivo 1/1280, Anti Ro (+), Anti-C1q 165, C3 57, C4 2. Sedimento urinario: hematias 2-6 (dismórficos 30%), proteinuria 0,6 g/ 24 hs.

**Resultados:** Biopsia renal (nefritis lúpica Clase II +túbulo intersticial) Microscopía 2 cilindros de corteza renal, hasta 23 glomérulos. No se reconocen glomérulos esclerosados. Todos evidencian grados variables de expansión y proliferación mesangial. Paredes capilares adelgazadas, no se reconocen depósitos en las mismas. Infiltrados intersticiales mononucleares en parche que invaden localmente el epitelio tubular. Marcada vacuolización celular tubular. Arteriolas con moderada hipertrofia de capa muscular. Inmunohistoquímico (Isotiocianato Fluoresceína) IgG +++/+++ Mesangial Difusa y parietal segmentaria en Capilares Peritubulares y Membranas basales Tubulares. IgA +/-+++ Mesangial Difusa. IgM (-). Fibrinógeno (-) C1q +/-+++ Mesangial Segmentario. C3 +++/+++ Mesangial Difuso, parietal Tubular segmentario. La paciente fue tratada con prednisona 40 mg día VO, ciclofosfamida 1 gr /EV/pulsos mensuales x 5, seguido de micofenolato sódico 1.4 g/día, con buena evolución inicial. Luego de 2 años de mantenimiento con micofenolato, desarrolla anasarca evolucionando a insuficiencia renal crónica y diálisis.

**Conclusiones:** Hoy en día es pertinente considerar a la NL como una afección heterogénea que puede involucrar distintos compartimientos del órgano (glomérulo, túbulo-intersticio, vasculatura), coexistiendo diversas lesiones histopatológicas superpuestas en distintos tiempos evolutivos. Esto deviene en una situación clínica más compleja a la usualmente interpretada en cuanto a la aproximación diagnóstica, terapéutica y pronóstica en NL. De esta manera, considerar solo Clases/lesiones glomerulares serían insuficientes para una interpretación mas acabada de la histopatología renal. Nuestra paciente presentó principalmente inflamación túbulo intersticial marcada, no pudiendo evidenciarse alteraciones podocitarias, aunque de inicio sospechadas. El actual caso reportado tiene por finalidad dialogar sobre las necesidades de realizar en manera más minuciosa la descripción/categorización de lesiones histopatológicas túbulo intersticiales en nefritis lúpica.

077

## RARA ASOCIACIÓN: UVEÍTIS Y CIRROSIS BILIAR PRIMARIA. REPORTE DE DOS CASOS

Serenela CHULIBERT, Dianela CARBONE, María Florencia MARTÍNEZ, María Cecilia ARGENTO, Ariana RINGER, Juan Pablo RUFFINO, María Agustina GATICA, Brian Marcelo ABDALA, Franco LUCCI, Antonio Jorge CHEMEZ, Graciela ROMBO, Mariano PALATNIK, María Noel CORTESE, Marcelo ABDALA

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ROSARIO

**Introducción:** La uveítis es la inflamación de la úvea que incluye principalmente el iris, el cuerpo ciliar y la coroides, y a menudo afecta a estructuras adyacentes. Generalmente afecta a individuos entre 20 y 60 años. Puede ser unilateral o bilateral. Los síntomas incluyen dolor, fotofobia y compromiso visual. El 10% de los casos de ceguera se debe a esta entidad. La mayoría de los pacientes con uveítis tiene un proceso inmuno mediado. Se asocia a distintas enfermedades autoinmunes, entre ellas, artritis reumatoidea, espondiloartritis, artritis idiopática juvenil, sarcoidosis y síndrome de Behcet. La cirrosis biliar primaria es una enfermedad crónica progresiva del hígado, se caracteriza por destrucción de los conductos biliares intrahepáticos, como consecuencia fibrosis y finalmente sus complicaciones. Prevalce en mujeres. Sus principales síntomas son el prurito y la fatiga. En más del 55% de los casos se asocia a enfermedades autoinmunes, siendo las más frecuentes el síndrome de Sjögren y la tiroiditis de Hashimoto. En la literatura hay pocos casos que describen la asociación de dichas patologías.

**Objetivos:** Reportar la asociación de uveítis y cirrosis biliar primaria debido a su baja prevalencia.

**Materiales y Métodos:** Se describen 2 casos clínicos con dicha asociación.

**Resultados:** Caso clínico 1: paciente de 53 años consulta a Oftalmología por disminución de la visión y ojo rojo izquierdo. Al examen físico: agudeza visual OD 10/10- OI cuenta dedos, Tyndall +++, precipitados grasos retroqueráticos, pigmentos en cámara anterior y en fondo de ojo vitreítis. Se diagnostica panuveítis. Comienza tratamiento con corticoides tópicos. En laboratorio: hemograma, función tiroidea, albúmina, bilirrubina y coagulograma normal, VES 35 mm/h, GPT 91 U/l, GOT 63 U/l, FAL 331 U/l y GGT 150 U/l. Se descartó origen infeccioso (HIV, VHB, VHC, VDRL, toxoplasma



y toxocara canis). Por presentar alteración en el hepatograma se solicitó anticuerpos: FAN negativo, anti ADN negativo, látex AR negativo, AML negativo, LKM negativo, Anti-Sp 100 negativo, LC1 negativo, SLA negativo, AMIT 1/320, AMA M2 reactivo y Anti-gp210 reactivo. Ecografía abdominal: esteatosis hepática. Hígado de contornos normales, homogéneo, sin MOE. Elastografía: 12.6 Kpa. Por dichos hallazgos se interpretó como cirrosis biliar primaria y comenzó tratamiento con ácido ursodesoxicólico. Caso clínico 2: Paciente de 51 años, con antecedente tiroiditis de Hashimoto, uveítis anterior bilateral, artritis reumatoidea y síndrome de Sjögren; comenzó tratamiento con metrotexato que debió suspender por alteración en el hepatograma. Posteriormente comienza con prurito por lo cual se solicita laboratorio: hemograma, albúmina, colesterol, bilirrubina y coagulograma normal, VES 90mm/h, GPT 44 U/l, GOT 56 U/l, FAL 1404 U/l, GGT 581 U/l, TP 12.7, TSH 0,001 U/ml, T4 libre 1.73 ng/dl, serologías HIV, VHB, VHC y VDRL negativa, FAN negativo, FR 226 U, Rose Ragan 1/160, ENA negativos, AML negativo, LKM negativo, LC1 negativo, SLA negativo, Anti-Sp 100

positivo, AMIT positivo, AMA M2 reactivo y Anti-gp210 reactivo. Ecografía abdominal: acentuación de ecos a nivel hepático, compatible con hepatopatía crónica. Colaterales vasculares espleno-renales. Esplenomegalia. Biopsia hepática: compatible con hepatopatía crónica en estadio de cirrosis activa. Por dichos hallazgos se concluye en el diagnóstico de cirrosis biliar primaria y se inicia tratamiento con ácido ursodesoxicólico.

**Conclusiones:** Según la bibliografía disponible la asociación de uveítis y cirrosis biliar primaria no es frecuente, hasta la fecha se han publicado pocos reportes de casos. Conocer en profundidad ambas entidades podría ayudar a entender dicha asociación.

078

### RELACION ENTRE ACTIVIDAD Y DAÑO ACUMULADO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Rodolfo ALVARADO, Gelsomina ALLE, Mayra Alejandra TOBAR JARAMILLO, Marina SCOLNIK, Nicolás Martín MARÍN ZÚCARO, Diana Carolina FERNÁNDEZ ÁVILA, Enrique Roberto SORIANO, Javier ROSA

HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES

**Introducción:** El tratamiento por objetivos (*Treat to Target* -T2T-) en lupus eritematoso sistémico (LES) tiene como objetivo lograr la remisión de la enfermedad y disminuir el daño acumulado.

**Objetivos:** Evaluar en una cohorte de pacientes con LES el tiempo acumulado de cada paciente en los distintos grados de actividad y establecer su relación con el daño acumulado al final del seguimiento.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES (ACR 1997 y/o SLICC 2012) luego del año 2000, afiliados a un sistema de salud prepago de la ciudad de Buenos Aires. Todos los pacientes fueron seguidos hasta su desafiliación, muerte o fecha final del estudio (31/12/2020). Se determinó en cada paciente el estado de actividad lúpica en forma retrospectiva durante cada mes de seguimiento a través de la historia clínica electrónica. Se los categorizó en cuatro estados clínicos mutuamente excluyentes: períodos de brote (1 BILAG A o 2 BILAG B), baja actividad de la enfermedad (según definición *Lupus Low Disease Activity State* -LLDAS-), remisión (según DORIS) o actividad intermedia (cuando no se cumplía ninguna de las otras 3 definiciones de actividad). Se consignó la máxima actividad reportada en cada mes calendario. Se obtuvieron datos demográficos, clínicos y de tratamientos recibidos. Se calculó el score de daño SLICC basal y al final del seguimiento, y se calculó el riesgo relativo de tener brotes de la enfermedad y aumento de daño.

**Resultados:** Se incluyeron 50 pacientes, 86% mujeres, con una media de edad al diagnóstico de 48,03 años (DS 17.22), y una mediana de seguimiento de 6,97 años (RIC 4,47-9,32). Los datos clínicos se muestran en la Tabla. Globalmente aportaron un seguimiento de 4555,2 pacientes-meses desde el diagnóstico del LES, de los cuales el 1,3% del tiempo fue en períodos de brote (58 meses), 9,7% con actividad intermedia (432 meses), 14,7% en baja actividad (653 meses) y 74,3% en remisión (3300 meses). Se presentaron en total 47 episodios de BILAG A en 22 pacientes y 11 pacientes presentaron 15 episodios de 2 BILAG B en forma simultánea. El daño por SLICC medido al basal tuvo una media de 0,24 (DS 0,52) y al final del seguimiento de 1 (DS 1,40). Durante el seguimiento, 21 (42%) pacientes presentaron un aumento de SLICC. El tener un episodio de BILAG A (RR 3.18, IC 95% 1.48-6.83, p=0,001), 2 episodios de BILAG B (RR 3.22, IC 95% 1.89-5.50, p=0,001) y mayor tiempo en período de brote (RR 5.53, IC 95% 1.86-16.46, p<0,001) se asociaron significativamente con aumento de daño medido por SLICC.

**Conclusiones:** En esta cohorte los pacientes con LES se mantuvieron en remisión el 74,3% del período de seguimiento. La presencia de brote (1 BILAG A o 2 BILAG B) y mayor tiempo de duración de los brotes se asociaron con un mayor daño medido por SLICC al final del seguimiento.

Sexo femenino, n% (IC95%)	43; 86,00 (73,26-94,18)
Edad al diagnóstico, media (DS)	48,03 (17,22)
Tiempo de seguimiento (años), mediana (RIC)	6,97 (4,47-9,32)
<b>Comorbilidades al momento del diagnóstico</b>	
Hipertensión, n% (IC95%)	10; 20,00 (10,03-33,72)
Dislipemia, n% (IC95%)	7; 14,00 (5,82-26,74)
Tabaquismo, n% (IC95%)	15; 34,09 (20,49-49,92)
Evento cardiovascular, n% (IC95%)	1; 2,00 (0,05-10,65)
Cáncer, n% (IC95%)	2; 4,00 (0,49-13,71)
Índice de Charlson, mediana (RIC)	1 (RIC 1-3)
<b>Comorbilidades al final del seguimiento</b>	
Hipertensión, n% (IC95%)	18; 36,00 (22,92-50,81)
Dislipemia, n% (IC95%)	12; 24,00 (13,06-38,17)
Tabaquismo, n% (IC95%)	7; 15,56 (6,49-29,46)
Evento cardiovascular, n% (IC95%)	4; 8,00 (2,22-19,23)
Cáncer, n% (IC95%)	4; 8,00 (2,22-19,23)
Índice de Charlson, mediana (RIC)	2 (RIC 1-4)
Cumple criterios ACR, n% (IC95%)	34; 68,00 (53,30-80,48)
Cumple criterios SLICC, n% (IC95%)	50; 100 (92,89-100)
<b>Anticuerpos positivos (alguna vez)</b>	
Antinucleares, n% (IC95%)	50; 100 (92,89-100)
Anti ADN, n% (IC95%)	21; 42,00 (28,19-56,79)
Anti Ro, n% (IC95%)	24; 46,94 (32,53-61,73)
Anti La, n% (IC95%)	5; 10,20 (2,40-22,23)
Anti RNP, n% (IC95%)	7; 14,29 (5,94-27,24)
Anti Sm, n% (IC95%)	12; 24,49 (13,34-38,87)
Anticoagulante lúpico positivo, n% (IC95%)	11; 22,45 (11,77-36,62)
Anticardiolipinas, n% (IC95%)	13; 26,53 (14,95-41,08)
Anti beta2 glicoproteína, n% (IC95%)	5; 14,71 (4,95-31,06)
<b>Complemento</b>	
Siempre normal, n% (IC95%)	13; 26,00 (14,63-40,34)
Fluctuante, n% (IC95%)	15; 30,00 (17,86-44,61)
Siempre bajo, n% (IC95%)	22; 44,00 (29,99-58,75)
<b>Manifestaciones clínicas (alguna vez)</b>	
Compromiso cutáneo agudo, n% (IC95%)	23; 46,00 (31,81-60,68)
Compromiso cutáneo crónico, n% (IC95%)	7; 14,00 (5,82-26,74)
Úlceras orales, n% (IC95%)	7; 14,00 (5,82-26,74)
Alopecia, n% (IC95%)	18; 36,00 (22,92-50,81)
Artralgias, n% (IC95%)	31; 62,00 (47,17-74,35)
Artritis, n% (IC95%)	20; 40,00 (26,41-54,82)
Miositis, n% (IC95%)	0
Anemia hemolítica, n% (IC95%)	2; 4,00 (0,49-13,71)
Plaquetopenia, n% (IC95%)	7; 14,00 (5,82-26,74)
Leucopenia/linfopenia, n% (IC95%)	21; 42,00 (28,19-56,79)
Derrame pleural, n% (IC95%)	4; 8,00 (2,22-19,23)
Derrame pericárdico, n% (IC95%)	5; 10,00 (3,33-21,81)
Compromiso renal, n% (IC95%)	22; 44,00 (29,99-58,75)
Compromiso neurológico, n% (IC95%)	2; 4,00 (0,49-13,71)

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES



## LAVADO ARTICULAR PREVIA ARTROSCOPIA POSTRAUMÁTICA COMO FUENTE DE SINOVIOCITOS Y COMPARACIÓN CON LÍQUIDO SINOVIAL DE PACIENTES CON OSTEOARTRITIS

Matías PREISEGGER<sup>1</sup>, Sebastián ORLOWSKI<sup>2</sup>, Jorge VELASCO<sup>3</sup>, Ricardo DEWEY<sup>1</sup>

<sup>1</sup>INTECH (CONICET-UNSAM), <sup>2</sup>CLÍNICA CHASCOMÚS, <sup>3</sup>INSTITUTO MÉDICO CER

**Introducción:** Los tratamientos (farmacológicos, quirúrgicos o de ambos tipos) empleados para tratar la osteoartritis (OA) apuntan principalmente al tratamiento de los síntomas de la enfermedad y no a una forma duradera de modificar los procesos osteoartrotríticos patológicos. Por lo cual los beneficios no pueden mantenerse a largo plazo y se hace necesario el remplazo total de la articulación en estadios avanzados de la enfermedad. En la búsqueda de tratamientos efectivos, es que las células madre mesenquimales (MSC) han sido situadas como actores emergentes en el tratamiento de la patología de la OA, fundamentalmente debido a las capacidades regenerativas de estas células. Es por ello que, el trasplante de MSC de muy variadas fuentes (médula ósea, tejido adiposo y cordón umbilical) se ha empleado, aunque con limitado éxito en ensayos clínicos de reparación de cartilago en humanos con OA. Paralelamente, la investigación en modelos experimentales ha ubicado a las MSC derivadas de membrana sinovial (sinoviocitos) como las principales impulsoras de la reparación del cartilago y la homeostasis de la articulación en la edad adulta lo que sitúa a estas células como potenciales responsables de patologías tales como la OA. A su vez, se ha reportado la presencia de sinoviocitos en líquido sinovial de pacientes con OA, aunque no se ha descrito acceso a células de esta misma fuente en individuos sanos, lo que permitiría el acceso a sinoviocitos no artrósicos con fines terapéuticos y de diagnóstico.

**Objetivos:** Establecer protocolos de aislamiento, caracterización y diferenciación de sinoviocitos presentes en lavado articular (No-OA) y líquido sinovial (OA), con la finalidad de estudiar la contribución de estas células en los procesos regenerativos de la OA.

**Materiales y Métodos:** Muestras de líquido sinovial de pacientes con artrosis (índice de Outerbridge 4) y lavado articular de individuos no OA (se obtuvieron siguiendo criterios de inclusión previamente establecidos). El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética local y por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Antes de la punción de líquido sinovial (OA) o artroscopia (No-OA), los pacientes acordaron donar el líquido sinovial o el lavado respectivamente mediante la firma de un consentimiento informado. Se aislaron sinoviocitos de aspirados de rodilla mediante centrifugación de las muestras y posterior cultivo y adherencia al plástico en DMEM (Gibco, Life Technologies, USA) conteniendo 1% de penicilina/estreptomicina (Gibco, Life Technologies, USA), y 1% de glutamina (Gibco, Life Technologies, USA) complementado con suero fetal bovino al 10%. Para la detección de marcadores de superficie, las células fueron incubadas con anticuerpos anti-CD73, CD90, CD105, CD45 y CD34 conjugados con fluorocromos de manera individual. Las células se resuspendieron en 100 µl de solución de fijado. Las medidas se hicieron con un equipo FACS-Calibur (BD, USA) y el análisis de los datos obtenidos con el programa FlowJo (FlowJo LLC, USA). La capacidad de diferenciación multilínea de los sinoviocitos se evaluó incubando a las células siguiendo los protocolos de diferenciación adipogénico, osteogénico y condrogénico, descritos por Zuk et al. (Zuk, P. et al., 2001), con modificaciones menores. Las diferenciaciones fueron puestas de manifiesto mediante tinciones específicas (Oil red O: adipogénica; Alcian blue: condrogénica; Alizarin red: osteogénica). La cuantificación del potencial de diferenciación se determinó mediante extracción del colorante y medida de la absorbancia (Alcian blue: 605nm; Alizarin red: 405nm) usando un equipo Synergy H1 Hybrid Reader (BioTek Instruments, Inc., USA).

**Resultados:** Se aisló exitosamente un total de 5 cultivos de sinoviocitos de lavado articular de individuos sanos y 5 cultivos de sinoviocitos de líquido sinovial de pacientes con OA. Todos los cultivos aislados mostraron ser positivos para marcadores de superficie de linaje mesenquimal (CD73+, CD90+ y CD105+) y negativos para el marcador de linaje hematopoyético (CD45-). A su vez, todos los cultivos aislados mostraron capacidad multilínea (adipogénica, condrogénica y osteogénica). Del análisis comparativo de los potenciales de diferenciación, surge que la población de sinoviocitos No-OA mostró tener un menor potencial condrogénico y, aunque no significativo estadísticamente, un mayor potencial osteogénico respecto de la población OA.

**Conclusiones:** En este trabajo se pudo aislar y caracterizar sinoviocitos aislados de lavado articular de individuos sanos (N=5) y líquido sinovial de pacientes con OA (N=5), lo que abre la puerta a futuros estudios comparativos entre ambas poblaciones. A su vez, se brindan evidencias preliminares de diferencias entre el potencial condrogénico y osteogénico de sinoviocitos de pacientes OA respecto de individuos No-OA. Cabe destacar que, hasta el momento, este tipo de comparaciones solo había sido realizado utilizando células madre mesenquimales de médula ósea (BMSC) o de tejido adiposo (hASC) como control No-OA. Es por esto que el lavado articular previa artroscopia postraumática se presenta como una fuente accesible y no invasiva para la obtención de sinoviocitos con fines terapéuticos y de diagnóstico.

## DERMATOMIOSITIS Y COLITIS ULCEROSA, UNA ASOCIACIÓN INUSUAL

Diana CARBONE, María Florencia MARTÍNEZ, Serenela CHULIBERT, María Cecilia ARGENTO, Brian Marcelo ABDALA, María Agustina GATICA, Franco LUCCI, María Noel CORTESE, Mariano PALATNIK, Antonio Jorge CHEMEZ, Marcelo ABDALA

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ROSARIO

**Introducción:** La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria que se caracteriza por debilidad proximal de los músculos de la cintura escapular y pelviana y lesiones cutáneas. Sus criterios de clasificación incluyen alteraciones en las enzimas musculares, la presencia de debilidad y lesiones cutáneas características, electromiografía con patrón miopático y biopsia muscular compatible. Aunque puede asociarse a otras enfermedades autoinmunes, la asociación con enfermedad inflamatoria intestinal es infrecuente.

**Objetivos:** Describir un caso de dermatomiositis juvenil asociada a colitis ulcerosa.

**Materiales y Métodos:** Paciente de 26 años con antecedentes de colitis indeterminada desde el año de vida, por lo que se encontraba en tratamiento con mesalazina. A los 7 años comienza con cuadro caracterizado por debilidad proximal de cintura escapular y pelviana, asociado a lesiones cutáneas eritematosas en muslos y glúteos, eritema facial, pápulas de Gottron en manos y síndrome febril. Se realiza biopsia muscular que informa: focos de infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular perimisial, algunas áreas de atrofia perifascicular, compatible con miopatía inflamatoria. Biopsia cutánea: leves signos de edema de dermis superficial y perivascular, infiltrados linfocitarios y escaso polvillo nuclear en igual localización, inmunofluorescencia negativa. Se interpreta cuadro como dermatomiositis y comienza tratamiento con prednisona 1 mg/kg/d e hidroxycloquina, con mejoría del cuadro clínico hasta lograr remisión, por lo que se suspenden en forma progresiva los corticoides hasta su suspensión. De 2 años de evolución comienza con alteraciones del hábito evacuatorio y placas eritemato-escamosas en muslos, por lo que consulta. Se realizan estudios complementarios: Biopsia de piel: dermatosis de patrón citotóxico con aumento de murcianos intracelulares. Videocolonoscopia: sin lesiones orgá-

nicas, patrón vascular conservado. Biopsia de colon: mucosa colónica de aspecto adelgazado, aislados focos de hemorragias superficiales, edema, leve infiltrado linfoplasmocitario y ocasionales acúmulos linfoides, compatible con colitis ulcerosa. Se inicia tratamiento con prednisona 20 mg/d, metotrexato y se aumenta dosis de mesalazina, con mejoría del cuadro clínico.

**Resultados:** La dermatomiositis puede asociarse con manifestaciones gastrointestinales, siendo la disfagia la más frecuente. Otros síntomas como dolor abdominal, trastornos del hábito evacuatorio, ulceraciones y perforación pueden deberse a vasculopatía crónica. La asociación con colitis ulcerosa es extremadamente infrecuente, encontrando en la literatura solo 5 casos reportados. Un estudio realizado por Tseng et al, halló una incidencia cumulativa aumentada de dermatomiositis en pacientes con colitis ulcerosa, no encontrando asociación estadísticamente significativa con polimiositis.

**Conclusiones:** Se reporta este caso debido a la rareza de la asociación entre estas enfermedades, teniendo en cuenta que ante síntomas gastrointestinales bajos se debe realizar diagnóstico entre vasculitis propia del compromiso por dermatomiositis y colitis ulcerosa porque el tratamiento es diferente.

081

**PRUEBA DEL DERIVADO PROTEICO PURIFICADO (PPD) DURANTE TERAPIA CON ANTI-TNF-ALFA**

Brian Marcelo ABDALA<sup>1</sup>, Ariana RINGER<sup>1</sup>, Juan Pablo RUFFINO<sup>1</sup>, María Florencia MARTÍNEZ<sup>1</sup>, María Cecilia ARGENTO<sup>1</sup>, Serenela CHULIBERT<sup>1</sup>, Dianela CARBONE<sup>1</sup>, Juan Carlos CREMA<sup>1</sup>, Franco LUCCHI<sup>1</sup>, María Agustina GATICA<sup>1</sup>, Graciela ROMBO<sup>1</sup>, Mariano PALATNIK<sup>1</sup>, Mariana LAGRUTTA<sup>1</sup>, Baltasar FINUCCI CURRI<sup>2</sup>, María Noel CORTESE<sup>1</sup>, Adriana Andrea CO<sup>2</sup>, Marcelo ABDALA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ROSARIO, <sup>2</sup>HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO

**Introducción:** Los anti-TNF-Alfa son una piedra angular para el tratamiento de múltiples enfermedades reumáticas. Se asocian con un riesgo aumentado para el desarrollo de tuberculosis (TB), que es endémica en muchos países y una problemática importante en el mundo. La PPD es una de las pruebas utilizadas para demostrar infección latente por TB. Se recomienda realizar *screening* para TB previo al inicio del anti-TNF-Alfa y su monitorio evaluando una posible conversión de PPD durante el tratamiento, definida como un viraje de un resultado negativo a uno positivo. La identificación y el tratamiento de LTBI pueden disminuir el riesgo de desarrollo de la enfermedad en más de un 90%. Actualmente los resultados de una conversión de PPD y su interpretación durante el tratamiento con anti-TNF-Alfa es variable y es por esto que nos propusimos conocer la frecuencia de conversión de PPD en este grupo de pacientes.

**Objetivos:** Conocer la frecuencia de conversión de PPD en pacientes con enfermedades reumatológicas durante el tratamiento con anti-TNF-Alfa en un hospital de tercer nivel de Rosario.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, analítico, observacional, retrospectivo. Se incluyeron pacientes >18 años de edad, con diagnóstico de enfermedad reumatológica en tratamiento con anti-TNF-Alfa entre 01/2018 y 11/2019.

**Resultados:** Se incluyeron 54 pacientes (edad 46,7±12 años) con diagnóstico de artritis reumatoide (36), artritis idiopática juvenil (6), espondilitis anquilosante (59), artritis psoriásica (5), uveítis (3) y queratitis intersticial (1) bajo tratamiento con anti-TNF-Alfa (30 adalimumab, 17 certolizumab, 7 etanercept). El uso concomitante de inmunomoduladores observado fue 44 metotrexato, 19 leflunomida, 9 hidroxicloroquina, 2 sulfazalazina, 2 azatioprina y 1 micofenolato. El uso de corticoides también se evaluó (28/54). La conversión de PPD tuvo lugar en un solo paciente.

**Conclusiones:** La PPD es un método económico, ampliamente disponible y sensible, utilizado para el diagnóstico de infección latente por TB. De todas maneras, esto podría mejorarse usando además otros métodos de detección como las pruebas de liberación de interferón gamma (IGRAs).

082

**SEGURIDAD DEL BIOSIMILAR DE RITUXIMAB RTX83 EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES. ESTUDIO DE LA VIDA REAL**

Alfredo Leiber VARGAS CASELLES, Diana Carolina FERNÁNDEZ ÁVILA, Valeria SCAGLIONI, Marina SCOLNIK, Luis Ángel DI GIUSEPPE, Gabriela BUELA, Elena Karina ÁLVAREZ, Javier ROSA, Enrique Roberto SORIANO

HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES

	Rituximab innovador	Rituximab RTX83	Ambas (Switch)	P
N de pacientes (%)	359 (36,5)	521 (55,1)	102 (10,4)	
Edad, media (DS)	59,2 (18,1)	55,9 (18,8)	53 (17,4)	0,0031
Sexo femenino, n(%)	195 (54,3)	282 (54,1)	65 (63,7)	0,187
Diagnóstico por grupos, n(%):				<0,0001
Enfermedades oncohematológicas	247 (68,8)	257 (49,3)	43 (42,1)	
Enfermedades autoinmunes	77 (21,4)	136 (26,1)	42 (41,2)	
Rechazo de trasplante	35 (9,7)	128 (24,5)	17 (16,7)	
Nº de infusiones recibidas, mediana (RIC)	6 (3-12)	4 (2-6)	11,5 (5-16)	0,0001
Dosis acumulada por paciente, media (DS)	6,3 (5,6)	3,8 (3,8)	8,5 (5,16)	0,0001
Tiempo de seguimiento desde la 1º infusión, años, mediana, RIC	4,1 (2,0-5,1)	1,7 (1-2,5)	4,5 (3,8-5,2)	<0,0001
Comorbilidades:				
HTA, n(%)	153 (42,6)	230 (44,1)	37 (36,2)	0,339
DBT, n(%)	38 (10,6)	70 (13,4)	6 (5,8)	0,070
Enf. pulmonar, n(%)	1 (0,2)	3 (0,5)	2 (1,9)	0,155
IRC, n(%)	59 (16,4)	142 (27,2)	21 (20,5)	0,0001
Insuf. cardíaca, n(%)	0	3 (0,58)	0	0,26
Tratamiento inmunosupresor concomitante, n(%)	337 (93,8)	478 (91,7)	87 (85,3)	0,020
Dosis de corticoides >7,5 mg/d en la 1º infusión, n(%)	174 (48,5)	234 (44,9)	49 (48,0)	0,554

**Introducción:** La introducción de biosimilares de rituximab en los sistemas de salud puede ayudar potencialmente a controlar los costos de atención médica para el tratamiento de enfermedades autoinmunes sistémicas. En 2013 la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnologías Médicas (ANMAT) autorizó la inscripción del rituximab RTX83 en el registro de Especialidades Medicinales. No existen hasta el momento en Argentina estudios de vida real que evalúen la seguridad de este producto.

**Objetivos:** Primario: evaluar la seguridad global del biosimilar de RTX83 en pacientes con enfermedades autoinmunes. Secundarios: evaluar la seguridad de RTX83 en pacientes que se encontraban recibiendo el biológico originador/innovador y en los cuales se realizó un intercambio (ya sea médico o no médico) por el biosimilar, y describir las características generales de toda la población tratada con rituximab en nuestro hospital.

**Materiales y Métodos:** pacientes mayores de 18 años que hayan recibido al menos una dosis de rituximab. Se incluyeron todos los pacientes registrados en la base de farmacia hospitalaria desde enero de 2013 a junio de 2021. Se calculó la densidad de incidencia de eventos adversos relacionados con la medica-

**TABLA 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES (N=982). SE INCLUYÓ LA TOTALIDAD DE PACIENTES QUE RECIBIERON RITUXIMAB DESDE 2013 A 2021**

ción durante el seguimiento, tanto para el fármaco innovador como el biosimilar. Se realizó estadística descriptiva. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes con sus correspondientes intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Las variables continuas se expresaron como medias y medianas, con sus correspondientes desvíos estándar (DS) o rangos intercuartiles (RIQ). De acuerdo a la distribución de la variable, se utilizó la prueba de chi cuadrado y el test de Fisher para datos categóricos y la prueba de t de Student o la prueba de Mann Whitney para variables continuas.

**Resultados:** El total de pacientes que recibió rituximab en el período 2013-2021 fue de 982; las características generales, motivo de indicación, número de infusiones, dosis total recibida y tiempo de seguimiento se muestran en la Tabla 1. Para el análisis de seguridad se incluyeron 255 pacientes, los cuales pertenecen al grupo de enfermedades autoinmunes como motivo de su indicación, el resto de los pacientes pertenece al grupo de enfermedades oncohematológicas y rechazo de trasplante, y no fueron incluidos en el análisis de seguridad para este reporte. De los 255 pacientes con enfermedades autoinmunes, 77 (30%) pertenecen al grupo rituximab innovador, 136 (53%) al grupo RTX83 y 42 (16%) al grupo que recibió ambas drogas luego del intercambio farmacéutico. La densidad de incidencia de eventos adversos serios fue de 41/100 pac/año (24/58.6 pac/año) para rituximab innovador y 37/100 pac/año (30/80.7 pac/año) para el biosimilar RTX83,  $p=0,3594$ , sin diferencia estadística. Lo mismo ocurrió para los pacientes que se encontraban recibiendo el fármaco innovador y fueron intercambiados a RTX83; en este grupo la densidad de incidencia de eventos adversos serios fue de 10,6/100 pac/año para rituximab innovador y 19,8/100 pac/año para RTX83, *incidence rate ratio*: 1.85 (0.55-7.99)  $p=0,1483$ . El análisis de eventos adversos de cualquier causa, infusionales e infecciosos, no mostró diferencias significativas y se muestran en la Tabla 2.

**Conclusiones:** Nuestro trabajo no encontró diferencias en la incidencia de eventos adversos, tanto serios como leves de cualquier causa en pacientes que recibieron el biosimilar RTX83, tanto en la indicación *de novo* como en los pacientes en los que se realizó el intercambio con el fármaco innovador. Este es el primer estudio de vida real de Argentina que evalúa la seguridad del biosimilar de RTX83 en pacientes con enfermedades autoinmunes.

**TABLA 2:** EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES (N=255).

	Rituximab innovador	Rituximab RTX83	Ambas (Switch) N=42		p
			Innovador	RTX83	
Tiempo de seguimiento, años, media (DS)	3,3 (2,1)	1,9 (1,1)	0,89 (1,1)	1,3 (1,2)	0,0810
Total de seguimiento pac/año	58,6	80,76			
Densidad de incidencia de eventos adversos de cualquier causa, cada 100 pac/año	75* (44/58,6 pac/año)	100* 82/80,76 pac/año IRR: 1,3 (0,93-1,99)	37#	34# IRR: 0,91 (0,43-1,97)	*0,0524 #0,4002
Densidad de incidencia de eventos adversos serios, cada 100 pac/año	41* (24/58,6 pac/año)	37* 30/80,76 pac/año IRR: 0,9 (0,51-1,6)	10#	19,8# IRR: 1,85 (0,55-7,99)	*0,3594 #0,1483
Densidad de incidencia de eventos adversos infecciosos serios, cada 100 pac/año	34* (20/58,6 pac/año)	23* 19/80,76 pac/año IRR: 0,7 (0,34-1,3)	7,9#	12,6# IRR: 1,5 (0,35-9,44)	*0,1246 #0,2683
Eventos adversos infusionales serios	Evento/N° de infusiones: 5/335	Evento/N° de infusiones: 13/532 RR: 1,6 (0,6-4,5)	0	0	0,3389
Mortalidad, densidad de incidencia, cada 100 pac/año	3,1	4,7 IRR: 1,5 (0,57-4,3)			

IRR: *incidence ratio ratio*; RR: *riesgo relativo*.

**Objetivos:** Describir los factores de riesgo clínicos e inmunológicos de un grupo de pacientes con lupus, comparando características clínicas y serológicas en relación con el compromiso renal, a fin de establecer posibles asociaciones.

**Materiales y Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal de pacientes adultos con lupus eritematoso sistémico asistidos entre los años 2005 y el 2019 en la unidad de enfermedades autoinmunes del Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, Argentina. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas e inmunológicas. Los datos analizados fueron tomados de los reportes de historias clínicas, se excluyeron pacientes sin criterios ARC 1997 o SLICC 2012 para lupus eritematoso sistémico, gestantes, menores de 18 años y pacientes con nefropatía previa al diagnóstico de lupus. Se incluyeron dentro de las variables demográficas la edad en años al momento del diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, sexo biológico y el grupo étnico. Dentro de las variables clínicas las manifestaciones renales y extra renales más frecuentes. A los pacientes con deterioro de la función renal se les solicitó biopsia renal, y los hallazgos se clasificaron según los criterios de la ISN/RPS 2003. Los índices de actividad y cronicidad, la atrofia tubular y la fibrosis intersticial fueron extraídos de los reportes de enfermedad contenidos en las historias clínicas.

**Resultados:** La prevalencia fue del 59%. Las anomalías en el sedimento urinario como la microhematuria y los cilindros celulares fueron las manifestaciones renales más comunes. No se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de nefritis entre ambos sexos (56,4 vs 77,7%;  $p=0,218$ ). La lesión histopatológica más común fue la nefritis proliferativa difusa (37%). Con un índice de actividad leve en la mayoría de los casos. En cuanto a la cronicidad, el 53% de los casos presentó <25% de fibrosis intersticial y atrofia tubular. El inicio del lupus antes de los 25 años se asoció a un riesgo 2,7 veces mayor de desarrollar nefritis.

**Conclusiones:** Las características de la población fueron similares a la de otras áreas geográficas. Las anomalías en el sedimento urinario fueron la manifestación renal más común. La aparición de lupus eritematoso sistémico antes de los 25 años parece incrementar el riesgo de desarrollar nefritis.

084

### FACTORES CLÍNICOS E INMUNOLÓGICOS ASOCIADOS CON NEFRITIS LÚPICA EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES ARGENTINOS: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

Jorge Luis TÉLLEZ, Victoria BASSO, Nora FUENTES, Florencia VIVERO

HOSPITAL PRIVADO DE LA COMUNIDAD MAR DEL PLATA

Sociodemográficas	N(%)
Sexo:	
Femenino	78 (90)
Masculino	9 (10)
Edad al diagnóstico en años, media (DE)	32 (16)
Enfermedad concomitante	64 (74)
Enfermedad tiroidea autoinmune	23 (26)
Osteoporosis	15 (17)
Dislipidemia	14 (16)
Diabetes	4 (5)
Eventos cardiovasculares	6 (7)
Otras	2 (3)
Manifestaciones sistémicas:	
Cutáneas	75 (86)
Musculoesqueléticas	74 (85)
Hematológicas	56 (64)
Renales	51 (59)
Cardiovasculares	36 (41)
Neuropsiquiátricas	36 (41)
Oculares	30 (35)
Respiratorias	24 (28)
Perfil de autoinmunidad:	
ANA	78 (90)
Completo bajo	61 (70)
Anti-DNA	55 (63)
Tratamientos:	
Corticoides	79 (91)
Hidroxicloroquina	74 (85)
Azatioprina	37 (43)
Micofenolato mofetil	26 (30)
Ciclofosfamida	22 (25)
Metotrexato	13 (15)

**TABLA 1:** CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN (N=87)

**TABLA 2: CARACTERÍSTICAS BIOQUÍMICAS E HISTOPATOLÓGICAS EN PACIENTES CON NL (N=51)**

Parámetros hematológicos y serológicos:	N(%)
Leucopenia (<4x10 <sup>9</sup> /l)	24 (47)
Linfopenia (linfocitos <1.500/l)	23 (45)
Trombocitopenia (<100x10 <sup>9</sup> /l)	7 (14)
ANA positivo	46 (90)
Anti-DNA positivo	38 (75)
C3, mediana (RIQ), mg/dl	78 (55-102)
C4, mediana (RIQ), mg/dl	15 (8-18)
<b>Parámetros renales:</b>	
Cr(s), mediana (RIQ), mg/dl	0,87 (0,73-1,16)
TFGe, media, (DE), ml/ml/1,73m <sup>2</sup>	84 (33,5)
Proteinuria, mediana (RIQ), mg/24h	787 (382-2.030)
Sedimento urinario patológico	47 (92)
<b>Clasificación patológica INS/RPS:</b>	
Clase II	6 (12)
Clase III	10 (20)
Clase IV	37 (37)
Clase V	1 (2)
Clase VI	1 (2)
SB	14 (27)
Índice de actividad, mediana, (RIQ)	3 (2-7)
Índice de cronicidad, mediana, (RIQ)	1 (0-3)
<b>Fibrosis intersticial:</b>	
Ninguna a leve (<25%)	27 (53)
Moderada (25-50%)	10 (20)
Severa (>50%)	-
<b>Atrofia tubular:</b>	
Ninguna a leve (<25%)	27 (53)
Moderada (25-50%)	9 (18)
Severa (>50%)	1 (2)

**TABLA 3: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON NL**

Factor	OR	IC95%	Valor de p
Edad (<25 años, al momento del diagnóstico de LES)	2,7	1,08-6,73	0,025
Livedo reticular	4,1	1,09-15,77	0,027
Hipertensión arterial	3,1	1,02-9,40	0,040
Anti-DNA positivo	2,9	1,18-7,24	0,019
C3 bajo	4,0	1,64-10,20	0,002
C4 bajo	3,8	1,40-10,48	0,007

085

**VACUNACIÓN CONTRA SARS-COV-2 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS: PRIMER REPORTE DEL REGISTRO SAR-COVAC**

Carolina Ayelen ISNARDI<sup>1</sup>, Emilce Edith SCHNEEBERGER<sup>2</sup>, Karen ROBERTS<sup>1</sup>, Rosana M. QUINTANA<sup>1</sup>, Jennifer KREIMER<sup>3</sup>, Cristina ECHEVERRIA<sup>3</sup>, Paula LUNA<sup>3</sup>, Belén VIRASORO<sup>1</sup>, Ida Elena EXENI<sup>4</sup>, Nora KOGAN<sup>4</sup>, María de Los Ángeles CORREA<sup>4</sup>, Dora PEREIRA<sup>4</sup>, Marcos David ZELAYA<sup>4</sup>, Yohana Soledad TISSERA<sup>4</sup>, Cecilia PISONI<sup>4</sup>, María Soledad GÁLVEZ ELKIN<sup>4</sup>, Carla Gimena ALONSO<sup>4</sup>, Adriana Karina COGO<sup>4</sup>, Micaela Ana COSATTI<sup>4</sup>, Lucila GARCÍA<sup>4</sup>, Cinthya Mabel RETAMOZO<sup>4</sup>, María de Los Ángeles SEVERINA<sup>4</sup>, Romina Estefanía NIETO<sup>4</sup>, Marcos Gabriel ROSEMFET<sup>4</sup>, Eduardo Daniel MUSSANO<sup>4</sup>, Ana María BERTOLI<sup>4</sup>, María DE LA VEGA<sup>4</sup>, Verónica Gabriela SAVIO<sup>4</sup>, Vanesa Laura COSENTINO<sup>4</sup>, Brian ROLDAN<sup>4</sup>, Hernán MALDONADO FICCO<sup>4</sup>, Pablo Jorge MAID<sup>4</sup>, Claudia CALLE<sup>4</sup>, Lorena Soledad FERNÁNDEZ<sup>4</sup>, María Lilia LEGUIZAMÓN<sup>4</sup>, Andrea Belén GÓMEZ VARA<sup>4</sup>, María Agustina ALFARO<sup>4</sup>, Margarita LANDI<sup>4</sup>, Natalia HERSCOVICH<sup>4</sup>, Carla MALDINI<sup>4</sup>, Carla Eugenia MATELLÁN<sup>4</sup>, Edson Javier VELOZO<sup>4</sup>, Pamela GIORGIS<sup>4</sup>, María Emilia SATTLER<sup>4</sup>, Camila Rosario REYES GÓMEZ<sup>4</sup>, Leandro PERROTAT<sup>4</sup>, Cecilia REIMUNDES<sup>4</sup>, Roberto Alejandro EZQUER<sup>4</sup>, Verónica SAURIT<sup>4</sup>, Javier Federico FLORES TREJO<sup>4</sup>, Osvaldo Luis CERDA<sup>4</sup>, María Gisela CRESPO ROCHA<sup>4</sup>, Virginia CARRIZO ABARZA<sup>4</sup>, Ingrid STRUSBERG<sup>4</sup>, Romina ROJAS TESSEL<sup>4</sup>, Gisele VERNA<sup>4</sup>, Juan Manuel BANDE<sup>4</sup>, Patricia FARFAN ROJAS<sup>4</sup>, Guillermo BERBOTTO<sup>4</sup>, Guillermo J PONS-ESTEL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (UNISAR), <sup>2</sup>INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, <sup>3</sup>SOCIEDAD ARGENTINA DE PSORIASIS, <sup>4</sup>INVESTIGADOR DEL REGISTRO SAR-COVAC

**Introducción:** La vacunación para SARS-CoV-2 se ha convertido en una herramienta fundamental para controlar la pandemia por COVID-19. Sin embargo, existen escasos datos acerca de su eficacia y seguridad en pacientes con enfermedades reumáticas.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad de las vacunas para SARS-CoV-2 en pacientes con enfermedades reumáticas del registro SAR-CoVAC.

**Materiales y Métodos:** SAR-CoVAC es un registro nacional, multicéntrico, longitudinal y observacional, en el que se incluyen de forma consecutiva pacientes, >=18 años, con diagnóstico de enfermedad reumática que hayan recibido al menos una dosis de vacuna para SARS-CoV-2. El reclutamiento comenzó el 01 de junio y para este análisis se incluyeron datos hasta el 17 de septiembre de 2021. Se registraron datos sociodemográficos, comorbilidades, enfermedad reumática subyacente y su tratamiento, vacuna aplicada, número de dosis, desarrollo de eventos adversos (EA), brote de la enfermedad reumática y manifestaciones inmunomediadas nuevas, así como también la infección por SARS-CoV-2 luego de la vacunación y su gravedad. Análisis estadístico: análisis descriptivo.

**Resultados:** Se incluyeron 1.235 pacientes, 78,9% de sexo femenino, con una edad media 57,8±14,1 años. Las enfermedades reumáticas más frecuentes fueron artritis reumatoidea (41,1%), osteoartritis (14,5%) y espondiloartritis (12,3%). La mayoría se encontraba en remisión (30,2%) y en mínima/baja actividad de la enfermedad (43,8%) al momento de la vacunación. El 21% recibía tratamiento con glucocorticoides al momento de la vacunación, 35,7% metotrexato, 27,5% drogas modificadoras de la enfermedad (DME) biológicas (inhibidor de TNF 17,8%, inhibidor de IL-17 4,5%, inhibidor de IL-6 2,6%, abatacept 2,4%, inhibidor de IL-12/23 y 23 2,3%, rituximab 1,5%) y 6% inhibidores JAK. El 16,9% había tenido infección por SARS-CoV-2 antes de la aplicación de la vacuna. En relación a la primera dosis de la vacuna, la mayoría (51,4%) recibió la vacuna Sputnik V, seguida por AstraZeneca (33%) y Sinopharm (14,4%). En menor proporción se utilizaron las vacunas Pfizer/BioNTech (0,6%), Janssen (0,2%) y SinoVac (0,2%). El 48,8% recibió dos dosis, solo en 12,5% se aplicó un esquema heterólogo, el más frecuente Sputnik V/Moderna. El tiempo mediano entre dosis fue 66 días (RIC 38-92). En el 42,8% de los casos, la vacuna fue indicada por el médico reumatólogo o dermatólogo tratante y en el 40,9% la decisión fue tomada por el paciente de manera independiente. El 25,9% de los pacientes reportó al menos un EA luego de la primera dosis y un 15,9% luego de la segunda. El síndrome pseudo-gripal y la hipersensibilidad local fueron las manifestaciones más frecuentes. Hubo un caso de anafilaxia. Ningún evento motivó la internación del paciente. Un total de 25 pacientes (2,1%) reportó un brote de la enfermedad luego de la vacunación, en la mayoría de los casos artritis o artralgiyas y dos pacientes presentaron una nueva manifestación inmunomediada: miopatía inflamatoria y eritrodermia psoriásica. Respecto de la eficacia, se reportaron 64 eventos de infección por SARS-CoV-2 luego de la vacunación, 17,8% sucedió antes de los 14 días post-vacunación, 58% luego de la primera dosis y el 24,2% luego de la segunda. En la mayoría de los casos (85,9%) la infección fue asintomática o de curso ambulatorio, el resto requirió hospitalización y 3 (4,7%) de los infectados fallecieron. Considerando los 53 eventos que ocurrieron luego de 14 días de aplicada la vacuna, 58,5% sucedió en pacientes que recibieron como primera dosis Sputnik V, 24,5% AstraZeneca y 15,1% Sinopharm; 90,3% con esquemas homólogos (p>0,05 en todos los casos). No se encontraron diferencias significativas en relación al diagnóstico de enfermedad reumática ni a los tratamientos recibidos entre infectados y no infectados.

**Conclusiones:** En esta cohorte nacional de pacientes con enfermedades reumáticas vacunados para SARS-CoV-2, las vacunas más utilizadas fueron Sputnik V y AstraZeneca; aproximadamente la mitad completó el esquema y en la mayoría de los casos de forma homóloga. Un cuarto de los pacientes presentó algún EA, mientras que el 4,3% presentó infección por SARS-CoV-2 luego de la vacunación, en la mayoría de los casos leve.



## REPORTE DE UN CASO DE ENFERMEDAD DE STILL DE INICIO DEL ADULTO DE DÍFICIL RESOLUCIÓN EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

Franco LUCCI, María Florencia MARTÍNEZ, María Cecilia ARGENTO, Dianela CARBONE, Serenela CHULIBERT, María Agostina GATICA, Brian Marcelo ABDALA, Graciela ROMBO, Mariano Fabián PALATNIK, María Noel CORTESE, Marcelo ABDALA

HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO

**Introducción:** La enfermedad de Still del adulto es un trastorno inflamatorio sistémico de etiología desconocida que suele afectar a adultos jóvenes. Durante la enfermedad se observa comúnmente fiebre alta, artritis y erupción evanescente. Otra característica clínica observada con frecuencia incluye odinofagia, hepatomegalia, esplenomegalia, linfadenopatía y serositis. Además, pueden experimentar diferentes complicaciones potencialmente mortales. Los glucocorticoides son el tratamiento principal y, a menudo, se requieren DMARD en algunos pacientes con mala respuesta a los mismos. Alrededor del 17-32% son resistentes tanto a los corticosteroides como a los DMARD y se los denomina uniformemente “enfermedad de Still de inicio del adulto refractarios” y requerirán terapia biológica. En este artículo presentamos el caso de una paciente con antecedentes de AIJ, refractaria a tratamiento con inhibidores de IL-6, falla secundaria a Anti TNF, que debuta con enfermedad de Still del adulto.

**Objetivos:** Describir el tratamiento de la enfermedad de still refractario mediante el uso de tofacitinib.

**Materiales y Métodos:** Paciente de 21 años de edad, sexo femenino con antecedentes de artritis idiopática juvenil diagnosticada a los 8 años de edad, con afectación articular de ambas caderas en plan de reemplazo quirúrgico, realizó tratamiento con tocilizumab hasta los 18 años de edad por falla secundaria y compromiso predominantemente articular, se decidió inicio adalimumab con falla primaria al mismo. Paciente consulta por cuadro de 4 semanas de evolución caracterizado por poliartritis generalizada (manos, muñecas, codos, tobillos, rodillas), mialgias asociado a astenia marcada, con requerimiento de mayor consumo de AINES; odinofagia, rash macular, con áreas de piel respetada, pruriginoso, evanescentes, sin descamación, fiebre. Al examen físico presenta dedos de manos en cuello de Cisne, con anquilosis parcial. Sinovitis IFP, MCP y carpo. Sinovitis ambos tobillos. Anquilosis de cadera bilateral, con limitada movilidad en todos los planos, sin evidencia de Rash. En el laboratorio al ingreso se constata hemoglobina (g/dL) 8. Hematocrito (%) 27. VCM (fl) 66.3. HCM (pg) 19.7 CHCM (g/dl) 29.7 Glóbulos blancos (/mm) 20430. Plaquetas (/mm) 492000. VES (mm/1°hora) 120. PCR (mg/L) 302.7 Ferremia (ng/ml) 24. Ferritina (ug/dl) 2875. Niveles de creatinina, transaminasas, serologías virales, factor reumatoideo, anticuerpos antinucleares, anticuerpo anti péptido cíclico citrulinado negativos, cultivos (Hemocultivos- Urocultivo negativos). PCR SARS-CoV-2: no detectable. Par radiológico torácico y ecografía abdominal sin alteraciones. Se excluyeron enfermedades infecciosas, hematológicas y neoplásicas, y se inició pulso de metilprednisolona, interpretándose la enfermedad como un Still de inicio en el adulto, por lo cual se decide iniciar tratamiento con tofacitinib, dado falla previa a inhibidor de IL-6. Luego de un mes de tratamiento paciente persiste con sinovitis de manos, muñecas, tobillos, con mejoría parcial de reactivantes de fase aguda (VES 95, PCR 73.7), continua con prednisona de 20 mg, en descenso, metotrexate 20 mg subcutáneo y tofacitinib 5 mg cada 12 h. Aún no estamos en tiempo de evaluar eficacia completa de tratamiento o remisión de la enfermedad, debido que solo lleva un mes de terapéutica y en los reportes de casos analizados durante la búsqueda bibliográfica se observó remisión completa luego de 2 a 3 meses de tratamiento

**Resultados:** Las opciones terapéuticas para enfermedad de still de inicio del adulto son limitadas, basándose principalmente en tratamiento con inhibidores de IL-1 (los cuales no disponemos en nuestro medio) e IL-6 (el cual la paciente expuesta en el caso, presentó falla secundaria durante tratamiento de AIJ). Si bien aún se requieren de estudios multicéntricos, exponemos la respuesta obtenida con la utilización de inhibidores JACK (Tofacitinib). Los inhibidores JAK, como tofacitinib, han revelado datos favorables de eficacia y seguridad en adultos con artritis reumatoide, dado que la señalización de JAK es fundamental para la transducción de señales de múltiples citocinas inflamatorias, incluida la IL-6, los inhibidores de JAK disponibles por vía oral pueden ser un tratamiento eficaz de la AIJs o enfermedad de Still.

**Conclusiones:** Ante la presencia de casos refractarios de enfermedad de Still del adulto, las opciones terapéuticas son limitadas, sumado a la falta de estudios multicéntricos para ampliar abanico terapéutico y la dificultad en nuestro medio de obtener tratamientos adecuados para dicha patología, se incrementa el riesgo de morbilidad, recordando además que es una entidad presente en pacientes jóvenes.

## SÍNDROME ANTISINTETASA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Pamela Sabrina YUJRA VENTURA, Joan Manuel DAPEÑA, Eliana Rebeca SERRANO, Juan Manuel BANDE, María Alejandra MEDINA, José Ángel CARACCILO, Silvia Beatriz PAPASIDERO

HOSPITAL TORNÚ

**Introducción:** El síndrome antisintetasa es considerado como una miopatía inflamatoria idiopática. Se caracteriza por la presencia de anticuerpos contra el complejo aminoacil-RNAt y manifestaciones clínicas de miopatía inflamatoria, enfermedad pulmonar intersticial (EPI), artritis, manos de mecánico y fenómeno de Raynaud. Su incidencia anual es de alrededor de 0,6 por 100.000 individuos. La asociación con los autoanticuerpos Jo-1 y Ro se relaciona con una evolución más severa de la EPI; al momento del diagnóstico los pacientes son más sintomáticos, tienen mayor extensión del compromiso intersticial y menor respuesta al tratamiento. La terapia inicial consiste en altas dosis de corticoides, con reducción gradual en función de la respuesta clínica y la disminución de los niveles de la creatina quinasa (CK). También está indicada la adición de un fármaco inmunosupresor como agente ahorrador de esteroides, sobre todo en pacientes resistentes a esteroides o cuando hay reactivación de la enfermedad. En los casos refractarios al tratamiento convencional, se ha propuesto recientemente la administración de rituximab con tasas de respuesta que oscilan entre el 61 y el 83%.

**Objetivos:** Se presenta el caso de un paciente con diagnóstico de síndrome antisintetasa refractario al tratamiento.

**Materiales y Métodos:** Caso clínico: paciente masculino de 54 años de edad con diagnóstico de síndrome antisintetasa de 7 años de evolución. Su enfermedad debió con artritis y compromiso muscular (mialgias y debilidad muscular proximal progresiva), neumonía intersticial inespecífica (NSIP) y fenómeno de Raynaud, requiriendo de internación. En el laboratorio inmunológico presentaba FAN positivo (título 1/640, patrón nuclear moteado), anti-Jo-1, anti-Ro y anti-La positivos. Evolucionó con deterioro de la mecánica ventilatoria, compromiso de músculos deglutorios y empeoramiento de la debilidad muscular. En este contexto, recibió pulsos de glucocorticoides y mantenimiento con prednisona 1 mg/kg/día. Requirió además sonda de alimentación enteral y rehabilitación kinésica-motora y fonoaudiológica. Respondió con mejoría progresiva de la fuerza muscular y de los parámetros de laboratorio. Posterior a la externación, inició azatioprina como ahorrador de corticoides y seguimiento en conjunto con servicio de Neumonología. En febrero de 2017, por progresión de compromiso pulmonar, se decidió en forma conjunta con dicho servicio, aumentar la



dosis de corticoides e iniciar tratamiento con ciclofosfamida en pulsos mensuales recibiendo un total de 6. Posteriormente continuó tratamiento con mofetil micofenolato, con buen control de la patología pulmonar. Persistió con elevación de la CK sin repercusión clínica, con imposibilidad de descender dosis de prednisona por debajo de 10 mg/día dado que, al recibir dosis menores desarrolló manifestaciones musculares y empeoramiento de la disnea. Se interpretó como refractario al tratamiento, motivo por el cual inició en diciembre de 2019 tratamiento con rituximab (1 g/día 0 y 14), continuando posteriormente con la misma droga cada 6 meses. Alcanzó buena respuesta clínica, de laboratorio y estabilidad en las pruebas de función pulmonar después de un año, sin progresión tomográfica.

**Conclusiones:** El síndrome antisintetasa es una miopatía inflamatoria idiopática poco frecuente. La evaluación multidisciplinaria es fundamental ya que la enfermedad puede tener una presentación clínica variable. La coexistencia de positividad anti-Jo-1 y anti-Ro sirve como predictor de mal pronóstico para identificar candidatos con EPI progresiva grave y la necesidad de una terapia más intensiva. El rituximab ha demostrado ser una terapia eficaz y segura en los casos refractarios.

**COVID-19 EN PACIENTES REUMÁTICOS: FACTORES ASOCIADOS A HOSPITALIZACIÓN EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL**

Características	Sí (N=18)	No (N=33)	p
Sexo femenino	11 (61,1%)	28 (84,8%)	0,0849
Edad m (SD)	55,2 (9,72)	47,0 (14,3)	0,0201
<b>Etnia:</b>			0,297
Caucásica	1 (5,56%)	7 (21,2%)	
Mestiza	17 (94,4)	25 (75,8%)	
Afro-latinomericana	0 (0%)	1 (3,03%)	
Escolaridad (años) me (Q1,Q3)	6,50 (6,00; 10,0)	12,0 (10,0; 12,0)	<0,001
<b>Nivel socioeconómico (GRAFFAR):</b>			<0,001
Bajo	9 (50,0%)	1 (3,03%)	
Medio	2 (22,1%)	9 (27,3%)	
Medio bajo	7 (38,9%)	22 (66,7%)	
<b>Vacunado:</b>			0,0101
No	17 (94,4%)	22 (66,7%)	
Una dosis	0 (0%)	10 (30,3%)	
Dos dosis	1 (5,6%)	1 (3,03%)	
<b>Síntomas de COVID:</b>			
Fiebre	12 (66,7%)	6 (18,2%)	0,0016
Cefalea	5 (27,8%)	18 (54,5%)	0,123
Odinofagia	6 (33,3%)	19 (57,6%)	0,173
Tos	15 (83,3%)	12 (36,4%)	0,0035
Disnea	12 (66,7%)	0 (0%)	<0,001
Mialgias	9 (50,0%)	15 (45,5%)	0,986
Diarrea	6 (33,3%)	9 (27,3%)	0,895
Anosmia	2 (11,1%)	19 (57,6%)	0,0034
Disgeusia	1 (5,56%)	18 (54,5%)	0,0016
<b>Evolución clínica:</b>			
Recuperación total	13 (72,2%)	31 (93,9%)	0,0815
Duración de síntomas me (Q1, Q3)	16,5 (14,0; 20,5)	7,00 (6,00; 8,00)	<0,001
Neumonía por COVID	16 (88,9%)	0 (0%)	<0,001
Infección concomitante o secundaria	5 (27,8%)	0 (0%)	0,0036
<b>Enfermedad reumática:</b>			
Tiempo de evolución (m) me (Q1, Q3)	78,0 (48,5; 171)	84,0 (15,0; 168)	0,448
Artritis reumatoidea	9 (50,0%)	10 (30,3%)	0,277
Lupus eritematoso sistémico	3 (16,7%)	11 (33,3%)	0,326
Vasculitis asociada a ANCA	4 (22,2%)	0 (0%)	0,0122
Miopatía inflamatoria	0 (0%)	2 (6,06%)	0,534
Artritis psoriásica	1 (5,56%)	3 (9,09%)	1
Osteoartritis primaria	1 (5,56%)	2 (6,06%)	1
Fibromialgia	0 (0%)	6 (18,2%)	0,0782
Tratamiento inmunomodulador	12 (66,7%)	24 (72,7%)	0,895
Corticoides	11 (61,1%)	13 (39,4%)	0,234
Dosis de GC m (SD)	10,5 (10,3)	6,31 (5,28)	0,127
Hidroxicloroquina	2 (11,1%)	12 (36,4%)	0,0986
<b>Comorbilidades:</b>			
EPOC/asma bronquial	5 (27,8%)	0 (0%)	0,0036
Diabetes	2 (11,1%)	1 (3,03%)	0,282
Obesidad	5 (27,8%)	2 (6,06%)	0,0815
Hipertensión	9 (50,0%)	7 (21,2%)	0,0716
Insuf. renal crónica	5 (27,8%)	1 (3,03%)	0,0167

Fernando ARIZPE, Sofía ORNELLA, Daniela DI GIANBERARDINO, Adriana Carina TESTI, Mercedes Argentina GARCÍA

HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA

**Objetivos:** Evaluar las características sociodemográficas, clínicas y evolutivas de pacientes con enfermedades reumáticas que cursaron infección por SARS-CoV-2 en un hospital de tercer nivel, y analizar posibles factores asociados a la hospitalización.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, analítico. Los datos fueron obtenidos del registro de pacientes de la historia clínica digital (REMEDI) del hospital. Se incluyeron pacientes >18 años, con diagnóstico de enfermedad reumática en tratamiento o no con drogas inmunosupresoras que hayan cursado infección por SARS-CoV-2, diagnosticada por PCR, test de antígeno o por nexo epidemiológico, atendidos entre el 1 de enero y el 31 de julio de 2021. Se realizó estadística descriptiva, las variables continuas se compararon por test T de Student o Mann Whitney y las categóricas por X<sup>2</sup> o test exacto de Fisher. Se aplicó un modelo de regresión logística binaria para identificar factores asociados a la hospitalización.

**Resultados:** Se registraron 51 pacientes, el 76,5% de sexo femenino (39/51), con una edad media de 49,9 años (DE 13,3) y el 82,4% de etnia mestiza. Diecinueve (37,3%) con diagnóstico de artritis reumatoidea, 14 (27,5%) lupus eritematoso sistémico, 6 (11,8%) fibromialgia, 4 (7,8%) artritis psoriásica, 4 (7,8%) vasculitis asociada a ANCA, 3 (5,8%) osteoartritis primaria y 2 (3,9%) miopatía inflamatoria. El 70,4% de pacientes con enfermedad autoinmune (n=44) se encontraba en baja actividad/remisión, y el 81,8% (36/44) recibía tratamiento inmunomodulador. Doce pacientes (23,5%) habían recibido al menos 1 dosis de una vacuna anti SARS-CoV-2. Dieciséis pacientes (31,4%) desarrollaron neumonía por COVID-19, y en total 18 (35,3%) requirieron hospitalización, la mayoría en sala de clínica médica (77,8%). El 86,3% presentó una recuperación total, mientras que 3 pacientes (5,8%) fallecieron, de los cuales 2 (3,9%) se debieron a COVID-19. En la Tabla se muestran las características de los pacientes según hospitalización. En el modelo de regresión logística, el no estar vacunado (OR: 9,31; IC95 1,45-186,6) y la mayor edad (OR: 1,06; IC95 1,005-1,130) se asociaron de forma independiente a mayor riesgo de hospitalización.

**Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes con enfermedades reumáticas encontramos una alta tasa de hospitalización (35,3%) por COVID-19. Los pacientes vacunados con al menos una dosis tuvieron nueve veces menos chances de internarse que aquellos no vacunados. Estos resultados destacan la importancia de la vacunación y su impacto en la prevención de formas severas de COVID-19 en esta población.

**ARTRITIS REUMATOIDEA DE INICIO TARDÍO Y DEL ADULTO JOVEN. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, PATRONES DE TRATAMIENTO Y EFECTIVIDAD**

Servio Antonio DÁVILA JURADO, Natalia Andrea PERROTTA, Ana Cecilia BATTAGLIA, Gustavo MEDINA

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, CABA

**Introducción:** Las AR de inicio joven y tardío (YORA y EORA, por sus siglas en inglés), utilizando como punto de corte edad 60 años, se han descrito como dos entidades con presentación clínica y pronóstico diferente. La distribución por sexo es similar en pacientes con EORA y la presentación clínica suele ser de inicio agudo pudiendo asociarse a síntomas sistémicos. Se ha descrito menor frecuencia de nódulos subcutáneos y factor reumatoideo (FR), valores más elevados de reactantes de fase aguda y un curso severo de la AR. Debido a que no representa una enfermedad de curso benigno, la opción terapéutica es similar a los pacientes con YORA.

**Objetivos:** Describir características clínicas y terapéuticas de una cohorte de pacientes con AR de inicio después de los 60 años y compararlas con pacientes menores de 60 años con AR.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, y transversal. Se incluyeron pacientes con AR (ACR/EULAR 2010) atendidos en un único centro hospitalario de tercer nivel entre los años 2017 y 2020. Se analizaron todos los pacientes con EORA y se seleccionaron al azar pacientes con YORA como controles en proporción 1:3. Se evaluaron datos clínicos, de laboratorio y esquemas terapéuticos. Los datos cuantitativos se compararon con t test y los categóricos con  $\chi^2$ .

**Resultados:** Se evaluaron historias clínicas de 295 pacientes. 42/295 (14%) pacientes con EORA y se seleccionaron al azar 159 con YORA. La mayoría era mujer (90%). Sexo masculino mayor en EORA que en YORA (16,7% vs 8,2%,  $p=0,93$ ). El tiempo de evolución de la AR fue mayor en los menores de 60 años (5 años, RIC 7 vs 3 años, RIC 7;  $p=0,04$ ). Hubo mayor cobertura en los pacientes con EORA (88,1% vs 43,4%,  $p=0,000$ ). No hubo diferencias entre la cantidad de consultas (YORA 4 (2-17) vs EORA 4 (2-11);  $p=0,38$ ) ni los días transcurridos entre las mismas (67,17 (DE 50,7) días vs 60,55 (DE 53,16) respectivamente;  $p=0,64$ ). La mayoría de los pacientes era seropositivos (91%), la mitad tenía erosiones (49%) sin diferencias entre ambos grupos. La actividad de la enfermedad (DAS28-VSG) fue 3,3 (DE 1,38) en YORA y de 3,85 (1,41) en EORA ( $p>0,05$ ). Mayor cantidad de pacientes con YORA se encontraba con baja actividad de la AR (42,1% vs 21,5%;  $p=0,019$ ). El MTX fue el DMARDs más utilizado en ambos grupos con mayor prevalencia y dosis semanal en el grupo YORA (116/159 (73%), dosis media semanal 18,1 mg vs 28/42 (66,7%) dosis media semanal 15,7 mg;  $p=0,04$ ). La leflunomida fue el segundo DMARDs más utilizado en YORA (20%) y en EORA (14%). Hubo baja prevalencia de uso de hidroxilcloroquina y/o sulfasalazina en ambos grupos (5%). La mitad de los pacientes en ambos grupos usaba esteroides orales (52%) y sin diferencias en la dosis media diaria (7,41 (3,05) vs 6,13 (2,1);  $p=0,4$ ). El uso de medicamentos de alto costo (MAC) fue similar entre ambos grupos (42/159 (26,4%) vs 9/42 (21,4%),  $p=0,51$ ). El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la prescripción de MAC fue mayor en el grupo YORA (6,48 años (IC95% 4,58 a 8,37) vs 4,89 años (IC95% 3,03 a 6,75)). Los MAC prescritos en EORA fueron tofacitinib 6/9 (66,7%), anti TNF 2/9 (22,2%) y un paciente con rituximab. En YORA 21/42 (50%) usaban anti TNF alfa, 6/42 abatacept, 6/42 tofacitinib, 4/42 tocilizumab y 4/42 rituximab.

**Conclusiones:** En nuestra cohorte las formas de inicio tardío (mayor de 60 años) representaron el 14% del total. Encontramos una mayor proporción de sexo masculino en este grupo etario. No hubo diferencias en la seroprevalencia ni en la proporción de pacientes con erosiones óseas. Este grupo posee más cobertura de salud lo que pudiera tener impacto en el acceso a la medicación. Metotrexato fue el DMARDs más utilizado en ambos grupos, seguido por leflunomida (esta última fue más utilizada en los pacientes jóvenes). No hubo diferencias en la prevalencia de uso de esteroides ni de MAC. Sin embargo, el perfil de prescripción de estos últimos fue diferente, siendo los anti JAK usados mayoritariamente en los mayores de 60 años y los anti TNF alfa en los más jóvenes. De acuerdo al índice DAS28, menos pacientes lograban un estado de baja actividad de la enfermedad (21,5%) en el grupo EORA. Nuestro estudio muestra diferencias con otras series de pacientes de la región en cuanto a patrones de tratamiento como efectividad, no obstante creemos necesario incrementar el número de pacientes.

093

## ¿ES LA ARTRITIS PSORIÁSICA UN FACTOR DE GRAVEDAD PARA COVID-19? DATOS DEL REGISTRO NACIONAL SAR COVID

Verónica Gabriela SAVIO<sup>1</sup>, Carla MALDINI<sup>1</sup>, Paula Beatriz ALBA<sup>1</sup>, Verónica SAURIT<sup>2</sup>, Guillermo BERBOTTO<sup>2</sup>, Cecilia PISONI<sup>2</sup>, Yohana Soledad TISSERA<sup>2</sup>, Romina Estefanía NIETO<sup>2</sup>, Federico Nicolás MALDONADO<sup>2</sup>, Sofía ORNELLA<sup>2</sup>, Carla Andrea GOBBI<sup>2</sup>, Andrea Rosana BAÑOS<sup>3</sup>, Florencia VIVERO<sup>2</sup>, Ida Elena EXENI<sup>2</sup>, María Alejandra CUSA<sup>2</sup>, Verónica Inés BELLOMIO<sup>2</sup>, Rodolfo PÉREZ ALAMINO<sup>2</sup>, Graciela Noemí GÓMEZ<sup>2</sup>, Marcos David ZELAYA<sup>2</sup>, Fabián Esteban RISUEÑO<sup>2</sup>, María Isabel QUAGLIA<sup>2</sup>, María de Los Ángeles CORREA<sup>2</sup>, Romina ROJAS TESSEL<sup>2</sup>, María DE LA VEGA<sup>2</sup>, María LAZARO<sup>2</sup>, Aixa Lucia MERCÉ<sup>2</sup>, Pablo FINUCCI CURI<sup>2</sup>, Carla Eugenia MATELLÁN<sup>2</sup>, Cecilia ROMEO<sup>2</sup>, María Victoria MARTIRE<sup>2</sup>, Sebastián MOYANO<sup>2</sup>, María Luz MARTIN<sup>2</sup>, Eugenia PICCO<sup>2</sup>, María Cecilia GOIZUETA<sup>2</sup>, Elda Rossella TRALICE<sup>2</sup>, María Natalia TAMBORENEA<sup>2</sup>, Gisela Constanza SUBILS<sup>2</sup>, Rosana Mariela GALLO<sup>2</sup>, Susana Isabel PINEDA<sup>2</sup>, José Luis VELASCO ZAMORA<sup>2</sup>, Nicolás Martín LLOVES SCHENONE<sup>2</sup>, Vanesa Laura COSENTINO<sup>2</sup>, Florencia RODRÍGUEZ<sup>2</sup>, Mónica DÍAZ<sup>2</sup>, Malena VIOLA<sup>2</sup>, María Lourdes MAMANI ORTEGA<sup>2</sup>, Emilio BUSCHIAZZO<sup>2</sup>, María Gimena GÓMEZ<sup>3</sup>, Karen ROBERTS<sup>3</sup>, Rosana QUINTANA<sup>3</sup>, Carolina ISNARDI<sup>3</sup>, Guillermo PONS-ESTEL<sup>3</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL CORDOBA Y UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA, <sup>2</sup>INVESTIGADOR DEL REGISTRO SAR-COVID, <sup>3</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGIA (UNISAR)

**Introducción:** Existen pocos estudios sobre cómo son afectados por la pandemia por COVID-19 los pacientes con enfermedad psoriásica. Los pacientes con artritis psoriásica (APs) presentan mayores comorbilidades cardiovasculares y metabólicas asociadas que el resto de las patologías articulares inflamatorias, las mismas podrían asociarse a peores desenlaces de la infección por SARS-CoV-2.

**Objetivos:** Describir las características sociodemográficas, clínicas y tratamiento de los pacientes con APs que padecieron infección por SARS-CoV-2 en el registro SAR-COVID e identificar las variables asociadas a complicaciones de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes con APs comparándolos con pacientes con artritis reumatoidea (AR).

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional transversal donde se incluyeron pacientes con diagnóstico de APs (CASPAR) y AR (ACR/EULAR 2010) respectivamente,  $\geq 18$  años y que cursaron infección por SARS-CoV-2 incluidos en el registro SAR-COVID desde el 13/8/2020 al 31/7/2021. Se consignaron variables demográficas, comorbilidades y tratamientos. Para evaluar la gravedad de la infección se utilizó un valor  $\geq 5$  de la escala ordinal del *National Institute of Allergy and Infectious Diseases* (NIAID), un índice compuesto de desenlace en forma de escala ordinal que incluye 8 categorías. Análisis estadístico univariado: test de  $\chi^2$ , test de Fisher, test t de Student o test de Wilcoxon, según corresponda; y multivariado: regresión logística binomial.

**Resultados:** Se incluyeron 129 pacientes con APs y 808 con AR, los cuales tenían edades similares (APs 51,7 $\pm$ 12,7 vs AR 53,1 $\pm$ 12,9 años;  $p=0,239$ ), pero mayor frecuencia de mujeres en AR (84,7% vs 55,8%;  $p<0,001$ ). Los pacientes con APs eran más frecuentemente caucásicos (60,8% vs 48,9%;  $p=0,014$ ), presentaban mayor escolaridad (15,0 [12,0-17,0] vs 12,0 [11,0-16,0] años;  $p=0,029$ ), cobertura médica por obra social y/o prepaga (85,9% vs 76,7%;  $p=0,019$ ), y más comorbilidades (42,6% vs 27,1%;  $p<0,001$ ). La enfermedad cardio o cerebrovascular fue más frecuente en APs (11,4% vs 3,9%;  $p=0,033$ ). El tabaquismo fue poco frecuente y similar en ambos grupos (3,6% vs 8,4%;  $p=0,079$ ). Con respecto al tratamiento, al momento del diagnóstico de infección por SARS-Cov-2, los pacientes con APs recibían menos frecuentemente glucocorticoides (GC) (11,7% vs 42,7%;  $p<0,001$ ) y menor dosis, menos DMARDs convencionales (36,4% vs 54,8%;  $p<0,001$ ), metotrexato (48,1% vs 63,4%;  $p=0,001$ ) e inhibidores de JAK (3,1% vs 8,9%;  $p=0,038$ ). Asimismo, recibían más frecuentemente DMARDs biológicos (46,5% vs 23,9%;  $p<0,001$ ), anti-TNF (27,1% vs 16,8%;  $p=0,007$ ). El 12,4% de los pacientes con APs recibía inhibidores de IL-17, el 5,4% inhibidores de IL-12-23, un paciente apremilast y uno abatacept. La actividad de la enfermedad al momento de la infección fue mayor en los pacientes con AR que en los con APs ( $p=0,027$ ). Más del 80% de los pacientes de ambos grupos se recuperó sin secuelas. Aunque la mortalidad fue 5 veces mayor en los pacientes con AR, esta diferencia no fue significativa (4,31% vs 0,8%,  $p=0,074$ ). La frecuencia de NIAID  $\geq 5$  fue comparable (APs 19,5% vs AR 20,1%;  $p=0,976$ ). Dentro de este grupo con peor desenlace, aquellos con APs tenían más frecuentemente 2 o más comorbilidades (60% vs 54,4%;  $p=0,757$ ) aunque la diferencia no fue significativa, usaban menos GC (20% vs 60,1%;  $p<0,001$ ) y metotrexato (32% vs 56,3%;

p=0,041). Incluso luego de ajustar para factores de riesgo conocidos de peor desenlace de COVID-19, no se encontró asociación entre el diagnóstico de APs y mayor severidad (NIAID >=5) en comparación con AR. Al evaluar solo a los pacientes con APs, aquellos con NIAID >=5 eran más añosos (58,6±11,4 vs 50±12,5 años; p=0,002), hipertensos (52,2% vs 23%; p=0,011) y dislipémicos (39,1% vs 15%; p=0,017). En el análisis multivariado, la edad (OR 1,06; IC95% 1,02-1,11) se asoció con peor pronóstico, mientras que quienes recibían metotrexato (OR 0,34; IC95% 0,11-0,92) y DMARDs biológicos (OR 0,28; IC95% 0,09-0,78) tuvieron mejor desenlace.

**Conclusiones:** A pesar que los pacientes con APs presentan mayor frecuencia de comorbilidades cardiovasculares y metabólicas que aquellos con AR, en este estudio no se encontraron diferencias en cuanto a la severidad de la infección por SARS-CoV-2. La mayoría de los pacientes con APs cursó infección por SARS-CoV-2 leve y baja tasa de mortalidad, siendo la misma del 0,8% muy por debajo de la mortalidad reportada en la población general (2,5%).

**PRE DIABETES Y DIABETES EN ARTRITIS REUMATOIDEA, ANÁLISIS Y COMPARACIÓN CON GRUPO CONTROL**

Fernando ARIZPE<sup>1</sup>, Máximo COSENTINO<sup>1</sup>, Lucila GARCÍA<sup>1</sup>, Mercedes Argentina GARCÍA<sup>1</sup>, María Victoria MARTIRE<sup>2</sup>, Sofía ORNELLA<sup>1</sup>, Alan Juan RASCHIA<sup>1</sup>, Florencia SAVY<sup>1</sup>, Julia SCAFATI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HIGA SAN MARTÍN, LAPLATA, <sup>2</sup>HOSPITAL GONNET, LA PLATA

	AR (n=108)	Controles (n=100)	p
Sexo femenino, n(%)	92 (85,2%)	83 (83%)	0,1
Edad, años	52±11	57±12,6	0,08
Duración de AR, años	11±8,6	-	
Seropositividad	104 (96,29%)	-	
FR, n(%)	99 (91,7%)	-	
Anti CCP, n(%)	92 (85,2%)	-	
Enfermedad erosiva, n(%)	64 (59,3%)	-	
CDAI, media±DE	14±10	-	
HAQ, media±DE	1,02±0,87	-	
Tratamientos:			
Metotrexato, n(%)	43 (39,8%)	-	
DMARDs combinación	60 (51%)	-	
Anti TNF, n(%)	14 (13%)	-	
Otros DMARDs, n(%)	12 (11,9%)	-	
Dosis acumulada de GC, mediana (RIQ)	6.175 (RIQ 5,780)	-	
IMC, media±DE	28,6±5	27,7±17,4	0,59
Tabaquismo, n(%)	38 (35,2%)	24 (24%)	0,07
HTA, n(%)	31 (28,7%)	40 (40%)	0,1
Dislipemia, n(%)	59 (54,6%)	62 (62%)	0,2
Hipotiroidismo, n(%)	17 (15,7%)	23 (23%)	0,19
Pre-DM, n(%)	27 (25%)	20 (20%)	0,4
DM II, n(%)	16 (14,8%)	18 (18%)	0,6
DOB, n(%)	8 (7,4%)	6 (6%)	0,7
FG<60 ml/min, n(%)	8 (7,4%)	6 (6%)	0,3
ECV, n(%)	13 (12,03%)	10 (10%)	0,6
ACV/AIT, n(%)	3 (2,8%)	4 (4%)	0,6
Angina, n(%)	6 (5,6%)	4 (4%)	0,007
IAM, n(%)	2 (1,9%)	2 (2%)	0,07
Internación por ICC, n(%)	2 (1,9%)	0 (0%)	0,17
Arteriopatía periférica, n(%)	4 (3,7%)	3 (3%)	0,78
Revascularización miocárdica, n(%)	0 (0%)	2 (2%)	0,15

TABLA 1

	Pre-DM	DM II	DOB	ECV
FR	23, p 0,15	16, p 0,18	8, p 0,37	13, p 0,24
Anti CCP	25, p 0,2	14, p 0,76	7, p 0,84	11, p 0,95
Enf. erosiva	14, p 0,43	9, p 0,73	7, p 0,1	8, p 0,92
Duración enf.	11,15±9,3, p 0,73	10,88±7,24, p 0,6	12,25±6,2, p 0,2	9,92±8,37, p 0,43
CDAI	10,37±8,9, p 0,06	16,81±9,22, p 0,14	15,13±11,07, p 0,62	17,08±13,94, p 0,31
HAQ	0,99±0,9, p 0,92	1,21±0,96, p 0,27	1,17±1,11, p 0,58	1,49±0,99, p 0,02
Dosis acumulada GC	983 (RIQ 5820), p 0,42	685,5 (RIQ 5820), p 0,7	388,5 (RIQ 5820), p 0,89	544 (RIQ 5820), p 0,47

TABLA 2

presentó valores glucémicos y de HbA1c compatibles con pre-DM. Resulta de suma importancia llevar una conducta activa con respecto a la búsqueda y tratamiento de los mismos dado su comportamiento sinérgico con el objetivo de disminuir la morbimortalidad cardiovascular en estos pacientes.

**Objetivos:** Describir la prevalencia de diabetes (DM) y pre-DM en pacientes con artritis reumatoidea (AR) y compararla con un grupo control compuesto por pacientes sin AR, asistidos en consultorio de clínica general. Determinar la prevalencia de eventos cardiovasculares (ECV) en nuestra cohorte de AR con DM y compararla con la observada en pacientes con DM sin AR. Analizar la prevalencia de DM y pre-DM en pacientes con AR según variables clínicas, de actividad y discapacidad de la misma. Analizar diferencias en cuanto al daño de órgano blanco (DOB) por DM entre pacientes con y sin AR.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, analítico, de corte transversal, en un único centro. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010, y se los comparó con un grupo control compuesto por pacientes asistidos en consultorios de clínica general que no posean dicha patología. Se realizó estadística descriptiva, análisis bivariado entre cada variable independiente y utilizando como la variable dependiente la presencia de DM o pre-DM. La actividad de la AR se determinó según CDAI, niveles de reactivantes de fase aguda, HAQ y se realizó la comparación entre aquellos con y sin DM y pre-DM. Asimismo se incluyeron la duración de la AR, positividad para FR y anti-CCP, entre otras. La prevalencia de DOB por DM fue comparada entre pacientes diabéticos con y sin AR. Aquellas variables con una p<0,1, fueron ingresadas en análisis de regresión logística para detectar aquellos factores asociados de manera independiente a la presencia de DM o pre-DM.

**Resultados:** Se incluyeron 108 pacientes con diagnóstico de AR y 100 controles. En la Tabla 1 se resumen las características de los grupos. Los valores medios de ERS y PCR en el grupo AR fueron de 30±19 mm y 14±18 mg/L respectivamente. La mayoría de los pacientes presentó actividad de la enfermedad moderada por CDAI al momento de la inclusión con un valor medio de 14±10 y valores de HAQ en categoría de discapacidad con un puntaje medio de 1,02±0,87. La prevalencia de pre-DM y DM en el grupo de pacientes con AR fue de 25% y 14,8% respectivamente, no presentando diferencias estadísticamente significativas con los controles. En el grupo de pacientes con AR y DM, 3 presentaron ECV, mientras que en los controles esto sucedió en 5 pacientes. No se observó asociación estadísticamente significativa entre la seropositividad para FR o anti CCP, la presencia de enfermedad erosiva, duración de la enfermedad, CDAI, dosis acumulada de glucocorticoides o tratamientos utilizados con la presencia de pre-DM, DM, DOB o ECV. El valor de HAQ no se asoció de forma estadísticamente significativa con la presencia de pre-DM, DM, DOB pero sí con ECV, presentando estos pacientes mayores puntuaciones del mismo. Los resultados pueden observarse en la Tabla 2. La prevalencia de DOB por DM en pacientes con AR y en los controles fue de 7,4% y 6%, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

**Conclusiones:** En las cohortes de pacientes analizadas, la prevalencia de pre-DM, DM, DOB y ECV fue similar entre ambos grupos, no viéndose influenciado esto en el caso de los pacientes con AR por variables relacionadas con la enfermedad, a excepción del HAQ que se vio asociado con la presencia de ECV. Cabe destacar que un porcentaje importante de los pacientes con AR presentó sobrepeso, hábito tabáquico, HTA, dislipemia y hasta un cuarto de ellos

**EL USO DE GLUCOCORTICOIDES, RITUXIMAB Y LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL SE ASOCIAN A PEORES DESENLACES DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2 EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA: DATOS DEL REGISTRO NACIONAL SAR-COVID**

Andrea Belén GÓMEZ VARA<sup>1</sup>, Tatiana BARBICH<sup>1</sup>, Carolina Ayelén ISNARDI<sup>1</sup>, Emilce Edith SCHNEEBERGER<sup>1</sup>, Gustavo CITERA<sup>1</sup>, Vanessa Viviana CASTRO COELLO<sup>2</sup>, Roberto Miguel BÁEZ<sup>2</sup>, María Jezabel HAYE SALINAS<sup>2</sup>, Álvaro Andrés REYES TORRES<sup>2</sup>, Juan Alejandro ALBIERO<sup>2</sup>, Romina TANTEN<sup>2</sup>, Edson Javier VELOZO<sup>2</sup>, Paula Beatriz ALBA<sup>2</sup>, María Julieta GAMBA<sup>2</sup>, Carla Gimena ALONSO<sup>2</sup>, Hernán MALDONADO FICCO<sup>2</sup>, Josefina GALLINO YANZI<sup>2</sup>, Verónica Gabriela SAVIO<sup>2</sup>, Cecilia ASNAL<sup>2</sup>, Sabrina DE LA VEGA FERNÁNDEZ<sup>2</sup>, Lorena TAKASHIMA<sup>2</sup>, Leandro Rubén CARLEVARIS<sup>2</sup>, María Soledad GÁLVEZ ELKIN<sup>2</sup>, Julia SCAFATI<sup>2</sup>, Mercedes Argentina GARCÍA<sup>2</sup>, Noelia Fernanda GERMAN<sup>2</sup>, Marina Laura WERNER<sup>2</sup>, Carolina AESCHLIMANN<sup>2</sup>, Santiago Eduardo AGÜERO<sup>2</sup>, María Elena CALVO<sup>2</sup>, Luciana GONZÁLEZ LUCERO<sup>2</sup>, Gustavo Fabián RODRÍGUEZ GIL<sup>2</sup>, Marianela Eliana MAURI<sup>2</sup>, Sandra PETRUZZELLI<sup>2</sup>, Diana Marcela CASTRILLÓN BUSTAMANTE<sup>2</sup>, Leticia Noemí IBAÑEZ ZURLO<sup>2</sup>, María Daniela ALONSO LÓPEZ<sup>2</sup>, Jessica Luciana TOMAS<sup>2</sup>, Dora Lía VÁSQUEZ<sup>2</sup>, Sidney SOARES DE SOUZA<sup>2</sup>, Natalia HERSCOVICH<sup>2</sup>, Laura RAITI<sup>2</sup>, Jonatan Marcos MARECO<sup>2</sup>, Débora GUAGLIANONE<sup>2</sup>, Ana Carolina LEDESMA<sup>2</sup>, Mónica DÍAZ<sup>2</sup>, María Eugenia BEDOYA<sup>2</sup>, Boris KISLUK<sup>2</sup>, María Gimena GÓMEZ<sup>2</sup>, Karen ROBERTS<sup>3</sup>, Rosana M. QUINTANA<sup>3</sup>, Guillermo J PONS-ESTEL<sup>3</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (IREP), <sup>2</sup>INVESTIGADOR DEL REGISTRO SAR-COVID, <sup>3</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (UNISAR)

**Objetivos:** Evaluar las características clínicas y la severidad de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes con artritis reumatoidea (AR) del registro SAR-COVID y determinar su asociación con los tratamientos recibidos.

**Materiales y Métodos:** SAR-COVID es un registro nacional, longitudinal y observacional. Se incluyeron pacientes >=18 años de edad, con diagnóstico de AR (ACR-EULAR 2010) que hayan tenido infección por SARS-CoV-2 (RT-PCR o serología positiva) incluidos entre 13/8/20 y 31/7/21. Se consignaron datos sociodemográficos, clínicos, comorbilidades, actividad de la enfermedad y su tratamiento al momento del diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2. Además, se registraron síntomas de la infección, complicaciones, intervenciones médicas y tratamientos recibidos para COVID-19. Se utilizó la escala ordinal de la OMS (EOMS) para clasificarlos en ambulatorios (1 y 2), hospitalizados leves (3,4), hospitalizados severos (5,6 y 7) y muerte (8). Análisis estadístico: estadística descriptiva. Prueba Chi<sup>2</sup> o test exacto de Fischer y prueba de Student o Mann-Whitney y Kruskal Wallis o ANOVA, según corresponda. Regresión logística múltiple.

**Resultados:** Se incluyeron 801 pacientes con una edad media de 53,1±12,9 años, 84,5% de sexo femenino y un tiempo mediano (m) de evolución de la AR de 8 años (RIC 4-14). Un tercio de ellos se encontraba en remisión y 46,4% tenía comorbilidades, siendo las más frecuentes hipertensión arterial -HTA- (26,9%), dislipemia (13,5%), obesidad (13,4%) y diabetes -DBT- (8,87%). El 3,21% de los pacientes presentaba enfermedad pulmonar intersticial (EPI). El 42,5% recibía GC, 73,9% drogas modificadoras de la AR (DMAR) convencionales (c), 24% DMAR biológicas (b) y 9,11% DMAR sintéticas dirigidas-(sd). Entre las DMAR-b 17% correspondía a agentes anti-TNF, 2,8% a abatacept, 2,4% a inhibidores de IL-6 y 2,1% a RTX. Durante la infección por SARS-CoV-2, el 95,8% de los pacientes fue sintomático, 27% requirió hospitalización, 7,9% presentó complicaciones y 4,4% falleció por COVID-19. En cuanto al tratamiento, 4,8% suspendió el tratamiento con GC y 19% aumentó su dosis, mientras que el 44,2%, 58,5% y 69,8% suspendieron o redujeron la dosis de las DMAR-c, DMAR-b y DMAR-sd, respectivamente. Un total del 73,2% evolucionó de manera ambulatoria, 19,2% presentó enfermedad leve y 3,16% moderada. Los pacientes con peor desenlace (EOMS >=5) eran más añosos (62,9±12,5 vs 52,2±12,7, p<0,001), tenían más frecuentemente EPI (18,5% vs 2%, p<0,001), comorbilidades (82,5% vs 43,7%, p<0,001), >=2 comorbilidades (60,3% vs 25,8%, p<0,001), y mayor proporción de tratamiento con GC (61% vs 40,7%, p=0,004) y RTX (8,3% vs 1,6%, p=0,007). Por otro lado, el uso de DMAR-c y anti-TNF fue más frecuente en aquellos con EOMS <5, sin embargo esta diferencia no alcanzó significancia estadística. La actividad de la AR fue comparable entre ambos grupos. En el análisis multivariado, se observó que los pacientes de mayor edad (OR 1,06 IC95% 1,04-1,09), con DBT (OR 4,31 IC95% 2,07 - 8,77), EPI (OR 4,04 IC95% 1,43-10,99) y en tratamiento con GC >10 mg/día (OR 6,75 IC95% 1,69-22,66) y con RTX (OR 6,45 IC 95% 1,60-22,84) presentaron peores desenlaces (EOMS >=5) durante la COVID-19. Además, mayor edad (65,7±10,8 vs 52,4±12,8, p<0,001), la presencia de comorbilidades (87,9% vs 44,7%, p<0,001), de EPI (23,3% vs 2,4%, p<0,001), de EPOC (21,9% vs 5,2%, p=0,002), de DBT (30,3% vs 7,9%, p<0,001), de HTA (57,6% vs 25,6%, p<0,001), de enfermedad cardiovascular (15,6% vs 3,2%, p=0,005) de cáncer (9,1% vs 1,3%, p=0,01) y el uso de GC (61,8% vs 41,4%, p=0,02) se asociaron con mortalidad. Mayor edad [OR 1,1 IC95% 1,06-1,13] y GC en dosis de 5-10 mg/día (OR 4,6 IC95% 1,8-11,6) se mantuvieron asociados independientemente a muerte en el análisis multivariado.

**Conclusiones:** El tratamiento con RTX y GC a altas dosis, así como la edad, la presencia de DBT y de EPI se asociaron con peores desenlaces de COVID-19 en esta cohorte nacional de pacientes con AR. Los pacientes añosos y los que usaban GC presentaron mayor mortalidad.

**NEUTROPENIA AL DIAGNÓSTICO DE LUPUS. EVOLUCIÓN Y RESULTADOS AL AÑO DEL DIAGNÓSTICO**

Variable	Neutropénicos (n=7)	No neutropénicos (n=40)	P
Edad, años (DS)	38,6 (17)	37,4 (14,1)	0,97
Sexo femenino, n(%)	5 (71)	35 (87)	N/A
Hba, g/dL (DS)	9 (5,3)	12,4 (2,3)	0,12
Linfopenia, n(%)	1, (14)	9 (22,5)	0,62
SLEDAI-2k, x (DS)	3,14 (3,62)	2,97 (2,77)	0,88
SDIb, x (DS)	0,42 (0,79)	0,5 (0,75)	0,73
Infecciones, n(%)	5 (71)	18 (45)	0,24
N° de episodios infecciosos (total)	12	22	-
Respiratoria alta	4	5	-
Respiratoria baja	0	5	-
Gastrointestinal	0	2	-
Urinaria	5	1	-
Piel y partes blandas	0	3	-
Otras	3	6	-

Jonathan Eliseo REBAK, Demelza Viviana YUCRA BOBARIN, Jorge Alejandro BRIGANTE, Adriana HAMAUI, Diana DUBINSKY

SANATORIO GÜEMES

**Objetivos:** Conocer la evolución de los pacientes que presentaron neutropenia al diagnóstico de LES en el trabajo previamente realizado por el Servicio.

**Materiales y Métodos:** Trabajo retrospectivo, datos clínicos y analíticos tomados de historias clínicas electrónicas (HCE) desde el momento del diagnóstico de LES (según criterios SLICC 2012) hasta el año de evolución. Actividad SLEDAI-2k, daño SDI. Infecciones evaluadas de forma dicotómica (presente vs ausente) en algún momento desde diagnóstico hasta el año, y luego evaluadas por sistemas. Análisis posterior para evaluar correlación según la presencia o ausencia de neutropenia al diagnóstico de LES. Variables cuantitativas se expresan en media ± desvío standard (DS) o mediana ± rango intercuartiles (RIQ) según distribución, cualitativas como proporciones. Análisis estadístico utilizando Mann-Whitney para las primeras y test de Fisher o t de Student para las últimas. P significativa.



**Resultados:** De los 70 pacientes (12 neutropénicos y 58 no neutropénicos) del anterior trabajo, se pudieron recabar datos hasta el año de diagnóstico de LES de 47 pacientes (7 neutropénicos y 40 no neutropénicos -al diagnóstico de LES-). Ningún paciente incluido falleció ni presentó neutropenia al año de diagnóstico de LES. De los originalmente neutropénicos (n=7), ninguno presentó leucopenia al año y 2 (28,6%) no presentaron infecciones a lo largo del año de seguimiento. Se realizó regresión logística considerando los fármacos inmunosupresores utilizados a lo largo del año (corticoides en pulsos y orales, micofenolato, ciclofosfamida, azatioprina, metotrexato, rituximab), sin hallarse correlación estadística entre el uso de cualesquiera de ellos y la presencia de infecciones. Se perdieron 23 pacientes del trabajo previo en el seguimiento. Se pudo lograr contacto con 20, quienes refirieron continuar seguimiento en otros centros, y que los principales motivos de pérdida de seguimiento en el sanatorio fueron el cambio o pérdida de la cobertura de salud y el cambio de residencia a otra provincia. Esto se debe a que muchos casos fueron referidos para obtención de diagnóstico, habiéndose realizado luego la contrarreferencia correspondiente. Si bien la pandemia por SARS-CoV-2 es un hecho extremadamente relevante, fue el motivo de pérdida de seguimiento menos prevalente. Todos los contactados negaron haber presentado infecciones serias. No se indagó sobre infecciones banales dado que no hay forma de corroborarlas.

**Conclusiones:** Tabla 1. Características (al año del diagnóstico de LES) de pacientes neutropénicos vs. no neutropénicos al diagnóstico de LES. a: hemoglobina, b: SLICC damage index, c: algunos pacientes presentaron más de un episodio infeccioso a lo largo del año. N/A: no aplica. \*: neutropénico o no al diagnóstico de LES. Limitaciones del trabajo incluyen el número de pacientes, la pérdida de seguimiento de algunos y, por la naturaleza retrospectiva, es probable que hubieren ocurrido infecciones menores que no fueran documentadas.

099

## PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS E INFECCIÓN POR COVID-19: ANÁLISIS DE LA PRIMERA OLA EN UN HOSPITAL MODULAR

Julietta DANIELE, Boris KISLUK, Albertina María GHELFI, Leonel Ariel BERBOTTO, Jorge Guillermo KILSTEIN, Guillermo BERBOTTO

HOSPITAL EVA PERÓN BAIGORRIA

**Introducción:** Para contener la pandemia de COVID-19, el Estado argentino construyó 12 Hospitales Modulares de Emergencia en todo el país para internación de pacientes con infección moderada-severa. En dicho contexto, nos planteamos que los pacientes con enfermedades reumáticas (ER), con o sin tratamiento inmunosupresor, pudieran representar un grupo especialmente vulnerable, con mayor riesgo de internación y probablemente, peor evolución. Valiéndonos de que uno de los Hospitales Modulares se ha emplazado junto a nuestro Hospital, planteamos revisar todos los casos de pacientes con enfermedades reumáticas internados y describir el perfil clínico que han presentado durante el curso de la infección por SARS-CoV-2.

**Objetivos:** Describir el perfil clínico y resultados de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes con enfermedades reumáticas.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, de corte transversal. Incluyó pacientes con COVID-19 moderado-severo, internados consecutivamente en un servicio de Clínica Médica de un hospital de tercer nivel de complejidad dedicados exclusivamente a pacientes con infección por COVID-19, del 01/08/20 (fecha de apertura del hospital modular) al 15/11/20 (cierres del registro de pacientes internados en la primera ola). Se realizó análisis descriptivo de las variables incluidas. Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes, las variables cuantitativas de distribución simétrica como medias y desvíos estándar ( $\pm$ ), y las cuantitativas de distribución asimétrica como medianas y rango intercuartilo (Q3-Q1).

**Resultados:** El estudio incluyó 236 sujetos, 64,8% hombres. La mediana de edad fue 52,5 años (60-44) y la de internación fue 8 días (13-4). Se observó la siguiente frecuencia de antecedentes patológicos: hipertensión arterial (HTA) 38,1%, diabetes mellitus (DM) 27,1%, obesidad (OB) 25,8%, dislipemia (DLP) 9,7%, enfermedad renal crónica (ERC) 6,8%, asma 8,9%, enfermedad cardiovascular (ECV) 5,9%, enfermedad reumática (ER) 2,5%, neoplasia 2,1%, VIH 2,1%, EPOC 1,7%. Los sujetos con enfermedades reumáticas (ER) correspondieron a 6 sobre la muestra total. En este subgrupo la mediana de edad fue 58 años (59,5-55,5); 5 de 6 pacientes eran de sexo femenino. El diagnóstico de base fue: artritis reumatoidea (3), lupus eritematoso sistémico (1), vasculitis crioglobulinémica (1) y gota (1). Respecto de la terapéutica dirigida: 3 pacientes realizaban drogas anti-reumáticas modificadoras de enfermedad convencionales (DARME), 1 utilizaba DARME sintético dirigido y 2 de ellos no realizaban DARME. Los antecedentes patológicos en el grupo presentaron la siguiente frecuencia: OB 4 de 6, DM 3 de 6, HTA 2 de 6, asma 1 de 6, dislipemia 1 de 6, enfermedad cardiovascular establecida 1 de 6, VHC 1 de 6. Ningún paciente con ER presentó concomitantemente neoplasias, ERC, VIH, VHB ni enfermedad neurológica. Ninguno de ellos presentaba hábito etilista, tabaquismo, adicción a drogas inhalatorias como cocaína o marihuana. En este subgrupo, el laboratorio al ingreso mostro las siguientes medianas (RIC): Hematocrito: 36,8% (41.4-35.3); Hemoglobina: 12,7 gr/dl (13.7-11.6); plaquetas 214.000x10<sup>3</sup>xmm<sup>3</sup> (383.000-135.000); Glóbulos blancos 6700x10<sup>3</sup>xmm<sup>3</sup> (13.250-5.625); neutrófilos 4.555xmm<sup>3</sup> (11.222-3.672); linfocitos 1.310 xmm<sup>3</sup> (1.557-1.005); eosinófilos 5 xmm<sup>3</sup> (210-0); glicemia 115 mg% (176-98); urea 27 mg% (44.5-21); creatinemia 0,85 mg% (1.0-0.80); TP 12 segundos (13.7-10.9); KPTT 28 segundos (35-27); fibrinógeno 335,5 mg/dl (351.4-309); dímero-D 0,40 ug/ml (0.75-0.31); ferritina 760 ug/l (1553-465); procalcitonina 0,18 ng/ml(3.1-0.12); vitamina D 6,9 ng/ml (8.7-6.1); PCR 16,2 mg/dl (22.2-5.2); IL6 22 pg/ml (32-5.7); VES 48 mm x hora (60.5-32). Hubo 3 de 6 pacientes que desarrollaron complicaciones intrahospitalarias durante la internación (cada paciente desarrollo más de una complicación en simultáneo): 3 casos de síndrome de distress respiratorio del adulto (SDRA), 3 casos de infección intrahospitalaria, 2 trombosis venosas profundas (TVP). Respecto de la evolución: 3 de 6 requirieron ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI), la mediana de internación en la unidad fue 22 días (30-15). Entre estos, 3 tuvieron requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) y 2 de ventilación asistida; 2 de 3 pacientes fallecieron. Los 3 pacientes que no requirieron UCI se externaron tras una internación de 9,5 días (29-2).

**Conclusiones:** Encontramos una baja frecuencia de pacientes ingresados con enfermedades reumáticas. Aún con los sesgos propios de este tipo de diseño, pudimos observar que padecer una enfermedad de este tipo no representó un mayor riesgo de internación. Por lo cual, esperamos que, al ampliar la base de pacientes estudiados, se pueda validar esta información y nos permita proyectar más conclusiones.

0100

## COMPROMISO PULMONAR EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL REGISTRO RELESSAR, ARGENTINA

Carla Andrea GOBBI, Lucila GARCÍA, Rosana M. QUINTANA MICELLI, Analia ÁLVAREZ, Cecilia PISONI, Susana Graciela ROVERANO, Paula ALBA MOREYRA, Alberto J. SPINDLER, César GRAF, Catalina GÓMEZ, Silvia Beatriz PAPASIDERO, Raúl Horacio PANIEGO, María Celina DE LA VEGA, Heber Matías FIGUEREDO, Ema CIVIT, María Victoria MARTIRE, Luciana GONZÁLEZ LUCERO, Rodrigo Alejandro AGUILA MALDONADO, Oscar L. RILLO, Sergio GORDON, Vanina GÓNGORA, Romina Estefanía NIETO, Gretel RAUSCH, Julia ROMERO, Cristina BATTAGLIOTTI, María Agustina D AMICO, Marta MAMANI, Alberto ALLIEVI, Alberto ORDEN, Johana ZACARIAZ HERETER, Diana DUBINSKY, Florencia VIVERO, Víctor CAPUTO, Juan Manuel VANDALE, María Silvia LARROUDE, Ramiro



Adrián GÓMEZ, Graciela Nora RODRÍGUEZ, Josefina MARIN, María Marcela SCHMID, Mario GOÑI, Nadia Soledad DOMÍNGUEZ, Roberto Miguel BÁEZ, María Victoria COLLADO, María Victoria GAZZONI, Graciela Noemí GÓMEZ, Marcos ZELAYA, María Eugenia BEDOYA, Mariana PERA, Marina Laura WERNER, Mónica SACNUN, Pablo ASTESANA, Pablo FINUCCI CUR, Úrsula PARIS, Zaida Noemí BEDRAN, Maximiliano Augusto MACHADO ESCOBAR, Romina ROJAS TESSEL, Noelia HOJBERG, Valeria ARTURI, Mercedes Argentina GARCÍA

GRUPO DE ESTUDIO DE LUPUS DE LA SAR

**Objetivos:** 1) Determinar la frecuencia y tipo de compromiso pulmonar en el registro RELESSAR trans que incluyó pacientes argentinos con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico; 2) investigar su asociación con variables sociodemográficas, tabaquismo, autoanticuerpos y complemento; 3) identificar cuántos pacientes que presentaron daño agudo desarrollaron daño crónico; 4) identificar cuántos pacientes con daño pulmonar fallecieron.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio multicéntrico, descriptivo y analítico, con el registro RELESSAR trans, el cual incluyó 41 centros. Ingresaron pacientes que cumplieran criterios de lupus ACR 1997, durante los años 2017 y 2018. Se analizaron las variables sociodemográficas, edad, sexo, etnicidad, nivel educativo según años de escolaridad, nivel socioeconómico según escala de Graffar. El perfil de autoanticuerpos incluyó ANA, Anti DNAdc, C3, C4, Sm, anticardiolipinas Ig e IGM, y anticoagulante lúpico, así como también actividad de la enfermedad por SLEDAI y cronicidad por SLICC, tabaquismo por autoreporte como presente, actual o pasado o ausente. Las manifestaciones pulmonares agudas fueron clasificadas de acuerdo con criterios ACR incluyendo la presencia de pleuritis, alveolitis, y hemorragia alveolar difusa (HAD) y como crónicas según índice SLICC incluyendo hipertensión pulmonar, pulmón encogido, embolismo pulmonar, fibrosis pleural e infarto pulmonar o resección quirúrgica.

**Resultados:** Se estudiaron 1.611 pacientes. Las características demográficas se presentan en la Tabla 1. El 40,5% tuvo compromiso pulmonar, 32% compromiso agudo y 8,5% compromiso crónico (Tabla 2). No hubo ninguna diferencia entre pacientes con o sin compromiso pulmonar relacionado a serología, ANA, complemento, anticoagulante lúpico, anticardiolipinas, SLEDAI, SLICC o condición de tabaquismo. Solo 19 (1,7,9%) de los pacientes con compromiso agudo desarrollaron daño crónico. 21/1611 (1,3%) murieron con alguna manifestación de compromiso pulmonar. El nivel de educación se asoció negativamente con compromiso pulmonar (p=0,0393) -OR: 0.943 (CI95%: 0,893 -0,997). La posibilidad de tener una complicación pulmonar es 6% menor por cada año de mayor nivel de educación.

**Conclusiones:** El compromiso pulmonar en lupus eritematoso sistémico es común, especialmente la pleuritis. El nivel de educación mostró efecto protector para desarrollar compromiso pulmonar, lo que demuestra su importancia en el pronóstico de la enfermedad.

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN RELESSAR

	Compromiso pulmonar (n=188)	Sin compromiso pulmonar (n=1.423)
Edad en la última evaluación, mediana (Q1, Q3)	37,3 (28,2; 49,9)	36,8 (27,6; 46,9)
Mujeres	165 (87,8%)	1.309 (92%)
Nivel educativo, mediana (Q1, Q3)	12 (9,00; 14,0)	12 (10,00; 15,0)
<b>Etnia:</b>		
Caucásica	65 (34,6%)	652 (45,9%)
Mestiza	95 (50%)	623 (43,8%)
Amerindia pura	0 (0%)	20 (1,41%)
Afrolatinoamericana	26 (13,8%)	104 (7,32%)
<b>Nivel socioeconómico:</b>		
Clase media	69 (36,7%)	581 (40,9%)
Clase media baja	81 (43,1%)	568 (40%)
Clase baja	22 (11,7%)	122 (8,59%)
No tabaquistas	125 (66,5%)	918 (64,5%)
Tabaquistas pasados y actuales	51 (27,5%)	368 (29,06%)

TABLA 2: COMPROMISO PULMONAR AGUDO Y CRÓNICO

	Total (n=1.611)
<b>Compromiso crónico</b>	137 (8,5%)
Hipertensión pulmonar	54 (3,85%)
Fibrosis pulmonar	26 (1,61%)
Pulmón encogido	23 (1,43%)
Fibrosis pleural	13 (0,807%)
Infarto pulmonar o resección quirúrgica	3 (0,186%)
Embolismo pulmonar	18 (1,12%)
<b>Compromiso agudo</b>	522 (32%)
Pleuritis	426 (26,4%)
Alveolitis	68 (3,85%)
Hemorragia alveolar difusa	24 (1,49%)

0101

**ESCLEROSIS SISTÉMICA CUTÁNEA LIMITADA CON MIOPERICARDITIS COMO DEBUT, COMPROMISO CUTÁNEO RÁPIDAMENTE PROGRESIVO Y CRISIS RENAL ESCLERODÉRMICA**

Laura Lucía HOLGUIN ARIAS, María Gimena GÓMEZ, Adriana HAMAUI, Diana DUBINSKY

SANATORIO GÜEMES

**Introducción:** La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad heterogénea caracterizada por el daño microvascular, fibrosis de la piel y órganos internos. El corazón es uno de los principales órganos afectados, aunque su presencia suele ser subestimada dado los reportes variables de prevalencia. La crisis renal esclerodérmica representa la principal manifestación de daño renal y aunque rara, es potencialmente mortal.

**Objetivos:** Se presenta una paciente con ES cutánea limitada con miopericarditis como debut, compromiso cutáneo rápidamente progresivo y crisis renal esclerodérmica.

**Resultados:** Paciente femenina de 38 años, tabaquista de 10 paquetes/año, G4P3A1. Consulta a urgencias en mayo de 2020 por 2 semanas de dolor torácico opresivo asociado a disnea progresiva hasta mMRC 2. Al interrogatorio refería boca seca, artralgias y pérdida de peso de 5 kg en los últimos 6 meses. Al ingreso se encontraba normotensa. El electrocardiograma evidenció ondas Q en DII, DIII y aVF. Los análisis de sangre reportaron proBNP >35.000 pg/ml (VN <125 pg/ml) y troponina de alta sensibilidad (Tropo HS) 70 pg/ml (VN <14pg/ml), con CPK, función renal y hepática normales. Evolucionó con curva de tropo HS en ascenso por lo que se realizó cinecoronariografía (CCG), sin lesiones estenóticas. El ecocardiograma evidenció hipoquinesia global, con FEy 46% y pericardio hiperrefrigente con derrame pericárdico anterior leve. Por sospecha de miopericarditis se realizaron estudios adicionales, encontrando aumento de reactantes de fase aguda (ERS: 23 mm/h PCR: 19 mg/dl), serologías virales negativas excepto parvovirus IgM: positivo débil. Los estudios inmunológicos reportaron ANA 1:160 patrón nucleolar (AC-8), C3 y C4 normales, factor reumatoide, anti Ro, La, Sm: negativos. La cardiorensonancia (CRM) informó ventrículo izquierdo con función sistólica conservada y derrame pericárdico mínimo. Inició colchicina e ibuprofeno con mejoría clínica y el ecocardiograma control reportó FEy del 55% y ausencia de trastornos de motilidad. Al mes, fue evaluada por artritis en carpos, hombros y fenómeno de Raynaud. Al examen físico se evidenció esclerodactilia y esclerosis cutánea distal, cumpliendo criterios clasificatorios para ES limitada ACR/EULAR 2013. Inició tratamiento con meprednisona (MPN) 8 mg/día y metotrexato 15 mg/semanales, con posterior pérdida del seguimiento. En octubre 2020, ingresó a urgencias por dolor abdominal, emesis, cefalea y visión borrosa. Aumentó por su cuenta la MPN a 16mg día por exacerbación de artralgias. Se encontraba hipertensa (170/100) y al examen físico se evidenció microstomía

(35 mm), aumento de esclerosis cutánea con un score de Rodnan modificado (mRSS) de 22 y frote tendinoso en manos. Al laboratorio presentaba trombocitopenia (104000/mm<sup>3</sup>), deterioro de función renal (Urea: 82mg/dl, creatinina: 3.4mg/dl), hematuria y proteinuria (810 mg/24hs). Además, hiperbilirrubinemia indirecta (1.7µmol/L), LDH 706UL/L y haptoglobina baja (< 8mg/dl) compatible con hemólisis, coombs directa negativa y frotis de sangre periférica con esquistocitos 5-6 por campo. El cuadro clínico fue interpretado como crisis renal esclerodérmica, cumpliendo criterios del consenso *Scleroderma Study Group* (UKSSG) 2016. Inició enalapril 10 mg/día. Evolucionó con edema agudo de pulmón hipertensivo y oliguria requiriendo diálisis. Por microangiopatía trombótica (MAT) realizó 5 sesiones de plasmaféresis con buena respuesta. El fondo de ojo informó retinopatía hipertensiva grado III, el doppler de arterias renales fue normal, anti Scl 70, ANCA, PR3 y MPO negativos. No fue posible realizar anti RNA polimerasa tipo III.

**Conclusiones:** Se presenta el caso de una paciente con ES limitada, con afección cardíaca y renal en los primeros 6 meses del diagnóstico. Aunque el rápido compromiso cutáneo orientó inicialmente a una forma difusa, nunca se extendió más allá de codos o rodillas. El compromiso cardíaco es responsable de hasta un tercio del total de muertes asociadas a ES. En nuestra paciente la miopericarditis, inicialmente interpretada como post viral, fue luego vinculada a la ES. No contamos sin embargo con biopsia de miocardio y aunque la CRM fue normal, el cuadro clínico, la troponina, el proBNP, el ecocardiograma y la CCG con coronarias normales orientaron al diagnóstico. La crisis renal esclerodérmica fue desencadenada probablemente por el aumento en la dosis de corticoides. Aunque más relacionado con la ES difusa (12%), también puede presentarse en la forma limitada (2%). La MAT está presente en aproximadamente 50% de los casos. Actualmente la paciente continúa en diálisis y se encuentra en plan de cateterismo cardíaco derecho por sospecha de hipertensión pulmonar.

0102

### LUPUS DE INICIO TARDÍO: PRESENTACIÓN DE CASO

María Agustina GATICA, María Florencia MARTÍNEZ, Serenela CHULIBERT, Dianela CARBONE, María Cecilia ARGENTO, Brian Marcelo ABDALA, Franco LUCCI, María Noel CORTESE, Mariano PALATNIK, Marcelo ABDALA

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ROSARIO

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que afecta habitualmente a personas jóvenes con predominio del sexo femenino. Sin embargo entre un 10-20% se presenta en personas mayores de 50 años. El lupus de inicio tardío tiene una presentación más insidiosa con manifestaciones inespecíficas y menor frecuencia de manifestaciones clásicas lo que hace más difícil su diagnóstico. Las manifestaciones clínicas más frecuentes al inicio son las artralgias, síntomas constitucionales y mialgias, siendo frecuentes en el curso de la enfermedad las serositis, enfermedad pulmonar intersticial y síndrome de Sjögren.

**Objetivos:** Presentar un caso clínico de lupus de inicio tardío

**Materiales y Métodos:** Paciente femenina de 57 años de edad con antecedentes de DBT II, HTA, clipado de aneurisma cerebral en 1995 medicada con carbamacepina desde entonces y DLP. Consulta por primera vez a nuestro servicio en septiembre de 2019 por cuadro de artralgias en ambas manos de tres meses de evolución a predominio de PIF y MCF, sin rigidez matutina acompañada de acrocianosis distal que no se evidencian en la consulta. Laboratorio Hto 35, Hb 10.6, Gb 5100, Pq 390000, Gl 196, Cr 0.8, GPT 10, VES 74, PCR 54.3, látex y anti CCP negativos, FAN 1/2560 homogéneo, anti histona + débil, anti nucleosoma +, anti DNA -, ENA -, C3 150, C4 30, serologías negativas. Rx manos: rizartrrosis bilateral severa, pinzamientos y erosiones en DIF y PIF. Capilaroscopia normal. Se plantea la posibilidad de LES inducido por drogas por lo cual se solicita evaluación por Neurología para cambio de medicación anticomicial y se agrega hidroxiclороquina. Dos años después la paciente es internada por cuadro de derrame pericárdico moderado/severo que revierte tras la administración de tres pulsos de metilprednisolona; se solicita laboratorio inmunológico en el que se evidencia C3 150 y C4 28, FAN 1/5120, Anti DNA + por lo cual se interpreta el cuadro como LES de inicio tardío y la paciente es dada de alta con prednisona y azatioprina.

**Resultados:** El LES de inicio tardío es poco frecuente y presenta características diferenciales con respecto al LES clásico de los pacientes jóvenes. En estos pacientes es frecuente la asociación con otras comorbilidades y múltiples terapias farmacológicas por lo que es esencial hacer el diagnóstico diferencial con otras patologías y el lupus inducido por medicamentos. Por otro lado, aunque la actividad de la enfermedad es menor en estos pacientes, esta población acumula más daño y tiene una mayor mortalidad que los pacientes con lupus de inicio temprano por lo que no debe considerarse como una enfermedad de comportamiento benigno.

**Conclusiones:** Motiva la presentación de este caso la importancia de la sospecha clínica de esta enfermedad en pacientes añosos como diagnóstico diferencial con otras comorbilidades para realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento certero.

0103

### ANEURISMAS DE LAS ARTERIAS PULMONARES EN RELACIÓN A SÍNDROME DE HUGHES STOVIN

Romina RESTA, Antonella BARONI, Gina Lucía GASPARI, Catalina BRECCIA, María LEROUX, Julia PIRES, Baltasar FINUCCI, Fernanda BEDUINO, Brian Marcelo ABDALA, Florencia AGUIRRE, Narela BLAZEVIČH, Mónica SACNUN, Rodrigo LOTO, Carlos CAPITAINE, Eduardo STREET, Adriana Andrea CO

HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO

**Objetivos:** Reportar un caso de diagnóstico presuntivo de Hughes Stovin, resaltando su baja frecuencia, severidad y mal pronóstico, y dificultades en el tratamiento. Destacar la importancia de sospecha diagnóstica ante la presencia de aneurismas pulmonares y de la asociación de aneurismas con trombosis. Revisar y actualizar aspectos clínicos y terapéuticos de esta enfermedad.

**Materiales y Métodos:** Presentación de caso clínico. Revisión bibliográfica.

**Resultados:** El síndrome de Hughes Stovin es descrito como una vasculitis sistémica de pequeños y grandes vasos. Es más frecuente en hombres adultos jóvenes. Se manifiesta con trombosis y aneurismas: tromboflebitis y/o trombosis venosa profunda en vena cava, yugular, iliaca, portal, intra-cardíaca y senos venosos cerebrales; y aneurismas de la arteria pulmonar y bronquiales con trombos intra aneurismáticos. Estos no tienden a embolizar porque están fuertemente adheridos a la pared del vaso inflamado. Los aneurismas pueden ser únicos, múltiples, uni o bilaterales. Los pacientes presentan tos, toracodinia, disnea, fiebre, hemoptisis y signos de hipertensión pulmonar. La evolución natural inicia con tromboflebitis que evolucionan a aneurismas con eventual desenlace fatal por ruptura de los mismos. La tomografía con contraste es de elección. Algunos autores consideran al síndrome de Hughes Stovin como una variante de la enfermedad de Behcet, vasculitis multisistémica que afecta vasos de cualquier calibre sin diferencia de sexo. Turquía es el país con mayor incidencia lo que ha sugerido predisposición genética y posibles agentes ambientales. Se ha demostrado la asociación al HLA-B51 en el 44% de los pacientes cuya presencia se asocia a mayor riesgo de enfermedad de Behcet. Puede involucrar piel y mucosas con úlceras orales, genitales e intestinales, lesiones papulopustulosas o eritema nodoso, mono u oligoartritis, afectación

ocular, neurológica y patología vascular al igual que el síndrome de Hughes Stovin. Faltando una prueba diagnóstica definitiva, el diagnóstico clínico se basa en criterios establecidos por el Grupo Internacional para estudio de la enfermedad de Behcet con una especificidad y sensibilidad del 97%. Ante la presencia de aneurismas, el tratamiento de primera línea son los corticoides a altas dosis y ciclofosfamida. Frente a un caso de trombosis, la anticoagulación es controversial por el riesgo de sangrado. Se presentó varón de 32 años con esquizofrenia con cuadro de 2 meses de evolución de tos productiva y síndrome de impregnación que recientemente agregó hemoptisis. Entre los exámenes de laboratorio se destacaron anemia, leucocitosis con neutrofilia y aumento de reactantes de fase aguda. Se descartó infección pulmonar por gérmenes comunes y tuberculosis. Al evidenciarse en radiografía de tórax lesiones radiopacas bilaterales se realizó tomografía con múltiples dilataciones aneurismáticas bilaterales en ramas de la arteria pulmonar, la de mayor tamaño en segmento apical del lóbulo inferior izquierdo (77 mm diámetro máximo) con defecto de relleno mural en vena mesentérica compatible con trombosis crónica. Se planteó el diagnóstico de aneurismas o pseudoaneurismas, por lo que se realizó ecocardiograma que descartó endocarditis e hipertensión pulmonar. Al obtenerse cultivos negativos en contexto de antecedentes de úlceras orales y genitales, junto a patología vascular, se solicitó laboratorio inmunológico que fue negativo, por lo que se sospechó síndrome de Hughes Stovin con presunta relación a enfermedad de Behcet. Por este motivo, se realizaron corticoides a altas dosis y ciclofosfamida, que continuó ambulatoriamente. Se consideró la lobectomía inferior izquierda por hallarse aneurismas de mayor tamaño, volumen y áreas de consolidación alveolar satélites y aumento de circulación de arterias bronquiales y colaterales en tomografía de control. Al ceder la hemorragia, se decidió conducta expectante descartando tratamiento endovascular, dado el tamaño de los aneurismas.

**Conclusiones:** El síndrome de Hughes Stovin patología de muy baja frecuencia, con alta mortalidad debido al compromiso de las arterias pulmonares. En pacientes con tromboflebitis, trombosis venosa o sospecha diagnóstica de enfermedad de Behcet, una vez descartadas las patologías más comunes, se debería evaluar la presencia de patología vascular.

0104

### DIFERENTES CONDICIONES DE SEROPOSITIVIDAD EN ARTRITIS REUMATOIDEA Y SU RELACIÓN CON LA CLÍNICA, LAS IMÁGENES Y LA INDICACIÓN TERAPÉUTICA

Laura CUELLAR IREARTE, Rosario JALDIN CÉSPEDES, Facundo Nicolás SALVATORI, Sebastián MAGRI, Rodrigo GARCÍA SALINAS

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

	FR+NO	FR+SÍ	p
Comorbilidades todas %	45	59	0,04
Tabaquismo %	45	25	0,04
Biológico o Jaki %	57	75	0,008
	FRx2 NO	FRx2 Sí	
CDAI moderada actividad %	59	44	0,03
SDAI moderada actividad %	66	49	0,01
DAS28 remisión %	10	21	0,02
Tabaquismo %	37	24	0,04
Biológico o Jaki %	59	80	0,001
	FRx3 NO	FRx3 Sí	
CDAI moderada actividad %	58	43	0,02
SDAI remisión %	5	13	0,03
SDAI moderada actividad %	64	47	0,01
Tabaquismo %	38	20	0,003
Biológico o Jaki %	60	84	0,001
	ACPA-FRx3 NO	ACPA-FRx3 Sí	
CDAI moderada actividad %	56	42	0,04
Evolución Me (RIC)	24 (12-60)	46 (12-84)	0,01
SDAI moderada actividad %	62	47	0,02
Biológico o Jaki %	60	91	0,001
Tocilizumab %	5	14	0,02
Abatacept %	4	11	0,02
	Doble-Sero+ NO	Doble-Sero+ Sí	
SDAI moderada actividad %	64	50	0,03
Evolución Me (RIC)	24 (7-60)	36 (12-84)	0,04
Biológico o Jaki %	54	88	0,001
Anti-TNF %	28	47	0,003
Abatacept %	2	10	0,01

TABLA 1

Introducción: La positividad de factor reumatoideo (FR) y los anticuerpos contra proteínas citrulinadas (ACPA) se utilizan en el diagnóstico y son marcadores pronósticos en la artritis reumatoidea (AR).  
 Objetivos: Describir la frecuencia de diferentes condiciones de seropositividad y analizar la asociación de parámetros de actividad, laboratorio, imágenes y terapéutica al momento de la determinación de los mismos.  
 Materiales y Métodos: Estudio trasversal, donde se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR (reciente y seguimiento) reclutados desde un programa integral. En la primera visita se realizaron: estudios de laboratorio (incluyendo reactantes de fase aguda) FR y ACPA (en el mismo laboratorio), radiografías de manos y pies, ecografía de manos con técnica Doppler de poder y entrevista donde se recabaron datos sociodemográficos (edad, sexo), datos clínicos (tiempo de evolución, comorbilidades) y clinimetría (EVA global del paciente, recuento articular, HAQ); cada evaluador (laboratorio, imágenes y clínico) no conocía los datos de los otros estudios realizados. Se consignó el tratamiento indicado por su medico de cabecera. Se estableció como condición de seropositividad para FR: FR positivo (>14 UI/ml por inmunoturbidimetría), título duplicado (FRx2), altos títulos (FRx3). Para ACPA: ACPA positivo (>5 U/ml por quimioluminiscencia), altos títulos (ACPax3), mayor a 50 U/ml (ACPA50), ACPA mayor a 200 U/ml (ACPA200), por cuartiles (ACPA1: menos de 5 U/ml, ACPA2: 5-200 U/ml, ACPA3: 200-1000 U/ml y ACPA4: mayor a 1000 U/ml). Combinados: doble seropositivos y doble seropositivos a altos títulos (FRx3-ACPax3). Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, test de Chi<sup>2</sup>, prueba exacta de Fisher, Test T de student y Mann Whitney. Análisis multivariado de regresión logística de las variables significativas con cada condición de seropositividad explorada.  
 Resultados: Se incluyeron 240 pacientes con AR que cumplieron la evaluación basal completa, 73% sexo femenino, media de edad 54 años (DS: 14), mediana de evolución 24 meses (RIQ: 12-60), 52% era de reciente diagnóstico (menos 2 años), 80% seropositivo: la mediana de títulos de FR y ACPA fueron: 33 UI/ml (RIC13-115) y 17,5 U/ml (RIC: 0.5-177). La prevalencia de las condiciones de seropositividad fue para FR: FR+: 73%, FRx2: 52%, y FRx3: 42%; para ACPA: ACPA+: 54%, ACPax3: 50%, ACPA50: 40%, ACPA200: 27%, cuartiles: ACPA1: 46%, ACPA2: 11%, ACPA3: 21% ACPA4: 22%. Por últimos los combinados: doble seropositivos: 49%, doble seropositivos a altos títulos (x3): 33%. En la Tabla 1 se observan las características de actividad de la AR, imágenes (Rx y eco), laboratorio y comorbilidades que tuvieron una asociación estadísticamente significativa en el análisis univariado para FR y condiciones combinadas, y en la Tabla 2 lo mismo para las condiciones de ACPA. Análisis multivariado para cada condición de seropositividad con sus respectivas asociaciones independientes: FR+: Presencia de comorbilidades (OR 2 IC95% 1.1-3.7), FRx2: DAS28 remisión (OR 2.4 IC95% 1.03-5.5), ACPA+: Tiempo de evolución (meses) (OR 1.05 IC95% 1.001-1.05), presencia de comorbilidades (OR 2 IC95% 1.1-3.7), indicación de abatacept (OR 4.8 IC95% 1.3-24). ACPax3: PCR (OR 0.98 IC95% 0.96-0.99), ACPA50: Presencia de comorbilidades (OR 2.1 IC95% 1.1-3.8). En todos los modelos de regresión logística, todas las condiciones de seropositividad se asociaron en forma independiente con el uso de biológicos y/o Jaki en general, los OR fueron más elevados a mayores valores de corte o definiciones más estrictas (como doble seropositividad y altos títulos: OR 5 IC95: 2-12).

**Conclusiones:** La prevalencia de seropositividad en nuestra población fue de 73% para FR y 54% para ACPA, y hemos encontrado diferente frecuencia en varias condiciones de seropositividad. Al momento de la determinación de los anticuerpos (mismo día) estos se asociaron a diferentes

	ACPA+ NO	ACPA+ SÍ	
SDAI moderada actividad %	65	49	0,01
Evolución Me (RIC)	24 (7-60)	36 (12-75)	0,04
Comorbilidades todas %	47	62	0,02
Biológico o Jaki %	51	87	0,001
Anti-TNF %	27	47	0,001
Abatacept %	2	10	0,008
	ACPAx3 NO	ACPAx3 SÍ	
Erosiones en Rx %	39	53	0,008
SDAI moderada actividad %	66	49	0,01
Biológico o Jaki %	53	87	0,001
Anti-TNF %	28	46	0,001
PCR mg/L Me (RIC)	4 (1-10)	2,5 (1-6)	0,04
	ACPA>50 UI NO	ACPA>50 UI SÍ	
Comorbilidades todas %	49	65	0,04
Biológico o Jaki %	57	90	0,001
Anti-TNF %	29	58	0,001
Evolución Me (RIC)	24 (8-60)	36 (12-84)	0,02
	ACPA>200 UI NO	ACPA>200 UI SÍ	
Comorbilidades todas %	51	67	0,04
Biológico o Jaki %	61	94	0,001
Anti-TNF %	27	52	0,001
Edad años M(DS)	56 (13)	52 (14)	0,04
	ACPA-cuartil1 NO	ACPA-cuartil1 SÍ	
Evolución Me (RIC)	24 (12-60)	36 (12-60)	0,01
DAS28 remisión %	10	22	0,01
Comorbilidades 2 %	21	36	0,04
Biológico o Jaki %	81	60	0,001
Anti-TNF %	46	29	0,008
	ACPA-cuartil4 NO	ACPA-cuartil4 SÍ	
Tto. con MTX %	78	92	0,02
Abatacept %	2	11	0,04
Peso kg M (DS)	75 (16)	86 (18)	0,02
ERS 1/h Me (RIC)	20 (10-38)	29 (19-49)	0,007

TABLA 2

cDMAR + biológico 54% vs 12%, HTA 38% vs 12% (p 0,031), edad 56 (DE±12) vs 36 (DE±12), IMC 28 (RIC 24-29) vs 24 (RIC 22-26) (p 0,024), tiempo de evolución 78 (RIC 33-187) vs 36 (RIC 24-54) (p 0,007), ASQoL 11 (RIC 5-13) vs 4 (RIC 1,5-7,5) (p 0,003), ASAS HI 10 (RIC 6-12) vs 4 (RIC 1,5-7,5) (p 0,002). Las diferencias encontradas entre los pacientes con APsAx y EA fueron: edad 55 (DE±12,6) vs 45 (DE±12,6) (p<0,001), tiempo de demora al diagnóstico 9 (RIC6-24) vs 36 (RIC 12-100) (p<0,001), cumplimiento de criterios EspAaxl más periférico 81% vs 46% (p<0,002), uveítis 3% vs 23% (p<0,04), psoriasis 27% vs 3% (p<0,001), dactilitis 38,5% vs 4,5% (p<0,001), artritis periférica 39,6% vs 60,4% (p<0,009), ASQoL 9 (DE± 5,6) vs 6,5 (DE± 5) (p <0,04), HLA-B27 6% vs 94% (p<0,001), uso de cDMAR 65% vs 22% (p<0,001) y combinación cDMAR + biológicos 56,5% vs 43,5% (p<0,001).

**Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes, los pacientes con APsAx tienen mayor edad, compromiso periférico, comorbilidades, uso de DMAR y peor calidad de vida que aquellos con EspAax.

condiciones clínicas, comorbilidades, y de indicación de tratamiento biológico y Jaki. El único tratamiento que demostró por sí solo una asociación independiente con positividad del ACPA fue el abatacept.

0106

### ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA CON COMPROMISO AXIAL VS ESPONDILOARTRITIS NO RADIOGRÁFICA Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE? DATOS EN NUESTRA POBLACIÓN

Mariana BENEGAS<sup>1</sup>, María Victoria MARTIRE<sup>2</sup>, Carla Antonella AIROLDI<sup>3</sup>, María Paula GIRARD BOSCH<sup>2</sup>, Emilce Edith SCHNEEBERGER<sup>4</sup>, Pamela GIORGIS<sup>4</sup>, Vanesa Laura COSENTINO<sup>5</sup>, Juan Manuel BANDE<sup>6</sup>, Josefina MARIN<sup>7</sup>, María Julieta GAMBA<sup>8</sup>, Fernando Andrés SOMMERFLECK<sup>1</sup>, Edson J VELOSO<sup>9</sup>, Diego VILA<sup>10</sup>, Romina Estefanía NIETO<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SANATORIO MÉNDEZ, <sup>2</sup>INSTITUTO MÉDICO PLATENSE, <sup>3</sup>HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO, <sup>4</sup>INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (IREP), <sup>5</sup>HOSPITAL RAMOS MEJÍA, <sup>6</sup>HOSPITAL TORNÚ, <sup>7</sup>HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES, <sup>8</sup>HOSPITAL POSADAS, <sup>9</sup>UNIVERSIDAD Y SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA, <sup>10</sup>CENTRO MÉDICO GINECOLÓGICO, <sup>11</sup>HOSPITAL MUNICIPAL SAN CAYETANO

**Introducción:** Existen escasos datos sobre las características distintivas de la artritis psoriásica axial (ApsAx) y las diferencias con las espondiloartritis axiales puras.

**Objetivos:** Comparar las características clínicas entre pacientes con diagnóstico de APsAx vs EspA no radiográfica (EspAax-nr) y espondilitis anquilosante (EA) en nuestra población

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico EspAax según criterios ASAS y pacientes con APs según criterios CASPAR y compromiso predominantemente axial según criterio médico. Se evaluaron datos demográficos, clínicos, valoración de índices de actividad (BASDAI, ASDAS-ers y SASDAS-ers), entesitis (LEI) capacidad funcional (BASFI, HAQ), calidad de vida (AS-QoL) y estado de salud (ASAS *Health Index*, HI). Se valoró HLA-B27 y se consignó tratamiento. Se realizó estadística descriptiva y para evaluar las diferencias entre ambos grupos de se utilizó  $\chi^2$  para las categorías y T-test o test de Mann-Whitney para variables continuas según corresponda.

**Resultados:** Se evaluó un total de 129 pacientes, 26 con APsAx, 25 con EspAax-nr y 67 con EA, edad media 46 años (DE±14), género masculino (69%), mediana de tiempo de evolución 72 meses (RIC 36-150). Encontramos diferencias significativas entre los pacientes con APsAx y EspAax-nr en: el cumplimiento de criterios para EspAax más periférico 92% vs 36% (p<0,001), entesitis 69% vs 28% (p<0,004), psoriasis 96% vs 4% (p<0,001), dactilitis 42% vs 8% (p<0,001), artritis periférica 85% vs 28% (p<0,001), HLA-B27 11% vs 60% (p<0,019), cDMAR 73% vs 28% (p<0,001),

0107

### VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA POSTERIOR A VACUNA COVID-19

Josefina WEIDMANN, Paula DIFILIPPO, Agustina ALBRECHT, Federico CECCATO

SANATORIO PREMED, FRANCK

**Introducción:** Durante las últimas décadas se han notificado casos de vasculitis en asociación con una variedad de vacunas, especialmente influenza, bacilo de Calmette-Guérin (BCG) y virus hepatitis B entre otras. Los tipos de vasculitis más frecuentemente comunicados fueron vasculitis cutáneas, purpura S Henôch, enfermedad Kawasaki, vasculitis asociada ANCA, ACG/PMR y panarteritis nodosa. Recientemente algunos reportes han informado la aparición de casos de vasculitis posterior a vacunación COVID-19.

**Objetivos:** Comunicar un caso de vasculitis leucocitoclástica posterior a vacuna ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222). Desarrollador: AstraZeneca-Oxford - Reino Unido. Plataforma: vector viral no replicativo (utiliza adenovirus de chimpancé).

**Resultados:** Caso: Varón de 49 años, consulta por lesiones cutáneas en brazos, abdomen y piernas. Anamnesis: relata que en junio 2021 recibe primera dosis de vacuna anti COVID (AstraZeneca) y 2-3 días después aparecieron lesiones purpúricas periumbilicales y cara anterior muslo ("pocas" no consultó); esas lesiones persistieron. Dos meses después y al 2-3 día de la aplicación de la 2ª dosis (AstraZeneca), las lesiones se exacerbaron y extendieron. Anamnesis sistémica (-). Antecedentes patológicos: 4 meses antes infección aguda por COVID-19 + fibrilación auricular aguda. Tratamiento actual: bisoprolol 5 mg/día, valsartán 160 mg/día, lercanidipina 10 mg/día. Examen físico: buen estado general, afebril. Lesiones purpúricas, máculo-papulosa (palpables) en abdomen, cara interna de brazos y miembros inferiores con predominio periumbilical, glúteos, dorso de pies. Resto



sistemas y aparatos S/P. Laboratorio: hemograma, plaquetas, función renal, hepatograma, sedimento orina normal, FAN (-) ANCA P y C (-) MPO y PR3 (-) crioglob (-) C3C4 normal HIV(-) VHC(-) VHBAgS (-). Se descarta infección activa y compromiso sistémico. Se realiza biopsia piel que informa vasculitis leucitoclástica. Se indica tratamiento meprednisona 8 mg VO con resolución del cuadro y buena evolución.

**Conclusiones:** Hasta el momento se han reportados 17 casos de diferentes tipos de vasculitis asociadas a vacunación COVID-19. Los tipos más frecuentes fueron vasculitis cutáneas, asociada ANCA y púrpura Schönlein Henoch. La relación entre las vacunas y las vasculitis permanece aún en debate.

0108

## EVENTOS ADVERSOS AUTOINMUNES ASOCIADOS A TERAPIA CON ANTAGONISTAS DE FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA. COMUNICACIÓN DE NUEVE CASOS

Federico CECCATO<sup>1</sup>, Gabriela Analia BORTOLOTTO MUGNOS<sup>2</sup>, Clarisa Andrea SANDOBAL<sup>3</sup>, Nadia BENZAQUÉN<sup>4</sup>, Julia RIERA<sup>5</sup>, Javier Alberto CAVALLASCA<sup>6</sup>

<sup>1</sup>SANATORIO ESPERANZA, <sup>2</sup>CENTRO MÉDICO OROÑO, <sup>3</sup>HOSPITAL PROTOMÉDICO, <sup>4</sup>SANATORIO DIAGNÓSTICO, <sup>5</sup>CEMAFE, <sup>6</sup>HOSPITAL ITURRASPE

**Introducción:** Desde la introducción de las terapias biológicas, el pronóstico de los pacientes reumáticos ha mejorado significativamente. Más de un millón de pacientes ha sido tratado con drogas biológicas, principalmente agentes anti-TNF alfa para una variedad de enfermedades reumáticas, digestivas y dermatológicas. Actualmente, 5 agentes anti TNF alfa están aprobados: etanercept, infliximab, adalimumab, certolizumab pegol y golimumab. Todos los fármacos se han estudiado y demostraron perfiles aceptables de seguridad y tolerabilidad. Sin embargo, se han comunicado reacciones adversas que incluyen infecciones, malignidad, insuficiencia cardíaca congestiva, citopenias y reacciones infusionales o en el sitio de inyección. Recientemente se ha comunicado un número creciente de eventos adversos autoinmunes (tanto sistémicos como órgano-específicos), asociados al uso de terapia biológica, especialmente anti TNF alfa.

**Objetivos:** comunicar nueve pacientes tratados con anti TNF alfa que desarrollaron eventos adversos autoinmunes.

**Materiales y Métodos:** se identificaron pacientes con enfermedades reumáticas que recibieron tratamiento con antagonistas del TNF alfa y que posteriormente desarrollaron algún evento adverso autoinmune. Se recopilaron datos demográficos, manifestaciones clínicas, resultados de laboratorio, estudios de imágenes, tratamiento concomitante y específico al momento del evento adverso autoinmune. Para evaluar la relación causal entre el uso de antagonistas del TNF alfa y el desarrollo de eventos autoinmunes, se utilizó en cada paciente el score de Naranjo. Brevemente, es un score de evaluación de causalidad utilizado para determinar la probabilidad de que un evento adverso sea inducido por medicamentos; consta de 10 preguntas con puntuaciones que van de -2 a +2. La suma de la puntuación determina la probabilidad de un evento adverso asociado a medicamentos de la siguiente manera: definitivo  $\geq 9$ , probable 5 a 8, posible 1 a 4 y dudoso  $\leq 0$ . Este score se ha validado previamente y se ha utilizado en estudios previos (Naranjo CA, et al. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. Clin Pharmacol Ther 1981; 30: 239-45).

**Resultados:** En su mayoría mujeres (7/2), con un promedio edad de 52 años (23-64). La enfermedad de base por la cual se indicó terapia con anti TNF alfa fue artritis reumatoidea (n=8) y espondilitis anquilosante (n=1), y los fármacos utilizados fueron etanercept (n=4), certolizumab pegol (n=2) adalimumab (n=2) y golimumab (n=1). Todos los pacientes recibían tratamiento concomitante con metotrexato, 4 pacientes dosis bajas de prednisona (<10 mg prednisona) y 1 hidroxicloroquina. El desarrollo del evento adverso asociado a antagonistas TNF alfa ocurrió entre 1-7 meses del comienzo de tratamiento, excepto en un paciente que apareció 10 años después. Los eventos adversos fueron vasculitis (n=3, solo uno confirmado con biopsia), enfermedad pulmonar intersticial (n=2), alopecia areata universal (n=1), parálisis facial periférica (n=1), psoriasis (n=1) y eosinofilia (n=1). Todos los pacientes recibieron tratamiento específico y la mayoría, excepto uno, resolvió el evento adverso. El score de Naranjo sugirió una asociación de causalidad a reacción adversa a medicamento, probable, en todos los casos.

**Conclusiones:** Los antagonistas TNF alfa utilizados fueron etanercept, adalimumab, certolizumab pegol y golimumab. Similar a lo descrito en la literatura, en nuestra serie, los eventos adversos autoinmunes más frecuentes fueron cutáneos y pulmonares (aislados a órgano). La frecuencia estimada, según diferentes publicaciones, de un evento adverso autoinmune asociado a terapia biológica es de 8 de cada 10.000 pacientes expuestos. Con las nuevas moléculas y el aumento del uso de productos biológicos, el número y la diversidad de enfermedades autoinmunes inducidas está aumentando exponencialmente. El manejo de estos trastornos será un desafío clínico creciente en la práctica diaria en los próximos años.

0109

## TROMBOCITOPENIA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: ASOCIACIONES CLÍNICAS E IMPLICANCIAS PRONÓSTICAS

Laura SORRENTINO, Adriana HAMAUI, Diana DUBINSKY

SANATORIO GÜEMES

**Introducción:** La trombocitopenia es una de las alteraciones hematológicas más observadas en LES, siendo su incidencia entre el 10% y 40%. Casi siempre es inmunomediada. Sus implicancias clínicas e impacto pronóstico todavía son temas de debate. En una revisión sistemática se observa que la trombocitopenia en LES está significativamente asociada a aumento de riesgo de mortalidad y daño de órgano. En un estudio de cohorte, la mayoría de los pacientes (41,4%) tenía trombocitopenia leve, más de la mitad fue asintomática y solo 3,7% tuvo eventos hemorrágicos importantes. El desarrollo de trombocitopenia grave en cualquier momento durante el transcurso del LES se asoció con un mayor riesgo de muerte. El síndrome del antifosfolípido fue dos veces más común en pacientes con trombocitopenia. En otro estudio, la prevalencia de LES neuropsiquiátrico, vasculitis, miositis, nefritis, lesiones mucocutáneas, pleuritis, fiebre, leucopenia e hipocomplementemia fueron significativamente mayores en pacientes con trombocitopenia. También, el SLEDAI fue significativamente mayor en estos pacientes.

**Objetivos:** Identificar la asociación entre manifestaciones clínicas e implicancias pronósticas en pacientes con LES y trombocitopenia comparado con pacientes sin trombocitopenia.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo analítico. Se recolectaron datos de la historia clínica informatizada de la institución de pacientes con LES criterios ACR/EULAR 2019 o ACR 1982 mayores de 18 años, con trombocitopenia al inicio o durante el curso de la enfermedad y se compararon con pacientes con LES sin trombocitopenia. Se tomaron variables demográficas, características clínicas, serológicas, índices de actividad y daño, sangrado, trombosis, requerimiento de internación, grado de trombocitopenia. Las variables continuas se presentan como media y desvío estándar, las categóricas como números y porcentajes. Las variables categóricas se compararon mediante la prueba de Fisher y las variables continuas mediante la prueba de Student. Las asociaciones entre manifestaciones clínicas y pronósticas entre ambos grupos se realizaron a través de Odds Ratio (OR), con un intervalo de confianza del 95%. Un valor de  $\leq 0,05$  se consideró como estadísticamente significativo.

**Resultados:** Se compararon 14 pacientes con trombocitopenia con una edad media de 38,2 $\pm$ 13,3 años, con 112 pacientes sin trombocitopenia con



Compromiso	Trombocitopenia (n=14)	Sin trombocitopenia (n=112)	Odds ratio (IC)	Valor de p
Anemia hemolítica	2	12	1,38 (0,27-6,96)	0,65
Leucopenia	5	17	3,10 (0,92-10,40)	0,06
Linfopenia	4	4	2,23 (0,62-7,95)	0,24
Renal	4	40	0,71 (0,21-2,44)	0,76
Lupus cutáneo agudo/subagudo	8	54	1,43 (0,46-4,39)	0,58
Lupus discoide	1	14	0,53 (0,06-4,44)	1
Úlceras	8	14	9,3 (2,81-30,91)	0,001
Alopecia	7	33	2,39 (0,77-7,36)	0,136
Artritis	9	46	2,58 (0,81-8,20)	0,15
Artralgias	12	71	3,46 (0,73-16,25)	0,136
Raynaud	8	27	4,19 (1,33-13,17)	0,02
Serositis	6	33	1,79 (0,57-5,57)	0,36
Neurológico	2	7	2,50 (0,46-13,42)	0,26
Síndrome antifosfolipídico	4	7	6,00 (1,49-24,07)	0,02
C3	6	41	1,29 (0,42-4,00)	0,77
C4	10	79	1,04 (0,30-3,56)	1
Anti-Ro	5	55	0,57 (0,18-1,82)	0,4
Anti-La	2	25	0,58 (0,12-2,76)	0,73
Anti-Sm	2	26	0,55 (0,11-2,62)	0,73
Anti-RNP	1	37	0,15 (0,02-1,23)	0,06
Anti-DNA	6	59	0,67 (0,21-2,06)	0,57
Anticardiolipina (igG, igM)	3	6	4,81 (1,05-21,91)	0,08
B2glicoproteína (igG, igM)	3	7	4,09 (0,92-18,12)	0,08
Inhibidor lúpico	2	4	4,5 (0,74-27,19)	0,13

TABLA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE LABORATORIO

una edad media de 41,6±14,3 años (p=0,4), en el primer grupo 78,5% mujeres y en el segundo 86,6% (p=0,42). En el grupo con trombocitopenia se observó una media de SLEDAI 9,3±3,8 y SLICC 0,4±0,2, siendo en el grupo sin trombocitopenia 6,6±4,1 (p=0,02) y 0,1±0,4 (p=0,03) respectivamente. Once pacientes fueron internados en el grupo trombocitopenia y 19 en el grupo sin trombocitopenia (OR=12,7 (3,3-49,3) p=0,001). Las diferencias clínicas y de laboratorio se observan en la Tabla 1. Salvo 1 paciente que evolucionó con trombocitopenia a los 15 años del diagnóstico, el resto tuvo trombocitopenia desde el inicio. Tres pacientes tuvieron sangrados (2 moderados y 1 leve) y 4 pacientes tuvieron trombosis (asociado a SAF). Del total de internaciones (11) 3 fueron por la trombocitopenia. La trombocitopenia fue moderada (50000-100000/mm<sup>3</sup>) en 9 pacientes, grave en 3 (<=50000/mm<sup>3</sup>) y muy grave (<=20000/mm<sup>3</sup>) en 1.

**Conclusiones:** En nuestra cohorte encontramos mayor SLEDAI y mayor índice de daño acumulado, asociación con úlceras mucosas, y mayor frecuencia de síndrome antifosfolipídico en los pacientes con trombocitopenia, al igual que en otras cohortes. En nuestro estudio encontramos asociación entre la presencia de trombocitopenia e internaciones, y clínicamente se asoció con presencia de Raynaud. La mayoría tuvo trombocitopenia moderada y se observó una baja frecuencia de sangrados significativos. Se necesitarían más pacientes y un diseño prospectivo para establecer el valor pronóstico de la trombocitopenia en LES.

0116

**MANIFESTACIONES DE INICIO EN HOMBRES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

Laura SORRENTINO, Fabiola Natalia CAMARGO SERRUDO, Adriana HAMAUI, Diana DUBINSKY  
SANATORIO GÜEMES

**Introducción:** De acuerdo con diferentes reportes, el 4-22% de la población lúpica es masculina. La relación hombre/mujer es mayor en niños en edad prepuberal y luego de la menopausia. Las diferencias de sexo pueden influir en las expresiones clínicas y serológicas, la terapia y los desenlaces. Mientras que el LES es más común en mujeres que en hombres (9:1), se cree que los pacientes varones tienen una enfermedad más grave, en términos de manifestaciones clínicas y pronóstico, con mayor compromiso renal, anomalías serológicas tales como hipocomplementemia y anti-DNA. Además, las complicaciones cardiovasculares son más frecuentes en hombres, contribuyendo al incremento de daño de órgano. El sexo masculino es un factor de riesgo de muerte prematura en LES.

**Objetivos:** Establecer la severidad de manifestaciones de inicio en hombres con LES en comparación con mujeres.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, analítico. Se incluyeron pacientes con LES criterios ACR/EULAR 2019 o ACR 1982 de sexo masculino y femenino mayores a 18 años. Se excluyeron pacientes cuya historia clínica estuviera incompleta. Se recolectaron sexo, edad, retraso diagnóstico, manifestaciones según criterios ACR/EULAR 2019, debut en hospitalización, SLEDAI y SLICC al diagnóstico. Las variables continuas se presentan como medias y desvío estándar, y las categóricas como números y porcentajes. Las variables categóricas se compararon mediante la prueba de Chi-cuadrado o de Fisher y las continuas mediante la prueba de Student. Las asociaciones entre ambos grupos se realizaron a través de Odds Ratio (OR), con un intervalo de confianza del 95%. Una p <0,05 se consideró como estadísticamente significativa.

**Resultados:** Se incluyeron 22 hombres y 132 mujeres, con una edad media al diagnóstico de 39,5±14 y 40,9±14,4 años respectivamente (p=0,68). El retraso diagnóstico en meses fue 20,1±38,5 en hombres, y 3,6±11,1 en mujeres (p=0,0001). Al diagnóstico 100 % de los

	Hombres (n=22)	Mujeres (n=132)	Odds ratio (IC)	p
Fiebre	5	10	3,58 (1,09-11,76)	0,04
Leucopenia	3	24	0,71 (0,19-2,59)	0,76
Trombocitopenia	4	10	2,71 (0,76-9m56)	0,11
Anemia hemolítica	2	14	0,84 (0,17-3,99)	1
Delirio	2	2	6,50 (0,86-48,78)	0,098
Psicosis	1	0	N/A	
Convulsiones	0	1	N/A	
Alopecia	3	36	0,42 (0,11-1,50)	0,28
Úlceras orales	6	48	0,65 (0,24-1,78)	0,47
Lupus discoide	3	7	2,82 (0,67-11,85)	0,15
Lupus cutáneo agudo	6	31	1,22 (0,44-3,39)	0,78
Serositis	8	18	3,6 (1,33-9,84)	0,014
Artralgias	12	36	3,2 (1,27-8,05)	0,023
Artritis	9	25	2,96 (1,14-7,69)	0,029
Proteinuria ≥0,5	8	8	8,85 (2,87-27,28)	0,001
Clase II o V	4	3	9,55 (1,97-46,2)	0,008
Clase III o IV	4	8	3,4 (0,94-12,61)	0,07

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS AL DEBUT

hombres y 65 % de las mujeres (p=0,001) cumplían criterios ACR/EULAR 2019. Once hombres y 23 mujeres requirieron hospitalización en el debut (OR=4,7 IC 1.8 – 12.2 p= 0,002). La media de SLEDAI en hombres fue 8,8±5,9 y en mujeres 5,8±2,6 (p=0,0001), y de SLICC 0,5±0,8 y 0,1±0,4 respectivamente (p=0,007). 10 hombres y 29 mujeres requirieron pulsos de corticoides al inicio de la enfermedad (OR= 2.9 IC 1.1-7.5 p=0,03). Cuatro hombres y 32 mujeres recibieron ciclofosfamida (p=0,78).

**Conclusiones:** En nuestra cohorte se observó mayor retraso diagnóstico, lo que explicaría que el 100% debutó cumpliendo criterios ACR/EULAR 2019. También esto podría explicarse por la baja sospecha de LES en hombres. También se observó en los hombres, mayor debut en internación, mayor SLEDAI y SLICC al diagnóstico, lo que podría deberse a la demora diagnóstica. En cuanto a las manifestaciones clínicas y serológicas, se encontró mayor frecuencia de fiebre (al igual que en la cohorte GLADEL 2005), serositis, artralgias/artritis, proteinuria y glomerulonefritis clase II o V, Anti-DNA, Anti-RNP e hipocomplementemia. Si bien la clase histológica de nefritis lúpica en nuestra cohorte es de mejor pronóstico, el resto de los hallazgos podría sugerir que el debut en hombres es más severo.

**LA CARGA DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA: MÁS ALLÁ DE LA INFLAMACIÓN**

Julietta DANIELE, Boris KISLUK, Luis Ignacio MARTÍNEZ AMEZAGA, Leonel Ariel BERBOTTO, Albertina María GHELFI, Guillermo BERBOTTO, Jorge Guillermo KILSTEIN

HOSPITAL EVA PERÓN BAIGORRIA

**Introducción:** La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad reumática crónica caracterizada por inflamación poliarticular y compromiso sistémico. Puede afectar seriamente la calidad de vida del individuo. Evaluar aquellos factores que condicionan y determinan el nivel de actividad de dicha enfermedad representa un verdadero desafío. Así, se reconocen entre otros, que la ansiedad genera un gran impacto en la morbimortalidad de los pacientes, especialmente en aquellos que presentan mayor disfuncionalidad asociada a su patología de base. Resulta de interés evaluar el nivel de ansiedad y el impacto sobre la actividad de la enfermedad.

**Objetivos:** Analizar si los niveles de ansiedad condicionan el nivel de actividad de la artritis reumatoidea. Secundariamente, relacionar el nivel de ansiedad con la capacidad funcional, calidad de vida y las características socioeconómicas de los pacientes.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, analítico y descriptivo, de tipo prospectivo, de pacientes evaluados consecutivamente por diagnóstico de AR en consulta externa de un hospital público de tercer nivel de complejidad. El estudio se realizó entre el 01 de enero y el 01 de octubre de 2021. Se evaluaron: edad, sexo, lugar de procedencia, presencia de hábito tabáquico y étlico, sedentarismo, horas de sueño diario, años de evolución de la enfermedad, valor de factor reumatoideo y anticuerpos antipéptido citrulinados, tratamiento con corticoides, drogas convencionales y otras, actividad de AR medida por DAS-28 con velocidad de eritrosedimentación (VES), valor de proteína C reactiva (PCR) e interleuquina 6 (IL-6). Los siguientes instrumentos fueron utilizados: para medir nivel de ansiedad: GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder-7*); valoración de nivel socio-demográfico: escala de Graffar-Mendez; capacidad funcional: *Health assesment questionnaire* (HAQ) y calidad de vida, a partir de los 5 los dominios del EQ-5D (EuroQol-5D). Se realizó análisis descriptivo de las variables incluidas. Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes, las variables cuantitativas de distribución simétrica como medias y desvíos estándar ( $\pm$ ), y las cuantitativas de distribución asimétrica como medianas y rango intercuartilo (Q3-Q1). Para comparación de medias se usó t de Student o U de Mann Whitney. Se compararon proporciones con  $\chi^2$ . Se consideró significativa  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 40 pacientes de los cuales el 82,5% (n=33) fue mujer, la edad media fue 49,7 años  $\pm$  9,2 años. El 42,5% (n=13) era tabaquista, 20% (n=10) ex tabaquista, 22,5% (n=9) tenía consumo problemático de alcohol. El 72,5% (n= 29) era sedentario. El 22,5% (n=9) dormía menos de 6 horas por día. El puntaje de Graffar medio fue de 14,3  $\pm$  2,3. Los años de evolución fueron 10,7  $\pm$  8,3. (máx 30 años). La media de VES fue de 12,5 [8-7] PCR 2,3 mg/dl [42-0], IL-6 11,6 pg/ml [64,8-1,5], FR 269 [1204-4], ACPA 292 [505-7]. El 75% (n=30) se encontraba realizando tratamiento con corticoides, el 85% (n=34) con DARMES y el 5% (n=2) con biológicos. La media de DAS28 fue de 3,43  $\pm$  1,66. Se encuentran en actividad el 69,2% (n=27), de los cuales el 55% (n=15) era leve, 14,8% (n=4) moderada, y 29,6% (n=8) severa. El HAQ medio fue de 0,99 [2,87-0]. Con respecto a las esferas evaluadas por EQ-5D, quienes tuvieron algún problema con la movilidad representó el 50% (n=20); el 72,5% (n=2) no vio afectado su cuidado personal, mientras que el 25% (n=10) tuvo algunos problemas y un 2,5% fue incapaz de resolverlo. Respecto a las actividades de todos los días, un 40% (n=16) presentó problemas, 7,5% (n=3) fue incapaz de realizarlas. Al evaluar dolor/malestar, 55% (n=22) refirió nivel moderado y 22,5% (n=9) severo. Por último, en el quinto dominio de este instrumento: ansiedad/depresión, 35% (n=14) presentó nivel moderado y 25% (n=10) nivel severo. Con respecto a la ansiedad medida por GAD, la media fue de 8 (21-0), de los cuales el 37,5% (n=15) tenía ansiedad leve, el 10% (n=4) moderada y 20% (n=8) severa. No se halló relación estadísticamente significativa entre GAD-7 y los índices de actividad de la enfermedad. Respecto del contexto sociodemográfico, se destaca que quienes presentaron ansiedad severa tuvieron una media de Graffar de 16,12  $\pm$  1,95 vs los que no 13,88  $\pm$  2,16 ( $p=0,011$ ). Respecto de la capacidad funcional, los pacientes con ansiedad grave presentaron una media de HAQ de 1,69  $\pm$  0,66 vs 0,82  $\pm$  0,8 (min 0 max 2.87) para los que no tenían ansiedad grave ( $p=0,004$ ). Respecto de los dominios de EQ-5D, los pacientes que tuvieron problemas con el cuidado personal (Dominio 2, nivel 2) tuvieron un GAD-7 de 11,45  $\pm$  6,65 vs 4,55  $\pm$  3,36 los que no tenían problemas en este dominio ( $p<0,001$ ). Los pacientes que no tuvieron problemas en las actividades diarias (Dominio 3), presentaron una media de GAD-7 de 4,9  $\pm$  4,8, los que tuvieron algunos problemas, fue de 11,9  $\pm$  5,6 y los que fueron incapaces, de 11,5  $\pm$  9,2 ( $p<0,001$ ).

**Conclusiones:** No se halló diferencia significativa entre los niveles de actividad de la artritis reumatoidea y los de ansiedad. Sin embargo, sí encontramos buena correlación entre ansiedad severa y peor perfil socioeconómico, así como también, en aquellos con mayor deterioro de la capacidad funcional. Más aún, quienes se vieron afectados particularmente en su cuidado personal como en las actividades cotidianas, presentaron mayores niveles de ansiedad. Entendemos que esto refleja que, en la subjetividad del paciente, tiene mayor impacto la realidad socioeconómica en la que se encuentra inserto y el compromiso funcional que la enfermedad le ocasiona, más allá del score de actividad articular.

**DESARROLLO DE ESCLEROSIS SISTÉMICA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO Y FENÓMENO DE RAYNAUD**

Andrés Leonardo MARTÍNEZ PERDOMO, Constanza Belén ARGUISSAIN, María Natalia TAMBORENEA, Vanesa BEJARANO, Anastasia SECCO

HOSPITAL RIVADAVIA

**Introducción:** El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad crónica autoinmune de afectación glandular y extraglandular, siendo el fenómeno de Raynaud (FR) una manifestación extraglandular de prevalencia variable pero frecuente, puede presentarse como manifestación sistémica de la enfermedad y eventualmente evolucionar a un síndrome de superposición con esclerosis sistémica; de allí la importancia de identificar a la esclerosis sistémica, especialmente la muy temprana, en este grupo de pacientes.

**Objetivos:** Evaluar la presencia de FR en una cohorte de pacientes con diagnóstico de SSp. Estimar la frecuencia de esclerosis muy temprana y describir las características clínicas e inmunológicas en este grupo de pacientes. Determinar la frecuencia de desarrollo de esclerosis sistémica (SSc) en los pacientes con diagnóstico de SSp y FR.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, con recolección retrospectiva de los datos. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SSp según criterios clasificatorios SSp 2002 y/o ACR EULAR 2016 y presencia de FR durante cualquier momento del seguimiento, por el servicio de Reumatología de un hospital público de la ciudad de Buenos Aires. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico de síndrome de Sjögren secundario y quienes presentaban diagnóstico de síndrome de superposición SS-SSc en la primera valoración médica. Para identificar la presencia de esclerosis muy temprana se determinó la presencia de FR asociado a autoanticuerpos marcadores de SSc (anti-Scl-70, anticentrómero

(ACA), anti ARN polimerasa III, anti Pm-Scl, o anti-Th/to) y/o patrón esclerodermiforme (SD) en la capilaroscopia de lecho ungueal. El diagnóstico de SSc se determinó mediante criterios ACR/EULAR 2013. Las variables continuas se describieron como media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC), según distribución y tamaño muestral. Las variables categóricas se expresaron en porcentajes.

**Resultados:** Se incluyó un total de 207 pacientes con diagnóstico de SSp. El 100% era de sexo femenino. La media de edad en años fue de 58,34 (±13,55). La media de tiempo de seguimiento de el SSp en meses fue de 111,34 (±62,63). El 15,45% (n:32) de los pacientes con SSp presentaba FR. La mediana del tiempo de evolución del FR fue de 113 meses (ric: 45-168). En cuanto a los hallazgos en la capilaroscopia el 8% (n:2) de los pacientes presentó un resultado normal, el 32% (n:8) hallazgos inespecíficos, el 32% (n:8) SD temprano, 24% (n:6) SD activo y el 4% (n:1) SD tardío. El 56,2% (n:18) de los pacientes con SSp y FR cumplía criterios para esclerosis sistémica muy temprana con una mediana en el tiempo de seguimiento de 55 meses (ric: 30-73), de estos el 52,9% (n:9) cumplió criterios por capilaroscopia sin anticuerpos específicos, el 11,76% (n:2) por capilaroscopia con anticuerpos específicos y el 35,29% (n:6) de los pacientes por anticuerpos específicos; en estos predominó el anticuerpo anticentrómero (ACA) con 83,3% (n:5) y el anti Pm-Sc 16,6% (n:1). Del total de pacientes con SSp y FR, el 15,63% (n:5) desarrolló esclerosis sistémica luego de una mediana de seguimiento de 62 meses (ric: 24-63), todos en su variante limitada. El 100% de los pacientes que desarrolló SSc fue ACA positivo (n:6).

**Conclusiones:** Encontramos una frecuencia de FR en nuestra población de pacientes con SSp, similar a la descrita en diversas series (13% al 30%). Más de la mitad de este grupo de pacientes cumplió criterios para esclerosis sistémica muy temprana durante el seguimiento, siendo la capilaroscopia alterada el criterio más frecuentemente observado. El 16,6% de estos pacientes evolucionó a ES, presentando en su totalidad la variante limitada. Según los hallazgos del presente trabajo, resaltamos la importancia de evaluar la presencia de FR en este grupo de pacientes, debido a que una proporción importante cumplió criterios para esclerosis muy temprana, lo cual podría tener importantes implicancias pronósticas y terapéuticas. Por último, destacamos la importancia de la capilaroscopia en el estudio de estos pacientes.

0119

### HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EN PACIENTES CON VASCULITIS ASOCIADA A ANCA (VAA)

Julia SCAFATI<sup>1</sup>, Máximo COSENTINO<sup>1</sup>, María Victoria MARTIRE<sup>2</sup>, Claudia Elizabet PENA<sup>1</sup>, Lucila GARCÍA<sup>1</sup>, Mercedes Argentina GARCÍA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HIGA SAN MARTÍN, LA PLATA, <sup>2</sup>HIGA SAN ROQUE DE GONNET

	Con HAD	Sin HAD	p
Edad al diagnóstico (años)	46 (RIQ 36,5-63)	53 (RIQ 42-61)	0,608
Sexo femenino	48 (65,7%)	16 (51,6%)	0,236
GPA	16 (51,6%)	35 (47,9%)	0,643
PAM	13 (41,9%)	23 (31,5%)	0,329
EGPA	2 (6,5%)	15 (20,5%)	0,084
C. general	23 (74,2%)	56 (76,6%)	0,729
C. musculoesquelético	12 (38,7%)	36 (49,3%)	0,291
C. cutáneo	6 (19,3%)	26 (35,6%)	0,056
C. ORL	8 (26%)	40 (55%)	0,014
Nódulos pulmonares	7 (22,6%)	15 (20,5%)	0,766
C. cardíaco	4 (12,9%)	9 (12,3%)	0,953
C. renal	30 (96,8%)	32 (44%)	<0,001
Hemodiálisis	12 (28,7%)	9 (12,32%)	0,002
SNP	3 (9,7%)	37 (50,7%)	<0,001
ANCA C	16 (51,6%)	37 (52,1%)	0,919
ANCA P	17 (54,8%)	28 (40%)	0,179
PR3	13 (44,8%)	27 (45%)	0,993
MPO	16 (51,6%)	22 (30,1%)	0,037
Anemia	30 (96,8%)	35 (48,6%)	<0,001
Trombocitosis	7 (25%)	19 (21,4%)	0,649
Eosinofilia	1 (3,2%)	16 (23,8%)	0,053
ERS	64 (DS 39,5)	65 (DS 34)	0,529
PCR	85 (RIQ 28,4-153,5)	25 (RIQ 6,2-84,2)	0,547
BVAS	20 (RIQ 18-24,5)	14 (RIQ 11-21)	0,215
FFV	1 (RIQ 1-1)	0 (RIQ 0-1)	0,425
Mortalidad	7 (22,6%)	12 (16,43%)	0,422

TABLA 1: DEBUT DE LA ENFERMEDAD.

de su enfermedad, con mayor frecuencia en aquellos positivos para ANCA P y MPO, con compromiso renal asociado. Todos los pacientes habían realizado tratamiento de inducción con ciclofosfamida EV (100%), rituximab (33,3%), plasmaferesis (89%) y mantenimiento con azatioprina (78%). De todas formas, no pudo establecerse asociación estadísticamente significativa entre las variables analizadas y recaída de HAD debido al pequeño tamaño muestral. La mortalidad general fue de 18,26%, sin diferencia entre los pacientes que presentaron HAD y aquellos que no.

**Conclusiones:** En esta cohorte argentina de pacientes con VAA hallamos que la prevalencia de HAD en pacientes con VAA se condice con lo encontrado en la literatura. En nuestro estudio, podemos observar la asociación entre dicha manifestación y a la presencia de positividad para ANCA MPO, a diferencia de lo observado en la literatura donde la especificidad antigénica PR3 se asoció más frecuentemente a HAD. Sin embargo, la forma clínica más comúnmente vinculada a HAD fue la PAM. Encontramos relación entre HAD y compromiso renal con necesidad de hemodiálisis de modo similar a lo reportado en la literatura, ya que la gran mayoría de los pacientes con HAD coexiste con compromiso renal, llegando la mitad a requerir terapia de reemplazo renal contribuyendo a largo plazo a peor morbimortalidad. Si bien se sabe que ciertos factores de riesgo como un episodio de HAD previo y compromiso renal se asocian a mayor probabilidad de recaída de la enfermedad, no pudimos analizar dicha relación debido al pequeño número de casos encontrados.

## INFECCIÓN PROLONGADA POR SARS-COV-2 Y AUSENCIA DE SEROCONVERSIÓN EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON RITUXIMAB

Boris KISLUK<sup>1</sup>, Julieta DANIELE<sup>1</sup>, Leonel Ariel BERBOTTO<sup>1</sup>, Franco Rafael DIPALO<sup>1</sup>, Albertina María GHELFI<sup>1</sup>, Marcelo Adrián MARIÑO<sup>2</sup>, Jorge Guillermo KILSTEIN<sup>1</sup>, Guillermo BERBOTTO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, GRANADERO BAIGORRIA, <sup>2</sup>SANATORIO BRITÁNICO

**Introducción:** Aisladas observaciones han sugerido que el curso clínico de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) podría ser menos favorable en pacientes con enfermedades autoinmunes y onco-hematológicas que reciben rituximab, como consecuencia de la incapacidad en el desarrollo de una óptima respuesta humoral por depleción de linfocitos B, determinando casos de curso prolongado, recurrentes o incluso mortales.

**Objetivos:** Describir el curso clínico, analítico, serológico, virológico y radiológico de dos pacientes con neumonía severa por síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus (SARS-CoV-2) en tratamiento con rituximab.

**Materiales y Métodos:** Se reportan dos casos que cursaron internación en dos instituciones distintas entre agosto de 2020 y julio de 2021, con diagnóstico confirmado de infección por SARS-CoV-2 por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tratamiento con rituximab.

**Resultados:** Caso 1: Mujer de 59 años con antecedente de linfoma no Hodgkin esplénico de células B y lupus eritematoso sistémico en tratamiento con R-CHOP, actualmente en fase de mantenimiento con rituximab, consulta por odinofagia, tos seca y fiebre presentando resultado positivo en la PCR para SARS-CoV-2. Seis semanas después es ingresada al hospital por presentar neumonía severa por SARS-CoV-2 con PCR persistentemente positiva sin seroconversión serológica. Recibió tratamiento con dexametasona y antibióticos. Por presentar progresión de la insuficiencia respiratoria con requerimiento de intubación orotraqueal, es derivada a Unidad de Cuidados Intensivos falleciendo a las 48 horas.

Caso 2: Mujer de 53 años con antecedente de granulomatosis con poliangeítis en tratamiento con rituximab y meprednisona 4 mg/día, consulta inicialmente por presentar rinorrea, odinofagia y fiebre presentando resultado positivo en la PCR para SARS-CoV-2. Cinco semanas después, agrega tos seca y disnea progresiva por lo que es internada, presentando PCR positiva de manera persistente sin desarrollo de anticuerpos, con diagnóstico de neumonía severa a SARS-CoV-2. Recibió tratamiento con dexametasona y antibióticos. Por progresión de la insuficiencia respiratoria con requerimiento de ventilación no invasiva con interfase tipo helmet, se inició tratamiento con inmunoglobulinas equinas fragmentos F (ab) anti-SARS-CoV-2 con rápida mejoría.

**Conclusiones:** Debido a que el control de COVID-19 depende del sistema inmunológico, los pacientes con una insuficiente inmunidad humoral (IH) por depleción de células B CD20+ podrían tener una mayor diseminación del virus, un curso clínico atípico, prolongado, peor pronóstico y mayor mortalidad. En este contexto, el empleo de inmunización pasiva con plasma de convalecientes o suero equino hiperinmune anti SARS-CoV-2 podría ser una opción razonable para los pacientes con una IH defectuosa.

## DETECCIÓN DE FIBROMIALGIA ASOCIADA EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS DE RODILLA SEGÚN EL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SALUD MULTIDIMENSIONAL/HERRAMIENTA DE DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DE FIBROMIALGIA SIMPLE CON FATIGA (MDHAQ /FAST3-F)

Yessica María PONCE DELGADO<sup>1</sup>, Oscar L. RILLO<sup>1</sup>, Alejandro BRIGANTE<sup>2</sup>, Oscar Ángel LEONARDI<sup>1</sup>, Emerson RAAD<sup>1</sup>, Galo SALTOS FARINANGO<sup>1</sup>, María Cristina LUNIC<sup>3</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL PIROVANO, <sup>2</sup>SANATORIO GÜEMES, <sup>3</sup>HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, CABA

**Introducción** La osteoartritis (OA) representa la patología articular más prevalente y la mayor causa de dolor musculoesquelético. En mayores de 45 años, la prevalencia de OA de rodillas (OAR) sintomática es el 16%. Tiene origen multifactorial con síntomas localizados en las articulaciones afectadas y su tratamiento se dirige al control del dolor, la inflamación y preservar la funcionalidad. En ocasiones se asocia a depresión (20%) y/o fibromialgia (FM), lo que puede complicar la interpretación clínica, sobrestimando el dolor y confundiendo su real etiología, en especial en pacientes con dolor neuropático. Se ha comunicado que su prevalencia va de 0,5 a 5%. Recientemente se la ha reconocido por medio del cuestionario de evaluación de salud multidimensional/herramienta de detección y evaluación de fibromialgia simple con fatiga (MDHAQ/FAST3-F). Determina la función física, el dolor y la evaluación global de la enfermedad por el paciente a través del RAPID3 (*Routine Assessment of Patient Index Data 3*) y puede detectar la FM asociada a otros trastornos. Grandes series concluyen que el FAST3-F con puntaje 2/3 presentaron buena concordancia con los criterios de FM de 2011 según el ACR obteniendo una sensibilidad del 77,8% y una especificidad del 92,4%.

**Objetivos:** General: detectar la presencia de FM asociada a pacientes con OAR empleando el MDHAQ/FAST3-F. Específico: determinar la relación de las características clínicas e imagenológicas de los pacientes con OAR y los resultados del FAST3-F.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes de ambos sexos, con diagnóstico de OA temprana y establecida de rodilla de nuestra comunidad, según los Criterios de Clasificación de Luyten 2017 y Altman 1986 del Colegio Americano de Reumatología (ACR) respectivamente aplicando el cuestionario MDHAQ/FAST3-F.

**Resultados:** Se incluyeron 100 pacientes (OA temprana y establecida de rodilla según los criterios de Luyten y del ACR respectivamente) con una edad mediana de 58 (RIC 16) y sexo femenino 72 (72%). Se registraron OA primaria en 90 (90%) pacientes con una escala de Kellgren y Lawrence de 1 en 12%, 2 en 80% y 3 en el 8% de los casos. La actividad de la enfermedad por RAPID 3 fue baja en el 4%, moderada en el 38% y alta en el 58% de los pacientes. La cohorte presentaba una mediana de dolor (EVA) de 60 (RIC 60) con ausencia de dolor neuropático (DN4) en el 90% de los pacientes. Se registró depresión (PHQ9) en un 29% de los casos. Cumplieron los criterios FAST3-F para FM asociada 31 pacientes (31%). Encontramos asociaciones entre algunas variables como EVA dolor, evaluación global de la enfermedad por el paciente y el médico, con una mediana superior en pacientes con FAST3-F ( $p < 0,0001$ ). Tiempo de evolución de OA en meses en pacientes con FAST3-F fue de 48 (RIC 12) vs 36 (RIC 24) que no cumplieron criterios para FAST3-F ( $p < 0,0001$ ). Además, se pudo apreciar una asociación moderada entre la presencia de FAST3-F, la actividad de la enfermedad ( $p < 0,0001$ ) y la escala de Kellgren y Lawrence ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** La OA generalmente se diagnostica fácilmente, pero puede ser compleja, particularmente en pacientes que cumplen con los criterios de otras enfermedades reumáticas. En nuestro trabajo el 31% cumplió criterios de MDAQ/FAST3-F y encontramos que algunas variables (EVA del dolor, RAPID3) se asociaron con la presencia de FM; esto podría sobrevalorar la causa del dolor del paciente y, por consiguiente, influir en un tratamiento específico y oportuno.



**IMPACTO DEL PERFIL DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDICOS SOBRE EL DAÑO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

	SDI 0 (n=773)	SDI 1-2 (n=724)	SDI >2 (n=193)	p-value
Edad mediana (Q1, Q2)	33,8 (25,6-43,8)	39,2 (29,1-49,4)	44,4 (33,4-55,3)	<0,001
Sexo femenino, n(%)	772 (93,4%)	644 (89,0%)	175 (90,7%)	0,006
SLEDAI mediana (Q1, Q3)	1,00 (0-4,00)	2,00 (0-4,00)	2,00 (0-6,00)	<0,001
Duración de lupus mediana (Q1, Q2)	5,00 (2,00-10,0)	8,00 (3,00-14,0)	12,0 (6,00-20,0)	<0,001
aGAPSS mediana (Q1, Q2)	0 (0-3,00)	1,00 (0-5,00)	3,00 (0-5,00)	<0,001
HTA, n(%)	109 (14,5%)	195 (27,6%)	77 (41,6%)	<0,001
Dislipidemia, n(%)	100 (15,1%)	136 (20,9%)	53 (30,6%)	<0,001
Diabetes, n(%)	12 (1,55%)	32 (4,42%)	13 (6,74%)	<0,001
Tabaquismo, n(%)	131 (18,2%)	161 (23,9%)	48 (25,9%)	0,025
Aspirina presente y pasado, n(%)	80 (11,9%)	156 (25,3%)	34 (21,1%)	<0,001
Anticoagulantes orales presente y pasado, n(%)	24 (3,39%)	76 (11,6%)	26 (14,6%)	<0,001
Corticoides presente y pasado, n(%)	400 (55,3%)	403 (60,1%)	139 (76,0%)	<0,001
Dosis máxima de prednisona >10 mg/día, n(%)	496 (76,7%)	494 (82,2%)	142 (82,1%)	0,037
Hidroxicloroquina pasado y presente, n(%)	665 (92,6%)	589 (87,6%)	138 (76,7%)	<0,001
Anticardiolipina IgM positivo, n(%)	92 (14,5%)	140 (21,9%)	45 (26,0%)	<0,001
Anticardiolipina IgG positivo, n(%)	101 (15,9%)	153 (23,9%)	53 (30,6%)	<0,001
Anti B2 glicoproteína 1 IgM positivo, n(%)	38 (7,74%)	51 (10,2%)	13 (10,1%)	0,363
Anti B2 glicoproteína 1 IgG positivo, n(%)	26 (5,33%)	58 (11,7%)	15 (11,7%)	0,001
Anticoagulante lúpico positivo, n(%)	86 (14,6%)	138 (23,0%)	35 (22,2%)	<0,001
SAF, n(%)	52 (7,28%)	130 (18,9%)	39 (21,0%)	<0,001
SAF trombotico, n(%)	40 (5,17%)	120 (16,6%)	43 (22,3%)	<0,001
SAF obstétrico, n(%)	85 (11,0%)	98 (13,5%)	34 (17,6%)	0,037
SAF trombotico y obstétrico, n(%)	5 (0,647%)	23 (3,18%)	10 (5,18%)	<0,001
AAFs negativos, n(%)	631 (81,6%)	520 (71,8%)	132 (68,4%)	<0,001
AAFs simple positivo, n(%)	74 (9,57%)	91 (12,6%)	33 (17,1%)	
AAFs doble positivo, n(%)	50 (6,47%)	77 (10,6%)	13 (6,74%)	
AAFs triple positivo, n(%)	18 (2,33%)	36 (4,97%)	15 (7,77%)	

Sabrina Valeria PORTA<sup>1</sup>, Romina Estefanía NIETO<sup>2</sup>, Rosa SERRANO<sup>3</sup>, Karen ROBERTS<sup>4</sup>, Carla Andrea GOBBI<sup>5</sup>, Lucila GARCÍA<sup>6</sup>, Verónica Gabriela SAVIO<sup>7</sup>, Yohana Soledad TISSERA<sup>7</sup>, Luis LEMA<sup>8</sup>, Carla MALDINI<sup>9</sup>, María Pía IZAGUIRRE<sup>10</sup>, Diego RINESI<sup>10</sup>, Mónica SACNUN<sup>2</sup>, Débora GUAGLIANONE<sup>2</sup>, Mercedes Argentina GARCÍA<sup>6</sup>, María Sofía VELLOSO<sup>6</sup>, Silvia PERÉS<sup>11</sup>, María Cecilia GOIZUETA<sup>12</sup>, Victoria LOBO<sup>12</sup>, Julio Ariel BROLL<sup>12</sup>, Verónica Inés BELLOMIO<sup>13</sup>, María Lilia LEGUIZAMÓN<sup>13</sup>, Adrián Jorge ESTEVEZ<sup>14</sup>, Alejandra Inés ABALO<sup>14</sup>, Mayra ETCHEVERRY<sup>14</sup>, Noelia ANTONIOL<sup>15</sup>, Carlos E. PERANDONES<sup>15</sup>, Cecilia PISONI<sup>16</sup>, María Laura DE LA TORRE<sup>16</sup>, Natalia Lili CUCCHIARO<sup>17</sup>, Florencia VIVERO<sup>18</sup>, Mariela BASTITA<sup>18</sup>, Verónica SAURIT<sup>19</sup>, Nadia Claudine RISCANEVO ANAYA<sup>19</sup>, Jorge Alejandro BRIGANTE<sup>20</sup>, Vanessa Viviana CASTRO COELLO<sup>20</sup>, Diana DUBINSKY<sup>20</sup>, Laura SORRENTINO<sup>20</sup>, Maximiliano Augusto MACHADO ESCOBAR<sup>21</sup>, María Constanza DANIELSEN<sup>22</sup>, Graciela REMONDINO<sup>23</sup>, Verónica NEMAN<sup>23</sup>, Nadia BENZAQUÉN<sup>24</sup>, Alejandra BABINI<sup>25</sup>, Aurelia LUISSI<sup>26</sup>, Marina SCOLNIK<sup>26</sup>, Graciela Noemí GÓMEZ<sup>27</sup>, Paula Beatriz ALBA<sup>28</sup>, Guillermo PONS ESTEL<sup>29</sup>, César LES<sup>30</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL CARLOS G. DURAND, <sup>2</sup>HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO, <sup>3</sup>CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS. GO CREAR, <sup>4</sup>UNISAR, <sup>5</sup>SANATORIO ALLENDE, <sup>6</sup>HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GENERAL JOSÉ DE SAN MARTÍN", <sup>7</sup>HOSPITAL CÓRDOBA, <sup>8</sup>INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGÍA, <sup>9</sup>INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGÍA, <sup>10</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "J.M. RAMOS MEJÍA", <sup>11</sup>HOSPITAL DE INFECCIOSAS DR. FRANCISCO MUÑOZ, <sup>12</sup>SANATORIO 9 DE JULIO, <sup>13</sup>HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, <sup>14</sup>HOSPITAL EL CRUCE, <sup>15</sup>FUNDACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS DE LA INFANCIA (FLENI), <sup>16</sup>CEMIC CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS " NORBERTO QUIRNO", <sup>17</sup>HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, <sup>18</sup>HOSPITAL PRIVADO

DE COMUNIDAD,<sup>19</sup>HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA, <sup>20</sup>SANATORIO GÜEMES, <sup>21</sup>INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, <sup>22</sup>HOSPITAL REGIONAL RAMÓN CARRILLO, <sup>23</sup>CONSULTORIOS LA RIOJA, <sup>24</sup>SANATORIO DIAGNÓSTICO, <sup>25</sup>HOSPITAL ITALIANO CÓRDOBA, <sup>26</sup>HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES, <sup>27</sup>INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS, ALFREDO LANARI, UBA, <sup>28</sup>HOSPITAL CÓRDOBA, MATERNO NEONATAL DE CÓRDOBA, <sup>29</sup>CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (GO-CREAR), GRUPO OROÑO, ROSARIO, <sup>30</sup>GRUPO DE ESTUDIO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (GESAR-LES)

**Introducción:** La presencia de daño en los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) se asocia a peor pronóstico y mayor mortalidad. Los principales factores que contribuyen al mismo son la actividad de la enfermedad, la corticoterapia prolongada y la presencia de anticuerpos antifosfolípidicos (AAFs).

**Objetivos:** Evaluar el impacto del perfil de AAFs sobre el daño en pacientes con diagnóstico de LES.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes con LES que fueron ingresados al Registro Argentino de Anticuerpos Antifosfolípidicos y al Registro de Lupus de la Sociedad Argentina de Reumatología. Se evaluaron variables sociodemográficas, clínicas, serológicas, actividad del LES mediante *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index* (SLEDAI), y el daño medido por el *SLICC Damage Index* (SDI). Las variables continuas fueron expresadas como media y desviación estándar o como mediana y cuartiles, y las categorías como frecuencias y porcentajes. La asociación entre el desarrollo de los eventos de interés con variables se realizó mediante prueba de Chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher. Para determinar de forma conjunta qué variables están asociadas al SDI, se ajustó un modelo de regresión logística.

**Resultados:** Un total de 1.690 pacientes fue incluido en el análisis, de los cuales 1.541 (91,12 %) eran mujeres, con una edad mediana de 37,0 (27,6, 47,2) años. Un total de 221 (13%) pacientes cumplía Criterios de Clasificación Sydney para Síndrome Antifosfolípidico (SAF) (203 trombotico, 217 obstétrico, y 38 trombotico y obstétrico). Respecto del perfil de AAFs, 69 (4,08%) pacientes presentaban triple positividad, 140 (8,28%) doble positividad, 198 (11,72%) eran simples positivos, y 1.283 (75,92%) tenían AAFs negativos. La mediana del SDI=1 (0, 1,00). Un total de 917 (54,26%) pacientes presentó daño, siendo en el 78,95% (n=724) de los casos moderado (SDI=1-2), y en el 21,04% (n=193) severo (SDI >2). La mediana de SLEDAI fue de 2,00 (0, 4,00) y del *Global Antiphospholipid Syndrome Score* ajustado (aGAPSS) 1,00 (0, 4,00). Los pacientes con AAFs negativos presentaron una mediana de SDI de 0 (0, 1,00) mientras que aquellos con AAFs positivos de 1,00 (0, 2,00) (p<0,001). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el perfil de AAFs y actividad LES medida por SLEDAI. Se estudiaron las variables asociadas al SDI luego de ajustar un modelo de regresión logística. Se encontró que la chance de presentar daño (SDI >0) es 6% mayor a medida que la duración de la enfermedad de LES aumenta 1 año [RO= 1,06 IC95 (1,04-1,09)]; 2,6 veces mayor para los que tienen HTA que para los que no [RO= 2,63, IC95 (1,80-3,88)]; 50% mayor para los que recibieron dosis máxima de prednisona >10 mg/día vs <=10 mg/día [OR= 1,51, IC95 ( 1,04- 2,20)]; 2,9 veces mayor para los que tienen SAF trombotico vs SAF obstétrico [OR=2,898, IC95( 1,67-5,22)], 68% mayor para los pacientes Simple positivo para AAFs [OR= 1,67, IC95 ( 1,03- 2,82)]o doble positivo[OR= 1,68, IC95 ( 0,93-3,11) vs negativo; y 93% mayor para los que presentan Triple positivo vs Negativo [OR= 1,94,IC95(1,00-3,88)].

**Conclusiones:** El riesgo de presentar daño es mayor en aquellos pacientes con AAFs. Un adecuado control de factores de riesgo cardiovasculares, la utilización de dosis bajas de corticoides y la evaluación del perfil de AAFs es de vital importancia en este grupo de pacientes.

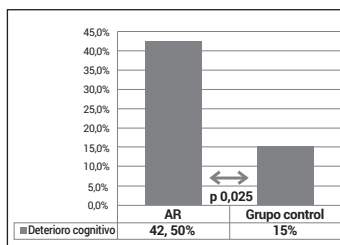


**EVALUACIÓN DE DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

Álvaro Andrés REYES TORRES, Nicolás MARIN, Marina SCOLNIK, Enrique Roberto SORIANO, Javier ROSA, Marcelo RUGIERO, Waleska BERRIOS  
HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES

Características basales	Casos AR (n=40)	Controles (n=20)	p
Sexo femenino, n(%)	33 (82,5)	14 (70)	0,25
Edad, media en años (DS)	66,9 (11,7)	71,4 (10,6)	0,15
Escolaridad, media en años (DS)	13,2 (3)	13,9 (2,7)	0,39
Estatus socioeconómico (GRAFAR):			
Estrato pobreza extrema, n(%)	0	0	-
Estrato obrero, n(%)	1 (2,5)	0	-
Estrato medio bajo, n(%)	28 (70)	17 (85)	0,25
Estrato medio alto, n(%)	11 (27)	3 (15)	0,28
Factor reumatoideo positivo, n(%)	31 (77,5)	N/A	-
Anti CCP positivo, n(%)	33 (89,2)	N/A	-
AR erosiva, n(%)	16 (40)	N/A	-
DAS28-VSG media (DS)	3,03 (1,23)	N/A	-
HAQ media (DS)	0,47 (0,47)	N/A	-
Historia de TBQ (actual o pasado), n(%)	4 (10)	2 (10)	1
DM2, n(%)	3 (7,5)	0	0,21
HTA, n(%)	14 (35)	12 (60)	0,06
DLP, n(%)	9 (22,5)	5 (25)	0,83
ACV, n(%)	0	0	-
Alcoholismo, n(%)	0	0	-
EPOC, n(%)	1 (2,5)	1 (5)	0,61
ERC, n(%)	1 (2,5)	0	0,47
Neoplasia, n(%)	1 (2,5)	0	0,47
Enf. neuropsiquiátrica, n(%)	0	0	-
Hipotiroidismo, n(%)	5 (15)	4 (20)	0,62
Tratamiento con DMARD convencional:			
MTX, n(%)	31 (77,5)	N/A	-
Leflunomida, n(%)	1 (2,5)		
Terapia combinada, n(%)	3 (7,5)		
Corticoide, n(%)	8 (20)	N/A	-
DMARD biológico, n(%)	10 (25)	N/A	-
Inhibidor JAK, n(%)	7 (17,5)	N/A	-

**TABLA: CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS PACIENTES CON AR Y CONTROLES**



**GRÁFICO 1: PREVALENCIA DE DC EN PACIENTES CON AR Y GRUPO CONTROL**

con diagnóstico de artrosis (criterios ACR). Se recolectaron datos sociodemográficos, clínicos, (actividad de la enfermedad, capacidad funcional, comorbilidades, tabaquismo y tratamientos recibidos). A todos los pacientes se les realizó el test MoCA, validado al español, con un valor de corte < 26 para definir en forma dicotómica la presencia o no de DC. Se excluyeron pacientes con otras patologías articulares inflamatorias crónicas, analfabetos, pacientes con déficit visual o limitación motora. Se utilizó estadística descriptiva, se compararon las variables continuas con T test o Wilcoxon según distribución, y las variables categóricas con chi cuadrado o test de Fisher, según supuestos. Se realizó análisis uni y multivariado de regresión logística para detectar factores asociados con la presencia de DC, ajustado por diferentes confundidores. Se consideró como estadísticamente significativo una p < 0,05. Se utilizó para el análisis estadístico el software STATA 16.

**Resultados:** Se incluyeron 40 pacientes con AR y 20 controles, en su mayoría de sexo femenino en ambos grupos, con una edad media de 66.9 (DS 11.7) y 71,4 años (DS10.6) respectivamente. No hubo diferencias estadísticamente significativas en escolaridad, estatus socioeconómico, comorbilidades y tabaquismo entre ambos grupos (Tabla 1). La prevalencia de DC fue significativamente mayor en los pacientes con AR, comparados con el grupo control: 42,5% (IC95% 28-58,5) vs 15% (IC95% 4-40), p 0,026 (Gráfico 1). La atención y la memoria fueron los dominios más alterados dentro del MoCA en los pacientes con AR frente al grupo control. En el análisis multivariado el diagnóstico de AR (OR 8.44, IC95% 1,61-44,33, p0,012) y la edad (OR 1.10, IC95% 1,02-1,19, p0,014) se asociaron en forma significativa con la presencia de DC.

**Conclusiones:** La prevalencia de deterioro cognitivo en nuestros pacientes con AR fue de 42,5%. Los pacientes con diagnóstico de AR y con mayor edad tuvieron significativamente más DC.

**ENCUESTA SOBRE PARTICIPACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN GRUPOS DE AYUDA MUTUA Y USO DE PLATAFORMAS MULTIMEDIA**

María LAZARO<sup>1</sup>, Tini JORDAN<sup>2</sup>, Dora PEREIRA<sup>1</sup>, Leandro Gabriel FERREYRA GARROTT<sup>1</sup>, María Nieves CAPOZZI<sup>1</sup>, Olga LEAL<sup>1</sup>, Víctor CAPUTO<sup>1</sup>, María CEBALLOS<sup>1</sup>, Carolina AUAD<sup>1</sup>, Cristina PETKOVIC<sup>1</sup>, Emilce Edith SCHNEEBERGER<sup>3</sup>

<sup>1</sup>COMISIÓN DE EDUCACIÓN A PACIENTES, SAR, <sup>2</sup>ARTRITIS ALIANZA FEDERAL, <sup>3</sup>INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (IREP)

**Introducción:** En la artritis reumatoide (AR), la decisión compartida del tratamiento con el paciente constituye uno de los principios de la estrategia T2T. La participación de los pacientes con AR en grupos de ayuda mutua (GAM) ayuda a tener mayor conocimiento sobre la enfermedad, así como compartir experiencias vividas e intercambiar consejos para convivir mejor. El amplio acceso a Internet y a las redes sociales permite el acceso a un importante caudal de información y facilita la comunicación entre las personas.

**Objetivos:** Establecer un diagnóstico de situación sobre el impacto de la participación de los pacientes con AR en los GAM y su uso plataformas multimedia.

**Materiales y Métodos:** Estudio de corte transversal. Se invitó a participar de una encuesta a pacientes de ambos sexos=18 años, con diagnóstico de AR según criterios clasificatorios ACR-EULAR 2010. Esta encuesta fue administrada mediante dos modalidades: Internet (formato digital) o presencial (papel impreso) tanto a pacientes que asistan a la consulta reumatológica pública o privada, como a través de los grupos de ayuda mutua, en forma consecutiva. Los pacientes analfabetos, con dificultades en la lectoescritura y no videntes fueron excluidos. La encuesta consistió en: variables sociodemográficas, características básicas de la enfermedad, preguntas relacionadas sobre el conocimiento de la enfermedad y con su participación en redes sociales y grupos de ayuda mutua. Las preguntas podrán ser respondidas de forma variada: por respuestas dicotómicas (SÍ/NO), respuesta de opción múltiple y a través de escala visual numérica (EVN 0-10). Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Prueba de Chi<sup>2</sup>. STATA 14.

**Resultados:** Se analizaron 409 encuestas, dos fueron excluidas por información incompleta. Los pacientes tenían una edad media (X) de 53 años (DS 12,7), 92,5% era mujer, escolaridad X 13 años (DS 5,5), tiempo mediano (m) de evolución de su AR de 14 años (RIC 7-21) y demora al diagnóstico

m 1 año (RIC 0-3). La mayoría de los pacientes provenía de la atención privada (66,1%). Más del 60% llegó a la consulta al reumatólogo derivados por un médico clínico/generalista. El 66,5% de los participantes refirió que el diagnóstico de la AR fue "antes de los 3 meses del inicio de los síntomas" y un cuarto de ellos "antes de los 12 meses". El 87,3% de los encuestados comparte las decisiones de su tratamiento con su reumatólogo y su grado de participación según EVN fue X 6.8 (DS 2.8). Casi el 80% de los pacientes considera que la "decisión compartida" surge de la conversación entre paciente y reumatólogo. Respecto al acceso de la información sobre los medicamentos: 64% es a través de su reumatólogo, 30,5% adiciona algún otro soporte de información (GAM, internet, redes sociales) y en 2,95% es solo a través de GAM. El 74,6% de los encuestados pertenece algún GAM, con una participación por EVN m 5,4 años (RIC 2-8). Además, el 77,5% utiliza herramientas multimedia, siendo la más utilizada Facebook (39,4%) y el 69,7% de los pacientes conoce la página "¿Reuma Quién Sos?". El nivel de conocimiento que consideran tener los pacientes sobre su enfermedad por EVN fue X 6,6 (DS 1.7), 41,1% de ellos conoce el HAQ y 43,6%, el DAS28. La puntuación de la relación con su médico fue muy buena con X 8.62 (DS 1.87) según EVN. Los pacientes participantes de GAM usan más frecuentemente herramientas multimedia para conocer de su enfermedad respecto de aquellos que no participan (84,7% vs 56,7%, p=0,0001), conocen en una mayor proporción la página "¿Reuma Quién Sos?" (74,8% vs 54,8%, p= 0,0001) y tienen mayor conocimiento sobre la enfermedad (conoce HAQ 44,4% vs 31,7%, p=0,01, conoce DAS28 49,1% vs 27,9%, p=0,0001). Los pacientes que utilizan plataformas multimedia para conocer sobre su enfermedad conocen la página "¿Reuma Quién Sos?" (73,5% vs 26,5%, p= 0,0001), pero no saben más respecto a definiciones de AR como HAQ (41,2% vs 58,8%, p=0,43) y DAS28 (44,4% vs 55,6%, p=0,42).

**Conclusiones:** Los pacientes con AR que participan de GAM utilizan en mayor proporción plataformas multimedia, conocen más la página "¿Reuma Quién Sos?" y tienen mayor conocimiento de definiciones de herramientas clinimétricas de la enfermedad. Los pacientes que utilizan plataformas multimedia también conocen en mayor proporción la página "¿Reuma Quién Sos?", pero no se encontró diferencia respecto del conocimiento de definiciones de herramientas clinimétricas de la enfermedad.

0132

### SÍNDROME DE WÜNDERLICH EN UNA PACIENTE CON LES

Maura MARTÍNEZ, María Cecilia GARBARINO, Rafael MARTÍNEZ, Hernán MOLINA, Malena VIOLA, Griselda REDONDO, Darío Oscar MATA, Augusto M. RIOPEBRE, María DE LA VEGA

HOSPITAL ARGERICH

**Introducción:** El síndrome de Wunderlich o hemorragia renal espontánea de causa no traumática es una afección poco frecuente pero potencialmente mortal. Se presenta en forma característica con la tríada de Lenk, que consiste en dolor abdominal y lumbar de comienzo brusco, masa palpable y shock, aunque solo se presenta en el 25% de los pacientes. Con respecto a la etiología, en el 50% de los casos se asocia a etiología tumoral, siendo la enfermedad vascular la segunda en frecuencia, entre las que se destaca la poliarteritis nodosa. Aunque es muy infrecuente, también se ha descrito en lupus eritematoso sistémico (LES), generalmente asociado a alta actividad de la enfermedad.

**Objetivos:** Describir un caso de síndrome de Wunderlich en una paciente con LES con enfermedad renal terminal en hemodiálisis, sin otra afectación sistémica de la enfermedad.

**Materiales y Métodos:** Mujer de 34 años con antecedentes de LES desde 1992 y enfermedad renal crónica con requerimiento de diálisis, en plan de trasplante renal. Ingresa a guardia por mareos, diaforesis, náuseas y vómitos de 5 días de evolución, a lo que agrega dolor lumbar de intensidad 7/10, de carácter opresivo, con irradiación a flanco derecho. Examen físico: dolor a la palpación superficial y profunda en flanco derecho, fosa ilíaca derecha e hipogastrio, sin ortostatismo. Laboratorio: anemia (hematocrito 35 g/dL, hemoglobina 11.3 g/dL), plaquetopenia (34000/mm<sup>3</sup>) y falla renal (urea 106 g/L creatinina 9,2 g/L). Tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis sin contraste: discreto líquido subhepático derecho, riñón derecho forma y contornos alterados por un extenso hematoma subcapsular que se extiende al sector perirrenal y retroperitoneo del lado derecho hasta pelvis, con desplazamiento anterior de asas intestinales y de la cabeza del páncreas, vena cava inferior de contorno mal definido y desplazada en sentido anterior. Se decide pase a unidad cerrada para monitoreo estricto. Es evaluada por cirugía y urología quienes por estabilidad hemodinámica adoptan conducta expectante. Evoluciona con hematocrito estable, sin requerimiento transfusional, con plaquetas en ascenso y ecografía control que evidencia disminución de hematoma retroperitoneal. A los 20 días se externa por buena evolución con tratamiento conservador.

**Conclusiones:** El síndrome de Wunderlich en LES es una entidad infrecuente. Se ha descrito en casos con altos títulos de antiDNA o hipocomplementemia, los cuales no se encontraban alterados en nuestro caso. La hemodiálisis fue un factor predisponente, y coincide con la literatura de una serie de casos. El diagnóstico precoz determina el pronóstico, siendo fundamentales los estudios por imágenes, en particular la TC. La conducta terapéutica depende de la severidad de la hemorragia y el compromiso hemodinámico del paciente, en este caso no se requirió resolución quirúrgica. Es importante la sospecha clínica cuando se presenta dolor abdominal, con antecedente de LES con requerimiento de diálisis.

0133

### TELEMEDICINA: UN DESAFÍO EN EL SEGUIMIENTO DE ÚLCERA DIGITAL CRÍTICA

María Cecilia GARBARINO, Maura MARTÍNEZ, Rafael MARTÍNEZ, Hernán MOLINA, Malena VIOLA, Eliana Soledad BLANCO, Augusto M. RIOPEBRE, Darío Oscar MATA, María DE LA VEGA

HOSPITAL ARGERICH

**Introducción:** Las úlceras digitales son complicaciones frecuentes y graves de las enfermedades autoinmunes como la esclerosis sistémica (ES) o la enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC). Pueden evolucionar hacia necrosis y determinar discapacidad funcional junto a otras complicaciones serias. Es importante instaurar un tratamiento precoz e intensivo, con posterior seguimiento estricto, pero ¿qué pasa si estas complicaciones se manifiestan durante la vigencia del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) iniciado en marzo 2020 en Argentina? La pandemia por COVID 19 impulsó la telemedicina evitando la exposición del personal sanitario y del paciente al contagio, a través de una variedad de aplicaciones y servicios como videoconferencias, correo electrónico, teléfonos inteligentes, comunicaciones inalámbricas, etc. No todos los problemas médicos pueden resolverse con una consulta a distancia, por lo que los profesionales deben aplicar criterios que reconozcan estas situaciones e indiquen cuáles deben complementarse con una consulta presencial. Presentamos el caso de una paciente con úlceras digitales críticas que realizó seguimiento y tratamiento por correo electrónico durante la ASPO.

**Objetivos:** Describir el seguimiento de una paciente con úlceras críticas por correo electrónico durante la ASPO.

**Materiales y Métodos:** Femenina de 26 años, con fenómeno Raynaud desde 2013 y diagnóstico de EMTC desde 2017. Perfil serológico FAN nuclear moteado, RNP y LA positivos al diagnóstico. Inicia en marzo 2020 con exacerbación de fenómeno de Raynaud, dolor en dedos de manos y pies,

refractario al tratamiento instaurado, con progresión tórpida hacia necrosis digital distal y lesiones purpúricas de centro necrótico en cara anterior de pierna y dorso de pie, acompañadas de lesiones livenoides en ambas plantas. El cuadro fue compatible con vasculitis. Se interna en sala de Clínica Médica por isquemia digital crítica. Se realiza tratamiento con enoxaparina, antiagregantes, meprednisona, alprostadil y opiáceos, con buena respuesta y tolerancia. Se realiza biopsia de lesiones dérmicas con hallazgo de lesión compatible con esclerodermia, vasculitis leucocitoclástica y trombosis secundaria. Como intercurencia de la internación presentó bacteriemia por *S. aureus* meticilino sensible, neumonía aspirativa, e insuficiencia renal aguda de causa nefrotóxica, que resuelven con adecuado tratamiento. Se externa en abril 2020 bajo tratamiento con ciclofosfamida y meprednisona 40 mg, continuando seguimiento con Reumatología a través de medios virtuales, por e-mail. Se fueron recibiendo mensajes y fotografías donde la paciente describe las lesiones y síntomas, realizándose respuesta inmediata con modificaciones terapéuticas, envío de indicaciones, recetas y laboratorios control. La evolución de las lesiones fue fluctuante, con sobreinfecciones esporádicas, evolucionando a resolución luego de 13 meses de seguimiento virtual.

**Conclusiones:** La telemedicina demostró ser una herramienta útil en el seguimiento de pacientes críticos en momentos de tensión del sistema sanitario. Permitió brindar atención y seguimiento, incluso en pacientes con enfermedades complejas, evitando complicaciones a largo plazo. Resultó ser viable, siendo fundamental el soporte informático en el sector público y el desarrollo de métodos que garanticen su correcta aplicación.

0135

## CALCINOSIS SEVERA Y REFRACTARIA EN DERMATOMIOSITIS. REPORTE DE UN CASO

Rosa María FIGUEROA, Verónica Gabriela SAVIO, Yohana TISSERA, María Isabel QUAGLIA, Juan Alejandro ALBIERO, Carla Andrea GOBBI, Paula ALBA  
HOSPITAL CÓRDOBA Y UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

**Introducción:** La dermatomiositis (DM) es una miopatía inflamatoria idiopática con manifestaciones cutáneas características, dentro de ellas los pacientes pueden presentar calcinosis. Aunque es más frecuente en DM juvenil, también ocurre en adultos. La calcinosis cutis es el depósito de sales de calcio insolubles en la piel. Se puede dividir en cuatro categorías según la patogenia: distrófica, metastásica, idiopática e iatrogénica. En las enfermedades del tejido conectivo, la calcinosis es principalmente de tipo distrófica y parece ser un proceso localizado, asociado con piel dañada, inflamada o necrótica, más que un desequilibrio de la homeostasis del calcio. Los depósitos de calcio pueden ser intracutáneos, subcutáneos, fasciales o intramusculares. Actualmente, se carece de pautas específicas para el manejo de la calcinosis cutis en pacientes con trastornos del tejido conectivo. En las recientes recomendaciones se sugirió una intensificación de la terapia inmunosupresora, pero no se recomendó un tratamiento específico. Se han utilizado varios fármacos con potencial interés terapéutico (diltiazem, colchicina, bifosfonatos) para aliviar los síntomas y minimizar el deterioro funcional, y además rituximab con resultados favorables en el compromiso cutáneo de la DM y ES. La extirpación quirúrgica se puede utilizar como última opción.

**Materiales y Métodos:** Presentamos a continuación el caso de una paciente con calcinosis refractaria en DM.

**Resultados:** Paciente femenina de 24 años de edad con antecedente de DM diagnosticada hace 6 años (Ac anti. Mi2 +, ANA + 1/1280 patrón moteado grueso, CPK 5000, biopsia del deltoides con aislados signos de regeneración, EMG con ondas breves y de bajo voltaje). Recibió múltiples esquemas terapéuticos (metotrexato, hidroxiquina y ciclosporina) asociada a altas dosis de glucocorticoides, siendo refractaria a los mismos. Cursó con repetidos brotes de su enfermedad, el último en febrero de este año. Medicada actualmente con: micofenolato 1,5 g/día, meprednisona 8 mg/día, calcio 1500 mg/vit D 400 UI/día. Consulta en mayo de este año por dolor asociado a lesiones induradas en glúteos, espalda y tronco de 7 meses de evolución, con algunas lesiones que drenaron material blanquecino, asociado a disminución de la fuerza muscular en cintura escapular. Al examen físico se constató induración de la piel en zona de la cintura, cara interna de ambos muslos, en región anterior de axilas, glúteos, y región peri umbilical. Fuerza muscular 4/5 en miembros superiores e inferiores. Con un laboratorio que evidenciaba: CPK 1600 Rx de pelvis y TAC tórax-abdomen-pelvis: calificación difusa de los músculos de región lumbar, glútea, vulvar e inguinales. Ganglios axilares derecho de 17 mm y 16 mm en rango de adenomegalias con calcificaciones difusas. Fue valorada por servicio de Dermatología, quien realizó biopsia de piel, constatándose hiperqueratosis, acantosis y papilomatosis en epidermis. Extensa colagenización de la dermis superficial y profunda, con preservación de anexos cutáneos. Fue evaluada por ginecología y se descartó patología neoplásica mamaria. Debido a severidad, progresión y refractariedad de la calcinosis se decidió iniciar tratamiento con Rituximab.

**Conclusiones:** La calcinosis ocurre en la mayoría de los casos en asociación con enfermedades del tejido conectivo autoinmune, principalmente esclerosis sistémica y DM. Presentamos este caso debido a que, a pesar de su escasa frecuencia en presentación en la edad adulta, la severidad del cuadro y su rápida progresión disminuyen la calidad de vida del paciente, no encontrándose un tratamiento específico para la misma y con refractariedad a múltiples terapéuticas prescritas.

0136

## PANICULITIS NEUTRÓFILA LOBULAR COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE UNA ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO

Marina Soledad DALPIAZ, Vanesa Marisel BEJARANO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SANATORIO SAN JOSÉ, <sup>2</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA

**Introducción:** El término paniculitis hace referencia a la presencia de inflamación en el tejido celular subcutáneo, pudiendo observarse en numerosas patologías incluyendo trauma, infección, neoplasias o enfermedades del tejido conectivo (ETC), entre otras. En las ETC la paniculitis puede constituir la única manifestación de la enfermedad o presentarse junto a otros hallazgos del proceso autoinmune subyacente.

**Materiales y Métodos:** Se presenta el caso clínico de una paciente con enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) con paniculitis neutrofílica lobular como manifestación inicial de la enfermedad.

**Resultados:** Paciente de sexo femenino de 32 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, síndrome de ovario poliquístico, cursando internación por cuadro clínico de 3 meses de evolución caracterizado por síndrome febril, astenia intensa con marcada impotencia funcional, poliartalgias migratorias y rigidez matinal mayor de una hora de duración. Al interrogatorio dirigido refería mialgias, artralgias, cambios de coloración de los dedos de las manos, y lesiones dolorosas a nivel de abdomen y miembros inferiores. Al examen físico se constata dolor a la palpación de articulaciones metacarpofalángicas y rodilla derecha, manos puffy, fenómeno de Raynaud, adenopatías duro-elásticas a nivel cervical y submaxilar, y lesiones dolorosas e induradas a nivel de abdomen y región de ambos muslos. En el laboratorio se constata Hto 30 %, Hb 9.6 g/dl, VCM 85 fl, HCM 28 pg, CHCM 33 g%, RDW 16%, leucocitos 3930/mm<sup>3</sup>, linfocitos 668/mm<sup>3</sup>, ERS > 120 mm/h, PCR 3.7 mg/dl (VN <0,5), CPK 235 U/L (VN 38-174), FAN + 1/640 nuclear moteado fino (AC-4) y grueso (AC-5) (VN <1/80), Ac anti U1RNP 99 U/ml (VN <15), FR 154 UI/ml (VN <20), C3 y C4 normales, hipergammaglobulinemia policlonal, beta-2-microglobulina 2 mg/l (VN 1-1.8), Ac anti Ro, anti La, anti Sm, anti DNA, Ac anti Scl-70, y Ac anti CCP negativos. Se realiza RMN de

cuello con gadolinio que informó glándulas parótidas y submaxilares normales, ganglios linfáticos aumentados de tamaño, algunos en rango adenomegálico, localizados en cadenas cervicales yugulo-carotídeos, cervicales posteriores, y espacios submaxilares, con refuerzo homogéneo post-contraste endovenoso. Se toma muestra amplia y profunda de lesiones cutáneas para biopsia. Durante la internación reúne criterios para enfermedad mixta del tejido conectivo. Se realiza diagnóstico por la presencia de miositis, fenómeno de Raynaud, manos puffy y Ac anti U1RNP positivo. Se inicia tratamiento con AINEs con escasa respuesta siendo reemplazados por esteroides sistémicos (meprednisona 12 mg/día). La paciente responde favorablemente con mejoría rápida y significativa del estado general, lesiones cutáneas y manifestaciones músculo-esqueléticas. Posteriormente se recibe resultado de biopsia cutánea que informa a nivel del tejido celular subcutáneo focos aislados y confluentes de histiocitos xantomizados y neutrófilos polimorfonucleares que rodean elementos fibrilares, diagnosticándose paniculitis neutrofilica lobular. Se decide ascender la dosis de esteroides a prednisona 0,5 mg/kg/día. Durante el descenso de corticoides la paciente presenta tres episodios de exacerbación de su enfermedad de base. Dos de ellos caracterizados por síntomas generales y el último con compromiso exclusivamente cutáneo. Al cuarto mes de iniciado el tratamiento, la paciente resuelve completamente las lesiones cutáneas sin presentar nuevas manifestaciones clínicas. Dado la asociación de estas lesiones cutáneas con síndrome mielodisplásico, se deriva para evaluación por Hematología, la cual se encuentra aún pendiente por contexto epidemiológico actual.

**Conclusiones:** Las paniculitis engloban un grupo heterogéneo de enfermedades que presentan inflamación del pániculo adiposo. Su etiología es variada pudiendo presentarse en forma idiopática o asociada a enfermedades metabólicas, autoinmunes o neoplásicas. La paniculitis neutrofilica lobular se presenta usualmente con un curso febril recurrente y ha sido descrita asociada a trastornos mieloides y artritis reumatoidea. Se presenta este caso clínico debido a la infrecuente asociación observada en esta paciente. No se encontró otro caso reportado en la literatura de un paciente con EMTC que presente este tipo de paniculitis como manifestación cutánea de su patología de base. Dada la asociación con síndrome mielodisplásico, se consideró oportuna la derivación a Hematología para su evaluación.

0137

### COMPROMISO FUNCIONAL DE MIEMBROS SUPERIORES Y PIES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Lucia ALASCIO, Joan Manuel DAPEÑA, Eliana Rebeca SERRANO, Juan Manuel BANDE, María Alejandra MEDINA, Diana Silvia KLAJN, José Ángel CARACCILO Silvia Beatriz PAPASIDERO

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ

**Introducción:** La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad autoinmune crónica potencialmente incapacitante. El índice más utilizado para determinar la capacidad funcional en estos pacientes ha sido el *Health Assessment Questionnaire Disability Index* (HAQ-DI). Sin embargo, el mismo evalúa discapacidad funcional global y no un sector anatómico en particular. En 2016 llevamos a cabo la validación del *Health Assessment Questionnaire-Upper limbs Argentine* version (HAQ-UP-A), una modificación de la versión argentina del HAQ-DI (HAQ-A), el cual considera el valor promedio de aquellas categorías que comprometen de forma exclusiva los miembros superiores. Y, recientemente, desarrollamos la validación del *Foot Functional Index* versión 2 (FFIV2), un cuestionario que evalúa la capacidad funcional en pies, el cual consiste en 23 ítems distribuidos en 3 dominios (dolor, discapacidad y restricción de la actividad). Consideramos interesante evaluar el compromiso funcional de miembros superiores y pies en estos pacientes utilizando estos cuestionarios.

**Objetivos:** Describir el compromiso de miembros superiores y pies en una cohorte de pacientes con AR y comparar las escalas de capacidad funcional específicas con la capacidad funcional global, características de la enfermedad y calidad de vida.

**Materiales y Métodos:** Estudio analítico, observacional y de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos  $\geq 18$  años con diagnóstico de AR (ACR-EULAR 2010). Se excluyeron aquellos con otras patologías diferentes que determinaran discapacidad funcional. Se consignaron datos sociodemográficos, características de la enfermedad, examen físico, clinimetría y tratamiento. Además, se registraron alteraciones anatómicas de pies, manos y el uso de asistencia/dispositivos/adaptaciones. En todos los casos se completaron los cuestionarios FFIV2, HAQ-UP-A, HAQ-A para capacidad funcional y *Quality Of Life-Rheumatoid Arthritis II* (QOL-RA II) para calidad de vida. Análisis estadístico: estadística descriptiva de la población. Se compararon los puntajes de cada una de las escalas de capacidad funcional con prueba T de Student, Mann-Whitney, ANOVA o coeficiente de correlación de Spearman según corresponda.

**Resultados:** Se incluyeron 66 pacientes: 90,9% mujeres, con una edad media de 54 años (DE 12.1) y mediana del tiempo de evolución de la AR de 90 meses (RIC 48-156). El 97% fue positivo para FR y 81% para ACPA, 63,6% tenía enfermedad erosiva, 32,3% nódulos subcutáneos y 51,5% presentaba otras manifestaciones extraarticulares. El 39,4% presentaba deformidades en manos y 42,4% en los pies, con alteración del apoyo plantar. El 31,8% requería asistencia de otras personas y 8,5% necesitaba ayuda para deambular, 9,1% usaba adaptaciones abrir/agarrar y 4,5% dispositivos para deambular. La mediana del DAS28 fue de 4,49 (RIC 3.5-5.3), HAQ-A 1.75 (RIC 0.8-2.1), HAQ-UP-A 1.70 (RIC 0.8-2.2), FFIV2 48.7% (RIC 15.2-68.1) y QOL-RA II 6 (RIC 5-7). El HAQ-UP-A mostró una correlación excelente con HAQ-A ( $r=0,97$ ). Presentó correlación moderada con la escala visual analógica (EVA) para dolor ( $r=0,51$ ), regular con EVA general del paciente ( $r=0,45$ ), EVA general del médico ( $r=0,38$ ) y DAS28 ( $r=0,38$ ). Las medianas de los puntajes de HAQ-UP-A fueron mayores en aquellos pacientes que requerían ayuda de otros para realizar mandados ( $p=0,02$ ) y para agarrar ( $p=0,02$ ) y el uso de adaptaciones ( $p=0,04$ ). El FFIV2 presentó una correlación moderada con HAQ-A ( $r=0,66$ ) y una correlación regular con EVA de dolor ( $r=0,46$ ), general del paciente ( $r=0,43$ ), del médico ( $r=0,41$ ) y DAS28 ( $r=0,38$ ). La mediana del puntaje del FFIV2 no fue mayor en pacientes que utilizaban dispositivos/adaptaciones o aquellos que requerían asistencia. Tanto el HAQ-UP-A y FFIV2 no correlacionaron con las características sociodemográficas, de la enfermedad y con calidad de vida.

**Conclusiones:** Los pacientes con AR de esta cohorte presentaron una discapacidad funcional importante/considerable tanto a nivel de miembros superiores como de los pies. En cuanto a las escalas de capacidad funcional específicas, observamos que la evaluación subjetiva de la capacidad funcional de miembros superiores demostró ser más representativa de la capacidad funcional global, respecto de la de los pies. Además, se vio más influenciada por el uso de dispositivos y asistencia externa. Ni el deterioro funcional de miembros superiores ni el de los pies se correlacionaron con las características de la enfermedad ni con la calidad de vida de los pacientes.

0138

### ¿EXISTE EL LUPUS LIMITADO AL RIÑÓN?

Romina TANTEN, Marina SCOLNIK, Estefanía ESPEJO, Valeria SCAGLIONI, Silvia CHRISTIANSEN, Griselda BRATTI, Carlos Federico VARELA, Guillermo ROSA DIEZ, Javier ROSA, Enrique Roberto SORIANO, Gustavo GRELONI

HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES



	GMN FH lúpica con compromiso extrarrenal (n=103)	GMN FH lúpica con compromiso limitado a riñón (n=13)	p
Sexo femenino, n(%)	86 (83,5)	12 (92,3)	0,41
Edad al momento de la biopsia, años, mediana (RIC)	32,8 (25,2-39,8)	39,8 (30,9-49,7)	0,09
Tiempo de seguimiento post biopsia renal, años, mediana (RIC)	3,9 (1,6-8,3)	4,3 (2,1-7,7)	0,87
Diagnóstico previo de lupus, n(%)	79 (76,7)	2 (15,4)	<0,001
Cumplimiento de criterios ACR 1997, n(%)	64 (78,1)	4 (33,3)	0,001
Cumplimiento de criterios SLICC 2021, n(%)	103 (100)	13 (100)	—
Cumplimiento de criterios ACR/EULAR 2019, n(%)	103 (100)	13 (100)	—
FAN positivo al momento de la biopsia, n(%)	96 (96,9)	12 (92,3)	0,39
Anti ADN positivo al momento de la biopsia, n(%)	63 (65,6)	6 (46,2)	0,17
C3 bajo al momento de la biopsia, n(%)	74 (77,9)	9 (69,2)	0,49
C4 bajo al momento de la biopsia, n(%)	51 (53,7)	5 (38,5)	0,30
Clase de nefritis lúpica, n(%)			
Clase II	5 (5,2)	0	0,44
Clase III	9 (9,3)	0	0,29
Clase IV	62 (63,9)	4 (36,4)	0,08
Clase V	11 (11,3)	5 (45,4)	0,003
Clase III+V	3 (3,1)	0	0,55
Clase IV+V	7 (7,2)	2 (18,2)	0,21
Enfermedad renal terminal al final del seguimiento, n(%)	9 (8,7)	0 (0)	0,27
Creatinina al momento de la biopsia, mg/dl, mediana (RIC)	0,81 (0,7-1,1)	0,71 (0,7-0,9)	0,59
Clearance de creatinina estimado al momento de la biopsia, ml/min, mediana (RIC)	96,5 (62,0-122,0)	100,0 (73,0-118,0)	0,92
Creatinina a los 12 meses de la biopsia, mg/dl, mediana (RIC)	0,73 (0,63-0,89) (n=75)	0,65 (0,60-0,76) (n=12)	0,12
Clearance de creatinina estimado a los 12 meses de la biopsia, ml/min, mediana (RIC)	109 (87-121) (n=75)	111 (106-129) (n=12)	0,29

**Objetivos:** Comparar las características de los pacientes con nefritis lúpica (NL) con patrón *Full-House* (FH) que presentan compromiso renal aislado vs aquellos con compromiso extrarrenal al momento de la biopsia, y evaluar en el seguimiento si los pacientes desarrollaron manifestaciones clínicas extrarrenales.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un subanálisis de una base de datos que incluyó todas las biopsias renales con diagnóstico de glomerulonefritis (GNF) patrón FH asociadas a LES (criterios ACR 1997/SLICC 2012/ACR-EULAR 2019), realizadas en un hospital universitario de Buenos Aires entre los años 2000 y 2019. Se recolectaron las características clínicas, de laboratorio y de la biopsia renal de los pacientes incluidos, y se realizaron comparaciones entre los pacientes con GNF lúpica FH con compromiso limitado al riñón vs aquellos con compromiso extrarrenal. Se realizó estadística descriptiva y analítica.

**Resultados:** Se incluyeron 116 pacientes con NL-FH, 98 mujeres (84,5%), con una edad media al momento de la biopsia de 34,7 años (DS 11,8) y una mediana de seguimiento post biopsia de 3,9 años (RIC 1.6-8.3 años). Al momento de la biopsia, 103 (88,8%) pacientes presentaron manifestaciones extrarrenales y 13 (11,2%) lupus limitado a riñón. Todos los pacientes reunieron criterios SLICC 2012 y ACR/EULAR 2019, sin embargo, solo un 33,3% de los pacientes con lupus limitado a riñón clasificó como LES de acuerdo a criterios ACR 1997 (vs 78% en el grupo con manifestaciones extrarrenales, p=0,001). Las características analíticas e histopatológicas de ambos grupos se resumen en la Tabla 1. Respecto

de las características histopatológicas, la NL-FH clase V fue significativamente más frecuente en el grupo con lupus limitado a riñón (5/13, 45,4% vs 11/103, 11,3%; p0,003), mientras que no se observaron diferencias significativas con el resto de las clases histológicas, ni con el resto de las variables analizadas. Los pacientes con NL-FH con manifestaciones extrarrenales presentaron más frecuentemente Anti-ADN positivo y consumo del complemento, con diferencia numérica, aunque no estadísticamente significativa. No hubo diferencias en el uso de inmunosupresores recibidos ni en el *outcome* renal, excepto que los pacientes con compromiso extrarrenal recibieron con más frecuencia hidroxycloquina (91,6% vs 60%, p=0,003). Luego de una mediana de seguimiento post biopsia renal de 4,3 años (IC 95% 2.1-7.7), ninguno de los pacientes con compromiso renal presentó compromiso extrarrenal.

**Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes lúpicos se encontró un 11,2% de NL-FH con compromiso limitado a riñón. Ninguno de los pacientes con lupus limitado a riñón presentó manifestaciones extrarrenales luego de más de 4 años de seguimiento. Este subgrupo de pacientes presentó en forma significativa mayor frecuencia de biopsia renal clase V y menor uso de antimaláricos, comparado con pacientes con NL-FH y manifestaciones extrarrenales.

**PREVALENCIA DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL DIAGNOSTICADA Y NO DIAGNOSTICADA ENTRE LOS JÓVENES QUE CONSULTAN POR DOLOR LUMBAR CRÓNICO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO EN ARGENTINA**

Mayra Alejandra TOBAR JARAMILLO<sup>1</sup>, Nicolás MARIN ZUCARO<sup>1</sup>, John Fredy JARAMILLO GALLEGOS<sup>1</sup>, Javier ROSA<sup>1</sup>, Josefina MARIN<sup>1</sup>, María Laura ACOSTA FELQUER<sup>1</sup>, Leandro Gabriel FERREYRA GARROTT<sup>1</sup>, Josefina MARCOS<sup>1</sup>, Vanesa DUARTE<sup>2</sup>, Enrique Roberto SORIANO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES, <sup>2</sup> NOVARTIS

**Introducción:** La espondiloartritis axial (EspA) es un término general que engloba una serie de afecciones inflamatorias que afectan al esqueleto axial. A menudo se produce un retraso entre el inicio de la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento, relacionado en parte con el reconocimiento insuficiente de los síntomas de EspA. Aunque varios estudios han investigado desde la publicación de los criterios de clasificación ASAS en 2009, la prevalencia e incidencia de EspA axial en la población general y en pacientes con afecciones relacionadas con EspA, se desconoce la prevalencia real de EspA en muchos países (incluida Argentina).

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de EspA axial y la cantidad de EspA axial no diagnosticada en personas menores de 45 años que se consultaron por dolor lumbar crónico.

**Materiales y Métodos:** La selección de pacientes se realizó en un hospital universitario con una distribución poblacional similar a la de Buenos Aires. Se revisaron todas las historias clínicas electrónicas de pacientes <45 años de edad en el momento de la aparición de los síntomas (según los criterios ASAS 2009) y dolor lumbar crónico durante 3 o más meses, en el período comprendido 2009 y 2019. Si el paciente cumplía con los criterios ASAS, se clasificaba como con EspA axial (espondilitis anquilosante -EA- o EspA axial no radiográfica -EspAax-nr-). En este grupo, si el diagnóstico ya estaba establecido en la historia clínica por los médicos tratantes, estos pacientes también se clasificaron como diagnosticados de EspA axial; en caso contrario, se clasificaron como no diagnosticados con EspA axial. Estamos informando los resultados del análisis descriptivo.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 796 pacientes (Tabla 1), 426 eran mujeres (53,52%, IC 95% 50,1-57) con una mediana de edad de 34 años (IQR 29-40) al inicio del dolor lumbar con una mediana seguimiento de 77,7 meses (IQR 35,7-136,4). La prevalencia de EspA axial entre los pacientes con lumbalgia crónica fue del 5,78% (n=46, IC del 95%: 4,2-7,4). Veintidós pacientes tenían EA (2,76%, IC del 95%: 1,6-3,9) con una mediana de tiempo de retraso entre el inicio del dolor lumbar y el diagnóstico de 58,7 meses (IQR 33,5-92). Todos los casos de EA fueron diagnosticados. Veinticuatro pacientes tenían EspAax-nr (3,02%, IC del 95%: 1,8-4,2). De ellos, 14 fueron diagnosticados por médicos tratantes con una mediana de tiempo de retraso de 23,2 meses (IQR 13,1-36,5) entre el inicio del dolor lumbar y el diagnóstico. Diez pacientes cumplieron los criterios ASAS (41,7%, IC 95% 22-61,4) pero no

	Espondiloartritis axial (n=46)	Espondilitis anquilosante (n=22)	EspA axial no radiográfica diagnosticada (n=14)	EspA axial no radiográfica diagnosticada (n=10)	Otros Diagnóstico (n=749)*
Femenina n (%; CI)	18 (39,13%; 25,04-53,23)	4 (18,18%; 2,06-34,29)	10 (71,42%; 47,76-95,09)	4 (40%; 9,63-70,36)	407 (54,34; 50,77-57,9)
Edad al inicio del dolor lumbar crónico, años, mediana (RIC)	36 (29,25-40)	32 (32-40)	38 (22-36,75)	39 (35,25-41,5)	34 (29-40)
Seguimiento en el hospital, meses, mediana (RIC)	88 (33,43-148,66)	33,67 (23,38-90,34)	16, 73 (7,64-24,02)	64,77 (11,21-164,7)	77, 69 (35,83-135,32)
Dolor lumbar crónico inflamatorio según cualquier criterio, n (%; IC)	44 (95,65%)	21 (95,54%)	13 (92,85%)	10 (100%)	56 (7,47%; 5,59-9,36)
Visita al reumatólogo, en (%; IC)	42 (91,30%; 83,16-99,44)	22 (100%)	14 (100%)	6 (60%)	36 (5,07%; 3,5-6,64)
Tiempo de retraso entre el dolor lumbar y el diagnóstico de EspA, meses, mediana (RIC)	34,62 (22,63-63,19)	58,7 (33,53-91,96)	23,15 (13,14-36,49)	35,9 (30,1-90,4)	-
Falló tratamiento con AINE, n(%; IC)	21 (45,65%; 31,26-60,04)	14 (63,63%; 43,53_83,73)	7 (50%; 23,80-76,19)	-	-
Tratamiento bDMARDs n/n	15/21	10/14	5/7	-	-
Tiempo de retraso entre el fracaso de los AINE y los primeros bDMARD, meses, mediana (RIC)	2,66 (2,05-4,63)	2,76 (2,07-11,3)	2,66 (2,04-3,25)	-	-

fueron diagnosticados por los médicos tratantes (22%, IC 95% 9,82-33,66) entre los pacientes con EspA axial.

**Conclusiones:** En nuestra cohorte, el 5,78% de los pacientes <45 años con lumbalgia crónica presentaba EspA axial (AS: 2,76%; y EspAax-nr: 3,02%). Aproximadamente, uno de cada cinco pacientes tenía una EspA axial no diagnosticada. Manuscrito original realizado en colaboración con Novartis Argentina S.A.

\*otro diagnóstico: miofascial, espondilólisis, discopatía, artrosis, escoliosis, espondilolistesis.

**TABLA 1:** CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS DE LOS PACIENTES CON LUMBALGIA ESTRATIFICADOS POR DIAGNÓSTICO

0140

**DETECCIÓN DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS EN UN PROGRAMA DE EVALUACIÓN CONTINUA DE PACIENTES CON ARTRALGIAS Y SU ANÁLISIS COMPARATIVO CON ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS Y NO INFLAMATORIAS**

Jonatan Marcos MARECO, Laura Melvy CUELLAR IRIARTE, Facundo Nicolás SALVATORI, Santiago RUTA, Sebastián MAGRI, Rodrigo GARCÍA SALINAS HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

	EAS (n=101)	Artralgias gra (n=952)	P	ANI (n=578)	P	AR (n=181)	p
Edad: M (DS)	50,52 (14,320)	53,12 (14,271)	0,126	52,82 (14,21)	0,184	50,52 (14,32)	0,007
Sexo (F)%	87,0	75	7,000	80,8	0,129	71,3	0,002
VAS: M (DS)	45,58 (23,924)	51,3 (20,194)	0,030	49,15 (19,206)	0,197	45,58 (23,924)	0,001
NAD: M (DS)	2,54 (2,753)	3,54 (3,607)	0,006	3,20 (3,703)	0,104	2,54	0,001
NAI: M (DS)	0,57 (1,386)	0,76 (1,691)	0,179	0,34 (0,997)	0,322	2,75	0,001
HAQ: M (DS)	0,513 (0,4794)	0,641 (0,5777)	0,011	0,50 (0,425376)	0,199	0,47 (0,4794)	0,001
ERITRO: M (DS)	25,68 (20,796)	19,54 (16,732)	0,003	16,40 (11,58)	0,001	25,68 (20,79)	0,29
PCR: M (DS)	8,061 (23, 6435)	4,403 (11, 3672)	0,001	2,416 (3,5909)	0,001	8,061 (20,79)	0,064
Tabaquismo %	32,0	40	0,260	36,2	0,382	42,9	0,07
Dislipemia %	11,1	18,2	0,780	16,3	0,191	22,9	0,016
St MCF %	39,6	46,70%	0,190	45,5	0,288	62,4	0,001
Severidad St a la mañana	0,5	55,3	0,280	53,4	0,48	72,1	0,001
RM mayor a 60 min	0,2	16,2	0,500	11,8	0,073	35,2	0,005
Dif. cerrar puño%	10,9	15	0,290	11,4	0,881	30,9	0,001
Squeeze	22,9	29,6	0,140	23,6	0,771	52,4	0,001
FR + %	18,3	21,5	0,400	4,5	0,001	65,9	0,001
PCR + %	33,0	21,6	0,015	13,7	0,001	41,5	0,18
FAN + %	65,5	17,7	0,000	14,7	0,001	26,6	0,001
Rx erosiones %	3,5	11	0,031	5,2	0,518	19	0,001
ECO tenosinovitis %	8,0	7,9	0,900	4,3	0,36	19,3	0,018
ECO sinovitis %	4,6	10	0,100	3,4	0,59	31,8	0,001
ECO PD + %	3,5	8,2	0,100	0,2	0,001	24,3	0,001
ECO rizartrosis %	17,6	32,5	0,005	34,2	0,002	28,9	0,05

**Objetivos:** Estimar la frecuencia de EAS en una cohorte de pacientes que consultan por artralgias. Analizar las diferencias clínicas, de laboratorio e imágenes entre pacientes con diagnóstico final de EAS, ANI y AR.

**Materiales y métodos:** Estudio de cohorte prospectiva, donde se incluyeron pacientes mayores de 18 años que ingresaron por poliartralgias a un programa de evaluación integral. En la primera visita (basal) se realizaron: estudios de laboratorio (incluyendo reactantes de fase aguda, FR (factor reumatoideo), ACPA, y FAN), radiografías de manos y pies, ecografía de manos con técnica Doppler de poder y entrevista reumatológica donde se recabaron datos sociodemográficos (edad, sexo), datos clínicos (tiempo de evolución de las artralgias, comorbilidades) y clinimetría (EVA global del paciente, recuento articular, HAQ); cada evaluador (laboratorio, imágenes y clínico) no conocía los datos de los otros estudios realizados. En las visitas subsiguientes (solo se incluyeron pacientes que cumplieron al menos 2 visitas) se evaluaron los resultados y se estableció o no el diagnóstico definitivo de EAS, ANI o AR. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, test de Chi<sup>2</sup>, prueba exacta de Fisher, Test T de student y Mann Whitney y análisis multivariado entre EAS y los otros diagnósticos.

**Resultados:** Se incluyó un total de 1052 pacientes donde el 74,4% es femenino y la edad media es de 53,6 años, DS: 14,5. La mediana global de demora al diagnóstico fue de 38 meses y el 60% del total presentaba

comorbilidades. Del total de pacientes con poliartralgias, 101 (9,6%, IC 95%: 7,8-11,4) terminaron con diagnóstico final de EAS: LES 45%(IC:35-54), Esclerosis Sistémica Progresiva 10%, Sjögren 17%, Vasculitis 22%, Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo 2%. En la Tabla se muestran las características diferenciales, tanto clínicas, como de laboratorio e imágenes, estadísticamente significativas entre EAS con la totalidad de las artralgias, ANI y AR. En los análisis multivariados las características que se asociaron en forma independiente con el diagnóstico de EAS respecto a todas las artralgias fueron: HAQ (0,315 IC95%: 0,112-0,887), PCR positiva (OR:2,486 IC95%: 1,096-5,638), FAN +(OR:8,621 IC95%: 4,357- 17,058), presencia de rizartrosis en eco (OR:0,238 IC95% 0,083-0,679). Respecto a la AR: yabaquismo (OR: 11,42 IC95%: 1,09-119,17), severidad de los síntomas a la mañana (OR: 0,099 IC95%: 0,01- 1,06), FR+(OR: 0,01 IC95%: 0,001-0,11), aCCP+: (OR: 0,014 IC95%: 0,001-0,33), FAN+: (OR: 54,08 IC95%: 3,56-821,89), ECO sinovitis (OR: 0,002 IC95% 0,001-0,114). Respecto a las ANI: FAN (OR: 10,92 IC95%:5,498-21,699), rizartrosis (OR: 0,31 IC95%: 0,126-0,773).

**Conclusiones:** La frecuencia de EAS en nuestra cohorte de artralgias fue del 9,7%. Se encontraron características asociadas de manera independiente a EAS tanto de forma positiva como negativa que permiten diferenciarlas de pacientes con AR y ANI.

**SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DE AMGEVITA™, BIOSIMILAR DE ADALIMUMAB. ESTUDIO DE LA VIDA REAL**

Luis PALOMINO ROMERO, Javier ROSA, Enrique Roberto SORIANO, Marina SCOLNIK

HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES

Características	Pacientes cambiados (n=54)	Pacientes nuevos (n=29)	Total (n=83)
Sexo masculino, n(%)	11 (38)	33 (61)	44 (54)
Edad media (DS)	46,5 (16,8)	50,2 (19,5)	47,8 (17,7)
Artritis reumatoidea, n(%)	7 (13)	16 (55)	23 (28)
Artritis psoriásica, n(%)	17 (31,5)	2 (7)	19 (23)
Espondiloartritis, n(%)	7 (13)	1 (3,5)	8 (10)
Enfermedad inflamatoria intestinal	17 (31,5)	6 (11)	23 (28)
Otros	7 (13)	4 (14)	11 (13)
Presencia de ≥1 comorbilidad	26 (48)	14 (48)	40 (48)

**TABLA:** CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y DIAGNÓSTICOS DE PACIENTES TRATADOS CON BIOSIMILAR DE ADALIMUMAB

**Introducción:** El uso de biosimilares se ha extendido en los sistemas de salud, dado que conservan la eficacia y seguridad de los productos innovadores, con menores costos y la posibilidad de mejorar el acceso. Adalimumab innovador (Humira) y su biosimilar Amgevita™ (ABP501), actualmente están aprobados para su uso en el tratamiento de artritis reumatoidea, artritis idiopática juvenil, psoriasis en placas, artritis psoriásica, hidradenitis supurativa, uveítis, enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa. A pesar de la amplia experiencia con el uso de biosimilares en diferentes países del mundo, en Argentina existen pocos datos de la vida real relacionados con el uso de estas drogas. En el año 2020, nuestro hospital hizo un cambio automático (con consentimiento de médicos y pacientes) del agente biológico innovador adalimumab (Humira®) hacia el biosimilar del laboratorio Amgen (ABP501).

**Objetivos:** Evaluar el impacto clínico del cambio de producto innovador al biosimilar y de los que iniciaban ABP501 Amgevita™ *de novo*, medido a través de la efectividad, perfil de seguridad y tasa de retención del biosimilar.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años, registrados en la base de farmacia hospitalaria desde 01 del septiembre 2020 hasta 31 de agosto de

2021, que hayan recibido al menos una dosis de adalimumab biosimilar (ABP50). Se revisaron manualmente las historias clínicas en búsqueda de eventos adversos. Se consideró que el tratamiento había sido efectivo si el médico tratante indicaba buena respuesta y continuaba con el tratamiento. Se evaluó la tasa de discontinuación, la sobrevida en el fármaco y la tasa de regreso al adalimumab innovador.

**Resultados:** Ochenta y tres pacientes comenzaron ABP501 a partir del 01 de septiembre de 2020, 54 (65%) fueron cambios de adalimumab innovador y 29 (35%) pacientes *de novo*. Las características demográficas y diagnósticos se muestran en la tabla. Los pacientes cambiados habían estado en tratamiento con el innovador una mediana de 3,7 años (RIQ: 1.9-5.5). Luego de una mediana de 17,4 meses de seguimiento (RIQ: 10.7-21.9), ninguno de los pacientes tuvo eventos adversos serios. Un solo paciente presentó una reacción cutánea leve en el sitio de inyección que no motivó la suspensión del biosimilar. Los pacientes cambiados tuvieron una mediana de seguimiento de 19 meses (RIQ: 14.5-21.6) y los iniciados *de novo* 11,5 meses (RIQ: 7.6-22). La sobrevida a 24 meses para los pacientes cambiados fue del 88% (IC95%: 68-96%) y para los pacientes nuevos del 87% (IC95%: 54-97%). En total 7 pacientes discontinuaron el tratamiento (8,4%): 4 (7,4%) de los cambiados, y 3 (10,3%) de los nuevos. Ningún paciente regreso al tratamiento con adalimumab innovador. En 66 pacientes (79,5%) el médico tratante consideró que el tratamiento con amgevita fue eficaz. Esto ocurrió con más frecuencia en los pacientes cambiados (87%), comparados con los *de novo* (65%).

**Conclusiones:** Este estudio de la vida real mostró una buena efectividad y sobrevida en pacientes tratados con un biosimilar de adalimumab, tanto en los que cambiaron del biológico innovador, como en los pacientes de inicio *de novo*. No se observaron eventos adversos de relevancia durante un tiempo de seguimiento corto.

**APLICACIÓN DEL SCORE DETECT COMO MÉTODO DE CRIBADO EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ESCLERODERMIA**

Guillermina SORASIO<sup>1</sup>, Vanesa Marisel BEJARANO<sup>1</sup>, Paul VARGAS MIELES<sup>2</sup>, Gabriela PRINCICH<sup>3</sup>, Alfredo HIRSCHSON PRADO<sup>1</sup>, Félix Enrique ROMANINI<sup>1</sup>, Anastasia SECCO<sup>1</sup>, Adrián LESCANO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA, <sup>2</sup>TRINIDAD QUILMES RED DE CLÍNICAS SANTA CLARA, <sup>3</sup>TRINIDAD QUILMES RED DE CLÍNICAS SANTA CLARA

**Introducción:** La esclerosis sistémica limitada es una entidad compleja y heterogénea que presenta un elevado riesgo de desarrollar hipertensión arterial pulmonar (HAP) y mayor mortalidad, por tal motivo la aplicación de test de cribado de forma precoz permite iniciar un tratamiento rápido y mejorar la evolución de los pacientes. El score DETECT fue ampliamente validado en diferentes estudios.

**Objetivos:** Aplicación del score DETECT como método de *screening* en una población de pacientes con diagnóstico de esclerodermia en Argentina.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, unicéntrico, retrospectivo (septiembre 2018 a abril 2021) que incluyó pacientes con diagnóstico de esclerosis sistémica limitada sin presencia de hipertensión arterial pulmonar. Se realizó el cálculo del score DETECT, a partir del paso 1 basado en 6 variables no ecocardiográficas (relación capacidad vital forzada en espiración (CVF esp.)/difusión de monóxido de carbono en espiración (DLCO esp.), presencia de anticuerpos anticentrómero, ácido úrico, telangiectasias y ECG con desviación a la derecha; y paso 2 con variables ecocardiográficas (medición del área de la aurícula derecha (cm<sup>2</sup>) y velocidad de regurgitación tricuspídea (VTR) m/seg. La indicación de realización de ecocardiograma Doppler requería un puntaje del score DETECT mayor a 300 en el paso 1, y por encima de 35 puntos en el paso 2 para definir la realización de cateterismo cardíaco derecho. Adicionalmente se analizaron otras variables como metros realizados en el test de caminata de 6 minutos (TC6M), capiloscopia y la eritrosedimentación globular. La significancia estadística se definió con un p<0,05 y se utilizó el programa STATA 14.

**Resultados:** Se incluyeron 41 pacientes con diagnóstico previo de esclerodermia con una media de evolución de 8,4 años. La edad media fue de 53,8 años (±13) y el 95,12% sexo femenino. Solo el 9,76% accedió a una obra social o prepaga. El 92,68% presentó fenómeno de Raynaud (media de evolución 9,2 años), el 9,7% presentaba superposición con artritis reumatoidea, el 14,6% con síndrome de Sjögren, y el 12,1% con LES. El 39,9% de la población presentó compromiso orgánico, siendo el compromiso pulmonar, el más frecuente (19,5%) y en segundo lugar gastrointestinal (17%). En cuanto al examen físico, el mayor porcentaje de pacientes presentó disnea clase funcional I-II (19,5% Y 56,1% respectivamente) y el 21,9% asintomático. El 21,9% presentó ingurgitación yugular al examen físico y el 12,2% edemas en miembros inferiores y solo el 4,8% presentó signos claros de insuficiencia cardíaca derecha. La presencia de telangiectasias se observó en el 24,39% y de *pitting scars* en el 21,95%. En relación al ECG solo el 4,88% presentó signos de sobrecarga derecha. En el ecocardiograma Doppler, la media del área de la aurícula derecha fue de 16,19 cm<sup>2</sup> (±2,38). VTR de 2,93 m/seg. (±0,59), presión sistólica de la arteria pulmonar de 34,6 mm Hg (±11,8) y la excursión sistólica del anillo tricuspídeo de 23,5 mm (± 3,3, valorado en 12 pacientes). Al 43,9% de los pacientes se le realizó TC6M, con una media de 410 metros, desaturación en el 38,8% de los casos y

Variables	Valores
Edad	53,8 años DS
Sexo femenino	95,1%
Obra social/prepaga	9,76%
ETC:	
Esclerosis sistémica limitada	100%
Fenómeno de Raynaud	92,6%
Artritis reumatoidea	9,7%
Lupus eritematoso sistémico	14,6%
Síndrome de Sjögren	12,1%
Compromiso orgánico:	
Pulmonar	39,9%
Gastrointestinal	19,5%
Oftálmico	17%
Renal	5,2%
	3,5
Disnea	
CF I	19,5%
CD II	56,1%
CF III	2,44%
Sin disnea	21,9%
Signos de ICD	4,8%
Edemas miembros inferiores	11,86%
Ingurgitación yugular	21,9%
Pitting de úlceras digitales	12,2%
Telangiectasias	24,3%
ECG desviación derecha	4,88%
Ecocardiograma doppler:	
Área AD	16,1 cm <sup>2</sup>
PSAP	34,6 mmHg
VRT	2,93 m/seg
TAPSE	23,5 mm
TC6M:	
Metros	410 mts
Desaturación	38,8%
Score Borg	2,76
Espirometría:	
DLCO	62,1%
CVF	84,8%
VEF1	83,5%
Bioquímica:	
Ac. anticentrómero positivo	12,8%
Ac. úrico	4,4 mg/dl
Eritrosedimentación	33,7 mm
Capilaroscopia:	
Patológica	92,6%
SD patrón tardío	77,7%
SD patrón activo	14,81%
Score DETECT step 1	299,6
Score DETECT step 2	36,4
Diagnóstico de HAP	9,75

una media de score de Borg de 2.76. Las 2 variables espirométricas del score DETECT fueron realizadas en el 92,5% de los pacientes, con una media de DLCO de 62,1% (±14), CVF 84.8(±18,8) % Y VEF1 83,5% (±17). Dentro de las variables bioquímicas, el patrón anticentrómero fue positivo en el 12,8% de los casos, la media de ácido úrico 4,4 mg/dl (±1,14) y la eritrosedimentación de 33,7 mm (±19) Se realizó capilaroscopia en el 73,2% de la población y fue patológica en el 65,8% con mayor porcentaje de SD *pattern* tardío (74,8%). Se aplicó el score DETECT al 90% de la población en el paso 1 (puntaje medio de 299,6±20,6) y 82,92% en el step 2 (puntaje medio de 36,4±10). El cateterismo derecho se realizó en el 12.2% con una presión media de arteria pulmonar de 25,6 mm Hg (±7,16) Se realizó diagnóstico de HAP en el 9,75% de los pacientes (Tabla).

**Conclusiones:** En nuestro estudio observamos una población con una evolución prolongada de esclerodermia, sin acceso a obra social y/o prepaga, con un elevado porcentaje de compromiso orgánico, DLCO reducida y un bajo número de pacientes con signos de disfunción derecha. La valoración del score DETECT no permitió estimar el riesgo de desarrollar HAP dado el número pequeño que desarrolló la misma (9,7%) pero se pudo evidenciar una elevada indicación de Ecocardiograma Doppler a partir del step 1 y correlación del puntaje de paso 2 con la indicación de cateterismo derecho.

0143

### ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE DOS MODELOS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Jonatan Marcos MARECO, Ronald PÉREZ, Juan ARGUELLO, Rodrigo GARCÍA SALINAS, Sebastián MAGRI

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

**Introducción:** Las artralgiyas constituyen un motivo de consulta frecuente de la práctica médica en el consultorio de Reumatología. Entre las probables etiologías se incluyen desde entidades con buen pronóstico como la osteoartritis (OA), hasta enfermedades inflamatorias con elevada morbimortalidad como la artritis reumatoidea (AR) y las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS). Estas últimas incluyen patologías en las que el diagnóstico suele resultar dificultoso y en las que la celeridad en el mismo es fundamental para minimizar las complicaciones. Conocer las características diferenciales entre EAS, AR y artralgiyas no inflamatorias (ANI) trae aparejado implicancias diagnósticas de importancia.

**Objetivos:** Estimar la frecuencia de EAS en una cohorte de pacientes que consultan por artralgiyas. Analizar las diferencias clínicas, de laboratorio e imágenes entre pacientes con diagnóstico final de EAS, ANI y AR.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo basado en el análisis de historias clínicas electrónicas (HEC). Se analizaron los datos del período comprendido entre 2012 (año de implementación de HEC) hasta la actualidad. Se compararon los dos modelos de atención: el modelo tradicional

	PRE UGC	UGC	p
Total de consultas (169)	385	1.148	
Promedio de consultas por paciente	2,3	6,8	
Edad al DG: M (DS)	39 (14,4)	38,18 (15,88)	0,670
Nº de enfermedades asociadas M (DS)	1,28 (1,40)	1,14 (1,14)	0,92
Abortos M (DS)	0,27 (0,81)	0,12 (0,42)	0,54
SLICC M (DS)	1,0 (1,06)	1,13 (1,30)	0,23
Consulta/seguimiento M (DS)	0,37 (0,54)	0,53 (0,43)	0,040
Meses de seguimiento M (DS)	25 (31,46)	18,66 (17,42)	0,59
Diagnóstico previo	41,8	45,5	0,670
Clinimetría	20,9	30,4	0,170
Cumplimiento de criterios	52,2	50	0,770
Sexo femenino	92,5	93,1	0,880
Comorbilidades	62,7	64,7	0,780
Tabaco	1,6	12,2	0,010
Cutáneo-mucoso	56,7	58,8	0,780
Neurológico	28,4	22,5	0,390
Serositis	6	6,9	0,540
Respiratorio	4,5	3,9	0,850
Renal	6,4	24,5	0,002
Vasculitis	0	2,9	0,150
Hipoclementemia	19,4	16,7	0,640
ANA	8,2	85,1	0,590
AC SAF	9	11,8	0,560
Corticosteroides	40	51,5	0,150
Constitucional	25,4	35,3	0,170
Raynaud	14,9	16,7	0,76

unipersonal (Pre UGC) y el modelo UGC, definiendo el período UGC desde marzo 2018 hasta la fecha. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, test de Chi<sup>2</sup>, prueba exacta de Fisher, Test T de student y Mann Whitney.

**Resultados:** Se incluyó un total de 169 pacientes (Pre UGC 67, UGC 102), de los cuales 93% era de sexo femenino, con una media de edad en años de 44,8 (DS 15,6). El 12,2% era fumador y el 36% del total presentaba comorbilidades. El período pre UGC abarcó 6 años y el UGC 3 años. Durante el período pre UGC se registró un total de 385 consultas (2,3/paciente) y en la etapa UGC 1.148 consultas (6,8/pacientes). En la etapa Pre UGC se realizó clinimetría al 20,9 % de los pacientes (SLEDAI) y al 30,4% en la etapa UGC (p=0,17), cumpliendo criterios clasificatorios para la enfermedad el 52,2 % en la etapa Pre UGC y el 50% en la posterior (p=0,78). Con respecto a las manifestaciones clínicas (Tabla 1), cabe destacar la diferencia estadísticamente significativa con respecto a la detección de manifestaciones renales, que fue del 6,4 en la etapa Pre UGC y del 24,5% en la post UGC (p=0,002). La proporción de pacientes evaluados se incrementó casi al doble en el período UGC donde fueron evaluados el 60 % de los pacientes en un período de 3 años mientras que el porcentaje restante fue evaluado en un periodo de 6 años (p:0,007). La relación entre consultas realizadas y tiempo de seguimiento del paciente fue mayor en el periodo UGC (0,53 vs 0,37) (p:0,04).

**Conclusiones:** El modelo UGC instaurado desde 2018 en nuestro Hospital muestra una mejor calidad en la atención y en el seguimiento integral de los pacientes según los dos grandes grupos de indicadores tanto de gestión como clínicos. Esto se observa en el aumento de la frecuencia de detección de los casos de lupus, la complejidad de los mismos y en un seguimiento más exhaustivo. Con respecto a los indicadores en manifestaciones clínicas las principales fueron: realización de clinimetría, afectación mucocutánea, renal y presencia de anticuerpos ANA.



## HIPONATREMIA SINTOMÁTICA SECUNDARIA A INFUSIÓN DE CICLOFOSFAMIDA CON DOSIS BAJAS

Aldo GARCÍA, Analía Verónica LONGO, Gastón Ezequiel LARREA AVANZINI, Lucila ALBERT, Patricia Liliana IMBROGLIA, Analía ÁLVAREZ  
HOSPITAL PENNA

**Introducción:** La ciclofosfamida es un agente alquilante sintetizado hace más de 50 años, que se utiliza ampliamente en el tratamiento de neoplasias y enfermedades autoinmunes. Sus efectos adversos son bien conocidos e incluyen náuseas, vómitos, alopecia, mielosupresión, infección, cistitis hemorrágica, esterilidad y malignidad. La hiponatremia rara vez se ha visto en los pacientes tratados con dosis bajas de ciclofosfamida endovenosa (<15 mg/kg). En estudios previos se ha reportado hiponatremia con el uso de dosis moderadas o altas (>20 mg/Kg).

**Objetivos:** Reporte de un caso.

**Resultados:** Paciente femenina, de 86 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, bocio multinodular y bronquiectasias. Medicación actual: enalapril, amlodipina, rosuvastatina, budesonide. Vacunación previa para SARS-CoV-2. Presentó síndrome febril prolongado, tos con expectoración mucosa, rinorrea purulenta, rales velcro bilaterales. Recibió tratamiento antibiótico sin respuesta adecuada. Hisopado SARS-CoV-2 negativo. Se internó en Clínica Médica con Hto 30%, Hb 9,9 g/dl, GB 10,070/mm PMN 85,9%, VSG106 mm, PCR 138,10 mg/dl, ferritina 770mg/dl, glucemia 114 mg/dl, urea 18 mg/dl, creatinina 0.64 g/dl, Na 129 meq/l, K 5meq/l, procalcitonina negativa, microhematuria, serología HVC positiva con PCR negativa, TSH normal, hemocultivos y urocultivo negativos, esputo y BAL directo y cultivo para gérmenes comunes, BAAR y micológico, negativos. PPD 0mm. Ecografía renal normal. Ecocardiograma: leve dilatación auricular izquierda. TAC de macizo facial: hipertrofia de cornetes y ocupación senos paranasales. TACAR Tórax: condensación, vidrio esmerilado, nódulos irregulares. FAN Hep2 negativo, ANCA C 1/1280 (IFI), PR3 49 (ELISA). Se realizó diagnóstico de granulomatosis con poliangeítis (GPA). Evolucionó con deterioro de la función renal iniciándose meprednisona 1 mg/kg/día y trimetoprima-sulfametoxazol trisemanal. Progresó con epistaxis, hemoptisis y disnea, con requerimiento de oxígeno. Se inició pulso de ciclofosfamida 750 mg ajustado a *clearance*, peso y edad. A las 12 hs presentó náuseas, vómitos, irritabilidad, temblores y tendencia al sueño. Natremia 108 meq/l que descendió a 103 meq/l, calemia 6,7 meq/l, osmolaridad plasmática 238,19 mOsmol/l, natruria 34 meq/l, caluria 23,6 meq/l, osmolaridad urinaria 220,67 mOsmol/l con líquido extracelular normal. Se interpretó el cuadro como hiponatremia sintomática por síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIHAD), secundaria a infusión de ciclofosfamida. Se descartaron otras causas. Inició restricción hídrica y reposición de Na endovenoso con mejoría sintomática y natremia de 119meq/l. Intercorrió con múltiples infecciones urinarias recibiendo tratamiento antibiótico y fibrilación auricular, tratamiento con amiodarona. Normalización de sodio sérico. Se decide continuar tratamiento de inducción para GPA con rituximab y meprednisona.

**Conclusiones:** La hiponatremia inducida por dosis bajas de ciclofosfamida es un evento adverso raro. El mismo se observa con dosis moderadas o altas. Esta manifestación poco frecuente puede ser severa y comprometer la vida del paciente. El mecanismo se debe a la secreción inadecuada de hormona antidiurética. Se debe tener en cuenta este efecto en el tratamiento de enfermedades autoinmunes con dicho agente alquilante. Es importante el contexto clínico del paciente (antecedentes y medicación concomitante) a fin de reducir otras causas que contribuyan con la misma.

## APORTE DE LAS COMORBILIDADES AL DAÑO ACUMULADO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. DATOS DEL REGISTRO ARGENTINO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (RELESSAR)

Verónica Inés BELLOMIO, Carla Andrea GOBBI, Rosana M. QUINTANA, Lucila GARCÍA, Sandy SAPAG, Marina Laura MICELLI, Analía Patricia ÁLVAREZ, Cecilia PISONI, Susana Graciela ROVERANO, Paula Beatriz ALBA, Alberto SPINDLER, César Enrique GRAF, Catalina GÓMEZ, Silvia Beatriz PAPASIDERO, Raúl Horacio PANIEGO, María DE LA VEGA, María Julia SANTA CRUZ, Heber Matías FIGUEREDO, Emma de Garignani CIVIT, María Victoria MARTIRE, Luciana GONZÁLEZ LUCERO, Rodrigo Alejandro AGUILA MALDONADO, Oscar L. RILLO, Sergio GORDON, Vanina GÓNGORA, Romina NIETO, Gretel RAUSCH, Julia ROMERO, Cristina BATTAGLIOTTI, María Agustina D'AMICO, Marta MAMANI, Alberto ALLIEVI, Alberto ORDEN, Johana ZACARÍAS HERETER, Diana DUBINSKY, Florencia VIVERO, Víctor CAPUTO, Juan Manuel VANDALE, María Silvia LARROUDE, Ramiro Adrián GÓMEZ, Graciela Nora RODRÍGUEZ, Josefina MARIN, María Marcela SCHMID, Mario GOÑI, Marisa JORFEN, Nadia Soledad DOMÍNGUEZ, Roberto Miguel BÁEZ, María Victoria COLLADO, María Victoria GAZZONI, Graciela Noemí GÓMEZ, Marcos David ZELAYA, María Eugenia BEDOYA, Marina Laura WERNER, Pablo FINUCCI CUR, Romina ROJAS TESSEL, Zaida BREDAN, Maximiliano Augusto MACHADO ESCOBAR, Noelia HOJBERG, Judith SARANO, Mercedes Argentina GARCÍA

GRUPO DE ESTUDIO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (GESAR-LES)

**Introducción:** Si bien la sobrevida de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) ha mejorado significativamente en las últimas décadas, se ha observado un aumento en el daño orgánico acumulado como resultado de brotes recurrentes, como también por factores secundarios a la enfermedad, como las comorbilidades y los efectos adversos de los tratamientos.

**Objetivos:** 1) Evaluar el daño acumulado y sus componentes en pacientes con LES de Argentina; 2) describir la frecuencia de comorbilidades y determinar la contribución de las comorbilidades al puntaje de daño.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo en pacientes incluidos en la base de datos del registro nacional de Lupus Eritematoso Sistémico de la Sociedad Argentina de Reumatología (RELESSAR). Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de LES (Criterios de Clasificación ACR 1997 modificados). Se recolectaron variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas. Se consideró puntaje de daño acumulado al último control (SLICC/SDI) y cada componente de daño. Se evaluaron comorbilidades: diabetes, hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo, etilismo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

**Resultados:** Se incluyeron 1.515 pacientes, 1.390 mujeres (91,7%), 685 (45,2%) mestizos, edad media de diagnóstico 28,7 años, edad en la última evaluación 37,6 años. El tiempo de evolución del LES fue mediana 73,7 meses, con un retraso en el diagnóstico de 5,10 meses. El 47,5% (719 pacientes) no presentaba daño acumulado en el seguimiento (SLICC/SDI 0); el 28,4% (430) tenía score 1; el 12% (183) tenía puntaje de 2, el 7,2% (109) tenía 3 puntos, y el resto de los pacientes 4 o más puntos. El daño más frecuente fue fallo gonadal (30, 9,43%), seguido de cataratas (116, 7,8%), caída del 50% del filtrado glomerular (68, 4,9%) y osteoporosis (66, 4,6%). Los pacientes con daño (>1 punto SDI) tenían más frecuencia de tabaquismo (p0,002), etilismo (p0,004), HTA (<0,001), diabetes (p<0,001), dislipemia (p<0,001) y EPOC (p0,001) que aquellos sin daño acumulado. También se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en el número de internaciones por actividad del LES (p<0,001), número de infecciones graves con internación (p0,021), dosis mayores a 30 mg/día de meprednisona (p<0,001) y menor uso de antipalúdicos (p<0,001). En el análisis de regresión lineal, las variables que se asociaron significativamente a daño acumulado fueron edad al último control (β 0.007), duración de la enfermedad (β 0,002), dosis máximas de corticosteroides (β 0.519), el número de internaciones actividad del LES (β 0,178), y entre las comorbilidades, EPOC (β 0,324) e HTA (β 0,275).

**Conclusiones:** El 52,5% de pacientes con LES presentó daño acumulado. Las comorbilidades EPOC e HTA fueron variables asociadas a daño acumulado en esta población de pacientes de Argentina.

0147

### PREDICTORES DE RIESGO DE RECAÍDA EN POLIMIALGIA REUMÁTICA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN 185 PACIENTES

José Luis VELASCO ZAMORA<sup>1</sup>, Oscar Eduardo GUT<sup>2</sup>, María Del Rosario MALIANDI<sup>3</sup>, Javier Alberto CAVALLASCA<sup>4</sup>, Miguel Alex LINAREZ<sup>5</sup>, María Alejandra CUSA<sup>6</sup>, Julio A. GOT<sup>7</sup>, María Andrea SPINETTO<sup>2</sup>, Adrián Jorge ESTEVEZ<sup>8</sup>, Alejandro BRIGANTE<sup>9</sup>, Ana Carolina CURTI<sup>2</sup>, Ana Carolina COSTI<sup>10</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS DE QUILMES, <sup>2</sup>CENTRO MÉDICO PRIVADO, <sup>3</sup>UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, SANATORIO GARAY, <sup>4</sup>SECCIÓN REUMATOLOGÍA, HOSPITAL JOSÉ BERNARDO ITURRASPE, <sup>5</sup>OSPM, <sup>6</sup>MEDICINA REUMATOLÓGICA, CENTRO MÉDICO PRIVADO, <sup>7</sup>UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, INSTITUTO MÉDICO HUMANITAS, <sup>8</sup>UNIDAD DE INMUNOREUMATOLOGÍA, HOSPITAL EL CRUCE, <sup>9</sup>SECCIÓN REUMATOLOGÍA, SANATORIO GÜEMES, <sup>10</sup>SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, <sup>11</sup>UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE QUILMES

**Objetivos:** Identificar predictores de riesgo de recaída en pacientes con PMR tratados con GC.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, multicéntrico en Argentina. Revisamos las historias clínicas de los pacientes con PMR diagnosticados entre 2006 y 2021. El diagnóstico de PMR se basó en los criterios de Chuang. Se excluyeron pacientes con menos de 1 mes de seguimiento. Se registraron datos demográficos, cuadro clínico (compromiso de cintura escapular, pelviana o ambas, artritis, arteritis), laboratorio (hemoglobina, eritrosedimentación [ESR], proteína C reactiva [PCR], cociente neutrófilo/linfocito [NLR], cociente plaqueta/linfocito [PLR], cociente monocito/linfocito [MLR]) al momento del diagnóstico y el tratamiento inicial con glucocorticoides [GC]. Se consideró dosis alta de GC a meprednisona  $\geq 20$  mg por día, prednisona  $\geq 16$  mg por día o deflazacort  $\geq 18$  mg por día. La recaída se definió como la reaparición de signos y síntomas asociados, con o sin niveles elevados de ESR o PCR en pacientes que necesitaron aumento en la dosis o re-inicio de GC. Se compararon grupos que presentaron recaída versus lo que no mediante análisis proporcional de Cox. Se informan Hazard Ratio (HR) con intervalos de confianza (IC) para el 95%. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de cada centro participante.

**Resultados:** Se incluyeron 185 pacientes (69,19% sexo femenino, edad media 71,17 $\pm$ 9,52 años). El 57,84% tenía antecedente de hipertensión arterial (HTA) y el 38,38% de dislipemia (DLP). El cuadro clínico predominante fue el compromiso de cintura escapular y pelviana (76,76%), y la artritis estaba presente en el 21,08%. El 67,03% recibió meprednisona y el 31,89% recibió dosis altas de GC como tratamiento inicial. La mediana del tiempo de seguimiento fue de 17 meses (rango 1,5 a 166). La incidencia de recaídas fue de 1,2 por 100 personas/mes. La mediana del tiempo a la recaída fue de 70,5 meses (percentilo 25= 14 meses). No se encontró asociación entre el riesgo de recaídas con la edad, sexo, antecedentes de HTA, diabetes o tabaquismo, cuadro clínico, PCR, ESR, NLR, MLR y PLR. Se encontró asociación significativa con el uso de dosis altas de GC (HR=2.44, IC95%=1,46 a 4,06; p=0,001), uso de meprednisona (HR=2.91, IC95%=1,54 a 5,47; p=0,001) y antecedente de dislipemia (HR=0.51, IC95%= 0,30 a 0,89, p=0,018).

**Conclusiones:** Se observó una tasa de recaídas inferior a lo reportado en la literatura. El riesgo de recaída fue mayor en personas tratadas con dosis altas de GC y con el uso de meprednisona. En pacientes con antecedente de dislipemia el riesgo de recaída fue menor.

0148

### DESEMPEÑO DE CRITERIOS ACR 1997, SLICC 2012 Y ACR/EULAR 2019 EN UNA COHORTE DE LES VS CONTROLES DE UN CENTRO DE REFERENCIA

Evelyn Gisella SOTO, Bley Jair ZUÑIGA SUÁREZ, Marina GARCÍA CARRASCO, Natalia Andrea PERROTTA, Diana DUBINSKY, Gustavo MEDINA

DIVISIÓN REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS, UBA

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad sistémica autoinmune, heterogénea en cuanto a órganos afectados y manifestaciones clínicas. Se cuenta con diversos criterios para intentar clasificar a los pacientes con fines de investigación. El "gold standard" en el caso individual sigue siendo la opinión de un reumatólogo "experto". En 2019 el Colegio Americano de Reumatología (ACR) y la Liga Europea para la Lucha Contra las Enfermedades Reumáticas (EULAR) desarrollaron nuevos criterios clasificatorios a través de una metodología de consenso con sistema de ponderación.

**Objetivos:** Comparar manifestaciones clínicas según tres diferentes criterios en grupo LES vs No LES. Evaluar sensibilidad (S), especificidad (E), VPP-valor predictivo positivo, VPN-valor predictivo negativo de criterios ACR 97, SLICC 2012, ACR/EULAR 2019 en ambos grupos. Valorar probabilidad post test/coeficiente de verosimilitud (PPT-CV) de criterios ACR/EULAR 2019.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, analítico, retrospectivo, de casos y controles. Se revisaron retrospectivamente datos de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de LES definido según opinión de reumatólogo "experto", desde 01/2015 a 01/2021 en la Unidad de Lupus de la División Reumatología del Hospital de Clínicas José De San Martín. Se definieron como "casos" todos los pacientes con diagnóstico de LES existentes. Se compararon con una cohorte del mismo centro, de pacientes con FAN (+) y diagnósticos distintos a LES. Se aplicaron los criterios de clasificación ACR 97, SLICC 2012 y ACR/EULAR 2019, y se evaluaron S, E, VPP, VPN de los tres sets de criterios y PPT/CV ACR/EULAR 2019 en ambas cohortes. Se compararon las manifestaciones clínicas/serológicas de los tres criterios. Análisis estadístico: paquete estadístico STATA-13.0 (STATACorp.LP). Análisis descriptivos: %, media (DS) y mediana (RIQ). Comparación variables continuas: test Student y Chi<sup>2</sup> o Fisher para dicotómicas. Se calcularon S y E con IC 95%, VPP y VPN (según prevalencia) para ACR 97-SLICC 2012 y ACR/EULAR 2019 y PPT/coeficiente de verosimilitud (LR) para ACR/EULAR 2019. Nivel de significancia estadística establecido: p<0,05.

**Resultados:** Se analizaron 952 historias clínicas. 469/LES (se descartaron 3 por falta de datos). LES:466 y Controles No LES/FAN (+): 483. Total mujeres: 859 (90,5%). LES: 91,6%. No LES: 89,4% (p:0,42). Mediana edad: LES: 42 (RIQ:30-51). No LES: 55 (RIQ: 43-55) (p:<0,00) Edad media al diagnóstico LES: 33 (+/- 11) años. Diagnósticos Grupo Control en 75%: AR (22,5), Sjögren (19), ES (14,7), síndrome de Superposición (no LES) (10,5), MII (8,5). Grupo LES: mayor frecuencia manifestaciones muco-cutáneas, artritis, serositis, hematológicas y renales, en los 3 criterios aplicados. ACR 1997: Grupo LES: Mediana criterios: 6 (RIQ:5-8). Grupo No LES: 464 pacientes no clasificaron como LES. 20 (4%) cumplieron criterios: 2,3%: 4 y 1,7%, 5 criterios. Patologías No LES que cumplieron criterios: 8 SSjo, 5 SSup No LES, 4 AR, 1 EMTC y 1 MII. 3/295 tuvieron aSM(+): 1 AR, 1 EMTC y 1 SSjo. Solo el paciente con SSjo y aSM (+) reunió 5 criterios y ninguno de los pacientes con aDNA (+) clasificó para LES ACR1997. SLICC 2012: Grupo LES: Mediana criterios: 7 (RIQ:5-8). 96% fueron clasificados para LES. 88,6%: 4 -10 criterios. Solo el 4% (18) no alcanzó los 4 criterios necesarios para clasificar. Más frecuentes: cutáneo-mucosas (72% LCA-LCSA, 47% alopecia, 41% úlceras orales), artritis (81%), hematológico (42% leuco-linfopenia, 19,3% trombocitopenia, 15% anemia), serositis (30%), renales (50%). Grupo No LES: Mediana criterios: 2 (RIQ:1-2). 98% (96) no cumplieron criterios

vs 2% (10) (4-5 criterios). Más frecuentes: SSjo (4/10), MII (2/10) y SSup No LES (2/10). Como en ACR 97, solo 1 paciente con SSjo y aSM(+) cumplió criterios SLICC 2012. ACR/EULAR 2019: Grupo LES: 99%:  $\geq 10$  y 2,7% (13)  $\leq 10$  criterios. Mediana criterios: 24 (RIQ:18-31). 92,2% (429): SM y/o DNA (+). Grupo No LES: 97,3% no clasificó como LES y 2,7% sí. Mediana criterios: 2.5 (RIQ: 0-6). SSjo: 3/13, AR: 3/13, MII: 2/13, otros: 2/13, ES: 1/13, Artropatía Sero (-): 1/13, SSup No LES: 1/13. LES/No LES: ACR 1997: Sensibilidad: 94.4% (IC 95% 91.9-96.3), Especificidad: 95,5% (IC 95%: 93.6-97.4). VPP: 95,5%/VPN: 94,6%. SLICC 2012: Sensibilidad: 96,1% (IC 95%: 93.9-97.6), Especificidad: 97,5% (IC 95%: 95.7-98.7). VPP: 97.3%/VPN: 96,3%. ACR/EULAR 2019: Sensibilidad: 97.8% (IC 95%: 96.0-98.9), Especificidad: 97,3% (IC 95%: 95.4-98.5). VPP: 97.2%/VPN: 97,9%. Criterios ACR/EULAR 2019: Prevalencia LES: 49%. CV o LR (+) = 33: PPret= 49%. PPost: 96% CV o LR (-) = 1.03: PPret=49%. PPost: 49%.

**Conclusiones:** Las tres series de criterios mostraron porcentajes elevados de S/E, que podría deberse a las características de nuestra población: a más años de diagnóstico/mayor definición diagnóstica/mayor daño acumulado (sesgo selección). Criterios ACR/EULAR 2019 tuvieron los mejores índices de S/E para clasificar como LES al grupo LES vs NO LES. Ante un resultado (+) de criterios ACR/EULAR 2019, los pacientes presentaron alta probabilidad de poder ser clasificados para LES.

0150

## ASPERGILOSIS PULMONAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Federico CECCATO<sup>1</sup>, Ponzo IGNACIO<sup>2</sup>, Federico DETARSIO<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SANATORIO ESPERANZA, <sup>2</sup>SANATORIO PREMED, <sup>3</sup>CENTRO DE LA VISIÓN

**Introducción:** Las enfermedades reumáticas, especialmente la artritis reumatoidea (AR), tienen mayor riesgo de infección comparado con la población general. Las infecciones pueden ser precipitadas por la severidad de la enfermedad, el grado de invalidez, la presencia de comorbilidades y el uso de tratamientos inmunosupresores. Aspergilosis es la enfermedad causada por hongos del género *Aspergillus*, que se localizan preferentemente en pulmón. Existen más de 600 Especies de *Aspergillus*, solo causan infección *Fumigatus*, *Niger*, *Flavus* y *Terreus*. Tiene 3 formas clínicas: Reacción alérgica, colonizar cavidad preformada (Aspergiloma) en pulmón o senos paranasales y aspergilosis invasiva (mortalidad superior al 50%).

**Objetivos:** Comunicar dos casos de aspergilosis pulmonar en pacientes con AR.

**Resultados:** Caso 1: Mujer 71 años con AR más 30 años evolución, seropositiva (FR y CCP) y erosiva con manifestaciones extraarticulares (nódulos subcutáneos, ojo seco confirmado, xerostomía, fibrosis pulmonar). DAS 28: 3.63 (VSG)/HAQ: 0.75. Tratamiento: leflunomida 20 mg/día; prednisona 2,5 mg/día, calcio y vit D3. Consulta por tos seca persistente y astenia de 2 meses de evolución. Laboratorio: Hb 9,9 g%, Hematocrito 30%; VSG 120 mm, PCR 1,2 mg/dl. Anemia crónica estable, FSP normal. Serología: Mantoux (-); Histoplasmosis (-); Inmunodifusión Anti *Aspergillus Flavus*, *Terreus*, *Niger* y *Fumigatus* (+). TAC tórax muestra alteraciones intersticiales con engrosamiento de los septos interlobulillares y del intersticio subpleural; áreas de panalización. Imagen cavitada con contenido en su interior (bola fúngica). Tratamiento: Itraconazol durante 3 meses. Buena evolución y resolución del cuadro.

Caso 2: Mujer 75 años con diagnóstico de AR seropositiva (FR y CCP) y erosiva, sin manifestaciones extraarticulares, de 6 años evolución. DAS28: 2.1 (VSG) / HAQ: 0.5. Tratamiento: prednisona 5 mg/día, leflunomida 20 mg/día, Certolizumab Pegol 200 mg SC c/15 días, ibandronato y calcio + vit d3. MC: fiebre, tos seca, hiporexia y astenia de 2 semanas de evolución. EF: TA: 110/70 mm/hg; FC: 90 x min; FR: 18 x min; T°: 39,5 °C, Saturación O2: 96 %. A Respiratorio: estertores crepitantes base derecha. Restos de sistemas y aparatos normal. Laboratorio ingreso: Hcto 24,5%, Hb 8,6 g, GB 4570, LDH 475 U/L, VSG 120 mm, PCR +++++, función renal hepatograma, P x E y orina normal. Cultivos de sangre, orina y materia fecal negativos. Serología para HIV, CMV, VHB, Toxoplasmosis, VDRL, Leptospirosis, Hantavirus, Dengue (-). Frotis sangre periférica normal. Ecografía abdominal y ecocardiograma transtorácico normal. Radiografía y TAC tórax al ingreso informan imágenes nodulares en lóbulos inferiores y lóbulo medio. Algunas opacidades en vidrio esmerilado. Áreas de consolidación del espacio alveolar en segmento basal lateral del lóbulo inferior del pulmón derecho. No adenomegalias, no derrame plural ni pericárdico. Se indica tratamiento sostén y antibióticos. Una semana después la paciente evoluciona con registros febriles diarios, caída saturación y aumenta infiltrados intersticiales en la Rx y TAC. Se programa BAL, PCR panfúngica y se agrega empíricamente trimetoprima/sulfametoxazol, anfotericina B 0,5 mg/kg/día, claritromicina y ceftriaxona. PCR pan fúngica positiva sin identificación germen. El estado clínico empeora con falla multiorgánica y 10 días después la paciente fallece. Un mes después se recibe informe bacteriología del BAL: *Aspergillus Fumigatus*.

**Conclusiones:** El diagnóstico de aspergilosis depende del reconocimiento de las diferentes manifestaciones clínicas, acompañado por el conocimiento de la exactitud y limitaciones de las pruebas usadas para el diagnóstico de infecciones fúngicas. Las infecciones endémicas deben buscarse sistemáticamente en pacientes con enfermedades reumáticas.

0151

## TRANSICIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS DE INICIO EN EDAD PEDIÁTRICA

Katherine Daniela VARGAS BUENO, Vanesa Marisel BEJARANO, Noel Agustín CALLAHUARA GOIBURU, Anastasia SECCO, Yamila Mariel TOLCACHIER

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA

**Introducción:** La atención de transición efectiva de adolescentes y adultos jóvenes que inician su enfermedad en la niñez es fundamental para la prestación de atención reumatológica, particularmente dada la cronicidad y la morbilidad en la edad adulta de muchas de las enfermedades reumáticas.

**Objetivos:** 1) Estimar el número de pacientes recibidos desde los centros pediátricos para su transición y seguimiento en edad adulta, en los últimos diez años; 2) describir la proporción de cada patología derivada; 3) evaluar si los pacientes evolucionaron a diferentes enfermedades en la edad adulta; 4) evaluar la actividad de la enfermedad en el centro de atención pediátrico antes de pasar al de adultos y al iniciar su seguimiento en el centro de adultos.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo. Se incluyeron pacientes con enfermedades reumatológicas diagnosticadas en la infancia que acudan al Servicio de Reumatología de un hospital público, transferidos desde diferentes centros de atención pediátricos en Argentina. Se excluyeron pacientes con historia clínica incompleta o ausente y que no tengan diagnóstico de enfermedad reumatológica autoinmune.

**Resultados:** Se incluyeron 61 pacientes, 75,4% (n: 46) mujeres, con una media de edad al momento de transición al hospital de adultos de 19 años ( $\pm 1,89$ ). La media de edad al momento del diagnóstico de 11 años ( $\pm 4,43$ ), la media de edad al inicio de los síntomas fue de 11 años ( $\pm 4,36$ ). La mediana de tiempo de seguimiento en el hospital pediátrico fue de 8 años (RIC:3-11). Las enfermedades autoinmunes más frecuentemente encontradas fueron: lupus eritematoso sistémico (LES) 21,31% (n:13), artritis idiopática juvenil poliarticular factor reumatoide positivo [AIJ P FR +, 19,67%

(n:12)], artritis idiopática juvenil poliarticular factor reumatoide negativo [AIJ P FR -, 11.48% (n:7)], artritis idiopática juvenil oligoarticular persistente FAN positivo [AIJ O FAN +, 9.84% (n:6)]. En el 69,3% de los pacientes evaluados, el tiempo desde que se derivó del hospital pediátrico hasta la primera consulta en el hospital de adultos fue de 1 a 6 meses; en el 20,51% fue de 6 meses a 1 año y en el 10,26% el tiempo de transición fue de 2 a 4 años. En cuanto a la actividad de la enfermedad previo a la transición, el 78,7% de los pacientes no presentaba actividad en su última consulta pediátrica vs el 57,3% en la consulta en hospital de adultos posterior a la transición (p<0,01). El 11,9% presentaba actividad moderada de la enfermedad en la última consulta pediátrica, vs el 24,5% en la consulta de adultos (p<0,01). La mediana del HAQ de los pacientes con AIJ (n:30) fue de 0,25 (ric> 0-0,75). El 16,1% (n:10) evolucionó a otra enfermedad autoinmune a lo largo del seguimiento en la edad adulta; entre ellas fueron espondiloartritis, esclerodermia y artritis reumatoide.

**Conclusiones:** En el presente trabajo se observó que las patologías mayormente derivadas desde centros pediátricos fueron LES y AIJ poliarticular FR (+) y (-). El tiempo de transición fue menor a 6 meses en la mayoría de los pacientes. Asimismo, se observó un aumento en la proporción de pacientes con enfermedad activa en la transición al hospital de adultos. Estos resultados destacan la importancia del trabajo conjunto entre reumatólogos pediatras y adultos, para optimizar el proceso de transición.

0153

## REABER: ESTUDIO OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO, DE COHORTE ABIERTA CON RECOGIDA DE DATOS DEL REGISTRO DE REACCIONES ADVERSAS EN PACIENTES TRATADOS CON TERAPIAS BIOLÓGICAS (REPIS 1481): 6º REPORTE

Ana Laura TOLEDO, Lilia Judith DAVILA, Facundo Joaquín BAVIO, Agustina Milagros GARCÍA ORO, Laura Beatriz ONETTI, Isaac CADILE, Marina WERNER, Raquel HERRERA COMOGLIO, Eduardo Daniel MUSSANO

HOSPITAL DE CLÍNICAS

**Introducción:** En la actualidad, más de 20 millones de personas en todo el mundo están afectadas por enfermedades reumáticas (ER) que requieren tratamientos específicos, constituidos por fármacos utilizados para evitar la progresión de la enfermedad o “modificadores de la enfermedad” (FAMEs), siendo los innovadores los inmunomoduladores llamados “biológicos” (TB) y las moléculas pequeñas: antiJAK”. En cuanto a estos últimos se han publicado numerosos trabajos y ensayos clínicos probando su eficacia y seguridad. Muchos de estos reportes tienen algunas limitaciones como el sub-registro de reacciones adversas (RA). Tener un registro propio ayudaría al mejor conocimiento de los probables eventos adversos (EA) en nuestra población y su prevención.

**Objetivos:** Registrar el uso de terapias biológicas y moléculas antiJAK (TB) en ER y la aparición de EA. Identificar EA y pérdida de eficacia en pacientes con ER tratados con fármacos biológicos. Evaluar la frecuencia de infección por COVID-19 en este grupo de pacientes.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional abierto donde se incluyeron pacientes con ER tratados con terapias biológicas desde el 02 de enero del 2005 al 31 de agosto del 2021. Se estudiaron sus características, tratamientos asignados y EA. El análisis estadístico se realizó por Infostat.

**Resultados:** El número de tratamientos biológicos (TB) fue de 506 en 307 pacientes, 240 mujeres y 67 hombres con una edad promedio de 60 años (17-90). Las patologías incluidas fueron: artritis reumatoidea 252, artritis psoriásica 30, espondiloartritis 11, vasculitis sistémicas (panarteritis nodosa 1, granulomatosis con poliangeitis 3), artritis idiopática juvenil 3, lupus eritematoso sistémico 3, RUPUS 1, enfermedad de Still 2 y síndrome de Sjögren 1. Los TB más utilizados fueron: etanercept (155/506) seguido por adalimumab (83/506) y certolizumab pegol (78/506). 173 pacientes utilizaron un solo biológico, 74 recibieron 2, 37 tuvieron 3, 19 pacientes 4, 3, cinco y 1 solo se expuso a 6 biológicos diferentes. 216 pacientes presentaron algún EA con uno o más tratamientos. Los EA prevalentes fueron: infecciosos (80/216), dermatológicos (6/216), neoplasias (13/216), cardiovasculares (12/216), neurológicos (9/126), hematológicos (8/216), digestivos y “transaminitis” (3/216), alergias y reacciones cutáneas (20/216), y otras (65/216) y se registraron 22 óbitos bajo TB: 12 diagnósticos de neumonía, 4 cáncer, 2 IAM, 1 insuficiencia renal, 1 diverticulitis, 1 infección de prótesis, 1 de Guillain Barré. En cuanto a patología por COVID-19 de un total de 203 pacientes en seguimiento activos, la frecuencia de la misma fue en 42 pacientes (20,7%), 1 antes de iniciar terapia biológica y 41 mientras la recibían, de los cuales 1 fue asintomático, 31 leves y 4 moderados, que se internaron por neumonía viral bilateral. Uno de los pacientes falleció por síndrome de Guillain Barré poscovid y estaba usando etanercept. La TB más frecuentes en óbitos fueron los antiTNF en 6 casos. 37 pacientes presentaron pérdida de eficacia, 25 a un solo fármaco, 7 a dos, 3 a tres fármacos y 1 a 4 tratamientos diferentes. Específicamente hubo fallo a etanercept en 21 casos, a adalimumab en 11; a abatacept en 6; a ustekinumab en 4, a certolizumab en 3, a golimumab en 3, a tofacitinib en 2, infliximab en 1, y sarilumab en 1 caso para cada medicamento.

**Conclusiones:** Este sexto reporte de EA en ER tratadas con TB confirma que si bien estos fármacos han demostrado su eficacia en el tratamiento de las ER, la aparición de EA es frecuente y se debe estar atento a su prevención (ej: vacunación, *screening*), rápido diagnóstico (monitoreo permanente), su tratamiento y notificación (ANMAT). Usar este tipo de medicación no incrementó la infección por virus COVID-19 en nuestro grupo de pacientes comparado con la población general y las consecuencias (internación y/o muerte) tampoco fueron significativas.

0155

## UTILIDAD Y ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO TROMBÓTICO CON GLOBAL ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME SCORE AJUSTADO (AGAPSS) EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDO PRIMARIO

María Isabel QUAGLIA<sup>1</sup>, Yohana Soledad TISSERA<sup>1</sup>, Rosa María FIGUEROA<sup>1</sup>, Verónica SAVIO<sup>1</sup>, Juan Alejandro ALBIERO<sup>1</sup>, Carla Andrea GOBBI<sup>2</sup>, Marcelo Augusto YORIO<sup>3</sup>, Mercedes VIGLIANO<sup>1</sup>, Paula ALBA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO CLÍNICA MÉDICA-UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL CÓRDOBA, <sup>2</sup>CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA I, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC, <sup>3</sup>SERVICIO CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL CÓRDOBA

**Introducción:** El síndrome antifosfolípido (SAF) es un estado de hipercoagulabilidad que predispone a trombosis venosa (TV), arterial (TA) o ambas, y/o morbilidad obstétrica asociada a anticuerpos antifosfolípidos (AAF), siendo la trombosis recurrente la causa principal de mortalidad. Dentro de las herramientas para valorar el riesgo trombótico se encuentran scores (aGAPSS) que podrían identificar los pacientes de alto riesgo trombótico.

**Objetivos:** Evaluar el GAPSS ajustado (aGAPSS) como instrumento para estimar el riesgo de trombosis en SAF primario.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo. Se incluyeron pacientes con SAF primario acorde a criterios de Sydney desde enero/2013 a diciembre/2020 en el servicio de Reumatología. Se evaluaron las siguientes variables: TV, TA, morbilidad obstétrica, manifestaciones no criterio, comorbilidades, AAF, presencia de síndrome metabólico (MeTS), recurrencia de trombosis y mortalidad. Los pacientes fueron agrupados en: trombosis vascular (SAFT), morbilidad obstétrica (SAFO) o ambas; los últimos ingresaron al grupo trombótico para la estratificación del riesgo. Se evaluó el aGAPSS en la visita basal y se consideró aGAPSS alto a > o = 10 y se evaluó la presencia de TA o TV a la última visita del seguimiento. Las variables

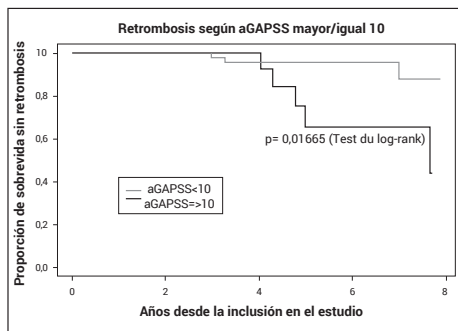


continuas se expresaron como mediana y rango intercuartil; las categóricas como frecuencia y porcentaje. Para el análisis de variables categóricas se utilizó el test de Fisher y para las mensurables el test de Wilcoxon.  $p > 0,05$  fue significativa.

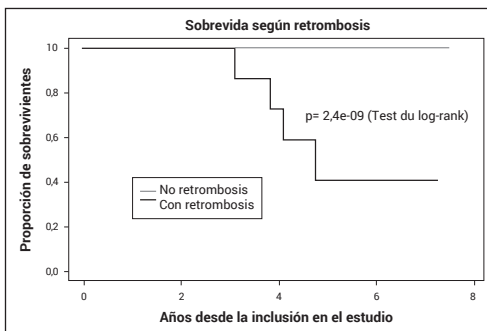
**Resultados:** Se evaluaron 85 pacientes en la visita basal y solo 63 (74,11%) completaron el seguimiento. El 87,1% (74) mujer, con mediana de edad 36 años (32,75- 40,25) y duración de la enfermedad de 53 meses (25-114). El 62,35% (53) presentaba SAFO, 24,5% (21) SAFT y 12,94% (11) ambas. Se encontraron 18 trombosis arteriales, 11 venosas y 3 en ambos sitios. El 58,58% (50) presentaba manifestaciones no criterio. La frecuencia de los AAF fue: ACL 82,35% (70), seguido por AL 67,05% (57) y ABGBP1 30,58% (26); el 17,64% (15) tenía triple positividad. El 50,58% (43) poseía al menos una comorbilidad: las más frecuentes fueron MeTS 23 (27,38%) y obesidad 22 (25,9%). La duración de la enfermedad fue mayor en SAFT ( $p=0,04$ ), con mayor frecuencia de ac. ABGP1 y triple positividad ( $p=>0,001$  y  $p=0,0003$ ). La presencia de MeTs fue mayor en pacientes con SAFT ( $p=0,02$ ). La mediana del aGAPSS fue de 9 (5-12). En SAFT la mediana fue de 9 (8,75-13) y en SAFO 9 (5-9), ( $p=0,008$ ). Pacientes que tenían manifestación no criterio mostraron una mediana del aGAPSS de 9 (5-12), similar a aquellos con manifestaciones criterio 9 (5-9)). Las nuevas trombosis 8/63, (12,69%) se presentaron en SAFT; la mediana del tiempo fue de 26 meses (15-49). 4 (50%) fueron TA, 2 (25%) TV y 2 (25%) en ambos territorios. La mediana del aGAPSS en pacientes con recurrencia fue de 13 (9-13), 5 (62,50%) tenían aGAPSS  $> 10$ ; y 7 presentaron manifestaciones no criterio. El 6,34% (4) falleció por trombosis recurrente. Se encontró diferencia significativa en relación a la aparición de una nueva trombosis en pacientes con aGAPSS  $> 10$  ( $p=0,016$ ). La curva de supervivencia fue menor en aquellos con re trombosis ( $p=0,0000$ ).

**Conclusiones:** La valoración del riesgo de trombosis en SAF con aGAPSS es una herramienta útil que permite identificar individuos con alto riesgo de recurrencia de trombosis.

**GRÁFICO 1: RETROMBOSIS SEGÚN AGAPSS**



**GRÁFICO 2: SOBREVIVENCIA EN RELACIÓN A LA APARICIÓN DE NUEVA TROMBOSIS**



0156

**ARTROPATÍA PSORIÁSICA EN RELACIÓN A SÍNDROME METABÓLICO Y COMORBILIDADES MÁS FRECUENTEMENTE ASOCIADAS**

Lucas RETA ARBÓ, Isaac CADILE, Laura Beatriz ONETTI, Eduardo Daniel MUSSANO

HOSPITAL DE CLÍNICAS

**Introducción:** La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel caracterizada por un crecimiento excesivo de queratinocitos e hiperqueratosis en la epidermis. La artritis psoriásica (APs) afecta entre un 6% a un 42% de los pacientes con psoriasis; se asocia a mayor riesgo de morbimortalidad y se define como una artropatía inflamatoria asociada a psoriasis, habitualmente seronegativa para el factor reumatoide. Puede iniciarse en cualquier época de la vida, con un pico máximo de incidencia entre la tercera y quinta décadas y una edad media al diagnóstico de 48 años. No se conoce su etiología. Se supone que participan factores genéticos, inmunológicos y ambientales. Para el diagnóstico se utilizan los criterios CASPAR. El síndrome metabólico es un estado inflamatorio por excelencia compartiendo rasgos comunes con la artritis psoriásica.

**Objetivos:** El objetivo primario fue establecer la relación entre psoriasis y síndrome metabólico en pacientes con y sin criterios CASPAR para APs. El objetivo secundario fue determinar las comorbilidades más frecuentemente asociadas a psoriasis en pacientes con y sin criterios CASPAR para APs.

**Materiales y Métodos:** Estudio analítico, transversal y prospectivo realizado en un servicio de Reumatología entre el 1/8/2017 y 31/7/2018. Fueron estudiados en forma consecutiva 51 pacientes con psoriasis y síntomas del aparato locomotor que consultaron en dicho período. Se incluyeron pacientes de ambos sexos con un rango etario de 18 a 80 años inclusive; con psoriasis confirmada por un dermatólogo. Se consignaron dos grupos con y sin artritis psoriásica diagnosticada según criterios CASPAR. Se excluyeron pacientes con artritis inflamatoria de otra etiología, enfermedades cutáneas no psoriásicas, enfermedades autoinmunes.

**Resultados:** Hubo leve predominio femenino (53%), edad: 54,71 años. El 76% (n=39) cumplía criterios CASPAR. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas para edad ( $p=0,7938$ ) y sexos ( $p=0,6744$ ). La presencia de síndrome metabólico en el grupo APs fue significativamente mayor. Las comorbilidades más frecuentes fueron tabaquismo, hipertensión arterial y dislipidemia en ambos grupos.

**Conclusiones:** En esta casuística hubo una asociación estadísticamente significativa entre artritis psoriásica y síndrome metabólico. Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA, dislipidemia y tabaquismo.

0157

**COMPROMISO OFTALMOLÓGICO EN VASCULITIS ASOCIADAS ANTICUERPOS ANTI-CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS (ANCA) - (VAA)**

Máximo COSENTINO, Julia SCAFATI, María Victoria MARTIRE, Lucila GARCÍA, Claudia Elizabet PENA, Mercedes Argentina GARCÍA

HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA

**Introducción:** Las VAA incluyen tres variantes clínico-patológicas: poliangeitis microscópica (PAM), granulomatosis con poliangeitis (GPA) y granulomatosis eosinofílica con poliangeitis (EGPA). Todas ellas pueden afectar múltiples órganos, siendo el compromiso oftalmológico (CO) variable de acuerdo al tipo de VAA a la cual nos referimos. Generalmente el CO se divide en afección de la órbita o compromiso ocular (glándula lagrimal, su-

Manifestación	Total VAA (104)	GPA (51)	PAM (36)	EGPA (17)
Compromiso orbitario	3 (2,9%)	3 (5,9%)	0	0
Compromiso ocular	30 (28,8%)	24 (47%)	3 (8,33%)	3 (17,6%)
Superficie ocular:				
Escleritis	4 (3,8%)	4 (7,8%)	0	0
Epiescleritis	10 (9,6%)	9 (17,6%)	1 (2,8%)	0
Conjuntivitis	2 (1,9%)	2 (3,9%)	0	0
Queratitis	2 (1,9%)	2 (3,9%)	0	0
Uveítis	5 (4,8%)	3 (5,9%)	1 (2,8%)	1 (5,9%)
Compromiso retiniano:	4 (3,8%)	3 (5,9%)	0	1 (5,9%)
Exudados	0	1 (1,9%)	0	0
Hemorragia	0	1 (1,9%)	0	0
Trombosis A-V	0	0	0	1 (5,9%)
Vasculitis	0	1 (1,9%)	0	0
Compromiso anexial (dacriodentitis/dacriocistitis)	2 (1,9%)	2 (3,9%)	0	0
Neuritis isquémica	3 (2,9%)	1 (1,9%)	1 (2,8%)	1 (5,9%)
Parálisis de nervios oclomotores	3 (2,9%)	3 (5,9%)	0	0

TABLA

loesquelético y otorrinolaringológico (ORL) (46,1%) ambos, siendo el CO menor (28,8%). De los 30 pacientes con CO, 3 presentaron tanto compromiso orbitario como ocular, y en 5 casos se observaron 2 afecciones oculares distintas. En la Tabla se detallan los tipos y frecuencia de CO para el total y subtipos de VAA al debut de la enfermedad. En el análisis bivariado -comparando los pacientes con CO versus aquellos sin esta afección- la GPA (80% vs 36,5%, p<0,001), compromiso ORL (63,3% vs 39,2%, p=0,019), ANCA C (73,3% vs 43,1%, p=0,004), PR3 (66,7% vs 35,5%, p=0,005), trombocitosis (41,4% vs 20,3%, p=0,038) y mayor ERS (76,9 vs 58,5 mm/h, p=0,022) se asociaron a dicho compromiso al debut de la enfermedad, mientras que el diagnóstico de PAM (10% vs 44,6%, p=0,001), ANCA P (23,3% vs 53,5%, p=0,004) y MPO (22,2% vs 50,8%, p=0,012) se asociaron a menor presencia de CO. En el análisis multivariado, la variable que se mantuvo asociada de manera independiente al CO fue la trombocitosis (OR 5.12-IC 95% 1.15-22.8, p: 0,032). Se observaron secuelas en 9 (27,3%) de los pacientes con CO al inicio, 6 casos de disminución de agudeza visual, 2 de ceguera y 1 de catarata. La mayoría de estas ocurrió en pacientes con GPA (7-25,9%). Durante el seguimiento, 6/104 (5,8%) pacientes presentaron un episodio de CO. Cinco de ellos habían tenido dicha afección al debut, 4 de los cuales el tipo de afección fue distinta y todos con diagnóstico de GPA. De estos 6 pacientes que desarrollaron la afección en el seguimiento, 4 se encontraban en tratamiento de mantenimiento.

**Conclusiones:** La frecuencia de CO al debut en pacientes con VAA (28,8%) en nuestro estudio fue similar a lo reportado en la literatura. La GPA presenta la mayor frecuencia y variedad de este tipo de compromiso, predominando la epiescleritis-escleritis, compromiso orbitario y de nervios Óculomotores. En el total de VAA predominaron la epiescleritis y uveítis. La única variable asociada de manera independiente al CO fue la trombocitosis. Las secuelas oculares se observaron en un tercio de los pacientes.

perficie ocular, retina y nervios craneales). Las 3 manifestaciones más frecuentes descritas son: conjuntivitis, epiescleritis y visión borrosa.

**Objetivos:** Describir la frecuencia y formas clínicas del compromiso oftalmológico en pacientes con VAA al inicio de la enfermedad. Evaluar factores asociados a dicho compromiso. Describir las secuelas y CO durante el seguimiento.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, analítico y retrospectivo, de centro único, en pacientes con diagnóstico de VAA (Criterios ACR 1990 o Consenso CHCC 2012) mayores de 18 años. Se realizó estadística descriptiva; análisis bivariado y multivariado para evaluar los factores asociados a CO al diagnóstico utilizada como variable dependiente.

**Resultados:** Se incluyeron 104 pacientes con VAA. El 61,5% era mujer, la mediana de edad al diagnóstico 53 (RIC25-75: 41-62) años y un seguimiento de 35 (11-87) meses. Cincuenta y un pacientes (49%) tenían GPA, 36 (34,6%) PAM y 17 (16,3%) EGPA. La positividad de ANCA C fue 53/102 (51,9%), ANCA P 45/101 (44,5%), anti proteinasa-3 (PR3) 40/89 (44,9%) y anti mieloperoxidasa (MPO) 38/90 (42,2%). Al momento del diagnóstico el valor de BVAS fue 18 (DS±8), FFS 1 (RIC25-75: 0-1), eritrosedimentación (ERS) 64 (DS±35,6) mm/hora y proteína C reactiva 34,6 (RIC25-75: 11-102) mg/dl. Del total de pacientes, los compromisos clínicos más frecuentes fueron: constitucional (75,9%), pulmonar (68,3%), renal (59,6%), muscu-

**EVOLUCIÓN DE LA MONOTERAPIA EN ARTRITIS REUMATOIDEA: IMPACTO DE LA APARICIÓN DE LOS INHIBIDORES DE JAK**

Rodrigo GARCÍA SALINAS<sup>1</sup>, Fernando Andrés SOMMERFLECK<sup>2</sup>, Alfredo Leiber VARGAS CASELLES<sup>3</sup>, Luis PALOMINO ROMERO<sup>3</sup>, Javier ROSA<sup>3</sup>, Mariana BENEGAS<sup>2</sup>, Etel Irene Rosa SATURANSKY<sup>2</sup>, Pamela GIORGIS<sup>4</sup>, Florencia MARTÍNEZ<sup>5</sup>, Marcelo ABDALA<sup>5</sup>, Jimena Sánchez Alcover<sup>6</sup>, Emma de Garignani CIVIT<sup>6</sup>, Gabriela Vanesa ESPASA<sup>7</sup>, Verónica Inés BELLOMIO<sup>7</sup>, Juan Manuel BANDE<sup>8</sup>, Silvia Beatriz PAPASIDERO<sup>9</sup>, Verónica SAURIT<sup>10</sup>, Leticia IBAÑEZ ZURLO<sup>11</sup>, Emilio BUSCHIAZZO<sup>12</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, <sup>2</sup>SANATORIO JULIO MÉNDEZ, <sup>3</sup>HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES, <sup>4</sup>INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (IREP), <sup>5</sup>HOSPITAL CENTENARIO DE ROSARIO, <sup>6</sup>HOSPITAL EL CARMEN DE MENDOZA, <sup>7</sup>HOSPITAL PADILLA, <sup>8</sup>HOSPITAL TORNÚ, <sup>9</sup>HOSPITAL TORNÚ, <sup>10</sup>HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA, <sup>11</sup>INSTITUTO ALAS, <sup>12</sup>HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, SALTA

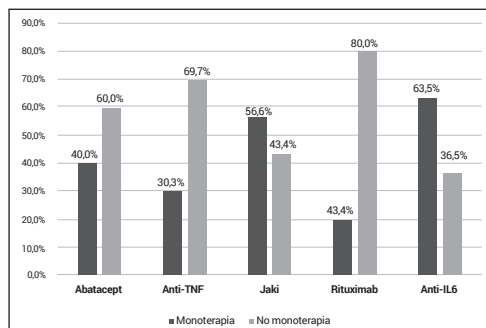


GRÁFICO: PATRÓN DE USO MONOTERAPIA SEGÚN DROGA

**Introducción:** La terapia combinada de agentes biológicos con una droga modificadora de la enfermedad convencional (csDMARD), constituye el estándar de tratamiento en pacientes con artritis reumatoidea (AR) y respuesta inadecuada a csDMARDs. La monoterapia emerge como una opción válida ante la intolerancia, falta de adherencia o aparición de eventos adversos a las csDMARDs. La frecuencia de utilización de agentes biológicos en monoterapia oscila entre el 12 y el 39%, según distintas series publicadas. El único reporte multicéntrico argentino realizado en el año 2013 mostró una frecuencia de uso de monoterapia del 21,4%. Actualmente las DMARDs sintéticas dirigidas (tsDMARDs) han demostrado una gran eficacia como uso en monoterapia. Debido a la escasez de datos actualizados a nivel local, a la aparición de nuevos fármacos y a la cambiante realidad de los patrones de tratamiento en AR, creemos importante realizar este estudio para conocer la prevalencia del uso de monoterapia biológica y pequeñas moléculas, analizar sus causas y factores asociados.

**Objetivos:** Estimar la prevalencia y las causas del uso de drogas biológicas (bDMARDs) o tsDMARDs en monoterapia, en pacientes con AR, que hayan iniciado su tratamiento

después del año 2013. Describir la prevalencia de la monoterapia por clase de tratamiento, y analizar las características diferenciales en los pacientes con monoterapia vs terapia combinada (TC).

**Materiales y Métodos:** Estudio de corte retrospectivo, donde participaron 10 centros de referencia de Argentina. Cada centro realizó una revisión de los últimos 50 pacientes consecutivos con diagnóstico de AR (criterios ACR/EULAR 2010), >18 años de edad, que estaban bajo tratamiento con bDMARDs o tsDMARDs, iniciado luego del año 2013. Se registraron datos sociodemográficos, de la enfermedad y terapéuticos. Se consignó si se encontraba en monoterapia y razón por la cual no estaba recibiendo csDMARD. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, test de Chi², prueba exacta de Fisher, Test T de student y Mann Whitney, según naturaleza de las variables. Se consideró una p <0,05 como estadísticamente significativa.

**Resultados:** Se incluyó un total de 505 pacientes, 87,7% mujeres, con una edad media de 58 años (DS ±13,5) y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 13 años (DS±7,8). Se encontraban en tratamiento con: anti TNF 42,1%, inhibidores de JAK (JAKi) 30,3%, anti IL-6 10,9% y otros tratamientos 16,8%. El 41% (IC95% 37-45) de los pacientes recibió monoterapia. En el Gráfico se observa la frecuencia de monoterapia en cada tipo de tratamiento implementado. Los JAKi y la anti IL-6 fueron los tratamientos más utilizados como monoterapia. Las principales causas relacionadas con el uso de monoterapia fueron: intolerancia a cDMARDs (39,9%), eventos adversos con cDMARDs (22%), decisión del médico (20,2%) y falta de adherencia (17,7%) a DMARDs. Se observó asociación con el uso de monoterapia en pacientes activos laboralmente (64% vs 55%, p<0,05), con mayor nivel socioeconómico (31,4% vs 17,2% p<0,01), y menor discapacidad funcional medida por HAQ al momento del diagnóstico (1,1 vs 1,3, p<0,05). También se observó una asociación estadísticamente significativa con el uso de monoterapia y pacientes en segunda línea de terapia biológica o mayor vs primera línea (53% vs 33%, p<0,01), menor polifarmacia (45,6% vs 60%, p<0,02) y menor tiempo de tratamiento biológico (47 meses vs 39 meses, p<0,01). Además, se observó que la tendencia de uso de monoterapia se fue incrementando con el paso del tiempo, con un pico máximo en el año 2019.

**Conclusiones:** En este estudio multicéntrico el 41% de los pacientes recibió tratamiento en monoterapia. El patrón de uso de monoterapia fue mayor en los que recibieron JAKi y anti IL6. La principal causa de uso de monoterapia fue la intolerancia a DMARDs en un 40% de los casos. El uso de monoterapia se asoció en forma significativa con la actividad laboral, el nivel socioeconómico y la capacidad funcional al diagnóstico. También se observó asociación con la menor polifarmacia, la línea de tratamiento biológica y el tiempo medio de uso del agente biológico.

0159

## REGISTRO ARGENTINO DE PACIENTES CON MIOPATÍA INFLAMATORIA ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTI-MDA5. GESAR MIOPATÍAS: DATOS BASALES DE LOS PRIMEROS 19 PACIENTES

Sabrina Valeria PORTA<sup>1</sup>, Graciela Noemí GÓMEZ<sup>2</sup>, Amelia GRANEL<sup>3</sup>, Cecilia PISONI<sup>4</sup>, Micaela Ana COSATTI<sup>4</sup>, Marina GARCÍA CARRASCO<sup>5</sup>, Gonzalo BARROS<sup>5</sup>, León SYLVERI<sup>5</sup>, Analía Patricia ÁLVAREZ<sup>6</sup>, Carolina SÁNCHEZ ANDÍA<sup>6</sup>, Andrea Marisol FLORES<sup>6</sup>, Beverly Yaneth DE LA PUENTE PÉREZ<sup>6</sup>, Ramiro Adrián GÓMEZ<sup>7</sup>, Marina Laura MICELLI<sup>8</sup>, Ramiro Gonzalo LUIS<sup>9</sup>, Malena VIOLA<sup>10</sup>, Roberto MOVIA<sup>11</sup>, Ramiro PUERTA<sup>12</sup>, Guillermo PONS-ESTEL<sup>13</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL CARLOS G. DURAND, <sup>2</sup>INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS, ALFREDO LANARI, UBA, <sup>3</sup>HOSPITAL SAN ROQUE DE GONNET, <sup>4</sup>CEMIC CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS " NORBERTO QUIRNO", <sup>5</sup>HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, CABA, <sup>6</sup>HOSPITAL PENNA, <sup>7</sup>HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS, <sup>8</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA, <sup>9</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA, <sup>10</sup>HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH, <sup>11</sup>HOSPITAL EVITA LANÚS, <sup>12</sup>HOSPITAL MUNICIPAL DE VICENTE LÓPEZ "PROF. DR. BERNARDO HOUSSAY", <sup>13</sup>CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (GO-CREAR), GRUPO OROÑO, ROSARIO

Sexo	Edad al comienzo de la enfermedad	TBQ		DM amioipática	EPI	Fibrosis	Glucocorticoides	Inmunosupresores
Masculino	28	Activo	Mestiza	Sí	Neumonía organizante criptogénica	-	VO	HCQ, IgG IV
Masculino	26	Nunca	Blanca		NINE	-	VO	AZA, HCQ
Femenino	40	Ex TBQ	Blanca		Neumonía organizante criptogénica	-	VO	HCQ, CFC, MCF
Femenino	56	Desc	Blanca		NIU		VO	Rituximab
Femenino	27	Nunca	Mestiza		NINE	Basal	VO, IV	MCF
Masculino	52	Desc	Desc	Sí	Neumonía organizante criptogénica	-	VO, IV	Ciclisporina, rituximab
Femenino	47	Ex TBQ	Blanca		NIU	Basal	VO, IV	MTX, HCQ, AZA
Femenino	45	Nunca	Mestiza		NINE	Basal	VO, IV	
Femenino	46	Nunca	Mestiza	Sí	NINE	Basal	VO	MTX, AZA, HCQ
Femenino	69	Nunca	Blanca		NINE	Basal	VO	

**Introducción:** Los *Anti-Melanoma Differentiation Associated gene 5* (Anti- MDA5) son autoanticuerpos específicos de miositis que a menudo se asocian con dermatomiositis (DM) clínicamente amioipática y al desarrollo de enfermedad pulmonar intersticial (EPI) rápidamente progresiva. La frecuencia de esta complicación varía entre distintos grupos étnicos, lo cual sugiere que las características del compromiso pulmonar y por lo tanto el pronóstico de los pacientes podrían depender de la etnia.

**Objetivos:** Evaluar, mediante un registro multicéntrico nacional, las características clínicas, serológicas y sociodemográficas de pacientes con miopatía inflamatoria asociada a anticuerpo Anti-MDA5.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de miopatía inflamatoria asociada a Anti-MDA5

que fueron ingresados al Registro Argentino de Miopatías Inflamatorias de la Sociedad Argentina de Reumatología. Se evaluaron variables sociodemográficas, clínicas, serológicas y el tratamiento recibido.

**Resultados:** De los 302 pacientes incluidos en el registro, 19 (6,29%) presentaron Anti MDA5 positivo. La edad media fue 41,05 (Sd 13.18) años. El 73,68% (n=14) era de sexo femenino. El 36,84% (N=7) de los pacientes era mestizo, 57,89% (n=11) blancos y uno desconocido. Seis pacientes presentaron positividad para FAN, 4 (cuatro) para AntiRO; 2(dos) factor reumatoideo, 1 (uno) para Anti ADN y 1 (uno) para Anti Mi2. En el 72,22% (n=13) de los casos el curso de la enfermedad fue crónico. Todos los pacientes presentaron compromiso cutáneo al inicio de la enfermedad. El 33,33% (n=6) presentó DM amioipática y el 33,33% (n=6) hipo mioipática. El 73,68% (n=14) presentó artralgiar/artritis, y el 36,84% (n=7) fenómeno de Raynaud. Solo 13,33% (n=2) presentó lesiones vasculopáticas. La frecuencia de EPI fue del 52,63% (n=10), siendo la neumonía intersticial no específica la más frecuente en el 50% (n=5) de los casos. Todos los pacientes recibieron glucocorticoides vía oral y el 80% de los pacientes requirió además otras drogas inmunosupresoras. No se encontraron diferencias en cuanto al sexo, edad de comienzo de la enfermedad, tabaquismo y el desarrollo de EPI.

**Conclusiones:** La presencia de EPI en nuestra población de pacientes con Anti MDA5 positivo fue mayor al 50%. Son necesarios estudios prospectivos que permitan conocer la morbimortalidad y evolución a largo plazo en este grupo de pacientes.

## PAQUIMENINGITIS HIPERTRÓFICA POR ENFERMEDAD RELACIONADA CON IgG4

Alejandro REIBALDI, Cristian FROULLET, Alberto ORTIZ, Sergio PAIRA

HOSPITAL J.M. CULLEN

**Introducción:** La paquimeningitis hipertrófica (PH) es una entidad clínico-imagenológica caracterizada por un engrosamiento de la duramadre que puede ser focal o difuso, y de ubicación craneal o espinal, manifestada por una amplia variedad de síndromes neurológicos como parálisis de pares craneales, ACV, trombosis venosa e hipertensión intracraneal. La etiología del síndrome puede ser infecciosa, neoplásica, autoinmune, y en aquellos casos donde no se demuestre una causa específica se denomina PH idiopática. Se ha demostrado que muchos de estos casos, antes idiopáticos, caen en el espectro de la enfermedad relacionada con IgG4.

**Objetivos:** Describir el caso de un paciente asistido en nuestro servicio por compromiso neurológico por paquimeningitis hipertrófica con diagnóstico inicial de tumor miofibroblástico inflamatorio y diagnóstico final de enfermedad relacionada con IgG4.

**Resultados:** Mujer de 24 años con cuadro neurológico de 3 años de evolución caracterizado por hipoacusia derecha, que evoluciona con cefalea y diplopía. Se realiza RMN de encéfalo donde se evidencia engrosamiento paquimeningeo con compromiso de estructuras vasculonerviosas. Se presenta a la consulta con resultado de biopsia que informa lesión proliferativa que combina elementos fibrosos, de disposición fascicular o arremolinada con vetas colagenizadas con infiltrado linfoplasmocitario denso y algunos macrófagos, con tinción negativa para ALK 1, con diagnóstico de tumor miofibroblástico inflamatorio. Se realizan estudios para descartar diferentes etiologías del cuadro llegando al diagnóstico final de paquimeningitis por enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4).

**Conclusiones:** La PH es una entidad con múltiples y variadas etiologías que requiere de estudios por imágenes e invasivos para llegar a su causa. El tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI) es una neoplasia con un comportamiento variable, que puede ser localmente agresiva y llegar a dar metástasis. Es uno de los principales diagnósticos diferenciales de la ER-IgG4 debido a que comparten características anatomopatológicas como infiltrado linfoplasmocitario y fibrosis, que en algunos casos de TMI puede tener un patrón estoriforme. Sin embargo se diferencian por la presencia de flebitis obliterativa, mayor fibrosis estoriforme y células IgG4+. El diagnóstico de PH por ER-IgG4 requiere la combinación de la clínica, las imágenes, la anatomía patológica y la inmunohistoquímica.

## VALORACIÓN DEL IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON MASTITIS GRANULOMATOSA IDIOPÁTICA

Eliana Soledad BLANCO, María DE LA VEGA, Augusto M. RIOPEDRE, Hernán MOLINA, María Cecilia GARBARINO, Rafael MARTÍNEZ, Maura MARTÍNEZ, Osvaldo Daniel MESSINA, Darío Oscar MATA

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH

**Introducción:** La mastitis granulomatosa idiopática (MGI) es una enfermedad inflamatoria, benigna, de posible origen autoinmune, caracterizada por presentar en la biopsia una lobulitis crónica, necrotizante, no caseificante, con formación de granulomas. Es una entidad infrecuente con una alta tasa de recidiva (38%). Se presenta en mujeres jóvenes entre los 30 a 40 años, simulando por clínica y estudios de imágenes un cáncer de mama, por lo que esto genera angustia e incertidumbre en las personas que lo padecen. En relación a su tratamiento, se utilizan antibióticos, glucocorticoides, DMARDS o tratamiento quirúrgico. La mujer que padece esta enfermedad sufre un impacto en su calidad de vida ya que muchas veces las lesiones llevan a la deformidad de la glándula mamaria y la mala cicatrización, causando trastornos físicos, psíquicos y emocionales en la mujer que lo padece. La escala de calidad de vida de WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life*) validada por la OMS, es una escala autoadministrada que evalúa la calidad de vida en cuatro dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Por medio del cuestionario se indaga sobre la apreciación de la paciente en las 2 últimas semanas sobre diferentes aspectos repartidos en 26 preguntas. Cuanto mayor sea la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada.

**Objetivos:** El presente estudio tiene como objetivo evaluar la calidad de vida, medida según la escala de vida de WHOQOL-BREF, en una cohorte de mujeres con mastitis granulomatosa idiopática y mastitis granulomatosa neutrofílica quística atendidas en un hospital público de CABA por un equipo multidisciplinario.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal, en el cual se incluyeron pacientes de más de 18 años, con diagnóstico de mastitis granulomatosa idiopática y/o mastitis granulomatosa neutrofílica quística atendidas en un hospital público de CABA. Se administraron cuestionarios para valorar calidad de vida con la "Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF".

**Resultados:** Se incluyeron 32 pacientes de sexo femenino entre 23 y 60 años con una mediana de edad de 40 años, de las cuales 20 se encontraban con enfermedad activa y 12 en remisión. Las pacientes fueron separadas en dos grupos, uno de pacientes activas y otro de pacientes en remisión. Luego se observaron las respuestas de las 26 preguntas del cuestionario y se obtuvo un puntaje promedio en cada pregunta de cada grupo de pacientes. En la pregunta: ¿En la actualidad, está enfermo/a? Tuvo una respuesta afirmativa en el 70% de las pacientes activas y un 40% de las pacientes en remisión. Las preguntas que fueron más representativas fueron: la pregunta 1: ¿Cómo calificaría su calidad de vida?; pregunta 11: ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?; pregunta 12: ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?; pregunta 13: ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?; pregunta 19: ¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?; pregunta 20: ¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales? En todas ellas las respuestas fueron "lo normal" tanto en el grupo activo como en el grupo en remisión, excepto en la pregunta 12, en donde ambos grupos refrieron tener poco dinero para cubrir sus necesidades. Las preguntas que resaltaron por sus respuestas fueron: En la pregunta 3: ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?, las pacientes activas refrieron que "un poco" de dolor mientras que las pacientes en remisión "nada". Tanto en la pregunta 4: ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria? como en la pregunta 24: ¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?, el grupo activo contestó "lo normal", mientras que el grupo en remisión contestó "un poco". En la pregunta 21: ¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?, ambos grupos contestaron "lo normal". En la pregunta 26: ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?, las pacientes activas marcaron la opción "moderadamente" mientras que las pacientes inactivas eligieron la opción "raramente".

**Conclusiones:** Las pacientes con MGI activas de la cohorte según la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF tienen mayor preocupación sobre el dolor físico que las pacientes en remisión. Las pacientes sin actividad de la enfermedad refieren necesitar poco tratamiento médico en comparación con las pacientes con actividad. Llamativamente no se hallaron diferencias significativas en lo que respecta a la satisfacción con su vida sexual; así tampoco las pacientes en remisión están satisfechas con el acceso que tienen a los servicios sanitarios. Las pacientes activas mostraron mayor frecuencia de sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión. Atribuimos la poca variabilidad en las respuestas debido al n bajo de la muestra analizada. Se requiere en un futuro una mayor población para poder arribar a un resultado estadísticamente significativo.



## SUPERPOSICIÓN DE ESCLERODERMIA Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN PACIENTE ANTI JO1 POSITIVO

Vanesa Marisel BEJARANO, Jessica Luciana TOMAS

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA

**Introducción:** Los síndromes de superposición son poco frecuentes, suelen presentarse en las formas juveniles de esclerodermia, siendo la asociación con MII (DM y PM) la más frecuentemente reportada. La asociación de esclerodermia con LES (upoderma) es menos común, presentando una prevalencia que varía del 8,4 al 14,7 %. El síndrome antisintetasa es una rara entidad dentro de las MII, definido por la presencia de manifestaciones clínicas características asociadas a anticuerpos específicos (antisintetasas). Solo se reportó un caso en la literatura asociando estas tres entidades clínicas.

**Objetivos:** Se presenta el caso de un síndrome de superposición en una paciente con esclerodermia y lupus eritematoso sistémico con Anti JO1 positivo.

**Materiales y Métodos:** Paciente de sexo femenino de 38 años de edad, con antecedentes de hipotiroidismo, síndrome de Sjögren secundario, derivada con diagnóstico de enfermedad mixta del tejido conectivo. Consulta por fiebre, poliartralgias, rash malar, alopecia y lesiones purpúricas en MMII. Al examen físico se constatan: manos *puffy*, fenómeno de Raynaud, *pitting scars*, rash malar, alopecia, púrpura palpable en MMII, Kendall 4/5 a nivel proximal de ambos MMII. Laboratorio: Hto: 34 Hb: 10.4 GB: 2400 Plaquetas: 200.000 ERS: 20 PCR: 1.2 Hepatitis B: negativo Hepatitis C: negativo HIV: negativo FR: positivo Anti CCP: negativo FAN (+) 1/1280 patrón nuclear moteado fino y grueso. Anti DNA: negativo Anti SM: positivo fuerte Anti RNP: positivo fuerte Anti RO: positivo fuerte. Prueba de Coombs directa: positiva. C3 y C4 disminuidos. Anti JO1: positivo moderado Anti SCL 70 negativo. Videocapilaroscopia: SD *pattern* tardío. Ecocardiograma: No HTP. Sin derrame pericárdico. Manometría esofágica: EES: onda faríngea de amplitud disminuida. Cuerpo esofágico: peristalsis ausente. EII: % de relajación inevaluable. TAC de tórax de alta resolución: Pequeño engrosamiento pleural apical bilateral. Imágenes quístico bullosas ubicadas a nivel subpleural sobre base pulmonar izquierda. Mínimas áreas de vidrio esmerilado, predominando en campos pulmonares inferiores. Espirometría y DLCO: dentro de parámetros normales. EMG: ausencia de patrón mioapático. Biopsia cutánea: vasculitis leucocitoclástica. No pudo realizarse IF.

**Resultados:** Se realiza diagnóstico de síndrome de superposición: ES + LES, ¿SAS? Se indica tratamiento con hidroxiquina 200 mg cada 12 horas, nifedipina 30 mg/día, sildenafil 50 mg cada 8 hs, meprednisona 20 mg/día. Por respuesta insatisfactoria a terapéutica instaurada se decide iniciar tratamiento con ciclofosfamida: pulso de 1 gramo EV mes por 6 meses. Debido a refractariedad de FR, la paciente es internada recibiendo prostaglandinas EV por 5 días. La paciente es dada de alta luego de recibir primer pulso de CF con buena tolerancia, con marcada mejoría de FR. Posteriormente se constata desaparición de púrpura y marcada mejoría de alopecia y parámetros de laboratorio

**Conclusiones:** Se presenta el siguiente caso debido a su singularidad, y a la complejidad y heterogeneidad del patrón inmunológico expresado en esta paciente. Se ha reportado que los pacientes con LES +ES tienen una edad de inicio de la enfermedad más temprana, menor frecuencia de compromiso cutáneo y una mayor frecuencia de FR e HTP y Anti RNP + (1). Se sugiere que estos pacientes sean monitoreados para el desarrollo de úlceras digitales, crisis renal esclerodérmica y enfermedad pulmonar intersticial. Hasta el 50% de los pacientes con SAS puede presentar solo una manifestación aislada de la tríada característica (artritis, miositis y EPI). La paciente del caso clínico no presentó compromiso muscular, sin embargo es mandatorio que los pacientes Anti JO1 positivos sin miopatía sean controlados en forma periódica y estricta, para detectar el desarrollo de compromiso muscular o EPI, el cual puede desarrollarse en el transcurso de meses o años. Aunque son poco frecuentes, los síndromes de superposición deben ser considerados en el diagnóstico diferencial de pacientes con una enfermedad del tejido conectivo establecida. Si bien la etiopatogenia de las ETC es compleja y no ha sido completamente dilucidada, los síndromes de superposición posibilitan una mayor comprensión de los procesos autoinmunes, reforzando la noción de una patogénesis compartida por estas enfermedades.

## ABORDAJE TERAPÉUTICO EN MASTITIS GRANULOMATOSA IDIOPÁTICA.

### SERIE DE CASOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CABA

Eliana Soledad BLANCO, María DE LA VEGA, Augusto M. RIOPEBRE, Gustavo FERNÁNDEZ, Ingrid SEHRINGER, Paula PERRONI, Hugo Gerónimo ALTIERI MOHEDANO, Víctor Nebil LARRAÑAGA, Mariela FERNÁNDEZ, Osvaldo Daniel MESSINA, Darío Oscar MATA

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH

**Objetivos:** Describir los distintos abordajes terapéuticos y sus resultados a lo largo de 4 años de seguimiento de pacientes con diagnóstico de mastitis granulomatosa idiopática (MGI) de nuestra población.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo descriptivo. Se analizaron las historias clínicas de la base de datos del servicio de Reumatología del Hospital Argerich, desde abril de 2017 a septiembre de 2021, de pacientes con diagnóstico de MGI y mastitis granulomatosa neutrofílica quística (MGNQ).

**Resultados:** Se incluyeron 34 pacientes de sexo femenino con edad al diagnóstico entre 22 y 57 años con una mediana de edad de 39 años. Se realizó cultivo de material obtenido por punción de abscesos o directamente del tejido obtenido de biopsias en 25 pacientes, 13 presentaron cultivos positivos (52%), de los cuales 4 fueron positivos para *Corynebacterium Amycolatum* (30,77%), 3 para *Corynebacterium Kroppenstedtii* (23,08%), 1 para *Corynebacterium spp* (7,69%), 1 para *Corynebacterium Minutissimm* (7,69%), 1 para *Corynebacterium Jeikeium* (7,69%), 1 para *Staphylococcus Epidermidis* (7,69%), 1 para *Proteus Mirabilis* (7,69%) y 1 para *Staphylococcus Coagulasa* Negativo asociado a *E. Coli* (7,69%). Los 12 cultivos restantes fueron negativos (48%). Realizaron tratamiento antibiótico 29 de las pacientes (85,29%), algunas empírico y otras ajustado a sensibilidad según resultado de cultivo. 16 pacientes requirieron drenaje quirúrgico (47,06%). De las 29 pacientes que iniciaron tratamiento farmacológico inmunosupresor, 20 recibieron metotrexato asociado a glucocorticoides (68,97%), 2 pacientes utilizaron solo metotrexato (6,9%), 1 solo azatioprina (3,45%) y 6 pacientes recibieron tratamiento en monoterapia con glucocorticoides (20,69%). Al inicio de la enfermedad, 11 pacientes fueron sometidas a tratamiento quirúrgico, realizando una tumorectomía en todos los casos. Posteriormente, 8 pacientes debieron realizar tratamiento inmunosupresor por recidiva local de la enfermedad (72,73%) y 3 pacientes se mantuvieron libres de enfermedad (27,27%). En nuestra población, se evaluó la respuesta al tratamiento farmacológico y de las 20 pacientes que completaron 6 meses de seguimiento, se observó remisión en 5 pacientes (25%), recidiva en 1 paciente (5%) y persistencia en 14 pacientes (70%). Luego de 12 meses de tratamiento en las pacientes que realizaron tratamiento farmacológico, se observó que, de las 16 pacientes evaluadas, 8 se encontraban en remisión (50%) y en 8 pacientes se observaba persistencia (50%). A los 2 años de tratamiento, se evaluaron 9 pacientes, de las cuales 8 se encontraban en remisión (88,89%), mientras en 1 paciente se observaba persistencia ecográfica (11,11%). A los 3 años de seguimiento, se evaluaron 5 pacientes, de las cuales el 100% se encontraba en remisión. Dos pacientes completaron 4 años de seguimiento, estando el 100% de las pacientes en remisión, sin tratamiento actual. En el resto de las pacientes que no logró cumplir

6 meses de tratamiento, se evidenció buena respuesta, por lo que continúan con igual tratamiento o con dosis de metprednisona en descenso.

**Conclusiones:** La mastitis granulomatosa idiopática es una enfermedad inflamatoria, benigna e infrecuente con una alta tasa de recidiva (38%) con manifestaciones clínicas y de imágenes que pueden simular un carcinoma de mama. Su etiología es desconocida, aunque se postula que sería el resultado de una respuesta autoinmune localizada por extravasación de material proteico-lipídico retenido en los ductos mamarios. No se han identificado en forma categórica microorganismos responsables de esta entidad, así como tampoco una asociación con alteraciones del sistema inmunológico, aunque se ha relacionado a *Corynebacterium* como agente etiológico de la MGI. Dado que las conductas implementadas difieren según los equipos tratantes, al día de la fecha no existe un algoritmo de tratamiento ideal, condicionando las tasas de respuesta y de remisión. La terapia dual con glucocorticoides y metotrexato promete la resolución total de las manifestaciones clínicas y así evitar el tratamiento quirúrgico agresivo. En nuestra población, el uso de metotrexato demostró una mejoría sustancial en el corto plazo y se asoció a resolución total a largo plazo, por lo que es relevante conocer esta entidad y sus opciones de tratamiento.

0164

## VALIDACIÓN DEL SCORE SLE-DAS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE ARGENTINA

Mariana PERA<sup>1</sup>, Ana Lucía BARBAGLIA NAVARRO<sup>1</sup>, Héctor Raúl SUELDO<sup>1</sup>, Luciana GONZÁLEZ LUCERO<sup>1</sup>, Paula María CORBALAN<sup>1</sup>, María Constanza BERTOLACCINI<sup>1</sup>, Gabriela Vanesa ESPASA<sup>1</sup>, María Lilia LEGUIZAMON<sup>1</sup>, Liliana María GALINDO<sup>1</sup>, Sofía ORNELLA<sup>2</sup>, Lucila GARCÍA VAR<sup>2</sup>, Julia SCAFATI<sup>2</sup>, Máximo COSENTINO<sup>2</sup>, Silvia Beatriz PAPASIDERO<sup>3</sup>, Joan Manuel DAPEÑA<sup>3</sup>, María Alejandra MEDINA<sup>3</sup>, Marina SCOLNIK<sup>4</sup>, Diana Carolina FERNÁNDEZ ÁVILA<sup>4</sup>, Cecilia PISONI<sup>5</sup>, Micaela Ana COSATTI<sup>5</sup>, Jonathan Eliseo REBAK<sup>6</sup>, Laura SORRENTINO<sup>6</sup>, Sebastián Juan MAGRI<sup>7</sup>, Carla Andrea GOBBI<sup>8</sup>, Carla Eugenia MATELLÁN<sup>9</sup>, Verónica Inés BELLOMIO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, <sup>2</sup>HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, <sup>3</sup>HOSPITAL DE AGUDOS ENRIQUE TORNÚ, <sup>4</sup>HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES, <sup>5</sup>CEMIC CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS " NORBERTO QUIRNO", <sup>6</sup>SANATORIO GÜEMES, <sup>7</sup>HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, <sup>8</sup>CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA I, <sup>9</sup>HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC, <sup>9</sup>CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

**Introducción:** Cuantificar la actividad de una enfermedad es útil para conocer el estado clínico de un paciente y tomar decisiones terapéuticas para lograr remisión. Se han desarrollado múltiples índices de actividad para LES. Sin embargo, dado su compromiso multiorgánico, presentan limitaciones importantes. El score SLEDAI y sus diferentes versiones son los índices más utilizados tanto en la práctica diaria como en investigación clínica. Jesus Diogo et al. (2018) desarrollaron el score SLE-DAS (*Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Score*), un score de 17 ítems, 4 de ellos continuos que evalúa actividad en los 28 días previos mediante una calculadora *online* e incluye características clínicas no evaluadas por SLEDAI. Demostró mayor precisión que SLEDAI en la medición de la actividad de la enfermedad, mayor sensibilidad para detectar cambios clínicamente significativos, mejor rendimiento en la predicción de daño acumulado, y aún no fue validado en Argentina.

**Objetivos:** Determinar validez del score SLE-DAS en una población de pacientes con LES de Argentina.

**Materiales y Métodos:** Estudio multicéntrico observacional. Se incluyeron pacientes con LES, ambulatorios e internados de 9 centros de Argentina durante julio y agosto de 2021. Se estudiaron variables sociodemográficas, relacionadas a la enfermedad y actividad de LES por EVA global del médico (EVAgm), SLEDAI 2K y SLE-DAS. Las categorías de actividad de la enfermedad utilizadas para SLE-DAS fueron: remisión  $\leq 2,08$ ; actividad leve  $>2,08$  a  $7,10$ , actividad moderada y severa  $> 7,10$ . Para SLEDAI 2K se consideró remisión 0, actividad leve 1 a 5, moderada 6 a 10, alta 11 a 19, muy alta  $>20$  puntos. Para determinar validez de constructo y validez de criterio, se utilizó como *gold standard* SLEDAI 2K y EVAgm y se analizó correlación entre los scores con coeficiente de correlación de Pearson y Spearman. Para determinar sensibilidad y especificidad de cada categoría de actividad, se utilizaron curvas ROC. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS 21.

**Resultados:** Se incluyeron 255 pacientes, 90% mujeres, 43% mestizos, edad media  $39,4 \pm 13,4$  años, duración media de la enfermedad  $9,6 \pm 7,4$  años. La media de EVAgm fue  $2,9 \pm 2,8$  cm. El 10% de los pacientes cursaba internación al momento del estudio. La mediana de SLE-DAS fue 3,13 (mín 0,37, máx 41) y la de SLEDAI 4 (mín 0, máx 51). Por SLEDAI, 23,5% de los pacientes se encontraba en remisión, 38,8% actividad leve, 22,7% moderada, 12,5% alta y 2,4% muy alta actividad. Por SLE-DAS, 23,9% se encontraba en remisión, 45,5% con actividad leve y 30,6% con actividad moderada y severa. Hubo correlación entre puntaje total de SLE-DAS y SLEDAI ( $r=0,819$ ,  $p<0,0001$ ), no así entre los puntajes discriminados por niveles de actividad (leve  $r=0,088$  y moderado/alto  $r=0,010$ ). Para establecer la capacidad discriminativa de SLE-DAS, se estableció sensibilidad y especificidad de los puntos que definen cada uno de los niveles de actividad por curvas ROC. Los valores de corte de SLE-DAS según SLEDAI que presentaron la mejor sensibilidad y especificidad para la población evaluada fueron: remisión  $\leq 2,08$ , actividad leve  $>2,08$  a  $5,22$ , y actividad moderada/severa  $>5,22$ . Se encontró buena correlación entre SLE-DAS y un segundo *gold standard*, EVAgm ( $r= 0,721$ ,  $p<0,0001$ ). Los mejores valores de corte de SLE-DAS por curvas ROC según EVAm fueron para remisión  $\leq 2,08$ , para actividad leve  $2,09$  a  $7$ , y para actividad moderada/severa  $>7$ .

**Conclusiones:** En esta población SLE-DAS presentó buena validez de constructo y validez de criterio permitiendo discriminar entre actividad y remisión de la enfermedad.

0167

## DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Gabriela Vanesa ESPASA<sup>1</sup>, Luciana GONZÁLEZ LUCERO<sup>1</sup>, María Lilia LEGUIZAMÓN<sup>1</sup>, Mariana PERA<sup>1</sup>, Paula María CORBALÁN<sup>1</sup>, Ana Lucía BARBAGLIA<sup>1</sup>, Héctor Raúl SUELDO<sup>1</sup>, María Constanza BERTOLACCINI<sup>1</sup>, Yamila CHICHOTKY<sup>2</sup>, Verónica Inés BELLOMIO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL PADILLA, <sup>2</sup>INSTITUTO DE INVESTIGACION CLÍNICAS, QUILMES

**Introducción:** Los trastornos de la sexualidad más frecuentes en el hombre incluyen disfunción eréctil (DE) y eyaculación precoz. DE se define como incapacidad para iniciar o mantener una erección suficiente para permitir una relación sexual satisfactoria. La prevalencia de DE en la población general es 3-55%. La sexualidad puede verse afectada en pacientes que padecen enfermedades reumatológicas. En artritis reumatoidea, factores como dolor, fatiga, depresión, ansiedad, estrés, desequilibrio hormonal, limitación funcional y algunos tratamientos farmacológicos pueden contribuir a la pérdida de la libido y reducción en la frecuencia de las relaciones sexuales. Si bien produce deterioro de la calidad de vida de los pacientes, la DE continúa siendo un área poco estudiada.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de disfunción eréctil y factores asociados en pacientes con artritis reumatoidea.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de AR (ACR/EULAR 2010) que asistieron en forma consecutiva al consultorio de Reumatología entre mayo y septiembre de 2021, y sexualmente activos los 6 meses previos al estudio. Se estudiaron variables demográficas: edad, trabajo remunerado, hacinamiento, pareja estable; y relacionadas a

la enfermedad: índice de actividad (DAS28), índice de función física (HAQ) y tratamientos. Se aplicó la escala DASS-21 (*Depression Anxiety Stress Scale*) que evalúa depresión, ansiedad y estrés, y el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) que consta de 5 preguntas. El rango oscila entre 5 y 25 puntos clasificándose en cinco categorías: Severa (5-7), Moderada (8-11), Media a moderada (12-16), Media (17-21) y No sufre disfunción eréctil (22-25). Se excluyeron varones analfabetos y aquellos con disfunción eréctil previa al diagnóstico de la enfermedad reumatológica.

**Resultados:** Se incluyeron 25 pacientes, edad media 55,4 años±9,9. El 92% tenía pareja estable, 44% trabajo remunerado, 24% era tabaquista y 4% vivía en hacinamiento. El 36% tenía HTA y el 12% diabetes. La media de DAS28 fue 3,1±1,7 y de HAQ 0,23±0,5. El 92% estaba en tratamiento con DMARsc, 32% con terapia biológica/pequeñas moléculas y 24% recibía corticoides. Estrés, ansiedad y depresión se observaron en 40%, 44% y 40% respectivamente. La prevalencia de disfunción eréctil fue 56% (IC95% [34.9-75.5]). El 12% presentó DE moderada, 12% Media a Moderada y 32% Media. No se encontraron pacientes con DE Severa. El puntaje medio del IIEF fue 19,8±4,7. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre DE y mayor edad (p=0,04), desempleo (p=0,001) y ansiedad (p=0,03), no así con tabaquismo, hacinamiento, actividad de la enfermedad, HAQ, depresión, estrés, ni tratamientos recibidos.

**Conclusiones:** La prevalencia de disfunción eréctil en pacientes con AR fue elevada (55,4%). DE se asoció a mayor edad, desempleo y ansiedad. No se asoció a actividad de la enfermedad.

**DISFUNCIÓN TIROIDEA EN PACIENTES CON VASCULITIS ASOCIADA A ANCA**

Vanessa Viviana CASTRO COELLO, Laura SORRENTINO, Jorge Alejandro BRIGANTE, Adriana HAMAUI, Diana DUBINSKY

SANATORIO GÜEMES

	Con disfunción tiroidea n=12 (34,2%)	Sin disfunción tiroidea n=23 (65,8%)	OR	IC	p
Edad años Me (RIQ)	55,5 (33-77,5)	58 (44-70)	N/A	N/A	0,92
Mujeres, n(%)	8 (66,6)	12 (52,2)	1,83	0,42-7,83	0,48
GPA, n(%)	9 (75)	12 (52,2)	2,75	0,58-12,84	0,28
PAM, n(%)	3 (25)	8 (34,8)	0,62	0,13-2,98	0,70
EGPA, n(%)	0 (0)	3 (13)	N/A	N/A	
Renal, n(%)	11 (91,7)	17 (73,9)	3,82	0,41-36	0,38
Sinusal, n(%)	3 (25)	6 (26,1)	0,94	0,19-4,69	1,00
Pulmonar, n(%)	7 (58,3)	15 (65,2)	0,74	0,17-3,12	0,72
Neurológico, n(%)	3 (25)	12 (52,2)	0,30	0,06-1,42	0,16
Articular, n(%)	6 (50)	5 (21,7)	3,6	0,80-16,20	0,13
Cutáneo, n(%)	2 (16,7)	4 (17,4)	0,95	0,14-6,11	1,00
Mucoso, n(%)	1 (8,3)	7 (30,4)	0,20	0,02-1,93	0,21
c-ANCA, n(%)	10 (83,3)	13 (56,5)	3,84	0,68-21,64	0,14
p-ANCA, n(%)	2 (16,7)	7 (30,4)	0,45	0,07-2,65	0,45
Anti-PR3, n(%)	8 (66,7)	7 (30,4)	4,57	1,02-20,34	0,04
Anti-MPO, n(%)	2 (16,7)	9 (39,1)	0,31	0,05-1,76	0,25
Diálisis, n(%)	5 (41,7)	10 (43,5)	0,92	0,22-3,81	1,00
ARM, n(%)	4 (33,3)	6 (26,1)	1,41	0,31-6,47	0,70
Mortalidad, n(%)	4 (33,3)	3 (13)	3,33	0,60-18,37	0,20
BVAS puntos Me (RIQ)	15 (14-19,75)	18 (11-22)	N/A	N/A	0,74
VSG mm/h Me (RIQ)	51,5 (33,5-85)	52 (32,7-85)	N/A	N/A	0,01
PCR mg/l Me (RIQ)	136 (71-207)	62 (12-74)	N/A	N/A	0,0007

**Introducción:** Existe una asociación conocida entre diferentes enfermedades autoinmunes. Se ha documentado que la enfermedad tiroidea autoinmune está asociada con otras enfermedades autoinmunes específicas de órganos como la diabetes tipo 1, la enfermedad de Addison y la enfermedad celíaca, y también se ha asociado con enfermedades autoinmunes sistémicas como el lupus eritematoso sistémico y el síndrome de Sjögren. El anticuerpo de peroxidasa tiroidea humana (TPO) y la mieloperoxidasa (MPO) tienen 44% de homología de secuencia, lo que plantea la posibilidad de que la reactividad cruzada entre TPO y MPO sea responsable del aumento de la enfermedad tiroidea en pacientes con VAA. En el trabajo de Predecky M et al., se observó una prevalencia de 21,5% de enfermedad tiroidea en pacientes con VAA y asociación con compromiso renal y anticuerpos anti-MPO.

**Objetivos:** Determinar la frecuencia de disfunción tiroidea en pacientes con VAA. Establecer la asociación entre disfunción tiroidea con las características clínicas de los pacientes con VAA

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo; se incluyeron pacientes >18 años con diagnóstico de VAA. Se incluyeron aquellos pacientes que contaban con perfil tiroideo (TSH y T4 libre) en la historia clínica. Se recolectaron datos de las manifestaciones clínicas (compromiso renal, sinusal, pulmonar, neurológico, articular, cutáneo, digestivo y mucosas), actividad medida por BVAS (versión 3), reactantes de fase aguda (VSG y PCR), perfil de autoanticuerpos (ANCA, MPO y PR3) y mortalidad. Se excluyeron pacientes con disfunción tiroidea debido a antecedentes quirúrgicos o radiación. Las variables continuas se expresaron como media ± desviación estándar, y las variables categóricas se realizaron como número y porcentaje. Se realizó cálculo de *Odds ratio* para determinar asociación entre variables. Diferencias significativas entre los dos grupos se compararon usando el test exacto de Fisher de dos colas para datos categóricos y prueba de U de Mann-Whitney para datos continuos con distribución no normal. Se consideró significativa una p <0,05.

**Resultados:** Se identificaron 35 pacientes con VAA: GPA 21 (60%), EGPA 3 (8,6%) y BVAS al diagnóstico de 15 (RIQ 14-19,75), GPA 9 (75%), PAM 3 (25%), con compromiso renal 11 (91,7%), sinusal 3 (25%), pulmonar 7 (58,3%), neurológico 3 (25%), articular 6 (50%), cutáneo 2 (16,7%), mucoso 1 (8,3%), presencia de c-ANCA 10 (83,3%), p-ANCA 2 (16,7%), PR3 8 (66,7%), MPO 2 (16,7%), mediana de VSG 51,5 (RIQ 33,5-85), mediana de PCR 136 (RIQ 71-207) y mortalidad 4 (33,3%). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre los pacientes con enfermedad tiroidea y la presencia de PR3, y con los valores de VSG y PCR. Si bien se encontró más compromiso renal en los pacientes con disfunción tiroidea 91,7% vs 73,9% en los pacientes sin disfunción tiroidea, la asociación no fue estadísticamente significativa. Se detallan las características de los pacientes con VAA con y sin disfunción tiroidea y las asociaciones en la Tabla.

**Conclusiones:** Este estudio muestra una alta frecuencia de disfunción tiroidea en pacientes con VAA, sin embargo, no pudimos evaluar los anticuerpos anti-tiroideos por falta de datos. Encontramos asociación entre disfunción tiroidea con anti-PR3, lo cual llama la atención ya que en estudios previos se ha asociado predominantemente a anticuerpos anti-MPO. Además se observó que los pacientes con disfunción tiroidea tienen valores más elevados de reactantes de fase aguda y mayor compromiso renal. Se debería considerar evaluar el perfil tiroideo periódicamente en los pacientes con VAA, y en caso de presentar enfermedad tiroidea realizar determinación de anticuerpos anti-tiroideos. Son necesarios estudios prospectivos con un mayor número de pacientes para evaluar las asociaciones encontradas y su implicancia clínica.

**MOTIVOS DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**

Vanessa Viviana CASTRO COELLO, Laura SORRENTINO, Carola SOLIZ CORDERO, Laura Lucía HOLGUIN ARIAS, Adriana HAMAUI, Diana DUBINSKY  
SANATORIO GÜEMES

	Pandemia mar 2020- sep 2021 N=116	Pre pandemia Sep 2018- feb 2020 N=127	OR	IC	p
<b>Diagnóstico:</b>					
Vasculitis grandes vasos, n(%)	4 (3,44)	3 (2,36)	1,47	0,32-6,74	0,71
VAA, n(%)	15 (12,93)	10 (7,87)	1,73	0,74-4,03	0,21
PSH, n(%)	0	1 (0,79)	N/A	N/A	N/A
Artritis reumatoidea, n(%)	16 (13,79)	34 (26,77)	0,43	0,22-0,84	0,01
Lupus eritematoso sistémico, n(%)	23 (19,82)	39 (30,71)	0,55	0,30-1,00	0,52
Esclerosis sistémica, n(%)	10 (8,62)	12 (9,45)	0,90	0,37-2,17	1,00
Miopatías, n(%)	4 (3,44)	6 (4,72)	0,72	0,19-2,61	0,75
Espondiloartritis, n(%)	6 (5,17)	7 (5,51)	0,93	0,30-2,86	1,00
SAF, n(%)	7 (6,03)	6 (4,72)	1,29	0,42-3,97	0,77
Gota, n(%)	2 (1,72)	4 (3,15)	0,53	0,09-3,00	0,68
S. Sjögren primario, n(%)	6 (5,17)	1 (0,79)	6,83	0,81-57,97	0,04
Sarcoidosis, n(%)	0	1 (0,79)	N/A	N/A	N/A
Still, n(%)	4 (3,44)	1 (0,79)	4,5	0,49-40,85	0,19
Sudeck, n(%)	1 (0,86)	2 (1,57)	0,54	0,04-6,07	1,00
PMR, n(%)	2 (1,72)	0	N/A	N/A	N/A
Otro, n(%)	5 (4,31)	0	N/A	N/A	N/A
<b>Motivo de hospitalización:</b>					
Debut de enfermedad, n(%)	31 (26,72)	46 (36,22)	0,64	0,37-1,11	0,13
Reactivación enfermedad, n(%)	46 (27,71)	42 (33,07)	1,33	0,78-2,24	0,35
Infecciones, n(%)	19 (16,37)	19 (14,96)	1,11	0,55-2,22	0,86
Tuberculosis, n(%)	0	2 (1,57)	N/A	N/A	N/A
Toxicidad por fármacos, n(%)	3 (2,58)	4 (3,15)	0,81	0,17-3,72	1,00
Enf. cardíaca, n(%)	1 (0,86)	5 (3,94)	0,81	0,17-3,72	1,00
Enf. pulmonar, n(%)	0	3 (2,36)	N/A	N/A	N/A
Fracturas, n(%)	1 (0,86)	2 (1,57)	0,54	0,04-6,07	1,00
Cáncer, n(%)	0	3 (2,36)	N/A	N/A	N/A
Enf. psiquiátrica, n(%)	0	1 (0,79)	N/A	N/A	N/A
COVID, n(%)	13 (11,20)	0	N/A	N/A	N/A
Otro, n(%)	2 (1,72)	0	N/A	N/A	N/A

**Introducción:** La pandemia COVID-19 causada por el virus del síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) es de particular preocupación para las personas con enfermedades reumatológicas, no solo por el riesgo de infección y eventuales complicaciones, sino por todas las consecuencias sociales que han tenido que afrontar los pacientes, como por ejemplo, las restricciones en la movilidad que limitaron el acceso a sus controles de rutina, medicación o estudios complementarios. Teniendo esta “nueva” realidad por delante, el sistema de salud tuvo que adaptarse en diferentes medidas, tiempos y conocimientos para poder brindar la atención necesaria.

**Objetivos:** Determinar los motivos de hospitalización de los pacientes con enfermedades reumatológicas durante la pandemia por COVID-19 y compararlos con un período previo a ésta.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes hospitalizados en la institución, con diagnóstico reumatológico previo o durante la internación estudiada, durante el período septiembre 2018 a febrero 2020 (pre pandemia) y marzo 2020 a septiembre 2021 (pandemia COVID-19). Se tuvieron en cuenta edad, sexo, motivo de hospitalización, diagnóstico reumatológico, requerimiento de unidad de terapia intensiva (UTI), asistencia respiratoria mecánica (ARM), muerte y tratamiento habitual antes de la internación. Las variables continuas se presentan como medios y desvío estándar, las categóricas como números y porcentajes. Las variables categóricas se compararon mediante la prueba de Fisher y las variables continuas mediante la prueba de Student. Las asociaciones entre ambos grupos se realizaron a través de *Odds Ratio* (OR), con un intervalo de confianza del 95%. Un valor de  $p < 0,05$  se consideró como estadísticamente significativo.

**Resultados:** Se hospitalizaron 127 pacientes en el período pre pandemia, 73% mujeres con una edad media de  $52,6 \pm 18$  años, y 116 pacientes durante la pandemia 68% mujeres ( $p=0,48$ ), edad media  $51,2 \pm 15,7$  ( $p=0,52$ ). Los diagnósticos y motivos de hospitalización se detallan en la Tabla. Previo a la pandemia 21,2% requirió UTI, 10,2% ARM y 5,5% falleció, mientras que durante la pandemia 22,41% fue a UTI, 9,4% requirió ARM, y 6% fallecieron. Los pacientes hospitalizados durante el período pre pandémico estaban tratados con prednisona > 7,5 mg 26,7%, biológicos 7%, DMAR 40% e inmunosupresores 17%, mientras que en el período pandémico 37%, 8,6%, 35,3% y 21% respectivamente.

**Conclusiones:** El número de hospitalizaciones antes y durante la pandemia por COVID-19 fue similar tanto para el debut de enfermedades reumatológicas como para las reactivaciones y otras complicaciones en ambos períodos. En esta cohorte los pacientes con artritis reumatoide se hospitalizaron menos y los pacientes con síndrome de Sjögren primario se hospitalizaron más durante la pandemia, alcanzando una diferencia estadísticamente significativa. Los pacientes con enfermedades reumatológicas no requirieron más internaciones durante la pandemia, a diferencia de lo que se pensó al comienzo de la misma. La similitud de hospitalizaciones en ambos períodos, a pesar de las restricciones en la movilidad y la saturación del sistema sanitario, refleja que al ser un centro de referencia para enfermedades complejas, las hospitalizaciones y las atenciones por otras patologías diferentes a COVID-19 se mantuvieron.

0173

## ESTUDIO DE COSTO-EFECTIVIDAD DE LA ESTRATEGIA “TREAT-TO-TARGET” VS CUIDADO USUAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA TEMPRANA EN ARGENTINA

Anastasia SECCO, Federico CAIROLI, Sebastián GARCÍA MARTÍ

INSTITUTO DE EFECTIVIDAD CLÍNICA Y SANITARIA

**Objetivos:** Evaluar el costo-efectividad de la estrategia de tratamiento dirigida al blanco (del inglés *treat to target* o T2T) versus el cuidado usual en pacientes con artritis reumatoidea (AR) temprana (menor o igual a 2 años) en Argentina.

**Materiales y Métodos:** Los parámetros del modelo (estrategias de tratamiento, uso de recursos y costos) se obtuvieron mediante una búsqueda bibliográfica exhaustiva y se validaron con un grupo nominal de ocho expertos de diferentes provincias de Argentina. Las perspectivas evaluadas fueron la de la seguridad social (SS) y la del sector privado (SP), el horizonte temporal considerado fue de 5 años y se aplicó una tasa de descuento del 5% anual a partir del segundo año. El análisis de costo-efectividad contempló transición de pacientes entre cuatro estados de enfermedad (remisión, baja, moderada y alta actividad de la enfermedad) determinados por escala DAS28, a través del cual se evaluó la costo-efectividad incremental de la estrategia T2T en comparación con el cuidado usual. Se realizó análisis de sensibilidad determinístico y probabilístico.

**Resultados:** Se halló una razón incremental de costo efectividad (RCEI) para la perspectiva del SP de \$ 2.363.000, y para la perspectiva de SS de \$ 2.308.000. En el análisis de sensibilidad determinístico, el parámetro que más influyó en el resultado en ambas perspectivas fue la efectividad de la estrategia T2T considerada. En el análisis de sensibilidad probabilístico se encontró que la gran mayoría de los resultados, para ambas perspectivas, se encuentra entre 2,5 y 3 PBI per cápita.

**Conclusiones:** Este ha sido el primer estudio en evaluar el costo-efectividad de la estrategia T2T en Argentina para pacientes con AR temprana. Tanto para la perspectiva del SS como del SP, la RCEI del caso base de nuestro análisis fue aproximadamente de 3 PBI per cápita.

0174

## PERSISTENCIA DE AGENTES BIOLÓGICOS Y SINTÉTICOS DIRIGIDOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA, ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILOARTRITIS

Diana Carolina FERNÁNDEZ ÁVILA, María Laura ACOSTA FELQUER, Enrique Roberto SORIANO, Javier ROSA

HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES



	Total	AR	APs	EspA	p
Nº pacientes, n(%)	308 (100)	224 (72,7)	60 (19,4)	27 (7,7)	
Edad al diagnóstico, media (DE)	50,0 (15,3)	51 (16,5)	46,8 (13,8)	43,3 (14,9)	0,0087
Sexo femenino, n(%)	231 (75)	206 (92)	21 (35)	4 (16,6)	<0,001
Tiempo de seguimiento en años, mediana (Q1-Q3)	14,8	2 (7)	19 (23)	19 (23)	19 (23)
Uso de FAME b/sd:					
1º fármaco, n(%)	308 (100)	224 (100)	60 (100)	24 (100)	—
2º fármaco, n(%)	139 (45,1)	101 (45,1)	28 (46,6)	10 (41,6)	<0,001
3º fármaco, n(%)	48 (15,6)	36 (16)	6 (10)	6 (25)	0,319
4º fármaco, n(%)	17 (5,5)	19 (4,5)	4 (6,6)	3 (12,5)	0,348
5º fármaco, n(%)	8 (2,6)	5 (2,2)	3 (5)	0	0,090
6º fármaco, n(%)	5 (1,6)	3 (1,3)	2 (3,3)	0	0,709
7º fármaco, n(%)	1 (0,3)	0	1 (1,6)	0	—
<b>Primer DMARD biológico o sintético dirigido</b>					
Tiempo en años desde el diagnóstico hasta el inicio del FAME b/sd, mediana (Q1-Q3)	4,7 (1,7-9,6)	6,1 (2,4-10,5)	3,1 (1,1-6,8)	0,8 (0,2-2,6)	<0,001
Pacientes FAME convencional sintético naïve, n(%)	24 (7,7)	3 (1,3)	4 (6,6)	17 (70,8)	<0,001
Pacientes con fallo a FAME convencional sintético, n(%)	284 (92,2)	221 (98,6)	56 (93,3)	7 (29,1)	<0,001
Concomitante con FAME convencional sintético, n(%)	199 (64,6)	170 (75,8)	24 (40)	5 (20,8)	<0,001
Discontinuar por:					
Cualquier causa, n(%)	181 (58,7)	130 (58)	37 (61,6)	14 (58,3)	0,878
Evento adverso, n(%)	28 (9)	19 (8,5)	7 (11,7)	2 (8,3)	0,741
Ineficacia, n(%)	96 (31,1)	71 (31,7)	17 (28,3)	8 (33,3)	0,858

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES

	1º FAME b/sd			2º FAME b/sd			3º FAME b/sd		
	1º año	3º año	5º año	1º año	3º año	5º año	1º año	3º año	5º año
Global	80 (75-84)	60 (54-65)	47 (41-53)	70 (62-77)	58 (48-66)	48 (38-57)	56 (41-69)	44 (27-60)	33 (16-51)
AR	79 (73-84)	69 (53-68)	46 (38-52)	79 (69-85)	56 (44-66)	43 (31-55)	62 (44-76)	47 (28-75)	44 (14-54)
APs	83 (71-90)	63 (49-74)	48 (34-60)	88 (69-96)	72 (50-85)	66 (43-82)	28 (2-64)	0	0
EspAx	70 (48-84)	52 (31-70)	47 (25-66)	50 (18-75)	38 (11-66)	38 (11-66)	50 (11-80)	0	0

TABLA 2: SUPERVIVENCIA DE 1º, 2º Y 3º FAME B/SD, POR AÑO DE TRATAMIENTO Y ENFERMEDAD (%; IC95%)

**Introducción:** Existe gran variedad de publicaciones relacionadas con la persistencia de terapias biológicas y sintéticas dirigidas. A nivel local, los datos son más limitados, por lo que nos propusimos obtener datos que nos permitan conocer nuestra población para facilitar la toma de decisiones.

**Objetivos:** Primario: evaluar la persistencia al primer, tercer y quinto año de los fármacos biológicos (FAMEb) y sintéticos dirigidos (FAMEsd) en pacientes con artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis (EspA). Secundarios: identificar las causas específicas de discontinuación de los fármacos; establecer los predictores que se asociaron con la discontinuación de los fármacos.

**Materiales y Métodos:** Estudio analítico, de cohorte retrospectivo, de un solo centro. Se incluyeron pacientes con AR, APs y EspA según criterios ACR/EULAR 2010, CASPAR y ASAS, respectivamente, mayores de 18 años, que hayan iniciado algún agente biológico o pequeña molécula (FAME b/sd) entre enero de 2009 y diciembre de 2019. Se aplicó el método de Kaplan-

Meier y Long Rank test para estimar y comparar la sobrevida de los fármacos. Se analizaron los factores relacionados con la interrupción del tratamiento utilizando un modelo de riesgo proporcional de Cox.

**Resultados:** Se incluyeron 308 pacientes con diagnóstico de AR (72%), APs (19,4%) y EspA (7,7%), de los cuales el 75% fue mujer. La edad media fue de 50 años. Las características generales y la utilización de fármacos se describen en la Tabla 1. La persistencia de los fármacos, por enfermedad, y al primer, tercer y quinto año de tratamiento, se observa en la Tabla 2. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, excepto en la persistencia del segundo FAME b/sd, ya que el grupo de EspA presentó una menor supervivencia (*log-rank test*,  $p=0,0281$ ). La principal causa de discontinuación, en los 3 grupos, tanto para el primero como para el segundo y tercer FAME b/sd, fue la ineficacia, seguido por la suspensión por evento adverso. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los 3 grupos. En el modelo de regresión de Cox multivariado para la discontinuación del primer FAME b/sd no se encontraron factores predictores asociados.

**Conclusiones:** Los pacientes con EspA que iniciaron el segundo FAME b/sd presentaron en forma significativa una menor sobrevida. La principal causa de discontinuación fue la ineficacia secundaria. No hubo otras diferencias significativas en la persistencia de los fármacos entre los tres grupos, así como tampoco encontramos factores predictores de discontinuación.

## PATRÓN DE INFLAMACIÓN ARTICULAR Y SU PERSISTENCIA EN EL TIEMPO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DE LA CONSULTA AMBULATORIA

Emilio BUSCHIAZZO, Ana Carolina RALLÉ, María Belén LECUMBERRI, Romina ROJAS TESSEL, María Elena CRESPO ESPINDOLA, Mariana Mabel ACIAR, Leila Natalia BELBRUNO, Ricardo Vicente JUÁREZ

HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica sistémica con predominio de compromiso articular, el cual es típicamente simétrico y de pequeñas articulaciones de las manos, carpos y pies. El recuento de 28 articulaciones inflamadas se utiliza como uno de los componentes de los índices compuestos para medir la actividad de la enfermedad.

**Objetivos:** El objetivo del presente estudio es describir el patrón de inflamación de pacientes con AR de la consulta ambulatoria y su cambio a lo largo del tiempo de seguimiento.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR (criterios ACR/EULAR 2010) del registro de consultas ambulatorias en un consultorio de Reumatología durante el período 10/2010-09/2021. Para este análisis se utilizaron los registros de aquellos pacientes que tuvieran  $\geq 5$  visitas con recuento diferenciado (RD) de 28 articulaciones inflamadas. El mismo fue realizado por el mismo médico reumatólogo tratante en todas las visitas. El porcentaje de afectación de cada articulación se calculó como: (número total de visitas con la articulación inflamada/ número total de visitas) \* 100. Las variables continuas se expresaron en medias y desvío estándar, las categóricas en frecuencia y porcentaje. Se utilizó test de T tanto para muestras relacionadas como no relacionadas, y  $\chi^2$  o test exacto de Fisher, según correspondiera.

**Resultados:** Se detectaron 403 pacientes, de los cuales 247 (61%) tenían en sus visitas RD y 154/247 (62,3%) cumplieron con el criterio de inclusión. Al comparar aquellos que tuvieron  $< 5$  visitas vs  $\geq 5$  visitas, la única diferencia entre los dos grupos fue la mayor frecuencia de tratamiento biológico en aquellos con  $\geq 5$  visitas (6,5% vs 16,9%,  $p=0,01$ ). Durante el seguimiento, la media de período entre visitas fue de 6,7 meses (DS +/- 5,8), y la media de años de seguimiento fue de 5,8 años (DS +/- 3,1) con un promedio de 13 visitas (DS +/- 8,8) por paciente. Al basal, las articulaciones más afectadas fueron ambos carpos, 2 MCF derecha y 3era PIF bilateral. En la última visita registrada, ambos carpos, 2 MCF derecha y 3era PIF derecha fueron las más afectadas, siendo estas mismas articulaciones las más afectadas durante el seguimiento, y sin mejoría significativa entre el basal y la visita final (Tabla 1). Sin embargo, hubo una mejoría significativa en todos los parámetros de actividad al comparar el basal con la última visita (Tabla 2).

Articulación	Visita basal	Visita final	Cambio basal-final; p=	Promedio*
Carpo derecho-x	35,70%	32,50%	NS	35,30%
Carpo izquierdo-x	35,10%	32,50%	NS	30,20%
2 MCF derecha-x	35,00%	28,60%	NS	30,30%
3 PIF derecha-x	32,50%	26,00%	NS	28,90%
3 PIF izquierda-x	30,50%	20,01%	0,013	22,60%
2 PIF izquierda-x	26,00%	11,70%	0,000	15,70%
2 MCF izquierda-x	24,70%	20,10%	NS	22%
4 PIF derecha-x	22,10%	16,90%	NS	17,50%
2 PIF derecha-x	20,80%	14,90%	NS	16,00%
3 MCF derecha-x	19%	15,06%	NS	16,10%
5 PIF derecha-x	18,80%	11,00%	0,040	16,60%
1 PIF derecha-x	17,50%	6,50%	0,001	7,70%
1 MCF derecha-x	16,20%	12,30%	NS	13,50%
Codo derecho-x	14,90%	5,80%	NS	10,20%
5 PIF izquierda-x	13,00%	5,80%	0,040	9,10%
Rodilla derecha-x	13,00%	11,00%	NS	10,60%
Rodilla izquierda-x	13,00%	9,70%	NS	8,10%
1 PIF izquierda-x	11,00%	7,10%	NS	7,70%
3 MCF izquierda-x	11,00%	9,10%	NS	10,80%
1 MCF izquierda-x	10,40%	7,10%	NS	7,80%
4 PIF izquierda-x	10,40%	7,10%	NS	10,00%
Codo izquierdo-x	8,40%	8,40%	NS	8,00%
5 MCF derecha-x	6,50%	7,10%	NS	4,90%
5 MCF izquierda-x	6,50%	1,90%	0,050	3,20%
4 MCF derecha-x	4,50%	5,20%	NS	3,40%
Hombro derecho-x	4,50%	2,60%	NS	3,80%
4 MCF izquierda-x	3,90%	0,00%	0,010	2,00%
Hombro izquierdo	3,90%	2,60%	NS	4%

\*Suma de visitas con articulación inflamada/nº total de visitas x 100; PIF= próxima interfalángica; MCF: metacarpo falángica.

**TABLA 1: PORCENTAJE DE ARTICULACIONES INFLAMADAS AL BASAL, A LA ÚLTIMA Y PROMEDIO (N=154)**

**Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes con AR, la afectación más frecuente al basal, durante el seguimiento y al final del mismo fueron los carpos, 2 MCF bilateral y 3 PIF bilateral. A pesar de que su afectación no mejoró significativamente durante el seguimiento, sí hubo una mejoría significativa en la actividad de la enfermedad (medida tanto por DAS28 como por sus componentes de forma individual). Estas articulaciones “persistentes” podrían ser menos sensibles al tratamiento.

Variable	Basal	Final	p=
Metotrexato, n(%)	89 (57,8)	119 (77,3)	0,0001
Leflunomida, n(%)	31 (20,1)	37 (24)	0,3
Prednisona, n(%)	57 (37)	75 (48,7)	0,01
Terapia biológica, n(%)	26 (16,9)	49 (31,8)	0,0001
Articulaciones inflamadas -X (DS)	4,64 (4,8)	3,03 (3,8)	0,0001
Articulaciones dolorosas -X (DS)	3,9 (4,5)	2,49 (3,6)	0,002
EVA global (mm)- X (DS)	38,5 (24)	31,04 (22,7)	0,004
EVA médico (mm)- X (DS)	35,6 (26,4)	24,2 (22,4)	0,0001
VSG (mm/1h) -X (DS)	33,7 (23,2)	27,3 (23,2)	0,01
PCR (mg/dl) -X (DS)	3,7 (5,7)	1,7 (2,6)	0,02
DAS28-VSG -X (DS)	3,8 (1)	3 (1,1)	0,0001
DAS28-PCR -X (DS)	3,5 (1)	2,7 (1,1)	0,001
DAS28-VSG ≤2,6 -X (DS)	22 (14,3)	50 (32,5)	0,0001
DAS28-VSG 2,7-3,2 -X (DS)	16 (10,4)	16 (10,4)	1
DAS28-VSG 3,3-5,1 -X (DS)	78 (50,6)	43 (27,9)	0,0001
DAS28-VSG ≥5,2 -X (DS)	9 (5,8)	8 (5,2)	0,8

**TABLA 2: CAMBIOS DESDE EL BASAL A LA ÚLTIMA VISITA (N=154)**

0177

**SOBREVIDA Y SEGURIDAD DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS Y TERAPIAS DIRIGIDAS. DATOS DE 10 AÑOS DE SEGUIMIENTO. REGISTRO BIOABASAR 3.0**

Jorge Alejandro BRIGANTE<sup>1</sup>, Carolina ISNARDI<sup>1</sup>, Rosana QUINTANA<sup>1</sup>, Karen ROBERTS<sup>1</sup>, Mercedes Argentina GARCÍA<sup>2</sup>, Graciela Noemí GÓMEZ<sup>3</sup>, Carla Andrea GOBBI<sup>4</sup>, Gustavo Christian CASADO<sup>5</sup>, Jonathan Eliseo REBAK<sup>6</sup>, Joan Manuel DAPENA<sup>7</sup>, Guillermo BERBOTTO<sup>8</sup>, Malena VIOLA<sup>9</sup>, Verónica SAURIT<sup>10</sup>, Guillermo PONS-ESTEL<sup>11</sup>, Cristina PETKOVIC<sup>11</sup>, Ana BERTOLI<sup>12</sup>, Cesar LEONI<sup>13</sup>, Erika CATAY<sup>14</sup>, Ilda EXENI<sup>15</sup>, Bernardo PONS-ESTEL<sup>16</sup>, Sergio PAIRA<sup>17</sup>, Gladys

BOVEA CASTELBLANCO<sup>18</sup>, Mercedes DE LA SOTA<sup>19</sup>, María Silvia LARROUDE<sup>19</sup>, Dora PEREIRA<sup>19</sup>, Amelia GRANEL<sup>20</sup>, Gustavo MEDINA<sup>21</sup>, Cecilia PISONI<sup>22</sup>, Analía ÁLVAREZ<sup>23</sup>, Santiago AGÜERO<sup>24</sup>, Liliana FERNÁNDEZ<sup>25</sup>, Mónica SACNUN<sup>26</sup>, Sidney SOARES DE SOUZA<sup>27</sup>, Edson VELOSO<sup>28</sup>, Nora ASTE<sup>29</sup>, María Cecilia CASTRO<sup>30</sup>, Eduardo KERZBERG<sup>31</sup>, María de los Ángeles GALLARDO<sup>32</sup>, Verónica SAVIO<sup>33</sup>, Julieta GAMBA<sup>34</sup>, Anastasia SECCO<sup>35</sup>, Gustavo CITERA<sup>36</sup>, Enrique SORIANO<sup>37</sup>, Cesar GRAF<sup>38</sup>, María Celina DE LA VEGA<sup>39</sup>.

<sup>1</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (UNISAR), <sup>2</sup>HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, <sup>3</sup>INSTITUTO LANARI, <sup>4</sup>SANATORIO ALLENDE, <sup>5</sup>ATENCIÓN INTEGRAL DE REUMATOLOGÍA, <sup>6</sup>SANATORIO GÜEMES, <sup>7</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ, <sup>8</sup>HOSPITAL BAIGORRIA, <sup>9</sup>CEIM 1, <sup>10</sup>HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA, <sup>11</sup>CONSULTORIO REUMATOLOGÍA, <sup>12</sup>INSTITUTO REUMATOLÓGICO STRUSBERG, <sup>13</sup>CENTRO MÉDICO BARILCOHE, <sup>14</sup>CENTRO MORENO 150, <sup>15</sup>SANATORIO PARQUE CÓRDOBA, <sup>16</sup>SANATORIO PARQUE/GRUPO OROÑO CENTRO CREAM, <sup>17</sup>HOSPITAL CULLEN, <sup>18</sup>HOSPITAL CÉSAR MILSTEIN, <sup>19</sup>CONSULTORIO PARTICULAR, <sup>20</sup>CENTRO PLATENSE DE REUMATOLOGÍA, <sup>21</sup>HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, CABA, <sup>22</sup>CEMIC, <sup>23</sup>HOSPITAL PENNA, <sup>24</sup>SANATORIO PASTEUR, <sup>25</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN A FERNÁNDEZ, <sup>26</sup>HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO, <sup>27</sup>REUMAR, <sup>28</sup>SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA, <sup>29</sup>ASTE, <sup>30</sup>CONSULTORIOS DE REUMATOLOGÍA, <sup>31</sup>HOSPITAL RAMOS MEJÍA, <sup>32</sup>HOSPITAL CASTRO RENDON, <sup>33</sup>HOSPITAL CÓRDOBA, <sup>34</sup>HOSPITAL POSADAS, <sup>35</sup>HOSPITAL RIVADAVIA, <sup>36</sup>IREP, <sup>37</sup>HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES, <sup>38</sup>CENTRO MÉDICO MITRE, <sup>39</sup>SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

**Introducción:** El uso de drogas biológicas y sintéticas dirigidas han cambiado el pronóstico de las enfermedades reumáticas. La información sobre eficacia y seguridad que aportan los ensayos clínicos, controlados y aleatorizados, no reflejan las condiciones de los pacientes en la vida real. Es por esto que los datos obtenidos de registros prospectivos, durante períodos prolongados y con evidencia del mundo real, son un gran aporte para la farmacovigilancia de estas drogas.

**Objetivos:** Describir los acontecimientos adversos (AA) y sobrevida de los tratamientos incluidos en el Registro Argentino de Acontecimientos Adversos de Terapias Biológicas y Fármacos Sintéticos (BIOBADASAR 3.0).

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo y multicéntrico de pacientes con enfermedades reumáticas en tratamiento con fármacos biológicos originales, biosimilares o terapias dirigidas, en seguimiento desde agosto de 2010 hasta julio 2021. Los pacientes expuestos son aquellos que recibieron terapias biológicas mientras los que no, representan el grupo control. Los pacientes fueron evaluados anualmente y siempre que experimentaron un acontecimiento adverso (AA) o cambio de tratamiento. Se recabaron datos demográficos, clínicos, tiempo de inicio y finalización de los tratamientos y datos sobre los AA. Análisis estadístico: la supervivencia de los tratamientos fue evaluada por Kaplan Meier y la comparación entre los grupos se realizó por análisis de Log Rank.

**Resultados:** Un total de 6010 pacientes fueron incluidos y se evaluaron 8.810 períodos de tratamiento de 56 centros públicos y privados. Se observó que 79,7% fue de sexo femenino, edad media de 43,7 (DE 15,6) años. El 7,8% tenía más de 65 años, y dentro de este grupo la exposición a drogas biológicas y terapias dirigidas fue menos frecuente (5,9% vs 10,6% p<0,001). La frecuencia de AA fue mayor en expuestos que en el grupo control

(11,7% vs 4,9% p=0,001). Los AA más frecuentes fueron infecciones; 41% en el grupo expuestos vs 34% en el grupo control (p<0,001). La sobrevida libre de AA fue mayor en el grupo no expuestos (m 23 [RIC:18.2] vs m 10 [RIC:8.8]) p<0,0001). En el modelo de regresión multivariado se observó que la edad (HR:1.005, IC95%1.001-1.009) y el tratamiento con corticoides (HR:1.18, IC95%1.05-1.34) se asociaron con mayor riesgo de AA en pacientes expuestos. La frecuencia de suspensión del tratamiento fue mayor en el grupo expuesto que en el grupo no expuesto (76% vs 37,4% p<0,001). La pérdida de efectividad fue la causa más frecuente de suspensión de tratamiento, en ambos grupos, con una frecuencia de 88 (8,6%) casos en el grupo no expuesto y 1.429 (39,7%) casos en el grupo expuesto (p<0,001). La sobrevida del tratamiento en años en el grupo no expuesto fue mayor a la del grupo expuesto (m15 RIC: 28 vs m 4.7 RIC:10, p<0,0001). En el análisis multivariado, el sexo femenino (HR1.176, IC95%1.09-1.2), la edad (HR1.0, IC95%1.010-1.014), el tratamiento con corticoides (HR1.16, IC95% 1.09-1.2), el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (HR1.547, IC95%1.3-1.8) y el tiempo de evolución de la enfermedad (HR1.01, IC95%1.008-1.015) se asociaron con mayor riesgo de suspensión de tratamiento mientras que el diagnóstico de artritis reumatoidea (HR 0.83 IC95%0.75-0.93) se asoció con menor riesgo de suspensión.

**Conclusiones:** El uso de corticoides y la edad continúan siendo un factor asociado a mayor riesgo de presentar un AA y de suspensión del tratamiento. Esto podría deberse a que la utilización de corticoides se asocia con frecuencia a una enfermedad más activa o con factores de severidad. El diagnóstico de AR se asocia con menor riesgo de suspensión del tratamiento con respecto a otras patologías; aunque se desconoce el motivo, podría deberse a factores propios de la enfermedad.

0178

## DISECCIÓN DE AORTA TORÁCICA EN LES. REPORTE DE UN CASO

Rosa María FIGUEROA, María Isabel QUAGLIA, Verónica SAVIO, Juan Alejandro ALBIERO, Carla Andrea GOBBI, Paula ALBA

HOSPITAL CÓRDOBA Y UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, inflamatoria, sistémica y crónica que puede comprometer el aparato cardiovascular y provocar daño orgánico. Entre las complicaciones cardiovasculares, los aneurismas aórticos (AA) con o sin disección (DA) son una complicación poco común. La etiología del AA y DA en pacientes con LES puede ser multifactorial. Varios mecanismos han sido descritos: cambios patológicos en la aorta, como aterosclerosis, vasculitis y necrosis quística medial. Los aneurismas torácicos se correlacionan con degeneración quística medial, vasculitis, disección y muerte, mientras que los aneurismas abdominales con aterosclerosis y tratamiento prolongado con esteroides. Los AA en LES se han descrito a una edad más temprana (edad media 44,5 años) y son con mayor frecuencia torácicos (torácicos 71,4%, abdominal 54%), mientras que en la población general ocurren a una edad tardía (edad media 60 años) y más a menudo de localización abdominal.

**Objetivos:** Presentamos un caso de una mujer con LES con DA.

**Materiales y Métodos:** Mujer de 38 años con antecedentes de LES de 14 años de evolución, con compromiso cutáneo-abdominal-renal (ANA + 1/640 patrón moteado y Ro +). Tres biopsias renales: año 2008-2009-2012 con nefritis lúpica clase IV (inducción con ciclofosfamida y mantenimiento con azatioprina). Medicación habitual: hidroxiquina 400 mg/día, que abandonó 7 meses previos a la consulta, sin controles desde hace 2 años, por mala adherencia a sus tratamientos. Antecedentes de tabaquismo e HTA (losartán 100 mg/día hidroclorotiazida 12,5 mg/día). Consulta por dolor interescapular de inició súbito, en reposo, de 1 hora de evolución, lacinante, EVA 9/10, que irradia a región precordial, asociado a disnea Clase IV. Al examen físico se encontraba hipertensa (TA: 230/140 mmHg), soplo sistólico 2/6 polifocal y pulsos periféricos presentes con asimetría en el pulso radial. Se realizó laboratorio: HB 13,4 g/dL GB 10000/mm<sup>3</sup> N 85% PLAQ 161000/mm<sup>3</sup> CREAT 1,2 mg/dl UR 41 mg/dl IONO 140/4,2/109 mEq/L GOT 18 U/L GPT 10 U/L. Inmunología: Anti-DNA (-) C3 108 mg/dl C4 29 mg/dl ACL y B2GP1 IgM e IgG (-). PCR para COVID negativo. Radiografía de tórax: Ensanchamiento del mediastino. ECG: Bradicardia sinusal. Ecocardiograma Doppler: Ventrículo izquierdo con hipertrofia concéntrica, cinésia segmentaria y función sistólica conservada con FE: 68%. Dilatación significativa de raíz aórtica, aorta ascendente y cayado aórtico; a 15 mm del plano valvular, flapp de disección que se extiende al cayado y aorta torácica descendente. Insuficiencia valvular aórtica moderada. TAC de Tórax y Abdomen con contraste EV: Disección aórtica tipo A. Valorada por cirugía cardiovascular y torácica quienes realizan reparación de aorta ascendente con colocación de tubo de Dacron N°28. Complicaciones intraoperatorias: hipotensión arterial y bradicardia con requerimiento de vasopresores e inotrópicos. Buena evolución posterior, se otorga el alta hospitalaria con la medicación habitual.

**Conclusiones:** El AA y la DA son complicaciones poco frecuentes y tardías del LES, cuyo riesgo aumenta con la duración de la enfermedad. La ruptura de un AA suele ser una complicación catastrófica con una elevada mortalidad. La sospecha clínica en pacientes con LES es vital para el diagnóstico y el tratamiento precoz debido a la alta mortalidad sin tratamiento quirúrgico.

0179

## DIFICULTAD EN EL ACCESO A LA MEDICACIÓN BIOLÓGICA EN EL ÁMBITO PÚBLICO Y SU IMPACTO EN LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

María Luz MARTIN, Lía Valentina INGOLLOTTI, Aixa Lucía MERCÉ, Julieta Silvana MORBIDUCCI, Anastasia SECCO

HOSPITAL RIVADAVIA

**Introducción:** El inicio temprano del tratamiento con drogas modificadoras de la enfermedad (DMARD) en pacientes con artritis reumatoidea (AR) reduce el daño estructural y la discapacidad. La falta de continuidad y regularidad en el suministro del mismo ha sido y es en la actualidad un motivo que condiciona la adherencia e influye en la falta de eficacia y, por lo tanto, en la progresión de la enfermedad.

**Objetivos:** Determinar la frecuencia de pacientes con AR bajo tratamiento con drogas biológicas (DB) o anti JAK que no reciben el tratamiento en forma regular. Estimar el tiempo desde que se indica el tratamiento y se entrega la medicación. Comparar el nivel educativo, ocupación y cobertura social como subrogantes de accesibilidad a la medicación, entre los que reciben el tratamiento en forma regular y los que no. Comparar la actividad de la enfermedad y discapacidad de los pacientes que reciben el tratamiento en forma regular versus los que no.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR según criterios clasificatorios ACR 1987 y /o ACR/EULAR 2010 bajo tratamiento con DB o anti JAK atendidos en un centro de reumatología público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Se excluyeron a los pacientes con diagnóstico de otra enfermedad reumática autoinmune, aquellos que presentaran seguimiento menor de seis meses luego de la indicación de DB o anti JAK y pacientes que al momento de la primera consulta ya se encontraban en tratamiento con DB o anti JAK y se desconocían datos previos. Estudio observacional, analítico, de corte transversal, con recolección retrospectiva de los datos. Se consideró tratamiento irregular a aquel que no fuera recibido según la posología de la medicación indicada. A los fines del estudio, se consideraron irregulares los casos en los que se debía a dificultades en la provisión. Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartil

Características	Pacientes (n=100)
Sexo (%)	Femenino 93%, masculino 7%
Edad (DE)	Media 52,38 (DE:12)
Ocupación (%)	Desocupados 67%, con ocupación 33%
Cobertura social (%)	Pública 33%, prepaga 2%, obra social 65%
Factores de mal pronóstico(%)	48%
DMARD convencionales (DMARDsc) (%)	Metotrexato 43%, leflunomida 5%, sulfasalazina 5%, metotrexato y leflunomida 43%, leflunomida y sulfasalazina 1%, metotrexato e hidrocicloroquina 2%
Corticoides metotrexato	86%
Dosis corticoides al momento de la indicación del DMARD biológico (%)	<5 mg/día, 8% 5 a 10 mg/día, 53% >10 mg/día 25%
DAS28 al momento de la indicación (%) (bajo tratamiento con corticoides)	Remisión 7%, baja actividad 7%, moderada actividad 34%, alta actividad 51%
HAQ al momento de la indicación (%)	Discapacidad laboral (HAQ &#8805; 0,87) 67% discapacidad severa (HAQ &#8805; 1,25) 28%
DMARD biológico o anti Jak indicado (%)	Anti TNF 67%, no anti TNF 28%, anti Jak 5%

**TABLA 1**

Características evolutivas	Pacientes (n=100)
DAS28 3 meses (%)	Remisión 29%; baja actividad 19%; moderada actividad 39%; alta actividad 8%
DAS28 6 meses (%)	Remisión 39%; baja actividad 19%; moderada actividad 23%; alta actividad 11%
HAQ 6 meses (%)	Discapacidad laboral 55%; discapacidad severa 8%

**TABLA 2**

pacientes contaban con obra social o prepaga, de ellos el 65,67% recibió el tratamiento de manera regular versus el 34,33% que lo recibió de manera irregular, sin diferencias estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** A partir de los datos obtenidos podemos destacar que, en esta cohorte de pacientes, aproximadamente el 40% de los pacientes recibió el tratamiento en forma irregular debido a dificultades en la provisión de la medicación, presentando mayor actividad de la enfermedad y discapacidad funcional, en comparación con quienes los recibieron en forma regular. Podemos concluir que la falta de regularidad en el tratamiento debido a dificultades en la provisión influye en la efectividad del mismo. Por lo tanto, consideramos de relevancia generar acciones que faciliten el acceso de los pacientes a los tratamientos.

(RIC), según distribución y tamaño muestral. Las variables categóricas se expresaron como proporciones. Para la comparación de las variables continuas entre grupos se utilizó la prueba t de Student o Mann Whitney según distribución y tamaño muestral. Las variables categóricas se analizaron mediante Chi cuadrado o test exacto de Fisher, según tabla esperada de distribución de frecuencias.

**Resultados:** Se incluyó un total de 100 pacientes con diagnóstico de AR. Se detallan las características de la población en la Tabla 1 y las características de la evolución de la actividad de la enfermedad por DAS28 y discapacidad por HAQ en la Tabla 2. Dentro de los pacientes que presentaban alta actividad basal por DAS28, 49% se encontraba recibiendo una dosis de 5-10 mg de prednisona o su equivalente, en moderada actividad el 50%, en baja actividad el 85,71% y en remisión el 71,43%. La media de tiempo desde la indicación hasta la entrega de DMARD biológico fue de 5,57 meses (DE: 4). Una vez entregada la medicación, el 39% recibió el tratamiento de manera irregular. De los 61 pacientes que recibieron el tratamiento en forma regular, el 42,62% logró la remisión a los 3 meses versus el 5,88% de los que recibieron de manera irregular (p<0,01). A los 6 meses del tratamiento el 57,89% de los pacientes que recibía tratamiento regular alcanzó la remisión por DAS28 versus el 14,29% de los que recibían en forma irregular, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p<0,01). A los 6 meses del tratamiento, el 3,3% de los pacientes que recibía el tratamiento regular presentó discapacidad severa por HAQ versus el 50% de los que recibían de forma irregular, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p<0,01). Al comparar los subrogantes de accesibilidad a la medicación, de los 33 pacientes con ocupación, el 57,58% recibió el tratamiento de forma regular comparado con el 42,42% que recibió de manera irregular; 44 pacientes tenían educación primaria completa o más, de los cuales 65,91% recibió de manera regular el tratamiento y el 34,09% irregular; y en cuanto a la cobertura social, 67

**MANIFESTACIONES REUMATOLÓGICAS SECUNDARIAS A LA INFECCIÓN POR COVID-19. RESULTADOS PRELIMINARES**

Emilio BUSCHIAZZO<sup>1</sup>, Mariana BENEGAS<sup>2</sup>, Luciana CASALLA<sup>3</sup>, María Sofía VELLOSO<sup>4</sup>, María Victoria MARTIRE<sup>5</sup>, Cinthya Mabel RETAMOZO<sup>6</sup>, Romina ROJAS TESSEL<sup>7</sup>, Alejandro MARTÍNEZ MUÑOZ<sup>8</sup>, María Lilia LEGUIZAMON<sup>9</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, SALTA, <sup>2</sup>SANATORIO MÉNDEZ, <sup>3</sup>GENEA CENTRO MÉDICO, <sup>4</sup>HOSPITAL MUNICIPAL DE RIVADAVIA, <sup>5</sup>HOSPITAL SAN ROQUE DE GONNET, <sup>6</sup>CENTRO PRIVADO DE REUMATOLOGÍA<sup>7</sup>, HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO SALTA, <sup>8</sup>HOSPITAL MUNICIPAL "SAN MIGUEL ARCÁNGEL", BELLA VISTA, <sup>9</sup>HOSPITAL PADILLA

**Introducción:** La infección por SARS-CoV2 es conocida por causar la COVID-19 con predominante afectación respiratoria, aunque algunos pacientes pueden cursar con manifestaciones extra-respiratorias, dentro de las cuales se incluyen complicaciones cardiovasculares, neurológicas, gastrointestinales y dermatológicas. La artralgia está presente en 14,9% de los casos de infección sintomática, aunque los datos relacionados a manifestaciones reumáticas e inflamatorias son escasos.

**Objetivos:** Evaluar las manifestaciones o enfermedades reumatológicas desarrolladas en pacientes luego de la infección por SARS-CoV-2 y sus factores asociados.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes >=18 años de edad, que hayan presentado COVID-19 y hayan sido derivados para consulta reumatológica, y se excluyeron aquellos en los cuales los síntomas, signos o diagnóstico de enfermedad reumática hayan iniciado previo a dicha infección. Se recolectaron datos sociodemográficos y clínicos. Se realizó clinimetría y solicitud de estudios complementarios de acuerdo a la sospecha diagnóstica. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, utilizando test de T o Mann Whitney para las variables continuas y Chi<sup>2</sup> o exacto de Fisher para las categóricas, según correspondiera.

**Resultados:** Se incluyeron hasta el momento 35 pacientes, con una edad mediana de 48 años (RIC: 35-58), 32 (91,4%) de sexo femenino, 12 (34,3%) presentaban alguna comorbilidad y 4 (11,4%) tenían antecedentes de alguna enfermedad reumática en familiares de 1º o 2º grado. El síntoma más frecuente fue el dolor articular en 30 (85,7%), seguido por mialgias en 10 (28,5%) y reumatismos de partes blandas en 5 (14%), con una mediana de inicio de los síntomas desde la infección por SARS-CoV2 de 20 días (RIC: 2,5-45,5), siendo el dolor de predominio simétrico en 25 (71,4%). Se detectaron 12 (34,3%) pacientes con inflamación articular. Del total de los pacientes evaluados, 6 (17,1%) presentaron factor reumatoideo positivo, 3 (8,6%) anti-CCP y 9 (25,7%) ANA positivos. El diagnóstico específico más frecuente fue AR en 5 (14%) pacientes, además de Still del adulto, EITC, síndrome de superposición, esclerodermia, polimialgia reumática y Raynaud primario en otros 7 (20%) pacientes.

**Conclusiones:** En este informe preliminar, el síntoma más frecuente fue la artralgia, aunque se detectó inflamación articular en 34,3% de los pacientes examinados, arribándose a un diagnóstico específico en todos ellos. La recolección de más número de pacientes podría ayudar a definir el rol de la infección por SARS-CoV2 en el desencadenamiento de enfermedades autoinmunes.



**DEBUT CON ACTIVIDAD LEVE DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SU EVOLUCIÓN**

Jessica Luciana TOMAS, Constanza Belén ARGUISSAIN, Yamila Mariel TOLCACHIER, Julieta Silvana MORBIDUCCI, Anastasia SECCO  
 HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA

Características	N=100
Sexo femenino, n(%)	93 (93%)
Edad al momento de la evaluación, media (±DE)	32,28 (±11,87)
Tiempo de evolución de la enfermedad en meses al momento de la evaluación basa, mediana (RIC)	12 (5-48)
Tiempo de seguimiento en años, mediana (RIC)	3 (2-6)
Educación primaria completa o más, n (%)	95 (95%)
Desempleados, n (%)	39 (39%)
Remisión o baja actividad basal, n (%)	39 (39%)
Moderada o severa actividad basal, n (%)	56 (56%)

**TABLA 1:** CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS

Características sociodemográficas	Remisión o baja actividad	Moderada o severa actividad
Sexo femenino, n(%)	40 (90,91%)	53 (94,64%)
Edad, mediana (RIC)	33,5 (21-45,5)	29 (23-38)
Tiempo de seguimiento en años, mediana (RIC)	4 (2-7,5)	3 (1-6)
Tiempo de evolución de la enfermedad al diagnóstico	12 (5-30)	12 (5,5-72)
Desempleado, n(%)	18 (40,91%)	21 (37,50%)
Primario completo o más, n(%)	41 (95,35%)	55 (98,21%)

**TABLA 2:** CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por daño orgánico, patrón de remisión y brotes, con un aumento de la mortalidad en comparación con la población general. Si bien existen diversos estudios que evalúan factores de riesgo para

*flare* versus remisión y otros sobre la persistencia de actividad de la enfermedad en el tiempo, no se encontró bibliografía específica sobre aquellos pacientes con actividad leve de la enfermedad al momento del diagnóstico y su evolución a lo largo del tiempo.

**Objetivos:** Evaluar si los pacientes con LES y baja actividad de la enfermedad al momento del diagnóstico presentan un curso más benigno de la enfermedad vs aquellos que presentaron actividad moderada/alta al momento del diagnóstico. Comparar características demográficas y clínicas entre pacientes con actividad de la enfermedad leve versus moderada/alta al diagnóstico y el daño acumulado en la última consulta.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, analítico, de cohorte retrospectiva. Se revisaron historias clínicas de pacientes con diagnóstico de LES según los Criterios ACR 1982 revisados (1997), SLICC 2012 o ACR/EULAR 2019, que acudieron a la Sección de Reumatología de un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Se excluyeron todos los pacientes que presentaron otra enfermedad reumática asociada excepto síndrome de Sjögren y síndrome Antifosfolípido, aquellos con información incompleta y quienes no presentaron un mínimo de un año de seguimiento. Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartilo (RIC), según distribución y tamaño muestral. Las variables categóricas se expresaron como proporciones. Para la comparación de las variables continuas entre grupos se utilizó la prueba t de Student o Mann Whitney según distribución y tamaño muestral. Las variables categóricas se analizaron mediante Chi cuadrado o test exacto de Fisher, según tabla esperada de distribución de frecuencias.

**Resultados:** Se incluyó un total de 100 pacientes con diagnóstico de LES. Se detallan las características clínicas y demográficas de la población en la Tabla 1. En relación con las manifestaciones clínicas a lo largo de la evolución de la enfermedad, se destaca el compromiso cutáneo en el 94% de los pacientes, junto con el compromiso musculoesquelético y el constitucional presentes en el 87% y 85% de los casos respectivamente. El compromiso hematológico se observó en el 48% de los pacientes, el renal en el 38% y pulmonar en el 26%. El 80% de los pacientes estudiados presentó alguna vez un *flare*. De los pacientes que tuvieron un *flare* leve a moderado, el 98% sólo lo tuvo una vez durante la evolución de la enfermedad y solo un 2% lo tuvo en dos ocasiones. En cuanto a los pacientes que registraron *flare* severo, el 75% lo tuvo una vez y el 25% restante lo tuvo 3 o 4 veces. En el caso particular de los pacientes que tuvieron *flare* severos, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos que tuvieron una actividad basal leve o en remisión vs el grupo que presentó actividad basal moderada a severa, presentando menor cantidad de flares el primer grupo a lo largo de la evolución de la enfermedad [mediana del primer grupo 0 (RIC 0-1) vs mediana del segundo grupo 1 (RIC 1-2), p<0,01]. Se observó una tendencia a manifestar un menor compromiso de órganos a lo largo de la evolución de la enfermedad cuando la actividad basal era remisión/leve en comparación con actividad basal moderada/severa, con diferencias estadísticamente significativas en el compromiso renal (15,91% vs 55,36%, p<0,01). Durante el seguimiento, se utilizó tratamiento con Inmunosupresores con una frecuencia estadísticamente menor en los pacientes con actividad basal en remisión o baja versus aquellos con actividad basal moderada o alta de la enfermedad (59,09% vs 78,57%, p,0,035). Respecto al tratamiento con hidroxilcloroquina, el 84,1% de pacientes del primer grupo la recibía vs el 80,4% del segundo. El uso de glucocorticoides en los pacientes descendió del 84,09% (n=37) en la primera consulta al 43,18% (n=19) en el último control en pacientes con remisión o baja actividad de la enfermedad, y del 82,14% (n=46) al 62,5%(n=35) en el grupo de moderada/alta actividad. Con respecto al índice de daño SLICC, la mayoría de los pacientes no presentó daño acumulado por LES. En la mayoría de los casos que se presentó, los pacientes tenían actividad basal moderada/severa, con un rango entre 0 a 5, con una mediana de 0 RIC (0-1), siendo lo más frecuente la osteoporosis. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las características sociodemográficas entre los pacientes con actividad basal remisión/leve vs actividad basal moderada/severa en sexo, edad, tiempo de seguimiento, tiempo de evolución de la enfermedad al diagnóstico, ocupación, ni nivel educativo (Tabla 2).

**Conclusiones:** Los pacientes con remisión o baja actividad de la enfermedad en la consulta basal presentaron menor cantidad de *flares* severos y un menor uso de inmunosupresores en comparación con los que presentaron moderada a alta actividad al inicio de la enfermedad. Según los hallazgos del presente trabajo, resaltamos la importancia de realizar seguimientos periódicos por sus implicancias pronósticas y terapéuticas, ya que, si bien los pacientes con actividad inicial severa de la enfermedad tuvieron un mayor número de *flares* en el tiempo, también aquellos con actividad leve basal presentaron al menos un caso de *flare* durante el seguimiento.

**CONFUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO Y ENTIDADES ONCOHEMATOLÓGICAS**

Alejandro REIBALDI<sup>1</sup>, Jéscica GALLO<sup>2</sup>, Sergio PAIRA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL J.M. CULLEN, <sup>2</sup>HOSPITAL DRA. OLGA S. DE RIZZI

**Introducción:** Las manifestaciones de los cánceres de células sanguíneas son muy variadas y van desde lesiones localizadas a enfermedades sistémicas. Éstas pueden acontecer previo o posterior al diagnóstico oncohematológico.

**Objetivos:** Comunicar nueve pacientes con manifestaciones reumáticas con diagnóstico final de enfermedades oncohematológicas.

**Materiales y Métodos:** Describimos las características demográficas, manifestaciones clínicas y estudios complementarios con diagnóstico final

Paciente	Edad/sexo	Presentación	Complementarios	Diagnóstico final
1	38 años/F	Urticaria crónica, hepatoesplenomegalia, parestesias, livedo reticularis	Biopsia de piel: vasculitis, leucocitoclástica. Proteinograma: banda monoclonal IgG	Síndrome de Schnitzler. Mieloma múltiple
2	51 años/M	Ojos de mapache	Biopsia de piel: positiva con rojo congo. Proteinograma banda monoclonal IgG	Amiloidosis AL. Mieloma múltiple
3	35 años/F	Lumbalgia inflamatoria	Rx: aplastamientos vertebrales múltiples. Proteinograma banda monoclonal IgG	Mieloma múltiple
4	55 años/F	Gingivitis y fatiga	Aumento de reactantes de fase aguda. Proteinograma banda monoclonal IgG	Mieloma múltiple
5	63 años/M	Lumbalgia crónica y dolor de cadera derecha	Rx: lesión osteolítica en cadera. Centellograma óseo: captación de pelvis y esternón	Mieloma múltiple
6	61 años/M	Hipertensión arterial, edemas periféricos, derrame pleural, ACV hemorrágico y púrpura palpable	Proteinograma: hipogammaglobulinemia. Biopsia de piel: células B clonales intravasculares	Linfoma intravascular
7	36 años/F	Artralgias, xantelasmas, síndrome nefrótico	Proteinograma: normal. Inmunofijación en suero y orina: cadenas livianas de Kappa. Biopsia de piel: rojo congo positiva	Amiloidosis AL
8	74 años/F	Fatiga y pérdida de peso	VES alta. Proteinograma: IgG monoclonal. Inmunofijación: IgG/Kappa. Citometría: IgG	Macroglobulinemia de Waldenström
9	43 años/F	Fracturas patológicas, lesiones palpebrales	Proteinograma normal. Lesión tomográfica expansiva en foco de fractura. Rojo congo positivo	Amiloidosis sistémica tipo AA secundaria a artritis reumatoidea. Amiloidoma óseo

0183

**FORMA ATÍPICA DE AMILOIDOSIS SECUNDARIA**

Alejandro REIBALDI, Alberto ORTIZ, Susana Graciela ROVERANO, Sergio PAIRA

HOSPITAL J.M. CULLEN

**Introducción:** La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad inflamatorio sistémica, de curso crónico. Dentro de sus complicaciones se encuentran la vasculitis reumatoidea, el síndrome de Felty y la amiloidosis. La prevalencia de esta última se ha estimado en promedio de 14% en pacientes con AR de larga evolución (más de 10 años).

**Objetivos:** Describir el caso de una paciente con artritis reumatoidea de larga evolución que presentó fractura patológica por amiloidoma óseo.

**Resultados:** Mujer de 43 años con antecedente de obesidad y diabetes

insulinorequiere, con AR seropositiva, erosiva, no nodular diagnosticada en el año 2007, en tratamiento con DARMes (metotrexato 20 mg/sem y leflunomida 20 mg/día) asociado a corticoterapia por actividad intermitente con regular adherencia. Se interna por lumbalgia irradiada a miembros inferiores que impide la deambulación. Se evidencia fractura de sacros y de ramas isquiopúbicas bilaterales y simétricas; y de rama iliopúbica izquierda en radiografías; en TAC se observa lesión expansiva en zona de fractura iliopúbica. Además proteinuria en rango no nefrótico. Se inician estudios por sospecha de osteomalacia vs cáncer por las fracturas múltiples, y por otro lado para amiloidosis secundaria con compromiso renal. Se llega al diagnóstico de osteomalacia por laboratorio, con material amiloideo rojo congo + en grasa subcutánea asumiendo el compromiso renal como amiloidosis secundaria (AA). Pero además se evidencia material amiloideo rojo congo + en la biopsia de la fractura expansiva iliopúbica asumiendo la lesión como amiloidoma óseo AA.

**Conclusiones:** Paciente con artritis reumatoidea complicada con amiloidosis sistémica tipo AA y una rara complicación de ésta como son los amiloidomas óseos con fracturas patológicas. El depósito de material amiloide puede darse en cualquier órgano por amiloidosis secundaria (tipo AA) o una gammapatía que genere amiloidosis primaria (tipo AL). Los amiloidomas son acúmulos de material amiloide que forman masas solitarias en los tejidos, son una manifestación infrecuente de las amiloidosis primarias y no reportados en las amiloidosis secundarias a nuestro conocimiento. El compromiso óseo por esta lesión puede generar fracturas patológicas por alteración estructural del hueso como el caso de nuestra paciente. Nos parece de relevancia el caso por la superposición de trastornos del metabolismo fosfocálcico por déficit de vitamina D asociado a compromiso sistémico por amiloidosis secundaria y formación de amiloidoma óseo.

0184

**EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA SOMETIDOS A TRASPLANTE RENAL COMPARADO CON UN GRUPO CONTROL**

Sofía ORNELLA<sup>1</sup>, Marcelo Fabián TAYLOR<sup>1</sup>, Lucila GARCÍA<sup>1</sup>, Máximo COSENTINO<sup>1</sup>, Julio Martín CIAPPA<sup>1</sup>, Santiago RUTA<sup>2</sup>, Mercedes Argentina GARCÍA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, <sup>2</sup>HIGA SAN ROQUE DE GONNET

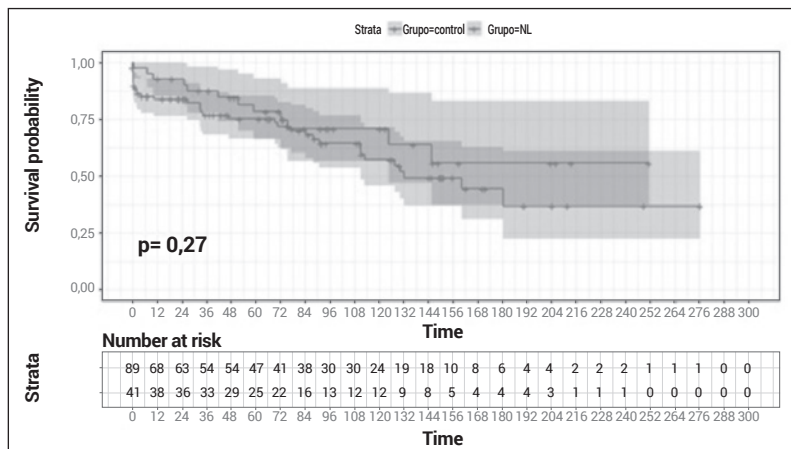
**Introducción:** El trasplante renal es una opción de tratamiento viable para pacientes con nefritis lúpica (NL). Se obtuvieron resultados similares en pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) debido a NL en comparación con receptores de trasplantes por causas diferentes. Además, las tasas registradas de recurrencia y complicaciones relacionadas con la NL son bajas.

**Objetivos:** Comparar la supervivencia del injerto renal y causas de pérdida del trasplante en pacientes con NL vs otras causas de ERCT. Comparar la mortalidad y sus causas en los pacientes trasplantados por NL y otras causas de ERCT.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de centro único. Se incluyeron pacientes con NL y se lo comparó con un grupo control compuesto por pacientes con ERCT por causas diferentes a NL, que fueron sometidos a trasplante renal. Se evaluaron variables sociodemográficas, características del donante, causas de pérdida de injerto, número de fallecidos y sus respectivas causas, supervivencia del paciente y del injerto. Las variables continuas se expresaron como media y desviación estándar cuando la distribución se considera normal, o como mediana y cuantiles en caso contrario. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes. Para determinar asociación entre variables categóricas

	NL (n=41)	Control (n=89)	P value	Total (n=130)
<b>Sexo</b>				
F	37 (90,2%)	89 (100%)	0,009	126 (96,9%)
M	4 (9,76%)	0 (0%)		4 (3,08%)
<b>Nacionalidad</b>				
Argentino	36 (87,8%)	84 (94,4%)	0,018	120 (92,3%)
Boliviano	1 (2,44%)	0 (0%)		1 (0,769%)
Paraguayo	3 (7,32%)	0 (0%)		3 (2,31%)
Uruguayo	1 (2,44%)	5 (5,52%)		6 (4,62%)
<b>Edad al inicio de diálisis (años)</b>				
Mediana (Q1, Q3)	34,3 (23,3; 40,1)	25,1 (20,2; 32,7)	<0,001	26,3 (21,2; 35,6)
<b>Edad al TX</b>				
Mediana (Q1, Q3)	41,1 (31,8; 48,2)	33,4 (28,0; 43,2)	0,005	25,4 (28,9; 44,2)
<b>Tipo de diálisis</b>				
DPCA	2 (4,88%)	6 (6,74%)	1	8 (6,15%)
HD	39 (95,1%)	83 (93,3%)		122 (93,8%)
<b>Tiempo en diálisis (meses)</b>				
Mediana (Q1, Q3)	101 (61,0; 134)	97,0 (53,0; 140)	0,849	97,5 (58,5; 139)
<b>Donante</b>				
Cadavérico	36 (87,8%)	77 (86,5%)	0,346	13 (86,9%)
Vivo	5 (12,22%)	12 (13,5%)		17 (13,06%)
<b>Pérdida del injerto</b>				
No	29 (70,7%)	55 (61,8%)	0,428	84 (64,6%)
Sí	12 (29,3%)	34 (38,2%)		46 (35,4%)
<b>Fallecidos</b>				
No	33 (80,5%)	78 (87,6%)	0,42	111 (85,4%)
Sí	8 (19,5%)	11 (12,4%)		19 (14,6%)
<b>Causa de muerte</b>				
Infecciosa	5 (62,5%)	5 (45,45%)		
Cardiovascular	2 (25%)	4 (36,36%)		
Linfoma	1 (12,5%)	0		
PTT	0	1 (9,09%)		
Desconocida	0	1 (9,09%)		

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES SEGÚN GRUPO



sas vasculares. La falta de adherencia al tratamiento inmunosupresor es un factor modificable pero pobremente resuelto en la actualidad.

y endpoints se realizó la prueba de Chi-cuadrado, y la prueba de Fisher en caso de que no se cumplan los supuestos. En todos los test el nivel de significación empleado fue 0,05.

**Resultados:** Se incluyeron 41 pacientes con NL y 89 pacientes trasplantados por otras causas. Las características sociodemográficas relacionadas al trasplante y mortalidad se describen en la Tabla 1. La pérdida del injerto en el grupo con NL ocurrió en 12 (29,26%) pacientes y en 34 (38,2%) del otro grupo (p=0,428). Las causas fueron: nefropatía crónica del trasplante (19,5% n=8), infección por virus BK (2,44% n=1), trombosis de la arteria renal (2,44% n=1), glomerulonefritis focal y segmentaria (2,44% n=1) y rechazo agudo del injerto (2,44% n=1), en el primer grupo. En el grupo sin NL fueron: nefropatía crónica del trasplante (13,5% n=12), infección por virus BK (12,4% n=11), trombosis de la arteria renal (5,62% n=5), glomerulopatía del trasplante (3,37% n=3), diabrosis de la arteria renal (2,25% n=2) y glomeruloesclerosis focal y segmentaria (1,12% n=1). Todos requirieron diálisis nuevamente. Del total que perdió el injerto (n=46), el 13% había abandonado el tratamiento inmunosupresor (p=0,023), por lo cual la chance de pérdida de injerto es 6 veces mayor para los que lo abandonaron (OR=6.150, IC95%:1.348-43.274). Solo un 2,44% (n=1) presentó reactivación de la NL en el injerto, sin pérdida del mismo. No se realizó trasplante en el grupo NL, pero sí en n=10 (11,2%) del grupo sin NL (p=0,03). La mediana tiempo de supervivencia del injerto fue de 73,1 meses (41,7-123) en el grupo con NL y de 66,3 meses [18,5-127] en el grupo comparador (p=0,221). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia de los pacientes ni del injerto en ambos grupos (Gráfico 1). La edad al momento del trasplante fue una variable determinante de mortalidad (P=0,018) en ambos grupos. La chance de morir aumentó un 7% a medida que la edad al trasplante aumentó un año (OR=1.069, IC95%:1.018-1.128). El análisis multivariado no arrojó resultados estadísticamente significativos en cuanto a factores asociados a mortalidad y pérdida del injerto en el grupo NL.

**Conclusiones:** La supervivencia del paciente y del injerto en trasplantados renales con NL fue similar a aquellos sin NL, con una baja tasa de reactivación de NL en el injerto. La edad al trasplante fue un determinante de mortalidad y las principales causas de muerte en ambos grupos fueron las infecciones seguidas de las causas vasculares.

**POLIARTRITIS INDUCIDA POR METIMAZOL**

Nancy RUIZ CASANOVA, María Soledad CANO, Sofía LEIVA, María Rosario SOLÍS, Martín SALOMÓN, Lorena QUINTERO, Mariela CAGLILOLO  
 NUEVO HOSPITAL SAN ROQUE

**Introducción:** El síndrome de poliartritis por antitiroideos es uno de los efectos adversos menos frecuentes (1-2%) de los fármacos que se utilizan para el tratamiento de la enfermedad de Graves Basedow. Puede presentarse con cualquier dosis o duración de la terapia, por lo que se necesita un alto grado de sospecha clínica para su diagnóstico precoz. El tratamiento fundamental es la retirada de estos fármacos.

**Objetivos:** Comunicar un caso de poliartritis secundario a la administración de metimazol

**Materiales y Métodos:** Mujer de 40 años, médica de Córdoba capital, 16/3/21 MC: cansancio, artromialgias generalizadas, en manos, muñecas y hombro derecho, palpitations, intolerancia al calor, edema bpalpebral, descenso de peso, de 6 meses de evolución. APP: asma bronquial tratada con formoterol y budesonide. HT (-), AGO G4 A0 C3. Puerperio tardío de 8 meses en lactancia. Examen físico: hombro derecho CB(+) manos sin dolor a la palpación en mcf e ifp bilaterales, temblor en manos, inyección conjuntival y edema bpalpebral, signos vitales: FC 134, TA 120/80, Laboratorio basal: Hb 12,8 g/dL; Hto 38%; GR 4.580.000 mm<sup>3</sup>; GB 5.490 mm<sup>3</sup>; VSG 35 mm/h; Glucemia 108 mg/dL; Creatinina 0,31 mg/dL; GOT 40 UI/L (0-40); GPT 58 UI/L (0-41); GGT 131 UI/L (7-32); FAL 124 UI/L (40 - 129); BT 0,54 mg/dL (0-1,20); BD 0,26 mg/dL (<0,20); BI 0,28 mg/dL (0-0,8) LBT Inmunológico: FR 8 IU/mL (<14); PCR <6 mg/l (hasta 6); C3 152 mg/dL (90-180); C4 26 mg/dL (10 - 48); ENA (-); Anti péptido citrilinado (-);

Anti SM (-); Anti RNP (-); Anti DNA (-); Anti Ro (-); Anti La (-); ANA/FAN 1/80 patrón nuclear granular fino (VN=1/80). MPO (-) PR3(-). Rx de manos y Rx de Pies y Rx de torax: Normales. Se descarta patología articular secundaria a enfermedad autoinmune.

**Resultados:** Evolución: dos semanas después comienza con reacción alérgica dérmica generalizada; se acompaña de edema palpebral, labial, auricular y empeoramiento de oftalmopatía. Se suspende MMI, se realiza difenhidramina+dexametasona EV con mejoría. Posteriormente retoma ingesta de MMI con reaparición de lesiones dérmicas, se indica descenso de dosis de MMI a 10 mg/día y se instaura antihistamínico reglado. Al mes de tratamiento, artritis en manos y muñecas, y dificultad para la prensión, omalgia derecha que le impide elevar dicho miembro y parestesias en MMSS. Se constata artritis en muñecas, Eco-power doppler de manos y muñecas: derrame mediocarpiano bilateral, especialmente derecho, con moderado power Doppler, articulaciones mcf e ifp sin derrame, nervio mediano sin lesiones. Ecografía de hombro derecho: Normal Conducta: Se sugiere suspensión de metimazol y se indica prednisona 10 mg/día + naproxeno en dosis decreciente a los 2 meses hasta su retiro con mejoría completa de artritis en muñecas y sin dolor en hombro. Endocrinología: suspensión de metimazol por presencia de reacción adversa mayor (artritis), con mejoría del cuadro articular y desaparición del dolor.

**Conclusiones:** Los efectos adversos mayores por el uso de metimazol incluyen: agranulocitosis (0,1-0,5%), hepatotoxicidad (0,1-1%) y poliartritis (1-2%), lo que obliga a la suspensión del tratamiento. El síndrome de poliartritis por antitiroideos tiene mayor frecuencia en el sexo femenino y dentro del mes de inicio del tratamiento, resolución del compromiso articular sin secuelas ante la suspensión del tratamiento, y la negatividad de marcadores serológicos autoinmunes. La valoración reumatológica previa, durante y suspensión del antitiroideo nos permitió atribuir los síntomas y signos articulares y dermatológicos al uso metimazol.

0187

## VASCULITIS REUMATOIDEA. MÁS ALLÁ DE LAS ARTICULACIONES. REPORTE DE CASOS

León SILVERI, Ana Cecilia BATTAGLIA, Ana María BERON, Gustavo MEDINA

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, CABA

**Introducción:** La vasculitis reumatoidea (VR) se caracteriza por una reacción de hipersensibilidad de tipo III, en la que los complejos inmunes activan el complemento y provocan daño endotelial. Los hallazgos cutáneos incluyen úlceras, petequias o púrpura, infartos digitales y gangrena. Cuando los hallazgos cutáneos están presentes, es necesario una búsqueda cuidadosa de otras manifestaciones sistémicas para caracterizar la gravedad de la presentación de la vasculitis. Algunos estudios demostraron que los pacientes con AR pueden tener hallazgos electrofisiológicos e histológicos de daño del nervio periférico, incluso en ausencia clínica de compromiso del nervio periférico. La mononeuritis múltiple comprende alrededor del 17% de estas neuropatías subclínicas. Cuando presentan síntomas, la ausencia de reflejos se puede correlacionar con la neuropatía y la presencia de vasculitis. Presentamos dos casos de pacientes con VR diagnosticados en nuestro centro.

**Resultados:** Caso 1: paciente femenina de 66 años con AR doble seropositiva desde 2000, en tratamiento con leflunomida 20 mg y meprednisona 4 mg consulta por cuadro clínico de quince días de evolución caracterizado por necrosis en primero, segundo, cuarto y quinto dedo del pie derecho asociado a intenso dolor. Al examen físico presentaba lesiones necróticas en primero, segundo, cuarto y quinto dedo del pie derecho. Ante la sospecha de VR se inició pulsos de 500 mg de metilprednisolona durante tres días asociado a tratamiento antibiótico. Intercorrió con dolor abdominal y diarrea con empeoramiento del estado general derivándose a unidad de terapia intensiva (UTI) con requerimiento de vasoactivos y asistencia respiratoria. Se realizó laparoscopia que evidenció marco colónico con signos de inflamación y peritonitis de cuatro cuadrantes. Se realizó biopsia de piel en planta de pie izquierdo donde se observó epidermis desprendida, con capa córnea hiperortoqueratósica y en la dermis reticular se reconocieron vasos con infiltrado inflamatorio polimorfonuclear neutrófilo en el espesor de la pared y congestión en su luz. Se realizó IFD para IgG, IgA, IgM y C3 negativas llegando al diagnóstico de vasculitis. Por deterioro del sensorio, se solicitó una TC de encéfalo en la que se ve isquemia subaguda izquierda. Por progresión de la necrosis en miembros superiores se decidió iniciar 1 g de ciclofosfamida EV. A pesar del tratamiento instaurado, la paciente falleció a causa del compromiso multiorgánico.

Caso 2: paciente masculino de 49 años antecedentes de AR desde 2012, doble seropositiva, erosiva, en tratamiento con metotrexato 15 mg semanales, leflunomida 10 mg con mala adherencia, presentó cuadro de dos meses caracterizado por poliartralgias, rigidez matinal, asociado a cambio en la coloración de primer y cuarto dedo de mano izquierda y segundo dedo de mano derecha e incapacidad para realizar la dorsiflexión del pie izquierdo. Al examen físico tenía necrosis en primer y cuarto dedo de mano izquierda y segundo dedo de mano derecha. Se realizó EcoDoppler arterial de MSI con arteria radial y arteria digital del pulgar con ausencia de flujo. En MSD arteria digital de dedo índice con ausencia de flujo. Arteria cubital en tercio distal con dilatación y trombosis. Se realizó EMG de miembro superior derecho y ambos miembros inferiores que mostró una mononeuropatía múltiple axonal sensitivo motora aguda/subaguda. Se indicó pulsos de metilprednisolona 500 mg por 3 días continuando con meprednisona 40 mg al día. Se realizó angiografía de MSI que evidenció arteria axilar y humeral permeables con importante vasoespasmo, arteria radial con estenosis moderada al inicio. Arteria cubital con estenosis crítica en tercio medio y oclusión en tercio distal. Por progresión del cuadro con compromiso motor y sensitivo en miembro inferior derecho se indicó inmunosupresión con 1 gramo de ciclofosfamida EV. Presentó mejoría en la dorsiflexión del pie derecho. Se dio egreso para continuar tratamiento de forma ambulatoria.

**Conclusiones:** La VR es una entidad clínica inusual dado que en la actualidad existe un mejor control clínico de la AR y la introducción de la terapia biológica y fármacos modificadores de la enfermedad. A pesar de la disminución en la incidencia en los últimos años, aún constituye una causa importante de morbimortalidad temprana en pacientes con AR. Se conoce que algunos factores clínicos como edad temprana al diagnóstico de AR, la positividad para factor reumatoideo en títulos altos, el sexo masculino, presencia de erosiones radiológicas y tabaquismo activo, han sido descritos como factores de riesgo importantes en la patogenia de VR. Nuestros pacientes presentaron compromiso cutáneo severo en el contexto de una enfermedad de muchos años de evolución con importantes secuelas a nivel articular, sin control reumatológico constante, con baja adherencia al tratamiento y seropositividad para FR y anti CCP.

0190

## COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES/AUTOINFLAMATORIAS Y COVID-19 ENTRE LA PRIMERA Y SEGUNDA OLA EN ARGENTINA

Ana María BERTOLI<sup>1</sup>, Leila MUÑOZ<sup>1</sup>, María José LÓPEZ PÉREZ<sup>1</sup>, Sol CASTAÑOS<sup>1</sup>, Luis Eduardo Marcelo SÁNCHEZ FREYTES<sup>1</sup>, Verónica SAURIT<sup>2</sup>, Guillermo BERBOTTO<sup>2</sup>, Gesolmina ALLE<sup>2</sup>, María de Los Ángeles SEVERINA<sup>2</sup>, Romina Estefanía NIETO<sup>2</sup>, Federico Nicolás MALDONADO<sup>2</sup>, Mariana PERA<sup>2</sup>, Adriana Karina COGO<sup>2</sup>, Andrea Rosana BAÑOS<sup>2</sup>, Florencia VIVERO<sup>2</sup>, Dora PEREIRA<sup>2</sup>, Micaela Ana COSATTI<sup>2</sup>, Rodolfo PÉREZ ALAMINO<sup>2</sup>, Verónica Gabriela SAVIO<sup>2</sup>, María



Alejandra MEDINA<sup>2</sup>, María Marcela SCHMID<sup>2</sup>, Fabián Esteban RISUEÑO<sup>2</sup>, María Isabel QUAGLIA<sup>2</sup>, Gisela Paola PENDON<sup>2</sup>, Luciana CASALLA<sup>2</sup>, María DE LA VEGA<sup>2</sup>, María LAZARO<sup>2</sup>, Pablo FINUCCI CURI<sup>2</sup>, Julieta Silvana MORBIDUCCI<sup>2</sup>, Carla Eugenia MATELLÁN<sup>2</sup>, Cecilia ROMEO<sup>2</sup>, Natalia Lili CUCCHIARO<sup>2</sup>, Sebastián MOYANO<sup>2</sup>, Tatiana BARBICH<sup>2</sup>, Silvana CONTI<sup>2</sup>, María Cecilia GOIZUETA<sup>2</sup>, Carla MALDINI<sup>2</sup>, Elda Rossella TRALICE<sup>2</sup>, Jonathan Eliseo REBAK<sup>2</sup>, Rosana Mariela GALLO<sup>2</sup>, Pablo Jorge MAID<sup>2</sup>, José Luis VELASCO ZAMORA<sup>2</sup>, Nicolás Martín LLOVES SCHENONE<sup>2</sup>, Sabrina Valeria PORTA<sup>2</sup>, Natalia MORALES<sup>2</sup>, Cesar LEONI<sup>2</sup>, Malena VIOLA<sup>2</sup>, Emilio BUSCHIAZZO<sup>2</sup>, María Gimena GÓMEZ<sup>3</sup>, Karen ROBERTS<sup>3</sup>, Rosana M. QUINTANA<sup>3</sup>, Carolina Ayelén ISNARDI<sup>3</sup>, Guillermo PONS ESTE<sup>3</sup>

<sup>1</sup>CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA, <sup>2</sup>INVESTIGADOR DEL REGISTRO SAR-COVID, <sup>3</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (UNISAR)

**Introducción:** Recientemente se publicaron datos sobre el impacto de la COVID-19 en pacientes con enfermedades reumáticas en Argentina, demostrando una alta frecuencia de hospitalización, complicaciones de la enfermedad y una mortalidad mayor comparada con la población general. Los datos de este análisis fueron recolectados durante el primer brote de la pandemia en nuestro país, en la que presumiblemente podría haber predominado la variante salvaje del SARS-CoV-2 y en un momento en que la población no había accedido a la vacunación.

**Objetivos:** Comparar las características demográficas y clínicas de los pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes/autoinflamatorias y COVID-19 entre la primera y segunda ola en Argentina.

**Materiales y Métodos:** Utilizando los datos recolectados en la base de datos SAR-COVID, se compararon pacientes de la primera ola (definida como los casos acontecidos entre marzo 2020 a marzo 2021) vs la segunda ola (definida como los casos acontecidos a partir de abril 2021). Se compararon variables sociodemográficas, el diagnóstico de enfermedad autoinmune/autoinflamatoria, comorbilidades, tratamiento inmunosupresor y evolución, complicaciones y desenlace de la COVID 19: necesidad de hospitalización, hospitalización en unidad de terapia intensiva (UTI), asistencia ventilatoria, muerte. Análisis estadístico: las características de la muestra se presentan con estadística descriptiva. La comparación de las variables entre la primera y segunda ola se realizó con prueba de Chi cuadrado para variables categóricas y test T de Student o Mann Whitney para variables continuas. Las variables significativas en el análisis univariado se examinaron en una regresión logística multivariada con método de selección hacia adelante y eliminación hacia atrás.

**Resultados:** Se analizaron los datos de 1.777 pacientes, 1.342 pertenecientes a la primera ola y 435 a la segunda ola. La edad media (DE) de los pacientes fue de 50,7 (14,2) años y 81% era de género femenino. Ambos grupos de pacientes fueron similares en términos sociodemográficos, del diagnóstico de la enfermedad autoinmune/autoinflamatoria, el nivel de actividad de la enfermedad, en el uso de dosis de glucocorticoides  $\geq 10$  mg/día y de las drogas inmunosupresoras. Los pacientes de la primera ola mostraron una mayor frecuencia de comorbilidades (49% vs 41%;  $p=0,004$ ), en especial EPOC (6% vs 2%;  $p=0,009$ ). En relación a la evolución de la COVID 19, los pacientes de la primera ola presentaron una mayor frecuencia de hospitalizaciones (31% vs 20%;  $p<0,001$ ) y de hospitalizaciones en UTI (9% vs 5%;  $p=0,009$ ). No se observaron diferencias en la necesidad de asistencia ventilatoria (16% vs 16%;  $p=0,974$ ) ni de muerte (5% vs 4%;  $p=0,414$ ). En el análisis multivariado, luego de ajustar para edad, sexo, presencia de comorbilidades, actividad de la enfermedad y tratamientos inmunomoduladores y supresores recibidos, los pacientes que cursaron la infección por SARS-CoV-2 durante la segunda ola tuvieron un 40% menos probabilidades de ser hospitalizados (OR= 0,6, IC95% 0,4-0,8) y de ser ingresados a una UTI (OR= 0,6, IC95% 0,3-0,9).

**Conclusiones:** El impacto de la COVID 19 en términos de mortalidad en pacientes con enfermedades autoinmunes/autoinflamatorias continuó siendo más elevado que la población general en la segunda ola; sin embargo, en este segundo tramo de la pandemia, la frecuencia de hospitalizaciones, incluso en unidades de cuidados intensivos, disminuyó. Estos últimos hallazgos podrían deberse, al menos en parte, a que una proporción de la población vulnerable para COVID 19 severo se encontraba vacunada contra el SARS COV2 y, probablemente, a un mayor conocimiento por parte de los profesionales acerca del manejo de esta enfermedad.

0192

## EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA DEL MICOFENOLATO EN LOS DIFERENTES COMPROMISOS NO RENALES DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Karín Natali SARAVIA CHOCOBAR<sup>1</sup>, Joan Manuel DAPEÑA<sup>1</sup>, Eliana Rebeca SERRANO<sup>1</sup>, Juan Manuel BANDE<sup>1</sup>, María Alejandra MEDINA<sup>1</sup>, Diana KLAJN<sup>1</sup>, José Ángel CARACCIOLLO<sup>1</sup>, Mariana PERA<sup>2</sup>, Yessika Jackeline SORIA CURI<sup>2</sup>, María Lilia LEGUIZAMÓN<sup>2</sup>, Gabriela Vanesa ESPASA<sup>2</sup>, Cecilia PISONI<sup>3</sup>, María Virginia TOLEDO<sup>3</sup>, Sofía ORNELLA<sup>4</sup>, Máximo COSENTINO<sup>4</sup>, Carla GOBBI<sup>5</sup>, María Isabel QUAGLIA<sup>5</sup>, Yohana Soledad TISSERA<sup>6</sup>, Andrés Leonardo MARTÍNEZ PERDOMO<sup>7</sup>, Anastasia SECCO<sup>7</sup>, Alejandro MARTÍNEZ MUÑOZ<sup>8</sup>, Silvia PAPASIDERO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL DE AGUDOS ENRIQUE TORNÚ, <sup>2</sup>HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, <sup>3</sup>CEMIC, <sup>4</sup>HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GENERAL JOSÉ DE SAN MARTÍN", <sup>5</sup>CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA I, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC, <sup>6</sup>SERVICIO CLÍNICA MÉDICA, UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL CÓRDOBA, <sup>7</sup>HOSPITAL RIVADAVIA, <sup>8</sup>HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL

**Introducción:** El micofenolato de mofetilo (MMF) es un inmunosupresor frecuentemente utilizado en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Su indicación para el tratamiento de la nefritis lúpica se encuentra ampliamente respaldada por la evidencia científica de múltiples ensayos clínicos. Sin embargo, su empleo para el tratamiento de otras manifestaciones del LES sigue siendo debatida.

**Objetivos:** Describir la respuesta del tratamiento con micofenolato de mofetilo en los diferentes compromisos no renales en una cohorte de pacientes con LES que residen en Argentina.

**Materiales y Métodos:** Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, analítico, de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes consecutivos  $\geq 18$  años con diagnóstico de LES (ACR 1997 y/o SLICC 2012), que habían recibido MMF en algún momento de la evolución de la enfermedad, independientemente del motivo de indicación, y que tenían registro del seguimiento por un servicio de Reumatología durante al menos 6 meses. Se excluyeron aquellos pacientes que presentaban otras enfermedades del tejido conectivo distintas de LES y que se encontraban recibiendo tratamiento multitarget. Se consignaron datos sociodemográficos y características de la enfermedad. En cuanto al tratamiento con MMF, se registró el motivo de indicación, dosis utilizada, duración del tratamiento, efectos adversos y respuesta de los diferentes tipos de compromisos presentes en cada paciente, a los 6 y 12 meses, según criterio del médico tratante, independientemente del motivo por el cual fue indicado. Análisis estadístico: estadística descriptiva de la población. Se utilizaron medias, medianas, desvío estándar y rango intercuartílico para las variables numéricas, y frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas.

**Resultados:** Se incluyeron 49 pacientes de 7 centros de Argentina, 89,8% mujeres, con una edad media de 37,7 años (DE 12,1). La mediana de tiempo de evolución del LES fue de 101 meses (RIC 68-173), 95% presentaron FAN positivo, 81,6% anti-DNA positivo. Los compromisos más frecuentes durante la evolución de la enfermedad fueron: cutáneo (91,8%), músculoesquelético (85,3%) y renal (79,6%). En el 65,3% el motivo de indicación de MMF fue el compromiso renal; 28,6% compromiso no renal y 6,1% compromiso renal y no renal asociados. Las manifestaciones hematológicas fueron el

Compromiso	Basal n	Respuesta	6 meses n(%)	12 meses n(%)
Renal	34	Remisión	33 2 (6,1)	30 8 (26,7)
		Mejoría	22 (66,7)	13 (43,3)
		Estable	6 (18,2)	6 (20)
		Peor	3 (9,1)	3 (10)
Cutáneo	21	Remisión	21 6 (28,6)	19 13 (68,4)
		Mejoría	13 (61,9)	2 (10,5)
		Estable	2 (9,5)	4 (21,1)
		Peor	0	0
Hematológico	19	Remisión	19 4 (21,1)	19 7 (36,8)
		Mejoría	11 (57,9)	4 (21,1)
		Estable	4 (21,1)	7 (36,8)
		Peor	0	1 (5,3)
Músculo esquelético	7	Remisión	7 2 (28,6)	7 3 (42,9)
		Mejoría	4 (57,1)	3 (42,9)
		Estable	1 (14,3)	1 (14,3)
		Peor	0	0
Serosas	6	Remisión	6 2 (33,3)	5 4 (80)
		Mejoría	3 (50)	1 (20)
		Estable	1 (16,7)	0
		Peor	0	0
Pulmonar	6	Remisión	6 0	6 1 (16,7)
		Mejoría	4 (66,7)	2 (33,3)
		Estable	2 (33,3)	3 (50)
		Peor	0	0
SNC	3	Remisión	3 0	3 0
		Mejoría	3 (100)	2 (66,7)
		Estable	0	1 (33,3)
		Peor	0	0
SNP	1	Remisión	1 (100) 0	1 (100) 0
		Mejoría	0	0
		Estable	1 (100)	1 (100)
		Peor	0	0

TABLA: RESPUESTA A MMF (N=49)

motivo de indicación más frecuente dentro de los pacientes con compromiso no renal (42,9%). La mediana de dosis de MMF basal fue de 2 g, así como a los 6 y 12 meses, con una mediana de duración del tratamiento de 37 meses (RIC 23-72). La respuesta al tratamiento con MMF de las diferentes manifestaciones se observan en la Tabla. El 22,9% de los pacientes presentó efectos adversos, siendo los más frecuentes las infecciones (63,8%), seguidos por los gastrointestinales (27,3%).

**Conclusiones:** En la presente cohorte, el 28,6% de los pacientes recibió MMF para el tratamiento de las manifestaciones no renales de la enfermedad, siendo el motivo más frecuente el compromiso hematológico (42,9%). En cuanto a la evolución de las manifestaciones no renales presentes al inicio del tratamiento, independientemente del motivo de la indicación, observamos que fue en su mayoría favorable. El MMF podría constituir una alternativa de tratamiento para estos casos. Se requieren de ensayos clínicos para definir su rol en las manifestaciones extrarenales del LES.

0195

### INMUNOFLUORESCENCIA CON *CRITHIDIA LUCILIAE* EN PACIENTES CON LUPUS Y SU ASOCIACIÓN CON SEROLOGÍA PARA CHAGAS

Eugenia PICCO, Betiana CAÑIZARES, Romina ROJAS TESSEL, Emilio BUSCHIAZZO, Mariana Mabel ACIAR, Natalia Lili CUCCHIARO, Leila Natalia BELBRUNO, María Belén LECUMBERR, Ana Carolina RALLÉ, Ricardo Vicente JUÁREZ, María Elena CRESPO ESPINDOLA

HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, SALTA

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por la presencia de diferentes autoanticuerpos. Los Ac anti-ADN de doble cadena (DNADs) se expresan casi exclusivamente en LES, siendo útiles para su diagnóstico, pronóstico y monitoreo. Para su determinación, uno de los métodos más utilizados es la inmunofluorescencia indirecta (IFI) que utiliza como sustrato antigénico *Crithidia luciliae* (CL). Se considera DNADs positivo por IF utilizando como sustrato la CL cuando se tiñe el Kinetoplasto y/o el núcleo. La CL es un parásito que pertenece a la familia *trypanosomatidae*, que incluye también al *Trypanosoma Cruzi*. Hay estudios que sugieren que la fluorescencia de la membrana y el flagelo se podría asociar a la serología positiva de enfermedad de Chagas. En 2018 las guías del Ministerio de Salud de Argentina recomiendan realizar serología para Chagas con el objetivo de detectar una infección crónica previo al inicio de tratamiento inmunosupresor en reumatología y se sugiere además tratar reactivación y fase crónica de mujeres en edad fértil no embarazadas. Considerando que Salta es una provincia de alta prevalencia de Chagas planteamos pertinente estudiar esta asociación de imagen conjunta en la IFI y su asociación a enfermedad de Chagas en pacientes con LES.

**Objetivos:** Describir las imágenes en inmunofluorescencia con *Crithidia Luciliae* en pacientes con lupus y su asociación con serología para Chagas, estimar prevalencia de serología para Chagas en pacientes con lupus de nuestro hospital.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal donde se incluyeron pacientes consecutivos de la consulta con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) según criterios SLICC y que por motivos inherentes a su enfermedad necesitaban al momento del control ver el estado de sus anticuerpos AntiDNADs. Se excluyeron menores de 18 años y embarazadas. Los DNA por inmunofluorescencia fueron realizados de forma centralizada por una única bioquímica experimentada ciega a los antecedentes previos del paciente excepto por su diagnóstico de lupus. Se realizaron al menos dos reacciones serológicas normatizadas para Chagas de principios distintos, que detecten anticuerpos diferentes.

**Resultados:** En total se incluyeron 35 pacientes, 33 (94,3%) mujeres. Con una mediana de edad 38 años (RIC 31- 48). Diecisiete (48,6%) procedentes de capital y 18 (51,4%) del interior de la provincia. El Nivel socioeconómico según Graffar modificado fue en su mayoría de clase media baja 20 pacientes (57,1%). Al momento del estudio 26 (74,3%) recibían corticoides, 28 (80%) recibían hidroxícloroquina, 5 (14,3%) recibían azatioprina y 12 (34,3%) micofenolato. Cinco (14,3%) se encontraban en tratamiento con ciclofosfamida y 4 (11,4%) con rituximab. Doce pacientes (34,4%) presentaron AntiDNADs positivos. En general las tinciones con CL presentaron imágenes atípicas de membrana y flagelo 31 (88,9%) solo membrana basal 4 (11,4%) y corpúsculo basal 9 (25,7%). Solo un paciente manifestó diagnóstico previo de Chagas crónico para el cual no había recibido tratamiento. Cinco serologías (14,3%) fueron positivas para Chagas y un resultado dudoso con confirmación pendiente. De estos eran todas mujeres con una media de edad de 39 años. Todos los pacientes con serología positiva para Chagas presentaron tinción de la membrana basal y el flagelo de la CL (p=0,5). La serología positiva para Chagas no se asoció a ninguna otra imagen atípica.

**Conclusiones:** No pudimos comprobar asociación estadística entre la fluorescencia de la membrana y el flagelo en la CL con la serología positiva para enfermedad de Chagas, sin embargo todos los pacientes con Chagas presentaban tinción atípica de membrana basal y flagelo. Si llama la atención la alta prevalencia de Chagas en pacientes con lupus de nuestro hospital 14,3% destacando la importancia del *screening* de esta patología en pacientes con lupus, en especial si se trata de mujeres en edad fértil o si van a recibir tratamiento inmunosupresor.

0197

### ¿CUÁL ES EL IMPACTO DE LAS COMORBILIDADES EN LOS PRO DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA? ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE CÓRDOBA

María Isabel QUAGLIA<sup>1</sup>, Verónica SAVIO<sup>1</sup>, Yohana TISSERA<sup>1</sup>, Rosa María FIGUEROA<sup>1</sup>, Carla Gimena ALONSO<sup>1</sup>, Marcela DEMARCHI<sup>2</sup>, Carla MALDINI<sup>3</sup>, Juan Alejandro ALBIERO<sup>1</sup>, Carla GOBBI<sup>4</sup>, Marcelo Augusto YORIO<sup>5</sup>, Paula ALBA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO CLÍNICA MÉDICA, UNIDAD REUMATOLOGÍA, HOSPITAL CÓRDOBA, <sup>2</sup>SERVICIO DE BIOQUÍMICA, LABORATORIO CENTRAL. HOSPITAL CÓRDOBA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, <sup>3</sup>CÁTEDRA DE SEMIOLOGÍA, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC, <sup>4</sup>CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA I, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC, <sup>5</sup>SERVICIO CLÍNICA MÉDICA HOSPITAL CÓRDOBA

Variables	1 comorbilidad (n=6)	≥2 comorbilidades (n=45)
Sexo femenino, n(%)	4 (66,66)	27 (60)
Edad (mediana, años)	35,5	56*
Duración de PsO (mediana, años)	14,58	14,25
PsO en placa, n(%)	6 (100)	42 (93,33)
Duración de APs (mediana, años)	1,12	1,33
APs poliarticular, n(%)	4 (66,66)	39 (86,66)
PASI >10	0	12
BSA >10	0	13
DAPSA remisión, n(%)	1 (16,66)	2 (4,44)
MDA, n(%)	2 (33,33)	11 (24,44)
HAQ (mediana)	0,13	0,87*
DLQI (mediana)	3	9*
PsAQoL (mediana)	4,5	11*

\*p>0,05

**TABLA:** CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES SEGÚN EL N° DE COMORBILIDADES

laboratorio. La actividad de Pso se evaluó con PASI y BSA. Se definió la actividad articular según DAPSA; se consideró remisión por DAPSA y MDA. Se evaluaron los PRO utilizando HAQ, DLQI y PsAQoL. Las variables continuas se expresaron como mediana y rangos intercuartiles, las categóricas como frecuencia. Para cada variable mensurable discreta o continua el análisis se realizó con test de Wilcoxon. p<0,05 se consideró significativa.

**Resultados:** Se reclutaron 52 pacientes, siendo el 57% (31) mujer con una mediana de edad de 56 años (44-62). La Pso en placa se presentó en 51 individuos (94%) con una mediana de duración de 14,25 años (14,08-14,41). La mediana del PASI fue de 3,15 (1-7,30) y de BSA 2 (1-10). La forma poliarticular fue la manifestación de APs más frecuente (46 (85%)); el compromiso ungueal le siguió en frecuencia con 63% (34). El 0,08% (4) alcanzó remisión por DAPSA y el 26% (14) por MDA. Dentro de los PRO, la mediana de HAQ fue 0,81 (0,37-1,25), DLQI 9 (4-13) y PsAQoL 10 (6-13). Los pacientes presentaron alguna comorbilidad en el 98,07% (51): 45 (86,54%) tenían ≥2. La frecuencia de las mismas fue: DM 70,37% (38), DLP 68,51% (37), MetS 64,81% (35), obesidad 51,85% (28), HTA 42,59% (23) y CI 9,25% (5). La Tabla muestra las características de los individuos según la cantidad de enfermedades concomitantes. Los pacientes más jóvenes tuvieron menor número de comorbilidades (mediana 35,5 vs 56, p=0,04). En relación a los PRO, no se halló diferencia estadística al comparar las comorbilidades individualmente con los diferentes cuestionarios. Sin embargo, al agrupar los pacientes en aquellos con solo una o ≥2 comorbilidades, se encontró que el primer grupo presentaba HAQ, PsAQoL y DLQI más bajos (p=0,05 (mediana 0,13 vs 0,87), p=0,01 (mediana 4,5 vs 11 y p=0,02 (mediana 3 vs 9) respectivamente).

**Conclusiones:** El control exhaustivo de las comorbilidades en APs conlleva una mejoría en la funcionalidad y la calidad de vida.

**Introducción:** La enfermedad psoriásica (EPs) engloba las manifestaciones que aparecen en pacientes con psoriasis (Pso). Comprende afectación de piel, articulaciones periféricas, eje axial, entesitis, dactilitis y otras manifestaciones extraarticulares como uveítis y enfermedades inflamatorias intestinales, lo cual conlleva un alto impacto en la calidad de vida. La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria crónica, heterogénea, progresiva e irreversible que se asocia con mayor frecuencia a comorbilidades que la población general. Las más frecuentes son la enfermedad cardiovascular (ECV), diabetes mellitus (DM), síndrome metabólico (MetS), depresión y ansiedad.

**Objetivos:** Evaluar el impacto de las comorbilidades en los PRO en pacientes con APs.

**Materiales y Métodos:** Estudio de corte transversal, en una clínica de espondiloartritis desde julio/2019 a julio/2020. Inclusión: diagnóstico de APs según criterios de Caspar, mayores de 18 años. Se evaluaron: variables demográficas, comorbilidades (hipertensión arterial (HTA), cardiopatía isquémica (CI), DM, dislipemia (DLP), obesidad o MetS (según la definición IDF), tabaquismo, tratamiento, tiempo de evolución de APs y Pso, tipo de compromiso articular y dominios en APs. Se valoraron peso, talla, perímetro de cintura, presión arterial, recuento de articulaciones dolorosas/inflamadas (66/68), presencia de dactilitis y escala visual analógica del paciente y médico. Se recolectaron datos de

0198

## ACRODERMATITIS CONTINÚA DE HALLOPEAU Y ARTRITIS PSORIÁTICA: REPORTE DE CASO

Lilia Judith DAVILA, Agustina Milagros GARCÍA ORO, Marina Laura WERNER, Marcelo José AUDISIO, Isaac Ignacio CADILE, Laura Beatriz ONETTI, Eduardo Daniel MUSSANO

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

**Introducción:** La acrodermatitis continua de Hallopeau se considera un subtipo crónico localizado de la psoriasis pustular, es una enfermedad crónica poco común y su prevalencia es desconocida. Afecta principalmente a las partes distales de las manos y los pies, progresando lentamente. Se caracteriza por formar pústulas estériles, clínicamente visibles que afectan el aparato ungueal, siendo la estructura clave involucrada. El diagnóstico es clínico y requiere de confirmación histopatológica.

**Materiales y Métodos:** Mujer, de 69 Años, jubilada, con antecedente de hipertensión, hipotiroidismo, ex tabaquista leve, que consulta por presentar en uñas (1° y 4° dedos de mano derecha y 1°-3°-4° de mano izquierda), hiperqueratosis, onicólisis, eritema en pulpejos de 6 meses de evolución, valorada previamente en dermatología, que indicó tratamiento con fluconazol por 4 meses sin respuesta al mismo, por lo que se realizó derivación. Además refiere artralgiyas inflamatorias en interfalanges distales de dedos afectados. Al examen físico presentaba: engrosamiento exagerado de uñas de 1° y 4° dedos derechos y 1°, 3° y 4° izquierdos, de coloración amarillento, distrofia ungueal, compatible con onigrifosis, onicólisis. Lesión pustulosa en 1° dedo de mano izquierda. Lesiones eritematosas descamativas y tumefacción de partes blandas en pulpejos de dedos afectados. No se objetivaba artritis. Paciente traía: radiografía de manos de frente: presentaba reducción de espacios articular de IFD e IF de dedos afectados. Laboratorio: ANA negativo, factor reumatoideo negativo, VSG 34. Cultivo micológico de uña de 1° dedo: negativo. Se solicita RMN de ambas manos que informa en mano derecha edema óseo que compromete articulación interfalángica del primer dedo, con cambios remodelativos y afinamiento de la falange distal, con imagen hiperintensa en Stir, acompañado de ulceración en piel, edema de tejidos blandos y escaso derrame articular de IF mencionada. Mano izquierda: cambios de intensidad de señal de medula ósea que involucra la articulación IF del primer dedo, el que se acompaña de colección focalizada sobre la región ungueal y pequeña ulceración en el sector posterior. Edema de tejidos blandos en sector distal del mismo. Cambios remodelativos con afinamiento de la falange distal del primer dedo. Se corroboró diagnóstico con biopsia de piel de lesiones de primer dedo de mano izquierda, que informa: epidermis: leve hiperqueratosis, acantosis marcada con papilomatosis y unión de redes de crestas, moderada espongirosis. Dermis: muestra marcado edema, vasos dilatados, congestivos, por sectores extravasación eritrocitaria y moderado infiltrado linfomonocitario difuso superficial con migración transepitelial y detritus celulares. Diagnóstico: patrón espongiótico y vasculopático. Eco power doppler de ambas manos: deformación severa de lechos ungueales de primeros bilateral, tercero izquierdo y cuarta bilateral, evidenciada por la pérdida de la tricapa con irregularidades de la placa palmar y ventral con sombra acústica posterior. Proliferación sinovial con doppler de poder positivo en 1° IF derecha y 3° IF izquierda. Entesitis con engrosamiento del tendón flexor, hipocogenicidad, doppler poder positivos y paratenonitis en 1° IF de

recha y 3º IFD izquierda. Irregularidades de cortical ósea. Engrosamiento del tendón extensor 1º izquierdo. Edema de TCS en primer dedo derecho. Se inicia tratamiento con metotrexato 15mg/semanal, ácido fólico 5mg/semanal, urea 45% para lesiones ungueales.

**Conclusiones:** Se presenta este caso de particular interés clínico debido a la poca frecuencia de presentación de acrodermatitis continua de Hallopeau.

199

## SÍNDROME AUTOINFLAMATORIO RELACIONADO CON NOD2 - (YAOS). REPORTE DEL PRIMER CASO EN ARGENTINA

Gabriela Fernanda MORA<sup>1</sup>, Rita VALDÉZ<sup>2</sup>, Vanesa LOTERSZTEIN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO DE INMUNOLOGÍA CLÍNICA, HOSPITAL MILITAR CENTRAL CIR MY DR COSME ARGERICH, <sup>2</sup>SERVICIO DE GENÉTICA, HOSPITAL MILITAR CENTRAL CIRUJANO MAYOR DR COSME ARGERICH

**Introducción:** Los síndromes autoinflamatorios se caracterizan por episodios aparentemente no provocados de inflamación en ausencia de autoanticuerpos o células T antígeno-específicas, y resultan de variantes genéticas del sistema inmune innato. El síndrome Yao (YAOS) es una enfermedad autoinflamatoria asociada a NOD2, descrita por primera vez en 2011. Consiste en ataques episódicos de fiebre, dermatitis, poliartritis, síntomas gastrointestinales y sicca, asociados a secuencias NOD2 específicas.

**Objetivos:** Presentación de caso clínico.

**Resultados:** Paciente de sexo femenino, 20 años de edad, previamente sana. Comienza 6 meses previos a la consulta con urticaria, angioedema, fiebre, artralgias, adenopatías cervicales y axilares, dolor abdominal y diarrea. Fue tratada con antihistamínicos y DAINES, con pobre respuesta. La evaluación ambulatoria descartó enfermedades clínicas, infectológicas, autoinmunes. En el laboratorio se destacaron reactivos de fase aguda elevados: VSG, PCR, fibrinógeno, plaquetas, ferritina, y leucocitosis granulocítica. Un scan RMI mostró leve esplenomegalia con pequeños ganglios linfáticos en abdomen y mediastino, que fueron metabólicamente activos en PET-TC. La biopsia de médula ósea fue hiperplásica, con fenotipo normal. La histología de ganglio cervical arrojó linfadenitis crónica con hiperplasia folicular reactiva, negativo para neoplasia. El *screening* para inmunodeficiencias primarias y adquiridas fue negativo. Los episodios inflamatorios continuaron ocurriendo con una duración de pocos días a una semana, con respuesta a altas dosis de esteroides. Se realizó secuenciación de próxima generación (saliva, Illumina® sequencing y Sanger, MLPA, MLPA-seq, con confirmación por Array CGH) detectándose la variante NOD2 c.2104C>T (p.Arg702Trp).

**Conclusiones:** Se presenta el primer caso documentado en Argentina de este nuevo síndrome autoinflamatorio.

201

## SOBREVIDA Y SEGURIDAD DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS Y TERAPIAS DIRIGIDAS EN FUNCIÓN DE GRUPOS ETARIOS. REGISTRO BIOBADASAR 3.0

Jorge Alejandro BRIGANTE<sup>1</sup>, Rosana QUINTANA<sup>1</sup>, Karen ROBERTS<sup>1</sup>, Carolina ISNARDI<sup>1</sup>, María Gimena GÓMEZ<sup>1</sup>, María Jezabel HAYE SALINAS<sup>1</sup>, Ana Carolina COSTI<sup>2</sup>, Nicolás PÉREZ<sup>3</sup>, Pablo ASTESANA<sup>4</sup>, Andrea M. SMICHOWSKI<sup>5</sup>, Laura SORRENTINO<sup>6</sup>, José Simón ALCIVAR NAVARRETE<sup>7</sup>, Juan Carlos RAGGIO<sup>8</sup>, Malena VIOLA<sup>9</sup>, Verónica SAURIT<sup>10</sup>, Guillermo PONS-ESTEL<sup>11</sup>, Cristina PETKOVIC<sup>11</sup>, Karin KIRMAIR<sup>12</sup>, Erika CATAY<sup>13</sup>, María Eugenia DANDELO<sup>14</sup>, Bernardo PONS-ESTEL<sup>15</sup>, Sergio PAIRA<sup>16</sup>, Gladys BOVEA CASTELBLANCO<sup>17</sup>, Mercedes DE LA SOTA<sup>18</sup>, María Silvia LARROUDE, Dora PEREIRA<sup>19</sup>, Amelia GRANEL<sup>20</sup>, Noel CALLAHUARA GOIBURU<sup>21</sup>, Pamela GIORGIS<sup>22</sup>, Gustavo MEDINA<sup>23</sup>, Cecilia PISONI<sup>24</sup>, Analía ÁLVAREZ<sup>25</sup>, Liliana FERNÁNDEZ<sup>26</sup>, Mónica SACNUN<sup>27</sup>, Sidney SOARES DE SOUZA<sup>28</sup>, Edson VELOSO<sup>29</sup>, Nora ASTE<sup>30</sup>, María Cecilia CASTRO<sup>31</sup>, Eduardo KERZBERG<sup>31</sup>, María de los Ángeles GALLARDO<sup>32</sup>, Verónica SAVIO<sup>33</sup>, Julieta GAMBA<sup>34</sup>, Gustavo CITERA<sup>22</sup>, Enrique SORIANO<sup>35</sup>, Cesar GRAF<sup>36</sup>, Guillermo PONS-ESTEL<sup>1</sup>, María Celina DE LA VEGA<sup>38</sup>

<sup>1</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (UNISAR), <sup>2</sup>HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, <sup>3</sup>INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS, ALFREDO LANARI.UBA, <sup>4</sup>SANATORIO ALLENDE, <sup>5</sup>ATENCIÓN INTEGRAL DE REUMATOLOGÍA, <sup>6</sup>SANATORIO GÜEMES, <sup>7</sup>HOSPITAL TORNÚ, <sup>8</sup>HOSPITAL BAIGORRIA, <sup>9</sup>CEIM 1, <sup>10</sup>HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA, <sup>11</sup>CONSULTORIO DE REUMATOLOGÍA, <sup>12</sup>CENTRO MÉDICO BARILOCHE, <sup>13</sup>CONSULTORIOS MORENO, <sup>14</sup>SANATORIO PARQUE CÓRDOBA, <sup>15</sup>SANATORIO PARQUE/GRUPO OROÑO, CENTRO CREAM, <sup>16</sup>HOSPITAL J.M. CULLEN, <sup>17</sup>HOSPITAL CÉSAR MILSTEIN, <sup>18</sup>CONSULTORIO PARTICULAR, <sup>19</sup>CONSULTORIO REUMATOLOGÍA, <sup>20</sup>CENTRO PLATENSE DE REUMATOLOGÍA, <sup>21</sup>HOSPITAL RIVADAVIA, <sup>22</sup>IREP, <sup>23</sup>HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, CABA, <sup>24</sup>CEMIC, <sup>25</sup>HOSPITAL PENNA, <sup>26</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN A FERNÁNDEZ, <sup>27</sup>HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO, <sup>28</sup>REUMAR, <sup>29</sup>SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA, <sup>30</sup>ASTE, <sup>31</sup>HOSPITAL RAMOS MEJÍA, <sup>32</sup>HOSPITAL CASTRO RENDON, <sup>33</sup>HOSPITAL CÓRDOBA, <sup>34</sup>HOSPITAL POSADAS, <sup>35</sup>HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES, <sup>36</sup>CENTRO MÉDICO MITRE, <sup>37</sup>HOSPITAL RIVADAVIA, <sup>38</sup>SOCCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

**Introducción:** Los avances en Reumatología y las nuevas opciones terapéuticas han impactado en la sobrevida de los pacientes modificando el rango de edades. Las diferencias entre los grupos etarios podrían influir en la evolución de la enfermedad y los acontecimientos adversos (AA) relacionados con los tratamientos. Existen pocos datos de la vida real sobre seguridad y efectividad de los tratamientos en los distintos grupos etarios.

**Objetivos:** Evaluar la frecuencia de AA y la sobrevida de los tratamientos en función de la edad en pacientes con artritis reumatoidea (AR), artritis psoriásica (APs) o espondilitis anquilosante (EA).

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, multicéntrico de datos de la vida real, de pacientes incluidos en el registro BIOBADASAR 3.0, expuestos y no expuestos a tratamientos biológicos originales (DME-b), biosimilares, drogas sintéticas dirigidas (DME-sd) originales y genéricas. El grupo no expuesto recibió tratamiento con drogas modificadoras de la enfermedad convencionales (DME-c). Se realizó un análisis de Kaplan-Meier y Log Rank Test para estudiar la sobrevida libre de AA y de los tratamientos en diferentes grupos etarios (jóvenes <25; adulto joven 25-34; adultos maduros 34-65; adultos mayores >65). Se evaluaron factores relacionados con la sobrevida de tratamientos realizando modelos de regresión de Cox.

**Resultados:** Se incluyeron 5.297 pacientes, 80,3% sexo femenino, edad media de 43,7 años (DE 15,6) y mediana de evolución de la enfermedad de 14,3 [RIC 11.5]. AR 4658 (87,9%); APs 490 (9,25%) y EA 149 (2,8%). El principal motivo de suspensión del tratamiento fue inefectividad, en 624 (19,8%) pacientes del grupo expuesto y en 53 (2,5%) pacientes en el grupo no expuesto. La segunda causa de suspensión fueron los AA en 352 (11,2%) pacientes del grupo expuesto y 83 (3,9%) del grupo control (p 0,001). Se observó una media del Score de Charlson de 0,268 (DE 0,6) en el grupo expuesto y de 0,306 (DE 0,7) en el grupo control (p 0,095). La mediana de sobrevida libre de AA en el grupo expuesto fue de 12,5 años [RIC 16,6] mientras que en el grupo no expuesto fue de 28 años [RIC 11] p<0,0001. La mediana de sobrevida libre de AA fue de 12 (RIC 11) en jóvenes (<25 años), de 11,5 [RIC:4,9] en adultos jóvenes (25-34 años), de 10 [RIC: 3,25] en adultos maduros (34-65 años) y de 7,6 [RIC:6] en el grupo >65 años con una diferencia estadísticamente significativa (p>0,017). El grupo expuesto presentó una mediana de sobrevida del tratamiento en años de 11,25 [RIC:10] en jóvenes; de 12,5 [RIC:4,7] adultos jóvenes, de 7,5 [RIC:12,1] en adultos maduros y de 4,5 [RIC: 1,14] en adultos mayores (p> 0,0001). Considerando el primer tratamiento, se evidenció una mediana de sobrevida de 11,5 [RIC:10] en el grupo etario <25; de 12 [RIC:2,6] comprendido entre



los 25-34 años, de 10 [RIC:12] en el grupo entre 34-65 años y de 5.5 [RIC: 1.14] en el grupo > 65 años ( $p > 0,004$ ). Considerando el segundo tratamiento, las diferencias entre los grupos no fueron estadísticamente significativas ( $p = 0,57$ ). En el modelo de regresión multivariado para los pacientes con AR los factores que presentan mayor impacto en la sobrevida del tratamiento fueron sexo femenino (HR 1.3 IC95% 1.2-1.4), mayor edad (HR 1.01 IC95% 1.008-1.01), tratamiento con corticoides (HR 1.19 IC95% 1.1-1.2) y mayor tiempo de evolución de la enfermedad (HR 1.01 IC95% 1.01 – 1.02). **Conclusiones:** En el presente estudio logramos demostrar una mayor ocurrencia de acontecimientos adversos en adultos mayores y adultos mayores con respecto a jóvenes y adultos jóvenes. De manera inversa, la sobrevida de DME-b y DME-sd es mayor en jóvenes y adultos jóvenes. En pacientes con AR el sexo femenino, terapia con corticoides, mayor edad y tiempo de evolución son factores asociados a suspensión del tratamiento.

0202

### MIOSITIS NECROTIZANTE INMUNOMEDIADA ASOCIADA A ANTICUERPO ANTI PARTÍCULA DE RECONOCIMIENTO DE SEÑAL

Abel Gastón REITICH, Nicolás Benjamín DUS ORIETA, Giuliano IBAÑEZ, Julio César URRUTIA, Verónica Cecilia WERNICKE, Fernando SANCHOLUZ, María Nieves LOJO

HOSPITAL R ROSSI, LA PLATA

**Introducción:** Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) conforman un grupo heterogéneo de patologías cuya incidencia anual es de 2,1 a 7 por millón, correspondiendo el 20% a miositis necrotizante inmunomediada (MNIM), afectando con mayor frecuencia a personas en la quinta década de la vida. El *European Neuromuscular Centre* (ENMC) divide este síndrome en tres subtipos: miopatía anti-partícula de reconocimiento de señal (anti SRP), miopatía anti-hidroxi metilglutaril Coa reductasa (anti HMGR), la cual está asociada a tratamiento con estatinas y MNIM negativa para anticuerpos. Su presentación clínica consiste en debilidad muscular proximal, manifestaciones sistémicas, alteraciones miopáticas en el electromiograma, elevación de las enzimas musculares, anticuerpos característicos y biopsia muscular con necrosis y escasa inflamación, que sigue siendo el *gold standar* para el diagnóstico. Los objetivos del tratamiento son eliminar la inflamación, restaurar el rendimiento muscular y mejorar así la calidad de vida.

**Objetivos:** Describir un caso de miositis necrotizante inmunomediada en paciente adolescente.

**Materiales y Métodos:** Caso: paciente femenina de 16 años, que consultó en diciembre de 2020 por guardia de clínica médica por cuadro de debilidad muscular proximal simétrica en los 4 miembros de 45 días de evolución. De comienzo agudo que progresó hasta imposibilitar la marcha, asociado a disfagia y disfonía. Al examen físico: parámetros vitales estables, sin alteraciones cutáneas, decúbito obligado, marcha abolida, hipoventilación bilateral en bases pulmonares, debilidad muscular a predominio proximal, no sostenía cabeza, no despega miembros de la cama (MMT8 20). Además, presentó rigidez articular con dolor a la movilización con posición en flexión de codos, caderas y rodillas. Laboratorio: GOT: 732U/l (5-34U/l), GPT: 461U/l (menor a 55U/l), LDH: 3468U/l (125-220U/l), CPK: 19348U/l (30-200U/l). Con alta sospecha de MNIM y ante la gravedad del cuadro se comenzó tratamiento: 3 pulsos de metilprednisona de 500 mg/día, continuando con meprednisona 40 mg/día, metotrexato 20 mg/sem subcutáneo, ácido fólico 10 mg/sem y rehabilitación. Posteriormente: En electromiograma se observó patrón de miopatía proximal. En RNM de cuerpo entero en STIR se evidenció hiperintensidad de músculos en cintura escapular y pélvica, pared toraco abdominal y región lumbar característico de polimiositis. En biopsia muscular de deltoides: degeneración aislada fibromuscular sin infiltrados PMN o linfocíticos. Test de gota en papel de filtro: negativo (para descartar glucogenosis TII/Enfermedad de Pompe). Luego del tratamiento presentó mejoría lenta de la clínica junto con una rápida recuperación de los valores de laboratorio. Se otorga alta médica con derivación y seguimiento en su lugar de residencia. Posterior a la misma se recibió resultado de serología para MNIM con anti SRP y anti RO52 positivos. Al día de la fecha presenta mejoría significativa con respecto a la internación, sin embargo, continúa en recuperación

**Resultados:** Discusión: La MNIM es poco frecuente en adolescentes. Los pacientes con anti SRP tienden a ser más jóvenes. Y al parecer el factor de peor pronóstico es la menor edad. Lo que determina la importancia de comenzar una terapéutica adecuada de manera rápida ante la sospecha clínica. La biopsia muscular continúa siendo importante, pero solo el 30% puede ser distinguida de otras MII, no siempre es un método accesible y no debería retardar el inicio del tratamiento. Los criterios de clasificación más recientes del ENMC adjudican mayor importancia a los anticuerpos para el diagnóstico debido a su mayor utilidad para clasificar el subtipo de miopatía y establecer pronóstico. Esta tendencia también ésta siendo adoptada por otros grupos de estudio

**Conclusiones:** Consideramos relevante comunicar este caso en adolescentes, debido a la escasa bibliografía al respecto, a causa de la baja frecuencia con que se produce en dicha franja etaria. Además ante ausencia de necrosis en la biopsia, el anticuerpo anti SRP fue útil para llegar al diagnóstico y también para valorar la importancia de la evaluación clínica.

0203

### SÍNDROME AUTOINMUNE MÚLTIPLE (SAM) EN UNA SERIE DE CASOS

Emerson RAAD, Oscar Ángel LEONARDI, Yessica María PONCE DELGADO, Oscar L. RILLO

HOSPITAL PIROVANO

**Introducción:** La autoinmunidad afecta a millones de personas y comprende un amplio espectro de enfermedades sistémicas, así como órgano específicas, como la artritis reumatoide (AR), lupus eritematoso sistémico (LES), esclerosis sistémica (ES), psoriasis (PS), síndrome de Sjögren (SS), dermatomiositis (DM), polimiositis (PM) y compromiso tiroideo y hematológico, entre otras. La presencia de más de un trastorno asociado no es infrecuente y cuando coexiste asociación de tres o más, es conocido como síndrome autoinmune múltiple (SAM). Revisaremos 2 casos clínicos de paciente con SAM y veremos la heterogeneidad de sus patologías.

**Objetivos:** Presentación de 2 casos clínicos con SAM.

**Materiales y Métodos:** Caso 1: femenina de 36 años de edad, con antecedentes de ex tabaquista, Guillain Barré. Derivada por Gastroenterología por poliartrosis de 4 años de evolución. Presentaba enfermedad de Crohn (EC) con índice de actividad de 163, con dolor tipo cólico, pujos y deposiciones con mucorrea. Examen físico: poliartrosis crónica, simétrica, de grandes y pequeñas articulaciones; nódulo subcutáneo sobre la superficie extensora del antebrazo izquierdo. En manos se observó tumefacción en ambos carpos y MCF; en mano derecha hipotrofia en músculos interóseos, pulgar en Z, deformidades de Boutonniere en 4to y 5to dedo; mano izquierda; pie plano valgo y *hallux valgus* bilateral a predominio izquierdo. Tumefacción en tobillos y vitíligo. Estudios: PCR 2 mg/L; VSG 42 mm/h; FR 436 UI; Anti CCP 253 UI; FAN 1/360 patrón moteado denso. Radiografías: osteopenia en banda y pinzamiento (radio-carpianas, MCF) de las manos; pequeñas erosiones marginales en manos y pies. DAS28

y el HAQ-A fueron de 6.47 y 1.87 respectivamente. Inició tratamiento con metotrexato 15 mg/sem durante 6 meses. Sin mejorar se agregó tofacitinib 10 mg/día. Actualmente en remisión de su AR y su EC.

Caso 2: Paciente femenina de 50 años con antecedentes de enfermedad celíaca no adherente a dieta, vasculitis leucocitoclástica, esteatosis hepática, internación reciente por síndrome ascítico con sospecha de hepatitis autoinmune. Es traída a guardia por dolor abdominal progresivo y aumento de perímetro abdominal y diarrea acuosa. Al examen físico: hemodinámicamente estable, afebril. En regular estado general, con extremidades adelgazadas, aumento del perímetro abdominal, sin signos de irritación peritoneal. Lesiones en piernas tipo maculares hipercrómicas que impresionan seculares. Sin alteración neurológica. Estudios: Hb:8.5g/dl VSG:137mm/h PCR:0.34mg/dl GPT: 40 GOT: 60 FAN:640 granular AntiRo:84u AntiLa:79u Antiglutaminasa:141 TSH:62.30 GASA:1.1 C3:5 C4:4 Inhibidor lúpico:1.26. Anti músculo liso: 1/160 Anti mitocondrial: negativo Ecografía abdominal con esteatosis hepática grado 2 y líquido ascítico abundante. TC abdominal sin contraste muestra hígado de tamaño y morfología normal, ligera Esplenomegalia. De novo presentó diagnóstico de hipotiroidismo, así como síndrome de Sjögren (lo que se confirmó con clínica compatible referida por la paciente). Se indicó Biopsia e inició tratamiento con meprednisona 40 mg/día. Aún se aguarda resultado de biopsia. Eventualmente se agregará al tratamiento azatioprina.

**Resultados:** Discusión: en el SAM es frecuente la superposición de SS a otras patologías autoinmunes. Es conocida la asociación de EC con EA, mientras que de EC y AR es infrecuente. Siempre es mandatorio sospechar en pacientes con compromiso multiorgánico o multisistémico la existencia de SAM sobretodo en asociaciones con sospecha autoinmune. Muchas veces hay dificultades en diagnosticar por las escasas herramientas en el sistema de salud público o el engranaje entre las mismas para hallar diagnósticos certeros y por tanto tratamiento exitosos. La interacción entre los diferentes servicios, no sólo reumatología, es vital para el éxito terapéutico.

**Conclusiones:** El SAM es la agrupación de varias entidades autoinmunes. Es importante tener en cuenta que la coexistencia puede verse hasta en un 25%. En lo que respecta a estos casos la presencia de AR y EC es poco frecuente, en cambio las presentaciones del aparato gastrointestinal fueron variadas. Además, como ocurrió en estas pacientes la complejidad de múltiples enfermedades autoinmunes condiciona el balance en la toma de decisiones terapéuticas.

0207

## ENFERMEDAD DE BEHCET: UN RETO DIAGNÓSTICO EN REUMATOLOGÍA. REPORTE DE DOS CASOS

Alejandro ALVARELLOS, Diego Federico BAENAS, Florencia Juliana BORDÓN, Francisco CAEIRO, Marcela CALOZO, Soledad FIORENTINO, Verónica SAURIT, Elisa NOVATTI

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

**Introducción:** La enfermedad de Behcet (EB) es una vasculitis de vaso variable con afección sistémica, caracterizada por aftas orales/genitales recurrentes y lesiones cutáneas, acompañadas de compromiso de múltiples órganos. El compromiso vascular, incluidas oclusiones, estenosis y lesiones aneurismáticas, son complicaciones infrecuentes, pero que se correlacionan estrechamente con la mortalidad y morbilidad de la enfermedad.

**Materiales y Métodos:** Caso clínico 1: masculino de 23 años, caucásico, con antecedentes de aftas/úlceras orales y genitales más múltiples episodios de tromboflebitis en miembros superiores e inferiores. Reportó disnea de un mes de evolución, clase funcional (NYHA)- II que progresó a IV en la última semana. Síntomas asociados: dolor abdominal en epigastrio, de intensidad 6/10, sin irradiación con saciedad postprandial. Negó historia de: lesiones cutáneas (eritema nudoso, pseudofoliculitis, pápulo-pustulosas, nódulos acneiformes), lesiones oculares (uveítis anterior -posterior), fenómeno de patergia. Exploración: lucido, hemodinámicamente estable, saturando 98% (aire ambiente), con buena mecánica respiratorio. Aftas orales mayores, sin úlceras genitales ni lesiones en piel. Examen abdominal: dolor a la palpación profunda en epigastrio sin defensa, hepatomegalia no dolorosa con circulación colateral inferior. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado, sin ruidos agregados. Examen cardiovascular: ingurgitación yugular, sin signos clínicos de trombosis venosa profunda de miembros inferiores. Complementarios: tomografía de tórax y abdomen con contraste: trombosis de venas suprahepáticas, con extensión a vena cava inferior suprahepática y proyección de aspecto polipoideo en aurícula derecha (2,0 cm). Tromboembolismo pulmonar lobar inferior izquierdo. Los cortes inferiores del abdomen objetivan falta de relleno en venas safenas interna e iliaca externa izquierda compatibles con trombos. Irregularidad del contraste en ven ilíaca derecha y cava inferior infrarenal, líquido libre abdominal. Ecocardiograma transtorácico: Ocupando parte de la aurícula derecha, se observa imagen compatible con trombo de 38 por 22 mm, en continuidad con la vena cava inferior, la cual no tiene flujo objetivable por doppler. Laboratorio: Lucocitosis, sin anemia, plaquetas 247.000 (valor normal (VN): 150-350), creatinina: 1 mg/dl (VN: 0.60-1.20), TGO/TGP: 89/116 (VN: <37/< 41), Bilirrubina total elevada a predominio de indirecta (2.09-1.1- VN: <1.35), Pro-BNP: 99, Troponina T (ultrasensible): 5.6 pg/ml (VN: <14.0), TP: 19.2 (VN: 12.0 - 16.0), RIN: 1.47 (VN: 0.8-1.20) TTPK: 31 seg (VN: 22.0-44.0). Perfil de trombofilia: AT III: 83% (VN: 80 - 120), Proteína C 58% (VN: 70-40), Proteína S: 107 % (VN: 75-140), Inhibidor lúpico: negativo, anti- cardiolipina IgG-M: negativas, anti- B2 GLP IgG-M: negativas. Serologías virales: HIV-VHB-VHC: negativas. HLA-B51: negativo. Se llega al diagnóstico de enfermedad de behcet vascular, con compromiso extenso. Recibe tratamiento de inducción con pulsos de metilprednisolona de 500 mg por 3 dosis y ciclofosfamida 750 mg cada 21 días por 6 dosis, de forma conjunta se inicia anticoagulación con warfarina y colchicina 1 mg día. Actualmente se encuentra en mantenimiento con azatioprina 150 mg día con enfermedad estable.

Caso clínico 2: Masculino de 22 años, caucásico, con antecedentes de aftas/úlceras orales y genitales recurrentes, lesiones cutáneas: foliculitis y fenómeno de patergia. Reportó dolor lumbar, se presentaba al realizar actividad física y cedía al detenerse, irradiado a ambos miembros inferiores y asociado a dolor abdominal generalizado, leve. Exploración: aftas orales mayores y fenómeno de patergia. Examen abdominal: distendido, con circulación colateral, palpación no dolorosa y sin hepatomegalia. Complementarios: Ecografía abdominal: Extensa trombosis de la vena cava inferior desde la confluencia iliaca hasta 20 mm por debajo de la desembocadura de las venas suprahepáticas. Tomografía de abdomen con contraste: confirma trombosis de vena cava inferior Laboratorio: Lucocitosis, anemia leve normocítica, plaquetas 331.000 (valor normal (VN): 150-350), creatinina: 1 mg/dl (VN: 0.60-1.20), TGO / TGP: 22/21 (VN: <37/<41), Perfil de trombofilia: AT III: 85 % (VN: 80-120), Proteína C 64% (VN: 70-140), Proteína S: 98 % (VN: 75-140), Inhibidor lúpico: negativo, anti- cardiolipina IgG-M: negativas. Serologías virales: HIV-VHB-VHC: negativas. HLA-B51: negativo. Se llega al diagnóstico de enfermedad de behcet con compromiso vascular. Recibe tratamiento de inducción con pulsos de metilprednisolona de 500 mg por 3 dosis y ciclofosfamida 750 mg cada 21 días por 6 dosis, de forma conjunta se inicia anticoagulación con warfarina y colchicina 1 mg día. Actualmente se encuentra en mantenimiento con azatioprina 150 mg día con enfermedad estable.

**Conclusiones:** La afección vascular se haya presente en un tercio de los pacientes con diagnóstico de EB y es fundamentalmente venosa, se trata de tromboflebitis superficiales y con menor frecuencia de trombosis del sistema venoso profundo o grandes troncos venosos. El compromiso arterial es poco común (1-7 %), más raramente se han descrito arteritis con formación de aneurisma. La presencia de trombo intracardíaco es una complicación excepcional.

**SÍNDROME RS3PE POST ACTIVIDAD FÍSICA EXTENUANTE**

Cecilia Alejandra COSTA<sup>1</sup>, Javier Alberto CAVALLASCA<sup>1</sup> Clarisa Andrea SANDOBAL<sup>2</sup>, Julia RIERA<sup>1</sup>, Jorge Luis MUSURUANA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL J B ITURRASPE, <sup>2</sup>HOSPITAL PROTOMÉDICO

**Introducción:** El síndrome *remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema* (RS3PE) fue descrito por McCarty et al. en 1985. Cuadro infrecuente, caracterizado por tenosinovitis simétrica aguda de manos (dando lugar a la imagen de mano en guante) y menos frecuentemente de pies; con edema *pitting*, buena respuesta a corticoides y factor reumatoide negativo. Existe una forma primaria y una secundaria asociada a otras enfermedades reumatológicas, neoplasias, procesos infecciosos, etc. Presentamos un paciente joven con síndrome RS3PE post ejercicio extenuante.

**Materiales y Métodos:** Varón de 34 años de edad, sin antecedentes patológicos previos, sin hábitos tóxicos, trabajador de la construcción. Consulta por dolor y tumefacción difusa de ambas manos de 5 días de evolución, que comenzó súbitamente luego de haber pintado un cieloraso durante 8 horas seguidas. No presentaba astenia, fiebre, pérdida de peso, hiporexia, Raynaud, síntomas sicca, alopecia ni rash malar. Al examen físico: manos difusamente tumefactas con *pitting* edema, la tumefacción se extendía a los antebrazos, dolor severo a la movilidad activa y pasiva, imposibilidad de realizar puño. Dificil evaluar la presencia de sinovitis debido a la tumefacción. Pulsos radiales y braquiales positivos. No presentaba esclerodactilia, *pitting scars*, ni piel de naranja. Laboratorio (10/05/21): GB 18150 (79 N 12 L), VSG 43 mm, CPK 259 U/L (46-171), PCR 103 mg/L (<5), TSH 1.69 U/ml, FR (-), AntiCCP (-), FAN (-), ENA (-), AL (-), ACA (-), BETA2GP1 (-), C3 y C4 normales. Serologías VHB, VHC y HIV (-). El estudio radiológico de manos y pies solo detectó tumefacción de partes blandas en manos. Rx tórax: normal. Ecografía manos: derrame articular y sinovitis en carpos e intercarpianas PD (+) bilateral. Tenosinovitis flexora grado II bilateral. Severo edema TCS bilateral. Ecografía Doppler arterial y venosa de ambos MMSS: normal. Comienza tratamiento con meprednisona 20 mg/día, ante la falta de mejoría el paciente sube la dosis a 20 mg cada 12 hs durante 7 días, luego comenzó descenso gradual. RMN de ambas manos (se realizó 45 días posteriores a comenzar el tratamiento). Mano izquierda: leves cambios en la intensidad en la señal de la MO de la cabeza del tercer metacarpiano asociado a leve derrame articular metacarpofalángico. Señal normal de tendones flexores y extensores. Mano derecha: leves cambios en la señal de la MO a nivel de la base de los metacarpianos 2° 3° y 4°. Sin derrame articular y con señal normal en tendones flexores y extensores. La tumefacción de manos y los laboratorios fueron mejorando lentamente. Se descendió la dosis de esteroides progresivamente hasta la suspensión a los 3 meses del inicio del cuadro. Laboratorio post tratamiento (12/08/21): GB 9520 (45 N- 42 L), VSG 6 mm/h, PCR 2 mg/L, CPK 92 U/L. Actualmente asintomático.

**Conclusiones:** El síndrome RS3PE aparece con mayor frecuencia en varones de edad avanzada, sin embargo, en los últimos años se han informado casos en jóvenes e inclusive pacientes pediátricos. Su etiología es desconocida pero algunos autores la relacionan con: predisposición genética (HLA-B7 y HLA-A2), agentes infecciosos, factores de crecimiento (factor de crecimiento endotelial vascular) o mediadores como la interleucina-6 o el factor de necrosis tumoral alfa liberados por ciertos tumores. Recientemente se reportó un caso asociado a vacunación contra COVID-19. Creemos que en este caso la actividad física extenuante, tal como sucede en la fascitis eosinofílica, puede originar el síndrome RS3PE.

**SÍNDROME ANTICOAGULANTE LÚPICO-HIPOPOTROMBINEMIA ASOCIADO A LES**

Carola SOLIZ CORDERO, Demelza YUCRA, Jorge Alejandro BRIGANTE, Adriana HAMAU, Diana DUBINSKY  
SANATORIO GÜEMES

Variables de laboratorio	1° internación	2° internación	
		Pre tratamiento	Post corticoide
Hb	13,5 g/dL	11,2 g/dL	10 g/dL
GB/linfocitos	5.800 mm <sup>3</sup> /40%	2.900 mm <sup>3</sup> /33%	4.600 mm <sup>3</sup> /13%
Plaquetas	188.000 mm <sup>3</sup>	126.000 mm <sup>3</sup>	195.000 mm <sup>3</sup>
Urea/creatinina	43/0,9 mg/dL	69/1,87 mg/dL	50/1,4 mg/dL
aPTT	91 seg	74 seg	38 seg
AL/ACL/B2GP	Positivo/neg/neg	Positivo/neg/neg	
TP/RIN	25%/ 1,98	40%/ 1,93	68%/ 1,3
Factor II (VN 70-120%)	13%	19%	
DNA	Negativo	Positivo 1/320	
SM	Negativo	Positivo débil	
ANA	1/1,280 moteado	1/640 homogéneo	
Proteinuria 24 h	Negativo	1,55 g	
Complemento	ND	C3: 14/ C4: 2	

**Introducción:** El síndrome anticoagulante lúpico-hipoprotrombinemia (LAHPS) es un trastorno adquirido poco común, que se caracteriza por deficiencia del Factor II debido a anticuerpos antiprotrombina y presencia del anticoagulante lúpico (AL). Es más frecuente en edad pediátrica y mujeres, y se asocia principalmente a enfermedades autoinmunes y a infecciones. En la mayoría de los casos los pacientes se presentan con sangrado, TP (tiempo de protrombina) y aPTT (tiempo parcial de tromboplastina activado) prolongados. En adultos la manifestación más frecuente es sangrado mucocutáneo: equimosis 44%, epistaxis 35% y gingivorragia 14%.

**Objetivos:** Se presenta el caso de un varón con síndrome anticoagulante lúpico-hipoprotrombinemia (LAHPS) asociado a LES.

**Resultados:** Varón de 19 años sin antecedentes. Inicia con hematuria macroscópica con coágulos, sin otros síntomas, consulta en otro centro, encontrándose en el laboratorio alteración del coagulograma con TP y aPTT prolongados, hemograma y función renal normales. Se realiza estudios de hemostasia presentando: déficit de Factor II y anticoagulante lúpico positivo; es tratado con meprednisona 40 mg en dosis descendente hasta suspender, no repitiendo sangrado. Al mes presenta púrpura en miembros inferiores e insuficiencia renal aguda siendo derivado al Sanatorio. Examen físico: hipertenso, púrpura en miembros inferiores, edema 2/6 Godet +. Respiratorio y cardíacos normales. Esplenomegalia. Por laboratorio: tricitopenia, insuficiencia renal, proteinuria, hipocomplementemia, TP y aPTT prolongados. Hematuria microscópica (Tabla). Ecografía renal con ecogenicidad aumentada, tamaño normal. Bazo de 177 mm. Doppler renal y eje esplenoportal sin particularidades. En contexto de síndrome nefrítico, con criterios clínicos de LES ACR/EULAR 2019:13 (Leucopenia: 3, C3 y C4 bajos: 4, AL+: 2, proteinuria 1.5 gr/24 hrs: 4), recibió pulsos de metilprednisolona e hidroxiquina. Se realizó biopsia cutánea que informó dermatitis perivascular superficial purpúrica con signos de vasculitis leucocitoclástica. Biopsia renal: nefropatía lúpica difusa clase IV, IA 6/24, IC 0/12. Inició pulsos de ciclofosfamida 1 g. Evolucionó sin presentar sangrados, con mejoría de parámetros del hemograma, coagulograma y función renal.

**Conclusiones:** En presencia de un paciente con sangrado, asociado a hipoprotrombinemia en combinación con AL positivo, debe sospecharse

LAHPS y realizar *screening* para enfermedad autoinmune principalmente LES; el pronto inicio con altas dosis de corticoides puede revertir las manifestaciones hemorrágicas. No se conocen datos acerca de la prevención primaria con antiagregantes en presencia de AL en LAHPS. Se estudió además la causa de la esplenomegalia, descartando origen infeccioso, linfoproliferativo, hepático y cardíaco, interpretándose como actividad de LES.

0212

## **PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO DE ÓRBITA COMO PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD DE ERDHEIM CHESTER: REPORTE DE 1 CASO**

Alejandro ALVARELLOS, Ana Cecilia ÁLVAREZ, Diego Federico BAENAS, Florencia Juliana BORDÓN, Francisco CAEIRO, Elisa NOVATTI, Verónica SAURIT, Luciana GUANCHIALE, Mercedes GARCÍA, María LABORIE, Juan Carlos DE BATTISTA

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

**Introducción:** La enfermedad de Erdheim Chester (EEC) es una histiocitosis de células no Langerhans de difícil diagnóstico y poco frecuente, solo algunos cientos de casos se han documentado en la literatura médica, de los cuales la mayoría se ha descrito en los últimos 10 años. Caracterizada por la proliferación e infiltración por células fagocíticas mononucleares espumosas (histiocitos), es una enfermedad multisistémica; su espectro clínico varía desde lesiones óseas focales a afectación sistémica con las más diversas manifestaciones de acuerdo a los tejidos afectados.

**Materiales y métodos:** Se presenta el caso de un paciente con un pseudotumor inflamatorio orbitario como punta de partida para diagnóstico de EEC. Caso clínico: Masculino de 63 años consultó por disminución de agudeza visual, tumefacción bpalpebral, irritación conjuntival y exoftalmiade 2 meses de evolución. Se solicitó: potencial evocado visual: ojo derecho bajo registro, configuración y latencias prolongadas. Resonancia magnética nuclear (RMN): lesión infiltrativa isointensa en T1 y francamente hipointensa en T2 que refuerza de manera acentuada y difusa en la serie postgadolinio, polilobulada, de límites bien definidos que compromete principalmente la región intraconal de la órbita derecha y que se extiende hacia la hendidura esfenoidal; discreto efecto de masa con afinamiento de músculos rectos medial y lateral, rodea de forma difusa el nervio óptico. Hallazgos compatibles con: pseudotumor inflamatorio. Se inició tratamiento con prednisona 60 mg/día por 7 días con dosis decrecientes y se programó cirugía con toma de biopsia. Se realizó craneotomía frontoorbitaria derecha y exéresis subtotal de tumor intraconal. Biopsia: fibrosis con áreas de aspecto estoriforme e infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario con células gigantes multinucleadas y pequeñas formaciones que esbozan granulomas. Panel de inmunohistoquímica: positividad para CD45, CD20 y CD3 con lo que se confirma policlonalidad, descartando proceso linfoproliferativo. Se identifican células plasmáticas (CD 138 positivas) sin alteración en la relación IgG4/IgG total, alejando la posibilidad de enfermedad relacionada con IgG4; Bcl2, CD34 y CD31 fueron negativos con lo que se desestima tumor fibroso solitario. Cultivos negativos para microorganismos. Panel autoinmune ANA, ANCA, ENA, FR negativos, complemento normal. Serología VIH, VHB, VHC, CMV, VEB fueron negativas. Laboratorio general no reveló alteraciones a destacar. Ante la sospecha de enfermedad hematológica se realizó PAMO: hiperplasia medular global, cariotipo normal, biopsia parches de fibrosis paratrabeculares con CD68 positivo en células del linaje monocito/macrófago y mieloides. No se identificaron histiocitos espumosos, inmunomarcación con BRAF v600e que por inmunohistoquímica negativo. Tomografía computada de tórax y abdomen con contraste: infiltración difusa, simétrica, bilateral e irregular de la grasa del espacio perirrenal y engrosamiento circunferencial a nivel periaórtico, en la mayoría de su extensión. Se procedió a biopsia perirrenal células CD68 positivas, vinculables a histiocitos con citoplasma ligeramente eosinófilo y solo uno esbozó un citoplasma espumoso. Debido a la presencia de fibrosis estoriforme en la lesión orbitaria, escasos histiocitos en tejido perirrenal y aunque el paciente no refirió dolor óseo y no presentó xantelasmas, por la posibilidad de enfermedad de Erdheim Chester, se realizó centellograma óseo: captación en matadiáfisis de tibia y fémur bilateral. Posteriormente se realizó tomografía por emisión de positrones: captación en los sitios comprometido ya conocidos: órbita, perirrenal, periaórtico y diáfisis de tibia izquierda. Criterios para enfermedad de Erdheim Chester: pseudotumor inflamatorio de órbita, captación patológica en el centellograma de las matadiáfisis de fémur bilateral, tibia izquierda, infiltración perirrenal bilateral (imagen tipo riñón peludo), signos tomográficos vasculares periaórticos a favor de enfermedad de Erdheim-Chester.

**Conclusiones:** La enfermedad de Erdheim Chester, en su presentación como pseudotumor inflamatorio orbitario, debería ser considerada entre los diagnósticos diferenciales de otras enfermedades como vasculitis, enfermedades linfoproliferativas, granulomatosas y enfermedad relacionada a IgG4.

0213

## **ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL RELACIONADA CON IgG4: UN NUEVO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A TENER EN CUENTA**

Alejandro ALVARELLOS, Ana Cecilia ÁLVAREZ, Diego Federico BAENAS, Domingo BALDERRAMO, Florencia Juliana BORDÓN, Francisco CAEIRO, Patricia CALAFAT, Elisa NOVATTI, Victoria Ana SÁNCHEZ, Verónica SAURIT

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

**Introducción:** La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es un trastorno fibroinflamatorio sistémico, notable por su capacidad de afectar prácticamente a cualquier órgano. El compromiso digestivo es frecuente, el páncreas y el sistema hepatobiliar suelen verse comprometidos, pero la afectación del tracto gastrointestinal es inusual. En la actualidad, es considerada como uno de los principales "simuladores", representando dificultades en el diagnóstico diferencial. El diagnóstico histológico es clave para la confirmación y cambia radicalmente el pronóstico, ya que la mayoría de los pacientes responde favorablemente a los glucocorticoides, logrando una recuperación completa.

**Materiales y métodos:** Se presenta el caso de un paciente con ER-IgG4 con compromiso de tracto digestivo "simulando" una enfermedad inflamatoria intestinal.

**Resultados:** Caso clínico: masculino de 44 años, con diagnóstico de ER-IgG4, compromiso: pancreatitis autoinmune tipo I en tratamiento con dosis bajas de prednisona. Complementarios al diagnóstico: gammaglobulinas 0,87 g% (valor normal (VN) 0.8-1.35) – Subclase: IgG4: 3,84 mg/ml (VN 0.11 a 0.85), IgG1: 5.23 (VN 0.03 a 2.01). Tomografía axial computada (TAC) de abdomen con contraste: aumento de tamaño del proceso uncinado del páncreas, alteración difusa de la densidad peripancreática más engrosamiento difuso parietal de tercera y cuarta porción del duodeno, sin fibrosis retroperitoneal o aortitis. Se presentó con dolor abdominal difuso asociado a deposiciones mucosanguinolentas alternando con proctorragia franca. Se realizó colonoscopia: mucosa eritematosa, con aftas y úlceras de 0,5 a 1 cm desde colon transversal hasta sigma. Biopsia: ulceración epitelial y abscesos crípticos, engrosamiento capa muscular de la mucosa, en corion infiltrado inflamatorio crónico constituido por linfoplasmocitos y neutrófilos. No úlceras aftoides, granulomas ni fisuras. Edema y focos de hemorragia reciente. Las cinco muestras presentaron infiltrado mixto, se destacó la presencia de plasmocitos y linfocitos. Inmunomarcación e inmunohistoquímica fueron insuficiente para ER-IgG4, pero infiltrado posiblemente compatible sin hallazgos definitivos (IgG4 en 5% de plasmocitos con una relación IgG/IgG4 no superó el 40%). Ante



estos hallazgos y por afectación extensa del colon, se administraron supositorios de mesalazina y continuó solo con glucocorticoides. Paciente persistió sintomático: se realizó nueva colonoscopia con biopsia: íleo: ileítis crónica leve, infiltrado inflamatorio constituidos por linfocitos y células plasmáticas, colon descendente: infiltrado linfoplasmocitario a predominio de células plasmáticas y eosinófilos. Inmunomarcación con inmunohistoquímica: CD138+/IgG+/IgG4+ má de 15 células por CAP. Relación: IgG/IgG4 mayor a 90%. Se confirmó el compromiso del tracto intestinal, ileítis y colitis, por ER-IgG4. Por actividad, extensión de la enfermedad y refractariedad a corticoides orales se iniciaron pulsos de metilprednisolona 500 mg endovenosos por 3 días y mantenimiento con rituximab.

**Conclusiones:** Aunque se ha descrito una infiltración por células plasmáticas IgG4+ en la mucosa colónica, hasta el año 2013 se cuestionaba si eran lesiones relacionadas con la ER-IgG4, dado que no siempre cumplían los criterios histopatológicos. Sin embargo, actualmente se ha confirmado su existencia, a pesar de que las series de casos recogidas son muy escasas, se sabe que el compromiso puede ser aislado o asociado a pancreatitis autoinmune. Este caso evidencia compromiso del tracto digestivo por ER-IgG4, la dificultad diagnóstica y la importancia de la sospecha clínica para un adecuado estudio anatomopatológico con inmunomarcación con inmunohistoquímica.

0214

## CORRELACIÓN ENTRE ÍNDICES DE ACTIVIDAD CLÍNICA DAS28 PCR Y DAS28 VSG CON EL SCORE OMERACT-RAMRIS

Graciela BETANCUR<sup>1</sup>, María Julia PAPAGNO<sup>1</sup>, Jorge VELASCO<sup>2</sup>, Pamela VÁZQUEZ<sup>3</sup>, Matías PREISEGGER<sup>3</sup>, Cristian Alejandro BENÍTEZ<sup>1</sup>, Ricardo DEWEY<sup>1</sup>, Gabriel AGUILAR<sup>4</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED "EL CRUCE" NÉSTOR CARLOS KIRCHNER, <sup>2</sup>INSTITUTO CER, <sup>3</sup>INTECH (CONICET-UNSAM), <sup>4</sup>CENTRO DE DIAGNÓSTICO DR. ENRIQUE ROSSI

**Introducción:** Con el advenimiento de estrategias como el T2T o tratamiento dirigido al objetivo en artritis reumatoidea (AR), surgió la necesidad de marcar un objetivo terapéutico. Actualmente es ampliamente aceptada la remisión o la baja actividad de enfermedad como meta terapéutica, siendo el DAS28 la herramienta más utilizada para tal fin.

**Objetivos:** Evaluar la correlación entre el DAS28 PCR y VSG con el Score OMERACT RAMRIS.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de AR (ACR/EULAR 2010) que concurren a los consultorios externos de Reumatología del Instituto CER en Quilmes, Buenos Aires. Se consignaron variables sociodemográficas, comorbilidades, características de la enfermedad, tiempo de evolución y tratamiento. Se realizó recuento de articulaciones tumefactas y dolorosas. Se evaluó dolor mediante evaluación global de la enfermedad por el paciente y por el médico mediante EVN (Escala Visual Numérica). Completaron el auto-cuestionario de calidad de vida HAQ. Se extrajeron muestras de sangre para análisis de ERS (mm/h) y PCR (mg/dl) en día de la evaluación. Se realizó resonancia magnética de carpo y metacarpo falángicas de una sola mano, determinada activa por el médico evaluador, con cortes axiales, coronales y sagitales ponderando los tiempos de relajación T1, T2 y secuencias STIR con saturación de grasa y se administró contraste endovenoso. Los procedimientos fueron aprobados por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Médico CER y se firmó un consentimiento informado. Análisis estadístico. Estadística descriptiva. Correlación por test de Spearman. Valores de  $p < 0,05$  fueron considerados estadísticamente significativos.

**Resultados:** Se estudiaron 21 pacientes, con una edad mediana de 49 años (RIC 41.5-59.5), el tiempo de evolución de enfermedad fue de 29 meses (RIC 11-105), el 38,1% (n=8) tuvo exposición al tabaco. Fueron positivos para FR 58,3% (n=7/12) y para Accp 88,8% (n=8/9). En cuanto a los reactantes de fase aguda se halló una ERS m de 16 mmh (RIC 8-54) y una PCR m 0,48 mg/dl (RIC 0.14-1.65). El HAQ m fue de 0.5 (RIC 0.12-1.5). El DAS28-ERS m fue de 4,26 (RIC 2.3-5.31) y el DAS28-PCR m 2.5 (RIC 1.7-4.11). Los pacientes fueron tratados en un 100% (n=47) con metotrexato en monoterapia, 33,3% corticoides y 13 AINES 12,2% (n=6). HAQ 0.5 (RIQ 0.06-1.5) tumefactas 1 (RIQ 0-4), dolorosas 2 (0-8). La media de articulaciones con sinovitis por reso fue de 4 (RIQ 1-8.5) EDEMA 6 (riq 2-16.5) erosiones 12 (RIQ 1.5-37). La correlación de DAS28-PCR fue de 0,54 con la sinovitis detectada por resonancia ( $p=0,02$ ), 0,31 con el edema por resonancia ( $p=0,20$ ), 0,76 con EVA global del paciente ( $p=0,00$ ) y 0,68 con HAQ ( $p=0,002$ ). la correlación de DAS28-ERS fue de 0,58 con la sinovitis detectada por Resonancia ( $p=0,01$ ), 0,35 con el edema por resonancia ( $p=0,15$ ), 0,72 con EVA global del paciente ( $p=0,001$ ) y 0,79 con HAQ ( $p=0,000$ ). La correlación de RAMRIS total con DAS28-PCR fue de 0.49 ( $p=0.039$ ) y con DAS28-ERS fue de 0.52 ( $p=0.028$ ).

**Conclusiones:** Hallamos valores de buena correlación entre los índices de actividad clínica y el EVA global del paciente así como el HAQ, ambos relacionados con la funcionalidad. Se observó también una moderada correlación de ambos scores compuestos con la sinovitis detectada por resonancia, pero no así con el edema. Estos resultados son consistentes con publicaciones que sostienen que el edema se relaciona más con la evolución a erosiones que con la actividad de la enfermedad. Además la moderada correlación de este estudio de imágenes con los parámetros clínicos apoya estudios previos en los que se ha cuestionado si el método DAS28 es suficientemente robusto y estable, ya que podría subestimar la remisión. El score OMERCT RAMRIS ha demostrado alta correlación Inter observador, haciendo este método fácilmente reproducible.

0216

## RELACIÓN CLUSTERS SEROLÓGICOS CON MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Carola SOLIZ CORDERO, Demelza YUCRA, Laura SORRENTINO, Jorge Alejandro BRIGANTE, Adriana HAMAUI, Diana DUBINSKY  
SANATORIO GÜEMES

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune compleja con manifestaciones heterogéneas. Se caracteriza por la producción aberrante de un grupo amplio y heterogéneo de autoanticuerpos, y se pueden asociar con un cierto espectro de manifestaciones, lo que podría ayudarnos a diferenciar entre varios subconjuntos de LES y permitir la predicción del curso de la enfermedad y daño orgánico.

**Objetivos:** Identificar la relación entre perfiles de autoanticuerpos y conjuntos de manifestaciones clínicas en pacientes con LES.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, y retrospectivo. Pacientes con LES (ACR 1997-EULAR/ACR 2019) pertenecientes a la cohorte del sanatorio. Se dividieron en 4 grupos de clusters serológicos: 1. Presencia de anti-dsDNA 2. Ausencia de anti-dsDNA y presencia de anti-Sm y/o anti-RNP y presencia de al menos: aCL, IL, a $\beta$ 2GPI 3. Ausencia de anti-dsDNA y presencia de anti-Ro y/o anti-La 4. Sin presencia de anticuerpos. Se correlacionaron con manifestaciones clínicas y de laboratorio: cutáneo, articular, serositis, pulmonar, cardiológico, renal, hematológico, SNC, hipocomplementemia. Se consignaron: Índice de cronicidad de Clínicas Colaboradoras Internacionales de Lupus Sistémico/Colegio Americano de Reumatología (SLICC / ACR) e Índice de actividad de la enfermedad de lupus eritematoso sistémico (SLEDAI).

Compromiso	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	p value
Articular	14 (9,3%)	2 (1,3%)	2 (1,3%)	5 (3,3%)	0,74
Pulmonar	6 (4%)	1 (0,6%)	0 (0%)	1 (0,6%)	0,8
Cutáneo	44 (29,3%)	6 (4%)	7 (4,6%)	10 (6,6%)	0,5
Renal	22 (14,6%)	3 (2%)	1 (0,6%)	4 (2,6%)	0,5
Hematológico	31 (15%)	7 (4,6%)	4 (2,6%)	8 (5,3%)	0,48
Neurológico	6 (4%)	0 (0%)	2 (1,3%)	2 (1,3%)	0,39
Manifestaciones clínicas	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	p value
Rash malar	25 (16,6%)	2 (1,3%)	6 (4%)	9 (%)	0,026
Lupus discoide	8 (5,3%)	2 (1,3%)	0	1 (0,6%)	0,52
Úlceras orales	12 (8%)	2 (1,3%)	4 (2,6%)	6 (4%)	0,098
Fotosensibilidad	21 (14%)	3 (2%)	4 (2,6%)	8 (5,3%)	0,26
Alopecia	13 (8,6%)	2 (1,3%)	2 (1,3%)	5 (3,3%)	0,63
Artritis	20 (13,3%)	1 (0,6%)	4 (2,6%)	5 (3,3%)	0,31
Artralgias	29 (19,3%)	3 (2%)	7 (4,6%)	8 (5,3%)	0,066
SICCA	12 (8%)	0	0	0	0,06
Serositis	11 (7,3%)	1 (0,6%)	3 (2%)	3 (2%)	0,54
Variables analíticas	Cluster 1	Cluster 2	Cluster	Cluster 4	p value
Leucopenia	7 (4,6%)	3 (2%)	1 (0,6%)	0	0,15
Trombocitopenia	0	0	1 (0,6%)	2 (1,3%)	0,017
Linfopenia	3 (2%)	1 (0,6%)	1 (0,6%)	0	0,58
AHA	4 (2,6%)	0	0	2 (1,3%)	0,4
C3	20 (13,3%)	3 (2%)	4 (2,6%)	0	0,047
C4	37 (24,6%)	3 (2%)	5 (3,3%)	5 (3,3%)	0,091

**TABLAS DE ASOCIACIÓN > 2X2**

**Resultados:** Se incluyeron 155 pacientes, edad media 42,1 años (IC95% 39,7-44,5). Femenino 136 (87,7%), mediana de evolución 9 años (RIC 7). Comorbilidades: HTA 20 (12,9%), DM 5 (3,2%), EPOC 1 (0,64%), Hipotiroidismo 20 (12,9%), Osteoporosis 25 (16,12%). Anticuerpos: Anti-DNA 81 (52,2%), Anti-RNP 53 (34,1%), Anti-Sm 39 (24,1%), Anti-RO 71 (45,8%), Anti-LA 36 (23,2%), AFL 67 (43,2%) B2 Glicoproteína IgG 52 (7,6%)/IgM 53 (79%), Anticardiolipina IgG 47 (70%)/IgM 47 (70%), IL 50 (74,6%).

**Conclusiones:** La relación de clusters serológicos con manifestaciones clínicas se vio en el rash y la presencia de c3 bajo con el cluster 1 con p significativa. Y además existe una tendencia, en concordancia con estudios previos, del compromiso renal observado en pacientes con cluster 1. Con respecto al cluster 4, se identifica la trombocitopenia con una p significativa; esto llama la atención ya que los pacientes sin anticuerpos tuvieron de la misma forma otras manifestaciones orgánicas y que probablemente existan otros anticuerpos no medidos habitualmente que confieren severidad a la enfermedad.

**0218**

**SCREENING DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA POR UN PROTOCOLO DE ULTRASONOGRAFÍA**

Jorge Alejandro BRIGANTE, Diana DUBINSKY, Adriana HAMAUI, Silvia QUADRELLI, Franco RIZZO, Guillermina RIZZO, Jonathan Eliseo REBAK, María Gimena GÓMEZ

SANATORIO GÜEMES

**Introducción:** La enfermedad pulmonar intersticial (EPID) es una complicación frecuente en pacientes con enfermedades autoinmunes. La artritis reumatoidea (AR) no escapa a esta afirmación. Se han propuesto distintos protocolos para la evaluación ecográfica de esta afectación con muy buena correlación con la tomografía computada de alta resolución.

**Objetivos:** Determinar la sensibilidad y especificidad de un protocolo de evaluación ecográfica como método de tamizaje en enfermedad intersticial pulmonar en artritis reumatoide.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR de forma consecutiva, con y sin EPID. En todos los pacientes se realizará TC de tórax de alta resolución (TCAR). El protocolo de evaluación del pulmón por ultrasonografía (US); evalúa 50 espacios intercostales (EIC) y será realizado por un reumatólogo y un especialista en imágenes entrenados en el procedimiento. Se evaluará la presencia de líneas B y alteraciones pleurales en los EIC explorados. Se utilizará una escala semicuantitativa para valorar cada EIC: 0=normal, (<10 líneas B); 1=leve (de 11 a 20 líneas B); 2=moderado (de 21 a 50 líneas B) y 3=marcado (> 50 líneas B). La TACR se consideró el "gold standard" para el diagnóstico de EPID y fueron evaluadas por neumonólogos experimentados y ciegos al paciente.

**Resultados:** Se incluyeron 77 pacientes. Sexo femenino 60 (78%) con una edad media de 55,3 (DE 11). Las comorbilidades observadas fueron: HTA 26%, dislipidemia 16%, diabetes 10%, hipotiroidismo 31%, fumadores 14%, exfumadores 18% y osteoporosis en el 14% de los pacientes. Los pacientes presentaban una mediana de evolución de la enfermedad en años de 7,5 [RIC 9]. Se observó una enfermedad erosiva en 20 (26%) y nódulos reumatoideos en 9,1% de los pacientes. El 81% de los pacientes se encontraba en tratamiento con corticoides. Se observó factor reumatoideo en 88,3% de los pacientes y Anti-CCP en el 70% de los pacientes de los cuales el 87% en altos títulos. Se observó EPID por TACAR en 18 (23%) pacientes. Los patrones tomográficos observados fueron UIP 6 (33%), UIP-probable 3 (20%), NSIP celular 4 (22%), NSIP fibrosante 3 (20%)

e indeterminado en 3 (20%). Se observó una sensibilidad de 77,8% y una especificidad de 81,8% para el protocolo de evaluación ecográfico con un VPP de 58% y VPN de 92% y un LR+ 4.28 (IC95% 3.2-5.6) y LR- 0.27 (IC95% 0.10-0.76). AUC: 0.79 ( $p < 0.0001$ ).

**Conclusiones:** Observamos una sensibilidad y especificidad moderada del método para evaluar el compromiso pulmonar intersticial en AR con una AUC aceptable para un método de *screening*. Estos hallazgos son similares a los encontrados en otras cohortes. Encontramos un VPN alto. Esto significa que en pacientes con resultado del estudio negativo alejaría la posibilidad de EPID. Son necesarios estudios en cohortes mayores y comparación con otros factores asociados a EPID para mejorar nuestra comprensión del método y otorgarle el lugar que le corresponde.

*Revista Argentina de*

# **REUMATOLOGÍA**

Sociedad Argentina de Reumatología



---

## **Pediatría**

---



**EXPERIENCIA DEL USO DEL MS SCORE EN EL DIAGNÓSTICO DE SAM EN PACIENTES CON AIJS**

María Cecilia BERTINOTTI, María Giselle VILLARREAL, María KATSIKAS

HOSPITAL DE PEDIATRÍA SAMIC "PROF. DR. JUAN PEDRO GARRAHAN"

Variables analizadas	Total (n=38)	MS score positivo (n=15)	MS score negativo (n=23)	Valor de p
Edad media en años (rango)	8,625	13,17 (5,00-16,08)	8,58 (1,83-15,25)	0,88
Fiebre (%)	16 (42,10)	8 (53,33)	8 (34,78)	0,32
Rash (%)	7 (18,42)	4 (26,66)	3 (13,04)	0,4
Artritis (%)	25 (67,79)	5 (33,33)	20 (86,95)	0,001
Afectación SNC (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1
Hemorragias (%)	2 (5,26)	2 (13,33)	0 (0)	0,14
Ferritina mediana (rango), ng/mL	4.169 (8-40000)	371 (8-40000)	369 (20-200057)	0,6434
Fibrinógeno mediana rango, mg/dL	373 (145-908)	232 (183-453)	411 (202-908)	0,0003
LDH mediana rango, unidades/L	790 (163-7807)	688 (163-7807)	425 (190-900)	0,0251
Rto. de plaquetas mediana (rango), x10 <sup>9</sup> /L	395 (108-1098)	223 (108-444)	402 (197-1098)	0,0007
Diagnóstico de SAM según experto (%)	11 (29)	9 (82)	2 (18,18)	0,0011

**TABLA 1:** DATOS DEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS BIOQUÍMICOS SEGÚN EL RESULTADO DEL MS SCORE

MS score	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo
En pacientes febriles	0,75	1	1	0,75
En pacientes afebriles	1	0,71	0,14	1
En cohorte completa	0,82	0,78	0,6	0,92

**TABLA 2:** MEDIDAS DE PRECISIÓN DEL MS SCORE

analizaron las visitas de los pacientes con AIJS con las variables seleccionadas. El MS Score de Minoia y colaboradores del 2019 se calcula mediante la siguiente fórmula:  $MS\ score = CSN \times 2.44 + MH \times 1.54 + A (-1.30) + \text{plaquetas} \times (-0.003) + LDH \times 0.001 + \text{fibrinógeno} \times (-0.004) + \text{ferritina} \times 0.0001$ , puntuando a las variables clínicas CSN (compromiso de SNC), MH (manifestaciones hemorrágicas) y A (artritis) con 0 si están ausentes o 1 si se encuentran presentes. El score se considera positivo cuando resulta mayor o igual a -2,1. Se utilizó estadística descriptiva. Mann-Whitney. Tablas de doble entrada para analizar sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN), considerando *gold standard* el diagnóstico de SAM realizado por el experto.

**Resultados:** Se incluyeron 18 pacientes (76% mujeres) con diagnóstico de AIJS. Se analizaron 38 visitas. La Tabla 1 muestra las variables analizadas y las diferencias de las mismas según el MS score positivo versus negativo. En la cohorte analizada, 11 de las 38 visitas tuvieron diagnóstico de SAM según el experto, mientras que fueron 15 los diagnósticos obtenidos a través del MS Score. Las visitas analizadas considerando el score positivo versus negativo mostraron las siguientes variables significativas: artritis, fibrinógeno, láctico deshidrogenasa y recuento plaquetario. Las medidas de precisión según el score arrojaron resultados que se muestran en la Tabla 2.

**Conclusiones:** En nuestra cohorte de pacientes con AIJS con o sin fiebre, el MS score permitió el reconocimiento de SAM, ampliando el espectro de aquellos diagnosticados por el experto. Los valores con tendencia decreciente de plaquetas y fibrinógeno, apoyan el diagnóstico de SAM según el score. Una herramienta como el MS score incrementa la sensibilidad en la detección de SAM, haciendo temprano su reconocimiento y tratamiento.

**Introducción:** El síndrome de activación macrofágica (SAM) es una complicación severa y potencialmente fatal de ciertas enfermedades reumatológicas, principalmente de la artritis idiopática juvenil sistémica (AIJS). Debido a su elevada morbilidad es necesario realizar un diagnóstico temprano, aunque en ocasiones su detección puede ser dificultosa. Recientemente Minoia et al. diseñaron el MS Score (por sus siglas en inglés MAS/SJIA: SAM/AIJS) para diagnóstico de SAM en pacientes febriles con sospecha o diagnóstico de AIJS. En este trabajo, evaluamos la utilización del MS Score en la práctica asistencial en pacientes con AIJS

**Objetivos:** Analizar el MS Score en la práctica clínica en una cohorte de pacientes en un hospital de tercer nivel.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron en el estudio pacientes con diagnóstico de AIJS según criterios *International League of Associations for Rheumatology* (ILAR), que contaran con todos los parámetros requeridos para realizar el MS Score. El MS score fue analizado en los pacientes independientemente de haber presentado fiebre. Se realizó una recolección de datos retrospectiva y prospectiva en la cohorte de pacientes de nuestra institución en el período 2012-2021. Las variables analizadas fueron: demográficas (edad y sexo), clínicas (fiebre, rash, alteración del sistema nervioso, manifestaciones hemorrágicas, artritis activa) y bioquímicas (recuento plaquetario, fibrinógeno, ferritina y láctico deshidrogenasa). Se

**SÍNDROMES DE HIPERFERRITINEMIA: ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA VS SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO POS-COVID**

Ayelén Gabriela OJEDA SILVA, Victoria TORREGIANI, Marcela ÁLVAREZ, Laura Lorena GUERINI, Graciela ESPADA

HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUTIÉRREZ, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

**Introducción:** Los síndromes de hiperferritinemia incluyen una serie de condiciones clínicas caracterizadas por aumento de la ferritina y un estado de hiperinflamación. Entre ellos se encuentra el síndrome de activación macrofágica (SAM), el cual debe reconocerse en forma temprana para evitar un desenlace fatal y comorbilidades. Esta entidad ha sido descrita en su forma primaria (HLH) y formas secundarias a enfermedades oncohematológicas, autoinmunes (como la artritis idiopática juvenil sistémica-AIJS) e infecciones (bacterianas, parasitarias, y virales). Un nuevo síndrome ha sido ingresado al listado de entidades de hiperferritinemia denominado "síndrome inflamatorio ultisistémico pos-COVID (SIM-C)" (reconocido en marzo de 2020). En uno de sus escenarios clínicos y más severos, presenta fenotipo clínico y de laboratorio similar al SAM.

**Objetivos:** Comparar las características clínicas y evolutivas del SAM entre pacientes con AIJs vs SIM-C.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo. Se incluyeron pacientes <18 años seguidos en nuestro servicio que desarrollaron SAM con Dx de AIJs (ILAR'01) (período 2000-2019) y pacientes con SIM-C (Ministerio de Salud) (período 2020-2021). Se incluyeron para el análisis: datos demográficos, clínicos, de laboratorio, infecciones asociadas, ingreso a unidad de terapia intensiva (UTI), tratamiento y evolución. Análisis estadístico: Chi<sup>2</sup>. T-Test. (SPSS 2019).

**Resultados:** Se incluyeron para el análisis 79 pacientes con AIJs y 43 pacientes con SIM-C. De ellos, 17 pacientes con AIJs presentaron un total de 22 eventos de SAM, 10 (59%) varones, edad X al evento 7,22 años (RIC 5.13-8.89). En relación a las manifestaciones clínicas, 20 (91%) eventos cursaron con fiebre, 14 (67%) visceromegalias y 9 (43%) compromiso orgánico, dentro de los cuales el compromiso cardíaco se presentó en un evento (miocarditis) y en otro evento compromiso gastrointestinal (pancreatitis). Al momento del diagnóstico se detectó anemia HbX9,9 g/dL (RIC 8-10.5), plaquetopenia: X102000/mm<sup>3</sup> (RIC 71000-174000) y linfopenia en 7 (34%) eventos, X 1130/mm<sup>3</sup> (RIC 695 - 1327). En relación a reactantes de fase aguda: PCR X 170,1 (RIC 99,93-213,55), VSG X 16,5 (RIC 9-40) y ferritina X 20,921 ng/ml (RIC 73- 554). En 9 eventos (41%) los pacientes ingresaron a UTI. Todos recibieron corticoides EV, 75% ciclosporina y 19% gammaglobulina. Cinco pacientes (23%) fallecieron por falla multiorgánica (1 en contexto de shock séptico y otro además hemorragia cerebral). De los pacientes incluidos con SIM-c: 7 pacientes desarrollaron SAM, 2 (28,5%) varones, con una edad X al evento de 10,1 años (RIC 5,54-15,75). Cinco (71%) de estos pacientes presentaban morbilidad asociada (2 leucemias, 2 renales crónicas y un paciente con mielomeningocele). En relación a la confirmación de infección por COVID, 3(43%) tuvieron PCR positiva y 6 (86%) IgG para SARS-CoV-2. Todos los niños presentaron fiebre y compromiso hemodinámico con shock e ingreso a UTI, 5 pacientes (71%) tuvieron compromiso gastrointestinal (dolor abdominal, diarrea, vómitos) y todos compromiso cardíaco con aumento de enzimas cardíacas: troponinaX 141,7ng/l (RIC 95-703.9) y PROBNP X 15800 pg/ml (RIC 2609-22888), 4 (57%) alteración del ecocardiograma (septum hipoquinético, derrame pericárdico, disminución de la función del VI, refringencia de arterias coronarias). Todos presentaron linfopenia X400/mm<sup>3</sup> (RIC 240-850), ferritina X2158 ng/ml (1484.7-4744). Todos los pacientes recibieron tratamiento con gammaglobulina, 6 pulsos de metilprednisolona y 3 agentes biológicos (tocilizumab, uno de ellos además anakinra). Dos pacientes (28,5%) fallecieron por falla multiorgánica (uno en contexto de una sepsis). Al comparar ambos grupos observamos predominancia sexo masculino en SAM-AIJs (10 vs 2), mayor compromiso gastrointestinal (71 vs % 4,5% p,003) y cardiológico (100% vs 4,5% p,038) en SAM-SIM-C, desde el laboratorio, se observó linfopenia (100% vs 34% p,02) y niveles de ferritina más bajos (X 2158 vs 20921 p,007) en SAM-SIM-C siendo la causa de muerte, la falla multiorgánica, en ambos grupos

**Conclusiones:** Desde el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2, se reconoce un nuevo fenotipo de cuadro de hiperinflamación (SIM-C). Es importante frente a todo niño febril internado con disfunción multiorgánica, pensar en la posibilidad de SAM asociado a SARS-CoV-2. Observamos ciertas diferencias al compararlo con SAM-AIJs: mayor disfunción cardiológica y gastrointestinal, presencia de linfopenia y menores niveles séricos de ferritina.

0186

## ARTERITIS DE TAKAYASU EN UNA COHORTE PEDIÁTRICA

Agustina SHARRUF, Victoria TORREGIANI, Silvia MEIORIN, Graciela ESPADA

HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUTIÉRREZ, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

**Introducción:** La arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis idiopática, granulomatosa de grandes vasos, que afecta la aorta y sus ramas principales. Es una entidad de rara ocurrencia en Pediatría, siendo la principal causa de arteriopatía aortoestenótica. Las manifestaciones clínicas al debut son en general inespecíficas, lo cual conlleva a un marcado retraso al diagnóstico. El mismo se basa en manifestaciones clínicas, incluido una historia de inflamación sistémica y hallazgos angiográficos compatibles con vasculitis de grandes vasos.

**Objetivos:** Analizar las formas clínicas de presentación (manifestaciones clínicas y radiológicas), evolución y abordaje terapéutico de niños con AT en seguimiento en un hospital pediátrico terciario.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron pacientes con AT (EULAR-PRINTO-PreS'08) de inicio antes de 16 años (2004-21). Se analizaron variables demográficas, clínicas, de laboratorio e imágenes (angioresonancia, PET-TC, Eco-doppler). Clasificación angiográfica de lesiones vasculares según Numano (Moriwaki '97). Actividad de la enfermedad PVAS (Dolezalova '15) e ITAS (Misra '10). Análisis estadístico descriptivo.

**Resultados:** Se incluyeron ocho pacientes (6 mujeres, 75%) con una edad mediana al debut de 12,8 años (RIC 9,76-14,25). Tiempo mediano de demora al dx 4,9 meses (RIC 2,7-13,5) y de seguimiento de 5,1 años (RIC 1,27-5,76). Al inicio solo tres pacientes (37,5%) presentaron fiebre prolongada y síntomas constitucionales. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron soplos abdominales n=7 (88%), HTA n=6 (75%), y 5 pacientes (63%) presión diferencial >10 mmHg (MS vs MI) y claudicación intermitente. La mitad de los pacientes presentó manifestaciones cardiológicas (miocardiopatía dilatada, síncope, disnea, insuficiencia cardíaca) y gastrointestinales (dolor abdominal y vómitos). En cuanto a los datos de laboratorio al diagnóstico, la media de ERS fue 60 mm/h (DE+17,9), PCR 29 mg/l (DE+43,27) y hemoglobina 10,2 g/dl (DE+1,54). El estudio por imágenes más utilizado fue la angioRMN, siendo prevalente el subtipo IV de la clasificación vigente (62,5%, n=5), mientras los subtipos I, IIb y V solo se observaron en un paciente (12,5%). Todos los pacientes (n=8, 100%) presentaban estenosis vasculares. Las arterias más afectadas fueron: aorta abdominal (50%), renales (37,5%) y carótidas (25%). Se realizó PET-TC en 2 pacientes para reevaluar actividad, sin observar hipercaptación en los estudios. Al diagnóstico la mediana de score de PVAS fue 18 (RIQ 15-19,5) y de ITAS 13 (RIQ 10,5-14,75). La totalidad de pacientes recibió tratamiento con corticoesteroides en altas dosis (24% en pulsos EV) y metotrexato (15 mg/m<sup>2</sup>/semana, vía parenteral). Cinco pacientes requirieron del uso de terapia biológica por refractariedad al MTX: infliximab (n=3) (con intercambio a etanercept en 1 paciente por falta de respuesta) y tocilizumab (n=2). Todo requirieron terapia hipotensora enérgica y un tercio combinación de 2 o 3 drogas antihipertensivas. Se realizaron cuatro intervenciones quirúrgicas en 3 pacientes (37,5%) a tiempo X de 1,5 meses desde el diagnóstico (DE 21,1). Se colocaron stent en arterias renales, de los cuales uno necesitó además dilatación vascular. A la última consulta observamos una mejoría de la actividad de la enfermedad en 6 pacientes: PVAS X 1,14 (RIQ 0-0,5) e ITAS X 1 (0,5-2) y solo el 25% (n=2) alcanzó PVAS 0 (inactividad clínica). Llamativamente un paciente desarrolló en forma secuencial vasculitis ANCAp MPO+ con falla renal terminal. Ningún paciente falleció.

**Conclusiones:** En nuestra cohorte de pacientes pediátricos con AT los motivos de consulta más frecuentes fueron el hallazgo de soplos a nivel abdominal e HTA. El subtipo de lesión angiográfica más frecuente fue tipo IV. Todos los pacientes recibieron corticoides y metotrexato, y un 62,5% (n=5) agentes biológicos. Si bien se logró mejoría clínica y de laboratorio en la mayoría de los niños (62,5%), solo dos pacientes alcanzaron la inactividad clínica.

## Posters

0215

### ESCLEREDEMA DE BUSCHKE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Rocío HERNÁNDEZ, Vanesa CERVETTO, María Isabel BRUSCO, Alejandra PRINGE, María MARCANTONI

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

**Introducción:** El escleredema de Buschke es un trastorno poco frecuente, de etiología desconocida. Afecta todas las razas y es más prevalente en el sexo femenino. Su distribución por edades es 29% en menores de 10 años, 22% entre los 10 y 20 años y 49% en mayores de 20 años. Puede ser precedido por un cuadro gripal y hasta un 65% de los pacientes desarrolla una infección estreptocócica con títulos de ASTO altos. En la histología se caracteriza por exceso de mucopolisacáridos ácidos en la dermis. Se describen tres subtipos de escleredema: tipo I, como enfermedad autolimitada de inicio agudo que se presenta luego de un episodio febril, secundario generalmente a una infección de vías respiratorias; el tipo II o idiopático, que ocurre como trastorno progresivo, sin antecedente infeccioso, generalmente asociado a paraproteinemias y mieloma múltiple; y, el tipo III, que se presenta como enfermedad crónica de larga evolución, asociado a diabetes mellitus. En la exploración física se encuentra edema duro, simétrico, que afecta la parte posterior y lateral del cuello; progresa a cara, hombros, brazos y tórax. Los glúteos, piernas y abdomen se afectan en menor grado (10%). Respeta manos, pies y genitales. La enfermedad avanza generalmente en una a dos semanas, aunque puede continuar haciéndolo durante varios meses. Persiste por espacio de seis semanas a dos años, para después desaparecer espontáneamente. El compromiso sistémico en el escleredema incluye manifestaciones cardíacas y musculoesqueléticas.

**Objetivos:** Describir el caso clínico de un niño de 3 años que se manifestó clínicamente con induración de cara y tronco de 1 semana de evolución, y cuyo diagnóstico etiológico fue escleredema de Buschke.

**Materiales y Métodos:** Descripción del caso: niño de 3 años de edad, previamente sano, que concurre a nuestra institución por presentar induración súbita y simétrica con pérdida de pliegues y líneas de expresión que afectaba cara, cuello y tórax y en menor medida abdomen y miembros inferiores de 1 semana de evolución. Refiere como antecedente cuadro de vía área superior 1 mes previo a la consulta. Con sospecha de escleredema de Buschke se decide su internación; se realiza laboratorio con reactantes de fase aguda y complemento dentro de límites normales, FAN, RNP, anti DNA y SCL 70 negativos, ASTO normal, cultivo para *Streptococo piogenes* positivo, valoración cardiológica normal y biopsia de piel informada como escleredema. Se indica tratamiento antibiótico y curso breve de esteroides a 1 mg/kg/día y analgesia con buena respuesta al tratamiento instaurado.

**Conclusiones:** Se presenta un paciente con escleredema de Buschke, secundario a infección por *Streptococo piogenes*, cuadro poco frecuente, cuyo diagnóstico es fundamentalmente clínico y requiere del conocimiento previo de esta entidad, para frente a un paciente en edad pediátrica que consulta por induración de instauración súbita principalmente a nivel de cara y región posterolateral del cuello, pensarlo como diagnóstico posible.

0219

### EXPERIENCIA DE CONSULTORIO DE TRANSICIÓN EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS REUMÁTICAS EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Patricia Tatiana VELASCO HERNÁNDEZ, Mayra ETCHEVERRY, Alejandra Inés ABALO, María Julia PAPAGNO, Betancur GRACIELA, Sabrina Marta ARGUELLO, Adrián Jorge ESTÉVEZ

HOSPITAL EL CRUCE NÉSTOR KIRCHNER

**Introducción:** Durante las últimas décadas el tratamiento de los pacientes con enfermedades reumáticas pediátricas ha evolucionado sustancialmente mejorando la supervivencia y la calidad de vida. La transición es un proceso holístico, multidisciplinario y activo que aborda no solo necesidades médicas sino también psicosociales, educativas y vocacionales de los adolescentes y adultos jóvenes a medida que pasan de la atención pediátrica a la del adulto. Si bien la transición comienza dentro de la Pediatría, ésta continúa hacia los servicios para adultos, no está necesariamente relacionada con la edad biológica, sino con la madurez. A fin de homogenizar las poblaciones, los rangos etarios contemplados en este proceso van desde los 14 años hasta los 24 años. Se ha publicado que hasta un 45% de los reumatólogos pediátricos es reacio a atender a pacientes mayores de 18 años y un 50% de los reumatólogos adultos a tratar a pacientes menores de 17 años, por tal motivo la necesidad de generar servicios de transición en el área de Reumatología Pediátrica se ha convertido en un desafío de la práctica habitual. A pesar de esta creciente demanda, los cambios han sido lentos y existen informes de fallas a los tratamientos debido a la baja adherencia del paciente cuando no se realiza una transición planificada. La evidencia actual acerca de la experiencia de consultorios de transición es limitada y no existen datos publicados a nuestro conocimiento en Argentina.

**Objetivos:** 1) Describir nuestro modelo de atención transicional adaptado a las características y recursos de nuestro centro; 2) dar visibilidad del recurso disponible como centro de transición en enfermedades reumáticas en nuestra zona geográfica; 3) generar evidencia inicial en aspectos de transición reumatológica en Argentina. 4) analizar variables requeridas para estudios posteriores.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal por revisión de historias clínicas, en pacientes mayores de 14 años hasta los 24 años con patologías reumatológicas. Se incluyeron todos los pacientes que figuraban en el consultorio de transición desde su apertura en el año 2011 hasta agosto de 2021. Se recolectaron variables demográficas, edad y diagnóstico a su derivación y tiempo de seguimiento en nuestra unidad. Las variables cualitativas se analizaron por medio de frecuencias absolutas y porcentajes, las variables cuantitativas se analizaron por medio de promedios, medias, desviaciones estándar, mínimos y máximos.

**Resultados:** Se evaluó un total de 98 historias clínicas, solo 53 cumplían con los criterios de inclusión. 77,35% fue mujer y 22,65% hombres, la edad promedio para la transición fue de 18,96 años, con un seguimiento en promedio hasta el cierre de esta evaluación de 2,34 años. El diagnóstico más frecuente correspondió a artritis idiopática juvenil (33,9%), seguido de lupus eritematoso sistémico (26,41%), fenómeno de Raynaud (7,54%), vasculitis (5,66%), uveítis (3,77%), fibromialgia (3,77%) y otros (5,66%). Los 53 pacientes fueron evaluados en el consultorio de transición, que consta con la participación del médico reumatólogo pediatra y de adultos, con la posibilidad de ser evaluado por los servicios de Nefrología, Neurología, Dermatología, Oftalmología y Neumonología en el área de transición, el mismo día, en caso de requerirlo.

**Conclusiones:** La generación de consultorios de transición en nuestra experiencia incrementó la adherencia, disminuyó las policonsultas, acortó los tiempos de evaluación y mejoró la contención al paciente y la familia al optimizar la conducta terapéutica en acuerdo entre las distintas especialidades. Son claros los beneficios de los consultorios de transición en Reumatología, y aunque su implementación vaya instaurándose de forma pausada, la colaboración y difusión de este servicio nos dejará grandes réditos en el futuro. Además, la publicación de datos y experiencias podría ser la base para la generación de investigación en esta área de interés.