

35°

CONGRESO SOCHIRE 2025

ORGANIZA SOCIEDAD CHILENA DE REUMATOLOGÍA



MODALIDAD ONLINE
Y PRESENCIAL

LIBRO CONGRESO EDICIÓN ESPECIAL



"75 años avanzando juntos
por la reumatología chilena"



35°

CONGRESO SOCHIRE 2025

ORGANIZA SOCIEDAD CHILENA DE REUMATOLOGÍA

INTRODUCCIÓN

El año 2025 marcó un hito trascendental para la reumatología chilena. La realización del 35° Congreso Chileno de Reumatología, entre el 1 y el 3 de octubre de 2025 en el Hotel Sheraton Santiago, coincidió con la conmemoración de los 75 años de la Sociedad Chilena de Reumatología (SOCHIRE), una institución que desde 1949 ha impulsado el desarrollo académico, científico y profesional de la especialidad en Chile.

El congreso, organizado bajo la presidencia de la Dra. Alejandra Álvarez, congregó a especialistas de todo el país y del extranjero en un formato híbrido, que permitió ampliar la participación y facilitar el acceso a conferencias, talleres y mesas científicas. La dirección científica estuvo a cargo del Dr. Patricio Chahuán, quien lideró la construcción de un programa académico diverso y de alto nivel, orientado a actualizar conocimientos en enfermedades autoinmunes, terapias biológicas, artritis inflamatorias, osteoporosis, vasculitis, dolor musculoesquelético y otras áreas relevantes para la práctica clínica.

La importancia del Congreso 2025 estuvo estrechamente ligada a la conmemoración del septuagésimo quinto aniversario de SOCHIRE. Durante tres cuartos de siglo, la sociedad ha sido protagonista del desarrollo de la reumatología en Chile, promoviendo investigación, formación continua, colaboración interdisciplinaria y la construcción de una comunidad médica cohesionada y comprometida con la calidad del cuidado de los pacientes. El aniversario fue reconocido en distintas instancias del congreso, culminando en una Cena de Clausura Conmemorativa, donde se destacó el aporte de generaciones de reumatólogos y se rindió homenaje a figuras claves de la historia institucional. En la ceremonia se reconoció al Comité de la Ley Ricarte Soto, se entregó el homenaje a Socio Honorario 2025 y se realizó un emotivo tributo In Memoriam. Asimismo, durante la jornada se realizó el cambio de directorio para el periodo 2026–2027, marcando la continuidad del trabajo institucional y reafirmando la misión de SOCHIRE de fortalecer la especialidad tanto en el ámbito clínico como académico.

The logo for the 35th congress, featuring the number '35' in a stylized font with a degree symbol, set against a red and blue background.

**CONGRESO
SOCHIRE 2025**

ORGANIZA SOCIEDAD CHILENA DE REUMATOLOGÍA



INTRODUCCIÓN

El Congreso 2025 también permitió presentar a los socios un balance general del último año, incluyendo avances en educación médica continua, gestión financiera, fortalecimiento societario y proyecciones estratégicas. Dentro de estos ejes, la presidenta destacó la creciente relevancia de la industria en el financiamiento y la necesidad de trabajar con criterios éticos y transparentes que garanticen la sostenibilidad de la sociedad científica.

La conmemoración de los 75 años de SOCHIRE dio un marco histórico y de proyección al Congreso 2025. No solo fue una instancia de actualización científica, sino también un espacio de reconocimiento a la trayectoria institucional y de reflexión respecto del futuro de la reumatología chilena, marcado por nuevos desafíos terapéuticos, el crecimiento de la investigación clínica y la creciente prevalencia de patologías musculoesqueléticas en la población.

El 35° Congreso se consolidó como un espacio de encuentro, intercambio y crecimiento profesional, reforzando el compromiso de SOCHIRE con la excelencia académica y con la comunidad médica nacional.

35°

CONGRESO SOCHIRE 2025

ORGANIZA SOCIEDAD CHILENA DE REUMATOLOGÍA



DIRECTIVA SOCHIRE



Dra. Alejandra Álvarez
Presidenta



Dra. Marcela Godoy
Past Presidenta



Dr. Mervin Piñones
Secretario General



Dr. Alejandro Fuentes
Tesorero



Dra. Verónica Wolff
Secretaria Científica



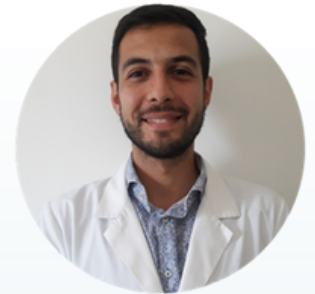
Dra. Nancy Andrade
Representante Pediatría



Dra. Andrea Bancalari
Representante Filiales



Dra. Pamela Wurmann
Directora



Dr. José Miguel Chahuán
Director

35°

CONGRESO SOCHIRE 2025

ORGANIZA SOCIEDAD CHILENA DE REUMATOLOGÍA



MENSAJE PRESIDENATA

El 35° Congreso Chileno de Reumatología representa un hito doblemente significativo para nuestra comunidad. No solo congregó a especialistas, investigadores y profesionales de la salud de todo el país y del extranjero, sino que coincidió con la celebración del 75° aniversario de la Sociedad Chilena de Reumatología (SOCHIRE), una institución que ha sido pilar fundamental en el desarrollo de la especialidad en Chile.

A lo largo de estas décadas, SOCHIRE ha impulsado la formación, investigación, docencia y la articulación de equipos clínicos comprometidos con mejorar la atención de pacientes con enfermedades reumatológicas. Celebrar nuestro aniversario en el marco del congreso reafirma nuestra identidad y nuestra vocación histórica de contribuir al progreso de la medicina chilena.

Este encuentro permitió actualizar conocimientos, generar redes, y proyectar el futuro de la reumatología en un país donde las patologías musculoesqueléticas son cada vez más prevalentes y requieren respuestas multidisciplinarias, modernas y humanas.

Dra. Alejandra Álvarez
Presidenta



35°

CONGRESO SOCHIRE 2025

ORGANIZA SOCIEDAD CHILENA DE REUMATOLOGÍA



PROGRAMA DEL CONGRESO

CURSOS PRE-CONGRESO

<p>09:00 - 17:30 h</p> <p>Inteligencia Artificial</p> <p>Coordinadores: Dr. Alejandro Benítez Dra. Agustina Alfaro</p> <p>09:00 Introducción a la inteligencia artificial (IA) Dr. Alejandro Benítez</p> <p>10:30 Herramientas de IA para el apoyo en la práctica clínica. Dr. Alejandro Benítez</p>	<p>09:00 - 17:30 h</p> <p>Manejo compromiso de patología de partes blandas</p> <p>Coordinadores: Dra. Francisca Bozán Dr. Jaime Avaria</p> <p>09:00 Cervicobraquialgia: Cómo, cuándo y porqué. Dr. Marco Ganga</p> <p>09:30 Capsulitis adhesiva idiopática de hombro. Dr. Cristóbal Maccioni</p> <p>10:00 Sd. Túnel Carpiano y tenosinovitis estenosante Dra. Marco Naranjo</p>	<p>09:00 - 17:30 h</p> <p>Enfrentamiento clínico del compromiso cutáneo en Reumatología</p> <p>Coordinadores: Dr. Douglas del Castillo Dra. Verónica Mezzano</p> <p>09:00 Lesiones elementales de piel con enfoque reumatológico Dra. Catalina Hasbún</p> <p>09:30 Lesiones de pelo y uñas para reumatólogos Dr. Jorge Larrondo</p> <p>10:00 Histopatología cutánea de enfermedades reumatológicas Dra. Kharla Pizarro</p>
<p>10:30 - 11:00 h Café</p>		
<p>11:00 Herramientas de IA para búsqueda bibliográfica Dra. Agustina Alfaro</p> <p>12:00 Estrategias de Medical Writing: herramientas de IA Dra. Agustina Alfaro</p>	<p>11:00 Dolor de cadera No artrósico. Dr. Cristián Barrientos</p> <p>11:30 Disfunción Patelofemoral y tendinopatías de la rodilla Dr. Miguel Palet</p> <p>12:00 Fascitis plantar, pinzamiento de tobillo y uso de plantillas Dr. Manuel Pellegrini</p> <p>12:30 Síndrome Miofascial: el invitado no deseado Dra. Paola Amador</p>	<p>11:00 Lupus cutáneo: manifestaciones cutáneas específicas e inespecíficas. Dr. Javier Arellano</p> <p>11:30 Miopatías inflamatorias Dermatomiostitis: presentaciones clínicas y diagnósticos diferenciales Dr. Javier Arellano</p> <p>12:00 Pioderma gangrenoso: clasificación, diagnóstico y enfrentamiento terapéutico. Dra. Lia Hojman</p> <p>12:30 Psoriasis: diferencias según localizaciones y sus principales simuladores. Dra. Daniela Armijo</p>
<p>13:00 - 14:00 h Simposio almuerzo Janssen Simponi®: Optimizando el tratamiento en artritis reumatoide basado en evidencia del mundo real. Dr. Carlos Toro, Presidente Electo de PANLAR</p>		
<p>14:30 Medicina Basada en datos Dr. Alejandro Benítez</p> <p>15:00 Estadística descriptiva asistida por IA Dr. Alejandro Benítez y Dra. Agustina Alfaro</p>	<p>14:30 Plasma rico en plaquetas (PRP) y otros hemoderivados autólogos en tendinopatías y lesiones de tejidos blandos: mecanismos biológicos y evidencia. Dr. Rodrigo Arancibia</p> <p>15:00 Uso de PRP en patología muscular y tendinea. Dr. Nicolás García</p>	<p>14:30 Infecciones cutáneas en inmunosuprimidos reumatológicos Dr. Roberto Bustos</p> <p>15:00 ESP, morfea y otros síndromes esclerodermiformes Dra. Viera Kaplan</p>
<p>15:30 - 16:00 h Café</p>		
<p>16:00 Creación de presentaciones asistidas Dr. Alejandro Benítez y Dra. Agustina Alfaro</p>	<p>16:00 Ondas de choque y cámara hiperbárica en el manejo de patología de partes blandas. Dr. Kai Camus</p> <p>16:30 Importancia de las ocupaciones en el abordaje no farmacológico en reumatología. Stephanie Prieto</p> <p>17:00 Infiltraciones: ¿Qué tan actualizados estamos? Dra. Carolina Foster</p>	<p>16:00 Compromiso mucoso de enfermedades reumatológicas Dr. Rodrigo Meza</p> <p>16:30 Tratamientos cosméticos: toxina botulínica, fillers, lipotransferencia, terapias láser. Dra. Natacha Quezada</p> <p>17:00 Enfrentamiento del púrpura, diagnósticos reumatológicos y otros diferenciales. Dra. Adriana Castrillón</p>

CEREMONIA INAUGURAL CONGRESO

<p>17:30 - 18:00 h</p>	<p>Charla Inaugural 75 años avanzando juntos por la Reumatología Chilena Dra. Alejandra Álvarez</p>
<p>18:00 - 19:00 h</p>	<p>Simposio Inaugural - Adium “Olumiant en Artritis Reumatoide moderada a grave” Dr. Daniel Aletaha (Viena - Austria)</p>
<p>19:00 h</p>	<p>Cóctel de bienvenida Congreso</p>

Bloque 1 OSTEOPOROSIS

- 09:00 - 09:30 h **Traigo una densitometría ósea y tengo 50 años -Llevo 5 años de tratamiento ¿Ahora qué?**
Dr. Pablo Florenzano
- 09:30 - 10:00 h **¿Sabemos los reumatólogos evitar la osteoporosis inducida por corticoides?**
Dr. Oscar Neira
- 10:00 - 10:30 h **Nuevas terapias en el tratamiento de la osteoporosis**
Dr. Pablo Florenzano
- 10:30 - 11:00 h Café

Bloque 2 SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS

- 11:00 - 11:30 h **Manejo de las manifestaciones "no criterios" valvulopatías, trombocitopenia con trombosis**
Dr. Ricard Cervera (España)
- 11:30 - 12:00 h **Manifestaciones neurológicas en SAF más allá de lo trombótico.** Dr. César Romero
- 12:00 - 12:30 h **Microangiopatía trombótica y SAF catastrófico,**
Dr. Ricard Cervera (España)

12:30 - 13:00 h Visita a Trabajos científicos

- 13:00 - 14:00 h **Simposio almuerzo** Boehringer Ingelheim
Enfermedad pulmonar intersticial y autoinmunidad: un enfoque multidisciplinario para un desafío clínico complejo. Dra. Laura Alberti, Dra. Silvana Saavedra, Dra. Patricia Bitar

Bloque 3 EMBARAZO

- 14:30 - 15:00 h **Manejo SAF obstétrico no criterio; manejo preconcepción.** Dr. Mauro Parra
- 15:00 - 15:30 h **Seguimiento y manejo de las complicaciones maternas en el embarazo en LES.** Dra. Francisca Sabugo
- 15:30 - 16:00 h **Caso clínico y mesa redonda complicaciones en el embarazo en LES: enfoque en el feto**
Dra. Francisca Valenzuela, becada presentadora del caso
Panelistas: Dr. Mauro Parra, Dra. Francisca Sabugo
- 16:00 - 16:30 h Café

Bloque 4 LUPUS

- 16:30 - 17:00 h **Actualización nefritis lúpica y realidad local**
Dra. Carolina Cuellar
- 17:00 - 17:30 h **Anifrolumab en Latinoamérica**
Dra. Alejandra Babini (Argentina)
- 17:30 - 18:00 h **Mesa redonda: casos clínicos LES Anifrolumab vs Belimumab vs Rituximab**
Dr. José Sampayo, becado presentador del caso
Panelistas: Dr. Ricard Cervera, Dra. Alejandra Babini, Dra. Carolina Cuellar, Dr. Fernando González
- 18:00 - 19:00 h **Simposio cóctel Abbvie**
¿Qué nos dice la evidencia y la experiencia sobre el uso de Rinvoq® en Artritis Reumatoide? Dra. Alejandra Babini

08:00 - 09:00 h

Simposio desayuno GSK

Herpes Zóster en Reumatología: ¿Estamos Haciendo lo Suficiente en Prevención?

Dra. Viviana Maluje

Bloque 5

ESCLERODERMIA

09:00 - 09:30 h

Fenómeno de Raynaud severo ¿qué hacer? manejo de las úlceras y la isquemia digital

Dra. Antonia Valenzuela

09:30 - 10:00 h

Compromiso gastrointestinal: diagnóstico precoz y tratamiento. Estudio y manejo del SIBO, gastroparesia e incontinencia fecal. Dr. Esteban Glasinovic

10:00 - 10:30 h

Enfrentamiento de la esclerodermia temprana: a quién tratar y con qué, limitada versus difusa

Dr. Daniel Fernández (Colombia)

10:30 - 11:00 h

Café

Bloque 6

CIRUGÍA

11:00 - 11:30 h

Manejo de FARME´s sintéticos y biológicos durante el perioperatorio. Dr. Alejandro Fuentes

11:30 - 12:00 h

Prótesis de manos en qué estamos/manejo quirúrgico de artropatías de manos. Dr. Felipe Saxton

12:00 - 12:30 h

Diagnóstico y tratamiento de la necrosis avascular

Dra. Anne-Marie Chassin-Trubert

12:30 - 13:00 h

Visita Trabajos científicos

13:00 - 14:00 h

Simposio almuerzo Fresenius Kabi

De la totalidad de la evidencia al acceso: tocilizumab biosimilar en la práctica clínica. Dr. Ricardo Blanco Alonso

Bloque 7

OFTALMOLOGÍA

14:30 - 15:00 h

Melting corneal y escleritis necrotizante, PUK casos clínicos/manejo. Dr. Pablo Sabat

15:00 - 15:30 h

Manejo del ojo seco: diagnóstico diferencial y evaluación más allá del test de Schirmer. Dr. Andrés Codriansky

15:30 - 16:00 h

Casos clínicos mesa redonda

Dra. Josefina Aguiluz y Dra. Magdalena Canals, becasas
Panelistas: Dr. Pablo Sabat, Dr. Andrés Codriansky
Dra. Ma. Teresa Marínez

16:00 - 16:30 h

Café

Bloque 8

ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS

16:30 - 17:00 h

Inhibidores JAK en espondiloartritis y artritis psoriásica: evidencia actual.

Dr. Ricardo Blanco (España)

17:00 - 17:30 h

Biomarcadores emergentes en Artritis Reumatoide hacia una medicina de precisión.

Dra. Josefina Durán

17:30 - 18:00 h

Tratamiento personalizado en espondiloartritis: cómo elegir la terapia ideal según el perfil clínico.

Dr. Sebastián Ibáñez

18:00 - 19:30 h

ASAMBLEA SOCIOS

08:00 - 09:00 h

Simposio desayuno Astrazeneca

Camino a la Remisión: LES & El Nuevo Horizonte con Anifrolumab
Dra. Alejandra Babini

Bloque 9

SÍNDROME DE SJÖGREN

09:00 - 09:30 h

Diagnóstico y tratamiento del compromiso oral

Dr. Sebastián Campos

09:30 - 10:00 h

Compromiso renal en síndrome de Sjögren

Dr. Eric Roessler

10:00 - 10:30 h

Nuevas terapias en Síndrome de Sjögren

Dra. Silvana Saavedra

10.30 - 11:00 h

Café

Bloque 10

LO MEJOR DEL AÑO

11:00 - 11:30 h

Lo mejor del año ciencias básicas.

Dr. Claudio Karsulovic

11:30 - 12:00 h

Ética en las licencias médicas.

Dra. Alejandra Álvarez

12:00 - 12:30 h

Lo mejor del año en clínica.

Dr. Sebastián Campos

12:30 - 13:00 h

Charla "Dr. Fernando Valenzuela Ravest"

13:00 - 14:00 h

Simposio almuerzo Novartis

T2T Strategy in axSpA: elevating the standard of care in axSpA treatment
Dra. Sofía Ramiro

Bloque 11

PRESENTACIÓN TRABAJOS GANADORES

14:20 - 14:40 h

Reumatología clínica

14:40 - 15:00 h

Reumatología ciencias básicas

15:00 - 15:20 h

Reumatología en Chile

15:30 h

Cierre del Congreso - Preparación Cena

20:00 h

Cena y Fiesta



08:30 - 08:45 h

Inscripción al curso

08:45 - 09:00 h

Bienvenida, Dra. Nancy Andrade

Bloque 1

MEJORES PRÁCTICAS

Moderador: Dra. Katherine Aránguiz, Dra. Pamela Salinas

09:00 - 09:30 h

Manejo dermatológico de mesenquimopatías

Dra. Ma. Laura Cossio

09:30 - 10:00 h

Calcinosis relacionada a DMJ

Dra. Lisa Rider (Estados Unidos)

10:00 - 10:30 h

Suspendiendo la terapia inmunosupresora: Cuándo y cómo

Dra. Mabel Ladino

10:30 - 11:00 h

Café

Bloque 2

ADOLESCENCIA

Moderador: Dr. Benito González, Dra. Natalia Gutierrez

11:00 - 11:30 h

Los desafíos en el aumento de la edad pediátrica

Dra. Loreto Correa

11:30 - 12:00 h

Manejo de la adolescente embarazada con patología reumatológica

Dra. Macarena Armstrong

12:00 - 12:30 h

Fertilidad en el adolescente reumatológico: mitos y evidencia

Dra. María José Miranda

12:30 - 14:00 h

Almuerzo/Simposio

Bloque 3

PATOLOGÍA REFRACTARIA

Moderador: Dr. Eduardo Talesnik, Dr. Mervin Piñones

14:00 - 14:30 h

LES refractario

Dra. Guiselle Villarreal (Argentina)

14:30 - 15:00 h

DMJ refractaria

Dra. Lisa Rider (Estados Unidos)

15:00 - 15:30 h

Uveítis refractaria

Dr. Pablo Sabat

15:30 - 16:00 h

Café

Bloque 4

LO MEJOR DEL AÑO Y AIJ

Moderador: Dra. Nancy Andrade, Dra. Catherine Bravo

16:00 - 16:30 h

JAK en AIJ: ¿Ya Estamos Allí?

Dra. Guiselle Villarreal (Ar)

16:30 - 17:00 h

Lo Mejor del Año en Reumatología Pediátrica

Dra. Sara Concha

20:00 h

Cena

35°

CONGRESO SOCHIRE 2025

ORGANIZA SOCIEDAD CHILENA DE REUMATOLOGÍA



TRABAJOS IN
EXTENSO
GANADORES EN
CADA CATEGORÍA

GANADOR CATEGORÍA BÁSICA

LOS PÉPTIDOS DERIVADOS DE LÍQUIDO Y TEJIDO SINOVIAL, NATURALMENTE PRESENTADOS POR DEL COMPLEJO PRINCIPAL DE HISTOCOMPATIBILIDAD HUMANO CLASE I (HLA-A-B-C), SON RECONOCIDOS ESPECÍFICAMENTE POR LAS CÉLULAS T CD8+ DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

(Human major histocompatibility complex class I [HLA-A-B-C] naturally presented synovial fluid and tissue peptides are specifically recognized by CD8+ T cells from patients with rheumatoid arthritis).

Lilian Soto^{1,2}, Daniela Schneider¹, Miqueas Jaime¹, Bárbara Pesce¹, María Carolina Cuéllar- Gutiérrez³, Francisca Bozán², Óscar Neira³, Montserrat Carrascal⁴, Diego Catalán¹, Jaxaira Maggi^{1,4}, Juan C. Aguillón¹. ¹Immune Regulation and Tolerance Research Group, Programa de Inmunología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ²Hospital Clínico de la Universidad de Chile. ³Sección de Reumatología, Hospital del Salvador. ⁴Biological and Environmental Proteomics Group, Institute of Biomedical Research of Barcelona (IIBB- CSIC), Spain.

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune que causa inflamación de la membrana sinovial de las articulaciones. La AR resulta de una respuesta inmune compleja iniciada y perpetuada por las células T CD4+ que reconocen péptidos autoantigénicos presentados por moléculas del complejo principal de histocompatibilidad humano (HLA) de clase II en la superficie de las células presentadoras de antígenos (APC) (1). Hasta la fecha, los datos sobre el papel de las células T CD8+ en la AR han sido escasos, pero la evidencia reciente sugiere que su homeostasis puede estar alterada. Así, se ha descrito un polimorfismo mononucleotídico (SNP) que afecta al alelo *HLA-B*08:01*, en el que la sustitución de un aminoácido en el surco de unión del péptido, conocido como HLA-B*8-Asparagina-9, se asociaría con un mayor riesgo de AR para aquellos pacientes con anticuerpos anti-péptidos/proteínas citrulinadas circulantes (ACPA+), en comparación con la presencia de residuos de histidina o tirosina para esa posición en la secuencia de aminoácidos (2). Por otro lado, se ha demostrado que cuando las células T CD8+ de pacientes ACPA+ se estimulan con antígenos citrulinados en el contexto de HLA de clase I, se produce la activación clonal y la expresión de mediadores citotóxicos y receptores de quimioquinas, lo que permitiría el ataque y la destrucción de las células diana. Esto indicaría que las células T CD8+ citotóxicas que se dirigen a las proteínas citrulinadas pueden contribuir a la inflamación sinovial y la destrucción del tejido articular (3).

Objetivo

Este estudio se enmarcó en definir el inmunopeptidoma asociado con moléculas HLA de clase I de las APCs del tejido sinovial (ST) de pacientes con AR, así como de células dendríticas (DCs) generadas de monocitos (MoDCs) y pulsadas con fluido sinovial (SF) de pacientes con AR, e identificar los péptidos reconocidos por las células T CD8+ de sangre periféricas de pacientes con AR.

Pacientes y Métodos

Se obtuvo muestras de ST de la rodilla de dos pacientes con AR a través de artroplastia. El tejido se lisó para extraer las proteínas. A su vez, se obtuvo SF de

15 pacientes con AR, con los cuales se realizó un pool y se les extrajo la albúmina y las inmunoglobulinas. Los complejos HLA-A-B-C/péptido se obtuvieron, mediante inmunoprecipitación con un anticuerpo policlonal contra moléculas HLA-ABC, a partir de las MoDCs generadas de sangre periféricas de 4 sujetos sanos (HS), que fueron pulsadas (SF- DCs) o no (UP-DCs) con parte del pool de SF, o alternativamente, se obtuvieron directamente de ST, en ambos casos de pacientes con AR. Los péptidos se aislaron mediante cromatografía líquida capilar y posteriormente fueron secuenciados mediante

espectrometría de masas de alta resolución (HPLC-MS/MS). Los péptidos aislados se discriminaron según los siguientes criterios: i) longitud peptídica mayor de 9 y menor de 12 aminoácidos (correspondiente al *core* para los péptidos restringidos por HLA de clase I); ii) afinidad teórica alta (SB, *strong binder*) o media (WB, *weak binder*) por los alelos de los donantes de ST o de los monocitos para generar MoDCs, y por las moléculas codificadas por los alelos *HLA-A*0201*, el más prevalente en la población, y *HLA-B*0801*, asociado con AR (para la afinidad teórica se empleó el algoritmo NetMHCpan 4.3; <https://services.healthtech.dtu.dk/services/NetMHCIIpan-4.3/>); iii) calidad espectral LC-MS/MS aceptable, y finalmente, iv) que las proteínas parentales de las cuales derivan los péptidos, hubieran sido descritas en autoinmunidad por células T, presencia de autoanticuerpos en suero o presentes en el ambiente sinovial. La inmunodominancia de los péptidos seleccionados, que en este trabajo sólo se focalizó a 11 de éstos, todos derivados de muestras de ST, se midió mediante su capacidad para activar las células T CD8+ de sangre periférica de pacientes con AR en comparación con las células de donantes sanos (HS), midiendo la expresión de IFN- γ y/o CD107a mediante citometría de flujo. La adquisición y el análisis se realizaron en un citómetro de flujo BD LSR Fortessa X-20, y el análisis posterior se realizó con el software FlowJo10.

Resultados y Discusión:

Considerando los dos primeros criterios, se encontró que 104 péptidos de las muestras de SF-DCs presentan una alta afinidad teórica por las moléculas HLA-ABC expresadas por los respectivos donantes de DC. Para las muestras de ST, el análisis de afinidad se restringió a 154 péptidos, 50 de ellos presentes en ambas muestras de ST, lo que resultó en 20 péptidos con alta afinidad por las moléculas HLA-ABC de los donantes. Considerando los dos criterios, se obtuvo 104 y 64 péptidos para las muestras de ST y SF-DC, respectivamente. Después de aplicar el cuarto filtro, el número se redujo a 19 y 12 péptidos de las muestras de ST y SF-DC, respectivamente, reduciendo así la complejidad experimental de analizar demasiados péptidos candidatos autoantigénicos individualmente. Los ensayos de inmunodominancia para los 11 péptidos derivados de ST demostraron frecuencias significativamente mayores de células T CD8+ que expresan IFN- γ en pacientes con AR en comparación con HS ($p < 0,05$) para los péptidos XPO1, USF1 y HEXB. Para la expresión de CD107a, se observaron diferencias significativas para los péptidos XPO1 y USF1. Al comparar las frecuencias de linfocitos T CD8+ que coexpresan ambos marcadores, se observaron diferencias significativas para los péptidos USF1 ($p < 0,0002$) y AHR ($p < 0,019$) (Tabla 1). Además, la magnitud de la respuesta específica de USF1 entre los pacientes con AR fue significativamente mayor que la obtenida con el péptido VIME ($p < 0,05$), cuya proteína parental se ha descrito ampliamente como un autoantígeno para la AR.

La estimulación de linfocitos T CD8+ con el péptido USF1 generó una respuesta significativa y específica de los linfocitos T CD8+ de pacientes con AR en términos de la co-expresión de IFN- γ y CD107a. Previamente, se habían identificado linfocitos T CD8+ Granzima B+/IFN- γ + activados por autoantígenos citrulinados en la sangre de pacientes con AR (3). Curiosamente, USF1 es una proteína intracelular que interactúa con ROR γ T, un factor de transcripción que regula el desarrollo de linfocitos Th17 y la expresión de IL-17, profundamente involucrados en la patogénesis de la AR (4). La identificación de autoantígenos en la AR podría abrir nuevas oportunidades para la generación de protocolos terapéuticos antígeno-específicos, mediante el uso de DCs tolerogénicas pulsadas con péptidos relevantes, que podrían restaurar la tolerancia en pacientes con esta enfermedad.

Referencias

1. Steenbakkers PGA, Baeten D, Rovers E, Veys EM, Rijnders AWM, Meijerink J, et al. The Journal of Immunology. 2003;170(11):5719–27.
2. Raychaudhuri S, Sandor C, Stahl EA, Freudenberg J, Lee HS, Jia X, et al. Nat Genet. 2012;44(3):291–6.
3. Moon JS, Younis S, Ramadoss NS, Iyer R, Sheth K, Sharpe O, et al. Nat Commun. 2023;14(1).
4. Ratajowski M, Walczak-Drzewiecka A, Sałkowska A, Dastyk J. The Journal of Immunology. 2012;189(6):3034–42.

Tabla 1. Percentage of rheumatoid arthritis (RA) patients and healthy subjects (HS) responding to the indicated peptides in terms of the co-expression of IFN- γ and CD107a by CD8+ T cells.

Parental protein of the peptide	% Responding RA patients (n)	% Responding HC subjects	p-value
AN32A	28.6% (4)	17.6% (3)	0.6705
XPO1	64.3% (9)	29.4% (5)	0.0759
MIF	42.9% (6)	17.6% (3)	0.2329
RFTN2	50.0% (7)	41.2% (7)	0.7247
CATD	42.9% (6)	17.6% (3)	0.2329
ANKH	42.9% (6)	11.8% (2)	0.0971
ETS1	50.0% (7)	29.4% (5)	0.2883
USF1	85.7 (12)	17.6% (3)	<0.0002 ***
AHR	64.3% (9)	17.6% (3)	<0,0119 *
HEXB	35.7% (5)	29.4% (5)	>0,9999
VIME	50.0% (7)	23.5% (4)	0,1535

GANADOR CATEGORÍA CLÍNICA

Riesgo de COVID-19 en pacientes con artritis reumatoide en terapia con antirreumáticos biológicos o sintéticos dirigidos, comparado con terapia convencional, en un centro de la zona austral de Chile

Dr. ZOSIMO FERNANDO MARAVI TORREALVA, Dr. BELLANIDES MANSILLA ARAVENA, PhD.
JUAN ORELLANA CACERES
HOSPITAL CLINICO MAGALLANES, CIGES

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica que afecta al 0,6% de la población chilena, con alto impacto en la calidad de vida. El tratamiento incluye FARME convencionales (scFARME), biológicos (bFARME) y sintéticos dirigidos (sdFARME). La pandemia por COVID-19 planteó la interrogante sobre el riesgo de infección y complicaciones en estos pacientes, especialmente bajo terapias inmunosupresoras. Este estudio busca aportar evidencia nacional.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional de cohorte retrospectiva, analítica, en el Hospital Clínico Magallanes. Se incluyeron 399 pacientes adultos con diagnóstico confirmado de AR. Se definieron dos grupos: expuestos (bFARME/sdFARME) y no expuestos (scFARME). Se analizaron desenlaces de infección confirmada por PCR SARS-CoV-2, hospitalización, ingreso a UPC y mortalidad. Se utilizó un modelo de regresión binomial para establecer un modelo de asociación basado en las variables de exposición, controlando las covariables y evaluando el potencial de confusión e interacción de variables conocidas (sexo, edad, nivel educativo, tipo de residencia, comorbilidades, duración de enfermedad, seropositividad, uso de glucocorticoides y estado de vacunación).

RESULTADOS

De los 399 pacientes, 69 (17,2%) fueron expuestos a bFARME/sdFARME y 330 (82,7%) no expuestos. La edad media fue 54,9 años, predominando mujeres (87,4%). El 83,2% fueron seropositivos y el 84,4% tenían vacunación completa contra SARS-CoV-2. La incidencia de COVID-19 fue 17,3%, con 18,8% de hospitalización, 7 ingresos a UPC y 6 muertes. El grupo expuesto presentó mayor riesgo de COVID-19 y hospitalización.

	no expuestos n=330	expuestos n=69	valor p
Edad media años (± D.S.)	55,5 (±14,6)	52,2(±14,4)	0,08
Sexo femenino n (%)	285 (86,3)	64 (92,7)	0,16
Educación básica o inferior n (%)	78 (31,2)	10 (16,9)	0,03
Educación media o superior n (%)	172 (68,8)	49 (83)	0,03
País origen Chile n (%)	248 (98,4)	60 (98,3)	1,00
Residencia urbana n (%)	218 (90,4)	57 (95,0)	0,31
Obesidad n (%)	128 (38,9)	28 (41,1)	0,78
Diabetes mellitus tipo 2 n (%)	55 (16,7)	9 (13,4)	0,58
Hipertensión arterial n (%)	130 (39,6)	24 (34,7)	0,49
Dislipidemia n (%)	39 (11,8)	5 (7,25)	0,39
Tabaquismo n (%)	174 (53,0)	30 (43,4)	0,18
Cardiopatía coronaria n (%)	10 (3,0)	2 (2,9)	1,00
Accidente cerebro vascular n (%)	9 (2,7)	0 (0)	0,36
Enfermedad renal crónica n (%)	5 (1,5)	0 (0)	0,59
Cancer n (%)	15 (4,7)	2 (2,9)	0,74
EPOC n (%)	9 (2,7)	0 (0)	0,36
Asma n (%)	12 (3,6)	4 (5,8)	0,49
EPD n (%)	14 (4,2)	5 (7,3)	0,34
Duración AR media años (± D.S.)	10 (±10,1)	14,6 (±10,1)	<0,01
Factor reumatoide positivo n (%)	239 (78,1)	58 (89,2)	0,04
Anti-CCP positivo n (%)	217 (76,4)	55 (87,3)	0,06
Dosis glucocorticoide - mg promedio (D.S.)	2,1 (±2,9)	3,3 (±3,5)	0,01
Metotrexato n (%)	236 (71,5)	52 (75,3)	0,55
Leflunomida n (%)	133 (40,3)	10 (14,4)	<0,01
Sulfasalazina n (%)	47 (14,2)	4 (5,8)	0,07
Hidroxicloroquina n (%)	164 (49,7)	16 (23,1)	<0,01
Vacunación esquema completo n (%)	276 (83,6)	61 (88,4)	0,36

Tabla 1. Características basales según asignación de grupo.

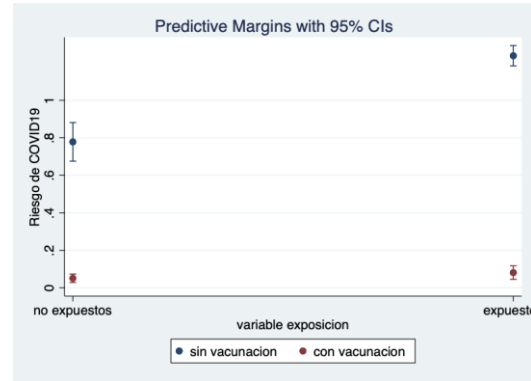
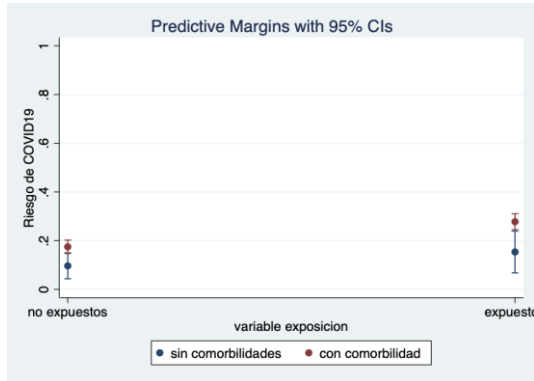
Tabla 2. Análisis regresión logística binomial para estimar el riesgo de COVID19 en pacientes en tratamiento con bFARME o sdFARME.

	RR	IC95%	p
Análisis univariado*	1,11	0,64 - 1,91	0,72
Análisis multivariado**	1,58	1,39 - 1,81	< 0,01
*Sin incluir variables confusión			
**Incluyendo las siguientes variables: comorbilidad, estado vacunación y edad.			

Figura 1. Riesgo de COVID19 según exposición, ajustado por variables de riesgo.

Exposición y comorbilidad

Exposición y estado de vacunación



Exposición / Comorbilidad / Vacunación

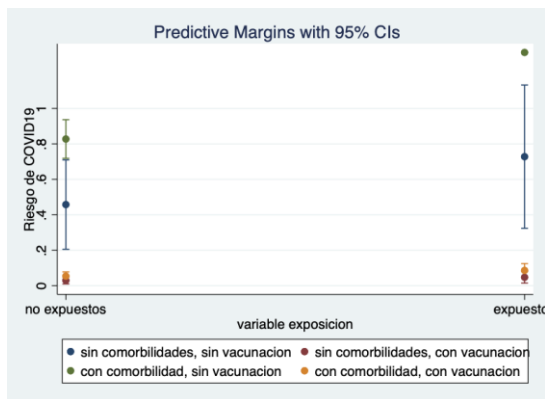
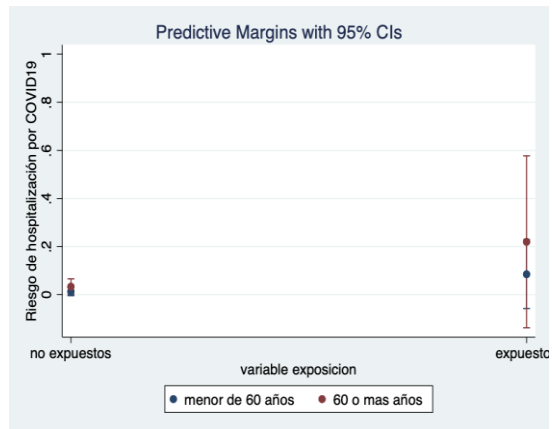
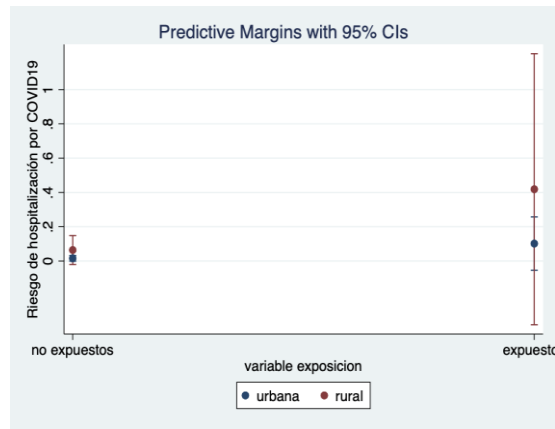


Figura 2. Riesgo de hospitalización por COVID19 según exposición, ajustado por variables de riesgo.

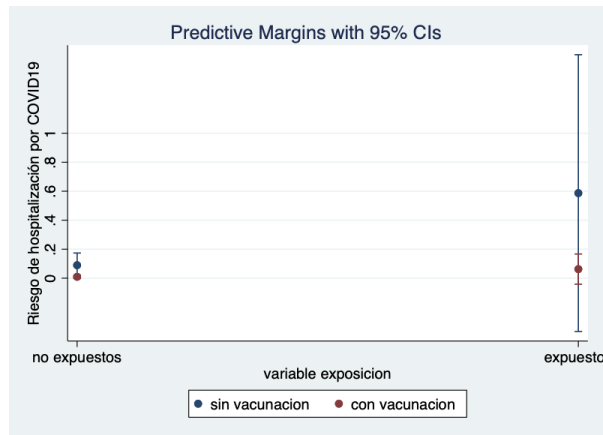
Exposición y grupo etario



Exposición y tipo de residencia



Exposición y estado de vacunación



DISCUSIÓN

Este trabajo muestra que los pacientes con AR bajo terapia con bFARME o sdFARME presentan un riesgo incrementado de infección y hospitalización por COVID-19, hallazgo consistente con reportes internacionales en otras cohortes de AR. Sin embargo, no se encontró aumento en el riesgo de ingreso a UPC ni mortalidad, lo que podría explicarse por la alta cobertura de vacunación y la implementación temprana de medidas preventivas en esta cohorte.

En comparación con estudios internacionales, los resultados difieren de algunos reportes que sugieren un rol protector de ciertos bFARME (anti-TNF), pero coinciden con evidencia que vincula terapias inmunosupresoras más potentes, como rituximab o inhibidores de JAK, con mayor riesgo de infección y hospitalización.

El contexto regional, la alta tasa de incidencia en Magallanes debido al turismo internacional y la movilidad poblacional, pudo haber influido en la mayor exposición al virus. Sin embargo, la

organización temprana del sistema de salud local y la rápida implementación de campañas de prevención y vacunación probablemente atenuaron la magnitud de complicaciones graves.

Entre las limitaciones del estudio se encuentran el diseño unicéntrico, el tamaño muestral relativamente reducido y la ausencia de información sobre la actividad de la AR al momento de la infección. No obstante, la calidad de los registros, junto con la objetividad en la definición de la exposición y desenlaces, otorgan solidez a los resultados.

CONCLUSIONES

Este primer estudio chileno en pacientes con AR aporta evidencia local sobre el impacto de COVID-19 según el régimen terapéutico:

Los pacientes tratados con bFARME o sdFARME tienen un mayor riesgo de infección por COVID-19 y de hospitalización.

No se observaron diferencias significativas en ingreso a UPC ni mortalidad.

Factores como comorbilidades, residencia rural y ausencia de vacunación completa aumentan el riesgo, mientras que la inmunización masiva aparece como una medida protectora clave.

En línea con recomendaciones internacionales, los FARME no deben suspenderse en ausencia de infección activa, pero se debe minimizar la exposición a glucocorticoides y reforzar estrategias preventivas de alto impacto, como la vacunación.

Estos hallazgos son relevantes para optimizar el manejo clínico de pacientes con AR en contextos de pandemia y resaltan la necesidad de estudios multicéntricos y de mayor tamaño muestral para evaluar con precisión el impacto de terapias inmunosupresoras específicas en desenlaces graves de COVID-19.

GANADOR CATEGORÍA REUMATOLOGÍA

Consenso del grupo de estudio de Capilaroscopia de la Sociedad Chilena de Reumatología para el formato y contenido del informe en Capilaroscopia en Reumatología.

Jeria S¹, Vergara K², Saavedra S³, Gallo C⁴, Villar MJ⁵, Valenzuela A⁶, Bozán MF³, Donaire L⁷, Dominguez MI⁸, Poblete MP⁵, Seelmann D³, Jurado M⁹, Meier M¹⁰, Soto L³.

1. Centro médico Meva Salud Valdivia, 2. Clínica Las Condes, 3. Hospital Clínico Universidad de Chile, 4. Hospital Clínico San Borja Arriarán, 5. Clínica Alemana de Santiago, 6. Red UC Christus, 7. Clínica Red Salud Santiago, 8. Hospital San Juan de Dios, 9. Hospital De Puerto Montt, 10. Centro del Alérgico.

INTRODUCCIÓN:

La capilaroscopia del pliegue ungueal (CPU) se ha consolidado en las últimas décadas como una herramienta no invasiva, reproducible y costo-efectiva para evaluar la microvasculatura en reumatología. Su mayor utilidad radica en el diagnóstico diferencial del fenómeno de Raynaud y en la detección precoz de esclerosis sistémica (ES) y otras mesenquimopatías (dermatomiositis, enfermedad mixta de tejido conectivo y lupus eritematoso sistémico). La presencia de patrones capilaroscópicos típicos (disminución de la densidad capilar, megacapilares, microhemorragias y neoangiogénesis), orientan el diagnóstico, estratifican riesgo de progresión y aporta valor pronóstico en el seguimiento (1,2,3).

En Chile, la necesidad de estandarizar la indicación, técnica, reporte e interpretación de la CPU es particularmente relevante por la coexistencia de redes asistenciales con diferentes niveles de recursos y el creciente acceso a tecnologías de imagen (videocapilaroscopia digital, microscopía USB, dermatoscopia).

A pesar del uso extendido en centros de referencia, persisten inconsistencias terminológicas y brechas en formación, lo que puede traducirse en sub-utilización de la técnica o en informes poco confiables para la toma de decisiones clínicas.

Este Consenso del grupo de estudio de Capilaroscopia de la Sociedad Chilena de Reumatología surge de un trabajo colaborativo multidisciplinario de reumatología de adultos y pediátrica, con el objetivo de homologar estándares y facilitar la implementación a lo largo del país. El documento adopta la mejor evidencia disponible y la experiencia de expertos nacionales, alineándose con recomendaciones internacionales como el consenso PANLAR 2019 y Consenso EULAR 2020, pero adaptadas al contexto local.

Los principios que inspiran este consenso son:

1. La CPU como examen de primera línea en todo paciente con Raynaud o sospecha de patología del espectro de la esclerodermia.
2. La importancia de una técnica estandarizada (preparación ungueal, magnificación recomendada, número de imágenes y dedos a evaluar).
3. Un reporte estructurado que incluya nomenclatura consensuada (p. ej., densidad capilar, megacapilares, microhemorragias, arquitectura/ramificaciones) y clasificación en patrones (p. ej., "esclerodermiforme" temprano/activo/tardío).

4. Criterios de anormalidad cuantitativos (p. ej., densidad ≤ 7 capilares/mm como umbral orientador) y esquemas semicuantitativos 0–3 para lesiones clave.

OBJETIVOS

Desarrollar un formato de informe de capilaroscopia estandarizado y validado por expertos chilenos, para su uso rutinario. y para integrar datos en un registro nacional.

MATERIAL Y METODO

Diseño del estudio

Se llevó a cabo un proceso de consenso DELPHi modificado virtual, entre Octubre de 2023 y Octubre de 2024, siguiendo lineamientos previamente aplicados en consensos internacionales en reumatología (1,3). El método Delphi fue elegido por su carácter iterativo, anonimato parcial, retroalimentación controlada y capacidad para generar consenso en problemáticas complejas donde la evidencia empírica es limitada (4).

Selección de panelistas

El panel estuvo conformado por 14 reumatólogas chilenas con entrenamiento formal en capilaroscopia, provenientes de hospitales públicos y centros privados. Los criterios de inclusión fueron: al menos 2 años de experiencia en capilaroscopia y práctica clínica activa. (5,6).

Etapas preparatorias

Previo al inicio del proceso Delphi, se recopiló y analizó el material utilizado en la práctica clínica nacional. Cada centro participante aportó los diseños y formatos de informe capilaroscópico que empleaba de manera rutinaria. Se realizó una revisión crítica de la literatura y de protocolos internacionales, incluyendo el consenso PANLAR 2019, CapiCAT y las recomendaciones EULAR 2020 (1–3,7,8).

La integración de ambos recursos (los informes locales no estandarizados y los consensos internacionales) permitió la construcción de un listado inicial de 48 ítems, que sirvió de base para la elaboración del cuestionario Delphi, y combina las fortalezas de la evidencia global con la realizada en la práctica clínica nacional.

El consenso se desarrolló en tres rondas sucesivas: dos virtuales (Zoom) y una presencial. A través de las tres rondas Delphi, 34 variables alcanzaron el umbral de consenso ($\geq 75\%$ de respuestas 4–5)(4,9).

Análisis estadístico

El análisis de los datos se realizó en tres niveles complementarios. En primer lugar, se calcularon medidas descriptivas para cada ítem evaluado en la escala Likert (1 a 5). Para ello, se estimaron la mediana y el rango intercuartílico (RIQ 25–75) de las puntuaciones otorgadas por las expertas, lo que permitió valorar la tendencia central y la dispersión de las respuestas.

En segundo lugar, se determinó el porcentaje de acuerdo (PA), definido como la proporción de respuestas en los valores 4 o 5 de la escala Likert (de acuerdo o totalmente de acuerdo) respecto al total de respuestas válidas, expresado en porcentaje.

De acuerdo con el protocolo preestablecido, los ítems con PA $\geq 75\%$ fueron considerados como aceptados y, por tanto, incorporados en el formato final de informe capilaroscópico. Finalmente, para valorar la estabilidad del consenso entre rondas, se empleó el coeficiente de concordancia de Kendall (W), apropiado para datos ordinales. La significancia estadística de W se estimó mediante la aproximación al estadístico chi-cuadrado.

Asimismo, se calcularon intervalos de confianza del 95% (IC 95%) para W mediante técnicas de bootstrap con remuestreo, lo que permitió valorar la precisión de la estimación.

RESULTADOS

En la última ronda Delphi, 14 reumatólogas evaluaron un total de 48 variables propuestas para el informe capilaroscópico. Aplicando el criterio de consenso ($\geq 75\%$ de respuestas en las categorías 4–5 de la escala Likert), 34 variables (70,8%) alcanzaron consenso y fueron aceptadas en el formato final, mientras que 14 (29,2%) no superaron el umbral y fueron excluidas.

La mediana global de las puntuaciones por ítem se situó en 5 (RIQ 4–5), con un porcentaje de acuerdo promedio de 82,3%. Las variables aceptadas mostraron, en su mayoría, niveles de acuerdo superiores al 85%, destacando las relacionadas con datos del paciente (edad, procedencia, diagnóstico presuntivo), manifestaciones clínicas (fenómeno de Raynaud, esclerodactilia, úlceras digitales) y diagnóstico capilaroscópico final (patrón normal, inespecífico y esclerodermiforme en sus diferentes fases). Por otro lado, las variables excluidas se concentraron principalmente en los dominios técnicos y semicuantitativos, tales como la evaluación detallada de la visibilidad del plexo venoso, la escala semicuantitativa de densidad capilar y el conteo exhaustivo de microhemorragias. Estos ítems presentaron porcentajes de acuerdo entre 28% y 64%, junto con una dispersión intercuartílica amplia, lo que evidenció falta de homogeneidad en la práctica clínica.

El análisis de consistencia inter-rondas mostró un coeficiente de concordancia de Kendall (W) = 0,32, con un intervalo de confianza del 95% de 0,28–0,36 y $p < 0,001$. Este valor refleja un nivel de concordancia moderada, estadísticamente significativo, que respalda la validez del consenso alcanzado.

En síntesis, el proceso Delphi permitió depurar las 48 variables iniciales hasta un conjunto de 34 ítems finales, distribuidos en seis dominios:

- Datos del paciente y antecedentes clínicos (8 ítems).
- Manifestaciones clínicas (6 ítems).
- Anticuerpos (2 ítems).
- Parámetros técnicos y visibilidad (3 ítems).
- Hallazgos morfológicos (10 ítems).
- Diagnóstico capilaroscópico y anexos (5 ítems).

DISCUSION Y CONCLUSIONES:

El “Consenso del grupo de estudio de Capilaroscopia de la Sociedad Chilena de Reumatología para el formato y contenido del informe en Capilaroscopia en Reumatología 2025” constituye la primera propuesta nacional para la estandarización del informe de videocapilaroscopia en reumatología en Chile. A diferencia de consensos internacionales previos, cuyo alcance es más amplio y busca homogeneizar la práctica entre múltiples países y sistemas de salud, el presente formato se focaliza en resolver la heterogeneidad existente dentro del ámbito clínico nacional.

La simplicidad alcanzada no implica pérdida de rigor: el formato incluye datos clínicos clave, manifestaciones relevantes y los patrones diagnósticos principales, garantizando que la información recogida sea clínicamente significativa y comparable entre centros. Una de las principales fortalezas de este consenso es que logra un equilibrio entre utilidad práctica y profundidad analítica.

Su implementación en la rutina asistencial permitirá contar con informes claros y homogéneos que respalden la toma de decisiones clínicas en patologías como el fenómeno de Raynaud y la esclerosis sistémica. Al mismo tiempo, la estandarización obtenida constituye una base sólida para la construcción de registros nacionales y para el desarrollo de futuros estudios clínicos multicéntricos, en los que se requiera comparar cohortes de pacientes con criterios uniformes.

En conclusión, este consenso ofrece una herramienta práctica, estandarizada y clínicamente relevante que no solo mejora la calidad de la atención, sino que también abre la puerta a la generación de conocimiento científico de alto nivel a partir de datos homogéneos y comparables.

BIBLIOGRAFÍA

1. PANLAR Capillaroscopy Study Group. Consensus for the format and content of the capillaroscopy report in rheumatology. *Clin Rheumatol.* 2019;38(8):2327-2337.
2. Smith V, Herrick AL, Ingegnoli F, et al. Standardisation of nailfold capillaroscopy for the assessment of patients with Raynaud's phenomenon and systemic sclerosis. *Autoimmun Rev.* 2020;19(3):102458.
3. Cutolo M, Smith V. State of the art on nailfold capillaroscopy: a reliable diagnostic tool and putative biomarker in rheumatology?. *Rheumatology (Oxford).* 2013;52(11):1933-1940.
4. Diamond IR, Grant RC, Feldman BM, et al. Defining consensus: a systematic review recommends methodologic criteria for reporting Delphi studies. *J Clin Epidemiol.* 2014;67(4):401-409.
5. Ingegnoli F, Smith V, Sulli A, et al. Capillaroscopy in routine diagnostics: current recommendations and future perspectives. *Clin Exp Rheumatol.* 2019;37 Suppl 119(4):27-32.
6. Sulli A, Secchi ME, Pizzorni C, Cutolo M. Scoring the nailfold microvascular changes during capillaroscopy in systemic sclerosis patients. *Ann Rheum Dis.* 2008;67(7):885-887.
7. Herrick AL, Cutolo M. Clinical implications from capillaroscopic analysis in patients with Raynaud's phenomenon and systemic sclerosis. *Arthritis Rheum.* 2010;62(9):2595-2604.
8. Avouac J, Fransen J, Walker UA, et al. Preliminary criteria for the very early diagnosis of systemic sclerosis: results of a Delphi Consensus Study from EULAR Scleroderma Trials and Research Group. *Ann Rheum Dis.* 2011;70(3):476-481.
9. Boulkedid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Alberti C. Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. *PLoS One.* 2011;6(6):e20476.
10. Schmidt RC. Managing Delphi surveys using nonparametric statistical techniques. *Decis Sci.* 1997;28(3):763-774.

TABLA 1. Detalle de las 48 Variables iniciales

1. Mencionar los datos personales : fecha de nacimiento , edad , correo electrónico
2. Procedencia (médico o centro derivador)
3. El motivo de la solicitud del examen (sospecha diagnóstica, manifestación clínica, anticuerpos positivos, etc.).
4. Registrar la ocupación del paciente.
5. Incluir las comorbilidades del paciente.
6. Señalar el posible diagnóstico reumatológico y su tiempo de evolución.
7. Indicar la terapia farmacológica actual

8. Indicar en forma específica fármacos vasodiladores o vasoconstrictores , de forma dicotómica. (Si/no)
9. Describir los hábitos del paciente (p. ej., tabaquismo, manicure, onicofagia, cafeína, traumatismos locales).
10. Constatar la presencia de fenómeno de Raynaud.(fase isquémica si/no) 11. Indicar el tiempo de evolución del fenómeno de Raynaud.
12. Presencia de úlceras digitales si/ nunca
13. Presencia de esclerodactilia , si /no
14. Edema de dedos , si/no
15. Mencionar los anticuerpos positivos.
16. Listar los anticuerpos vinculados a alteraciones capilaroscópicas. 17. Mencionar el dispositivo y el aumento utilizado para la observación de los capilares 18. Calificar la visibilidad global como buena, o mala
19. Indicar la causa probable de visibilidad pobre (color de piel, hiperqueratosis, edema, etc.).
20. Declarar la visibilidad del plexo venoso subpapilar
21. Registrar la visibilidad del plexo venoso de forma dicotómica: visible / no visible.
22. Alternativamente, usar una escala semicuantitativa (0–3) para la visibilidad 23. Describir la arquitectura capilar.
24. Clasificar la arquitectura como normal / alterada.
25. Reportar la densidad capilar.
26. Clasificar la densidad como normal / disminuida.
27. Escala semicuantitativa (0–3) para densidad capilar. (grado 1 normal - grado 2-3 alterado)
28. Informar el valor promedio de densidad de los 8 dedos examinados. 29. Registrar la presencia de capilares gigantes ($\geq 50 \mu\text{m}$) de forma dicotómica. 30. Informar el número total de capilares gigantes en los 8 dedos.
31. Informar el promedio de capilares gigantes por dedo.
32. Escala semicuantitativa (0–3) para capilares gigantes.
33. Señalar la presencia de áreas avasculares (pérdida de ≥ 2 capilares contiguos) de forma dicotómica.
34. Escala semicuantitativa (0–3) para áreas avasculares.
35. Número total de áreas avasculares en los 8 dedos.
36. Mencionar la presencia de capilares anormales con la siguiente terminología - arborizado, tortuoso, cruzado, bizarro
37. Registrar la presencia de microhemorragias.
38. Indicar las microhemorragias de forma dicotómica. (Presente/ausente) 39. Mencionar la presencia de capilares tortuosos
40. Mencionar la presencia de capilares trombosados
41. Mencionar la presencia de ectasias. (Dilatados entre 30-50 μm) 42. Incluir el diagnóstico capilaroscópico final (p. ej., patrón normal, anomalidades inespecíficas, patrón esclerodermia, patrón esclerodermia-like).
43. Reportar la presencia de un patrón de anomalidades inespecíficas. 44. Informar el patrón esclerodérmico.
45. Especificar la fase del patrón esclerodérmico: temprano, activo o tardío. 46. Describir un patrón esclerodermia -like
47. Disponer un espacio para comentarios sobre el diagnóstico capilaroscópico. 48. Incluir una o más imágenes representativas en el informe

- TABLA 2 . Detalle de las variables consensuadas para el informe final. 1. Nombre del paciente, rut, fecha de nacimiento, edad, sexo, correo electrónico. 2. Procedencia (médico o centro derivador)
3. Fecha de la capilaroscopia
 4. Registrar la ocupación del paciente.
 5. Incluir las comorbilidades del paciente.
 6. El motivo de la solicitud del examen (diagnóstico de referencia) 7. Indicar la terapia farmacológica actual y en forma específica fármacos vasodiladores o vasoconstrictores , de forma dicotómica. (Si/no) 8. Describir los hábitos del paciente (p. ej., tabaquismo, manicure, onicofagia) 9. Constatar la presencia de fenómeno de Raynaud.(fase isquémica si/no) 10. Indicar el tiempo de evolución del fenómeno de Raynaud.
 11. Presencia de úlceras digitales si/ nunca
 12. Presencia de esclerodactilia , si /no
 13. Edema de dedos , si/no
 14. Mencionar los anticuerpos positivos (si están disponibles)
 15. Mencionar el dispositivo y el aumento utilizado para la observación de los capilares
 16. Calificar la visibilidad global como buena, o mala
 17. Reportar la densidad capilar. Clasificar la densidad como normal / disminuida.
 18. Escala semicuantitativa (0–3) para densidad capilar. (grado 1 normal - grado 2-3 alterado)
 19. Registrar la presencia de capilares dilatados (Dilatados entre 30-50 μ m) - (presencia - ausencia)
 20. Registrar la presencia de capilares gigantes ($\geq 50 \mu$ m) de forma dicotómica(presencia - ausencia)
 21. Señalar la presencia de áreas avasculares (pérdida de ≥ 2 capilares contiguos) de forma dicotómica.
 22. Escala semicuantitativa (0–3) para áreas avasculares . (grado 1- 2-3) 23. Mencionar la presencia de capilares anormales (alteraciones morfológicas) en forma dicotómica normal- anormal
 24. Mencionar capilares neoformación presencia, ausencia. Opcional otras alteraciones
 25. Registrar la presencia de microhemorragias.
 26. Indicar las microhemorragias de forma dicotómica. (Presente/ausente)
 27. Indicar la localización de las hemorragias.
 28. Incluir el diagnóstico capilaroscópico final (p. ej., patrón normal, anormalidades inespecíficas, patrón esclerodermia, patrón esclerodermia-like). 29. Reportar la presencia de un patrón de anormalidades inespecíficas. 30. Informar el patrón esclerodérmico.
 31. Especificar la fase del patrón esclerodérmico: temprano, activo o tardío.
 32. Describir un patrón esclerodermia -like
 33. Disponer un espacio para comentarios sobre el diagnóstico capilaroscópico.
 34. Incluir una o más imágenes representativas en el informe

BIBLIOGRAFÍA

1. PANLAR Capillaroscopy Study Group. Consensus for the format and content of the capillaroscopy report in rheumatology. *Clin Rheumatol.* 2019;38(8):2327-2337.
2. Smith V, Herrick AL, Ingegnoli F, et al. Standardisation of nailfold capillaroscopy for the assessment of patients with Raynaud's phenomenon and systemic sclerosis. *Autoimmun Rev.* 2020;19(3):102458.
3. Cutolo M, Smith V. State of the art on nailfold capillaroscopy: a reliable tool and biomarker for scleroderma spectrum disorders. *RMD Open.* 2019;5(1):e000785.
4. Diamond IR, Grant RC, Feldman BM, et al. Defining consensus: a systematic review recommends methodologic criteria for reporting Delphi studies. *J Clin Epidemiol.* 2014;67(4):401-409.
5. Ingegnoli F, Smith V, Sulli A, et al. Capillaroscopy in routine diagnostics: current recommendations and future perspectives. *Clin Exp Rheumatol.* 2019;37 Suppl 119(4):27-32.
6. Sulli A, Secchi ME, Pizzorni C, Cutolo M. Scoring the nailfold microvascular changes during capillaroscopy in systemic sclerosis patients. *Ann Rheum Dis.* 2008;67(7):885-887.
7. Herrick AL, Cutolo M. Clinical implications from capillaroscopic analysis in patients with Raynaud's phenomenon and systemic sclerosis. *Arthritis Rheum.* 2010;62(9):2595-2604.
8. Avouac J, Franssen J, Walker UA, et al. Preliminary criteria for the very early diagnosis of systemic sclerosis: results of a Delphi Consensus Study from EULAR Scleroderma Trials and Research Group. *Ann Rheum Dis.* 2011;70(3):476-481.
9. Boukdedid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Alberti C. Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. *PLoS One.* 2011;6(6):e20476.
10. Schmidt RC. Managing Delphi surveys using nonparametric statistical techniques. *Decis Sci.* 1997;28(3):763-774.

35°

**CONGRESO
SOCHIRE 2025**

ORGANIZA SOCIEDAD CHILENA DE REUMATOLOGÍA



**RESÚMENES
TRABAJOS
PRESENTADOS**

COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA COMO PRESENTACIÓN DE IGG4: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Dr. Pablo Ignacio Navarro Guerra, María José Cartes S., Antonia Paz Varas Rojas, María Florencia Polanco Vargas, Antonia Ignacia Contreras Mancilla, Dr. Carlos Alberto Muñoz Montes,

Sección de Reumatología, Hospital Base de Curicó, Facultad de Medicina, Universidad de Talca

Resumen

Caso cínico: Paciente masculino de 58 años, antecedentes de tabaquismo crónico. Consulta enero de 2025 por ictericia de 4 días de evolución asociado a epigastralgia, náuseas, coluria y acolia. Sin fiebre, lesiones cutáneas, ni otros síntomas. Laboratorio: patrón colestásico e hiperbilirrubinemia directa. TAC abdomen y pelvis: signos sugerentes de aortitis en aorta descendente distal, aumento volumen difuso del páncreas, vesícula sobredistendida. Ecografía abdominal y CRM con disminución de calibre del colédoco intrapancreático de 8 mm y disminución de calibre del conducto pancreático principal. AngioTAC: aortitis en aorta torácica descendente, sugerentes de pancreatitis autoinmune y pequeñas adenopatías mediastínicas e hiliares bilaterales (Fig1 y 2). Evaluación reumatológica sospecha de ER-IgG4; Serología VHB, VHC, VIH, VEB y CMV negativas. AMA, Anti LKM-1, Anti-endomisio negativos. ANA 1/160 homogéneo. Electroforesis de proteínas plasmáticas hipergammaglobulinemia leve. Se realiza biopsia de adenopatías y glándulas salivales con tinción de IgG4. Subclase de Inmunoglobulinas G destaca IgG4 952 (38,6%). Biopsia de glándulas salivales: Tejido conectivo denso con apariencia esclerosa, acompañado por infiltrado inflamatorio mononuclear linfocitario. Tinción tricrómica positiva en tejido fibroso y bandas de colágeno. El aspecto morfológico de la biopsia e inmunohistoquímica son compatibles con ER-IgG4. Se inicia tratamiento con corticoides evolucionando con normalización de exámenes de laboratorio y mejoría clínica. TAC control de junio 2025: regresión de lesiones a nivel abdominal (Fig3). Discusión: La enfermedad relacionada a IgG4 (ER-IgG4) representa un diagnóstico diferencial relevante frente a cuadros clínicos subagudos con compromiso pancreato-hepatobiliar e ictericia obstructiva sin causa evidente. En este paciente, la ausencia de litiasis y la presencia de pancreatomegalia difusa, aortitis torácica y estenosis del colédoco intrapancreático orientaron a una etiología autoinmune. El aumento significativo de IgG4 sérica y los hallazgos histológicos en glándulas salivales confirmaron el diagnóstico, en conjunto con la respuesta clínica favorable a glucocorticoides. Este caso resalta la importancia de considerar la ER-IgG4 en pacientes con afectación multiorgánica de curso subagudo y manifestaciones sugestivas de pancreatitis, colangitis o vasculitis, ya que el tratamiento precoz puede evitar daño estructural irreversible. La integración de estudios inmunológicos, imagenológicos e histopatológicos es esencial para un diagnóstico certero.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Pablo Ignacio Navarro Guerra - pablo.navarroguerra@gmail.com

CARACTERIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS, CASUÍSTICA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SANTIAGO CHILE

Dr. Mabel Ladino, Dra. Catherine Bravo, Dra. Pamela Salinas, Dr. Juan Zepeda
Hospital San Juan de Dios, Santiago Universidad de Chile

Resumen

Introducción La Enfermedad Mixta del tejido conectivo (EMTC) es una enfermedad reumatológica poco frecuente en la edad pediátrica y es un desafío diagnóstico por la amplia variedad de signos y síntomas clínicos. **Objetivos** Caracterizar los pacientes con diagnóstico de EMTC controlados en policlínico de Reumatología Infantil Hospital San Juan de Dios (HSJD), Santiago. **Pacientes y métodos** Estudio observacional en un período de 10 años (2014 – 2024) de los pacientes con EMTC en control en el policlínico de Reumatología Infantil. El diagnóstico se realizó de acuerdo con los criterios existentes para la enfermedad. **Resultados:** Se incluyeron 11 pacientes con diagnóstico de EMTC. De éstos, sólo 8 cumplieron con algunos de los tres criterios de clasificación disponibles para la enfermedad. La incidencia fue de 0,33 casos nuevos/100.000 habitantes por año y prevalencia estimada de 3,26/100.000. Todos los pacientes con EMTC eran mujeres, con edad promedio de 11,7 años, con rango de 6 a 16 y mediana de 12. El tiempo promedio desde el diagnóstico fue de 15,6 meses, con mediana de 12 y rango de 3 a 48. Entre las manifestaciones clínicas destacaron: Raynaud en 100%, artritis en 87,5%, manos puffy en 75%, esclerodactilia en 62,5%, rash malar en 62,5%, miositis en 25% y debilidad muscular en 25%. En el laboratorio, los anticuerpos (Ac) anti-RNP estuvieron presentes en 100%, leucopenia en 37,5%, enzimas musculares elevadas en 25%. Un paciente presentó hipertensión arterial pulmonar y 2 pacientes DLCO alterado. A todos los pacientes se les realizó capilaroscopia, encontrando 7 de 8 alteradas. En relación al tratamiento inicial todos recibieron hidroxicloroquina, 7 corticoides, 4 metotrexato, 2 azatioprina y 1 micofenolato. No se observó mortalidad en este grupo. **Conclusiones** La EMTC es un desafío diagnóstico por la heterogeneidad de la presentación clínica siendo el Raynaud y la positividad del Ac anti-RNP las características principales de la enfermedad, por lo que ante la presencia de estos se debe estudiar EMTC. Nosotros consideramos que los 3 pacientes que no cumplieron criterios, podrían hacerlo con el tiempo, por lo que es importante su seguimiento.

Tipo de presentación

POSTER ORAL

Autor corresponsal: Dr. Mabel Ladino - mladino@hotmail.com

Miopatía refractaria y evolución tórpida: ¿cuándo sospechar una distrofia muscular?

Mrs. Paulina Navarrete, M.D. Paula Burgos Cañete, M.D. Josefina Aguiluz Prokurica, M.D. José Jorge Sampayo Zuleta, M.D. Sebastián Cerda Acevedo
Pontificia Universidad Católica

Resumen

Hombre de 41 años con antecedentes obesidad. En 2021 fue hospitalizado dos veces por dolor torácico; la primera con troponina elevada y diagnóstico de angina inestable, y la segunda con síntomas similares pero sin elevación de troponina, fue dado de alta con dolor torácico inespecífico. En marzo de 2022 presentó nuevo episodio de dolor torácico, pero esta vez con CK total elevada a 6380 U/L. Se suspendió la atorvastatina, y los estudios mostraron anti-HMGCR negativo y anti-PL7 IgG débilmente positivo. La biopsia muscular reveló miopatía necrotizante crónica. Fue evaluado por reumatología, destacando al examen físico debilidad muscular. Se diagnosticó Dermatomiositis. Recibió pulsos de metilprednisolona, seguido de prednisona y ácido micofenólico, con buena respuesta clínica. En agosto de 2022 recibió rituximab e IVIg, con descenso de CK total a 2700 U/L y mejoría parcial. Entre marzo de 2023 y junio de 2024 recibió siete ciclos de IVIg con alivio transitorio. Las recaídas posteriores se caracterizaron por mialgias predominantes, más que debilidad. En febrero de 2024 se repitió el panel de miopatías que mostró anti-Ro52 débilmente positivo, y en julio la resonancia corporal evidenció atrofia y edema muscular, compatibles con dermatomiositis activa. A pesar del manejo, paciente persistía con mialgias. Ante la evolución tórpida, se decidió repetir la biopsia muscular y realizar estudio genético (panel INVITAE), que confirmó una mutación patogénica heterocigota en el gen DYSF, estableciendo el diagnóstico de distrofia muscular por disferlinopatía. Se decide manejo del dolor y suspensión de inmunosupresión. Este caso ilustra una miopatía inicialmente catalogada como inflamatoria autoinmune, pero que correspondía finalmente a una disferlinopatía. El hallazgo genético permitió suspender la inmunosupresión, evitando toxicidad innecesaria. Actualmente, el paciente se encuentra con manejo sintomático a través de la unidad de dolor, con persistencia de mialgias de difícil manejo. Este caso resalta la importancia de considerar enfermedades genéticas ante cuadros atípicos o refractarios a terapia inmunosupresora. Según literatura disponible, hasta un 10–25 % de los casos diagnosticados como miopatía inflamatoria idiopática, especialmente polimiositis o formas no específicas, resultan ser distrofias musculares del adulto tras una reevaluación clínica, genética o por biopsia.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Mrs. Paulina Navarrete - paulinavarretef@gmail.com

Poliarteritis nodosa con perforación colónica: presentación infrecuente en contexto de sepsis persistente

Dr. Josefina Aguiluz, M.D. Paulina Navarrete Fuentes, M.D. Sebastián Cerda Acevedo, M.D.
José Jorge Sampayo Zuleta, M.D. Paula Burgos Cañete
Pontificia Universidad Católica de Chile

Resumen

Paciente mujer de 59 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, presenta un cuadro clínico de un año de evolución de compromiso del estado general, debilidad, síndrome consuntivo y febrículas intermitentes. Consulta en Servicio de Urgencia por fiebre >38 °C e insuficiencia respiratoria aguda grave. Los exámenes muestran parámetros inflamatorios elevados y un TAC de tórax revela lesión nodular cavitada en el lóbulo superior derecho. Se interpreta como sepsis de origen respiratorio, se inicia ceftriaxona y se traslada a UCI, requiriendo soporte ventilatorio e inotrópico. Al examen físico destacan múltiples placas necróticas en extremidades, que son biopsiadas. El cultivo identifica neumonía necrotizante por *Klebsiella oxytoca* BLEE. El estudio autoinmune es mayormente negativo, salvo factor reumatoide 14 UI/ml y C4 disminuido. Pese a tratamiento antibiótico y medidas de soporte, la paciente mantiene fiebre y empeora hemodinámicamente, desarrollando distensión abdominal y aumento de requerimientos vasoactivos. El TAC abdominal de control muestra perforación colónica con peritonitis difusa, sin lesiones vasculares evidentes. El 23/03 se realiza colectomía total con ileostomía. Posteriormente presenta múltiples infecciones nosocomiales graves tratadas con esquemas antibióticos y antifúngicos escalonados, persistiendo febril y con inflamación sostenida. El resultado diferido de las biopsias cutánea y colónica informa hallazgos compatibles con poliarteritis nodosa (PAN). El compromiso gastrointestinal se describe en alrededor del 40% de los casos, siendo la perforación intestinal una complicación poco frecuente (≈5%) pero grave. Dada la inflamación persistente y la gravedad del cuadro, se inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona, seguidos de prednisona en descenso y posterior ciclofosfamida, a pesar de las múltiples interurrencias infecciosas. La evolución posterior fue favorable, con desaparición de la fiebre y descenso progresivo de los parámetros inflamatorios. Este caso ilustra la importancia de considerar vasculitis sistémicas en pacientes críticos con fiebre persistente, lesiones cutáneas y compromiso gastrointestinal, incluso cuando coexisten infecciones graves. La confirmación histológica fue clave para el diagnóstico, y el inicio oportuno de inmunosupresión resultó determinante para la mejoría clínica y el control de la inflamación sistémica.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Josefina Aguiluz - josefina.aguiluz@gmail.com

Lupus inducido por hidralazina en paciente trasplantada: importancia de reconocer el patrón inmunológico

Mrs. Paulina Navarrete, M.D. Paula Burgos Cañete, M.D. Josefina Aguiluz Prokurica, M.D. José Jorge Sampayo Zuleta, M.D. Sebastián Cerda Acevedo
Pontificia Universidad Católica

Resumen

Mujer de 70 años, con antecedentes de trasplante hepático 2022 por cirrosis secundaria a enfermedad hepática por hígado graso, cardiopatía coronaria, diabetes tipo 2, osteoporosis y glaucoma. Se encontraba en tratamiento con ciclosporina, carvedilol, aspirina, hidralazina, omeprazol, prolia. Consultó por un cuadro de cinco días de evolución caracterizado por otalgia, odinofagia, dolor en hipocondrio derecho, náuseas, constipación, marcada astenia y desorientación progresiva. Al ingreso se encontraba somnolienta, hemodinámicamente estable. Dentro del estudio inicial destacaron falla renal aguda, anemia leve, hiponatremia y PCR discretamente elevada. TAC de cerebro, abdomen y pelvis sin hallazgos patológicos. Durante su hospitalización en unidad de medicina intensiva se pesquisó hematuria, proteinuria, bicitopenia progresiva y lesiones purpúricas en extremidades superiores compatibles con síndrome de Sweet. Se planteó inicialmente el diagnóstico diferencial entre vasculitis asociada a ANCA y lupus eritematoso sistémico (LES). A la espera de resultado de exámenes, se administraron pulsos de metilprednisolona por tres días, seguidos de prednisona oral. Los exámenes finalmente revelaron ANA 1/1280 con patrón homogéneo, anti DNA IFI (-), anticoagulante lúpico positivo, Ac B2GP IgM positivo, Ac anticardiolipinas IgM positivo débil, C3 74.2, C4 13.9, MPO (+) moderado, p-ANCA (+). Sin embargo, el hallazgo de anticuerpos anti-histonas fuertemente positivos en el Panel ANA 23, junto al uso crónico de hidralazina, permitió confirmar el diagnóstico de lupus inducido por fármacos (LIF) con manifestaciones vasculíticas. Se suspendió la hidralazina e inicio de micofenolato, con buena respuesta clínica. La paciente presentó recuperación progresiva de la función renal y resolución del compromiso de conciencia y las citopenias. Fue dada de alta en buenas condiciones generales, con seguimiento estrecho por reumatología y hepatología. Este caso resalta la importancia de considerar LIF ante cuadros inflamatorios sistémicos, especialmente cuando existen marcadores inmunológicos atípicos, citopenias y uso de hidralazina. El diagnóstico precoz y el manejo oportuno permiten revertir el cuadro clínico y evitar complicaciones mayores. Los medicamentos más frecuentemente asociados con LIF son la procainamida y la hidralazina. Según la literatura entre el 7% y el 13% de los pacientes tratados con hidralazina desarrollan lupus inducido por fármacos, mientras que la incidencia con procainamida es del 15% al 20%.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Mrs. Paulina Navarrete - paulinavarretef@gmail.com

Análisis Epidemiológico Nacional de Lupus Eritematoso Sistémico en Chile

Dr. Karen Vergara, Andres Giglio
Clínica Las Condes

Resumen

Resumen Introducción Las variaciones epidemiológicas del LES entre poblaciones latinoamericanas e hispanicas muestran incidencias superiores a las reportadas en Norteamérica y Europa, con disparidades significativas en manifestaciones clínicas y desenlaces. Chile carece de datos epidemiológicos nacionales robustos que permitan caracterizar adecuadamente la carga de enfermedad, limitando la implementación de estrategias de vigilancia, protocolos diagnósticos optimizados y asignación de recursos sanitarios basada en evidencia local. **Objetivos** Determinar la incidencia anual de LES en Chile desde 2014 a 2023 y la prevalencia desde 2013 a 2024, estableciendo estimaciones epidemiológicas para esta condición en la población chilena. **Material y Métodos** Estudio observacional retrospectivo que analizó datos del Programa de Garantías Explícitas en Salud (GES) desde julio 2013 a agosto 2024, cubriendo el 95% de la población asegurada. La incidencia se calculó utilizando reportes anuales de casos nuevos, mientras que la prevalencia y mortalidad se estimaron usando datos del seguro público de salud. Los denominadores correspondieron a la población beneficiaria anual de ambos sistemas de salud (FONASA e ISAPRE). **Resultados** La incidencia anual mediana de LES en Chile fue 9.8 por 100,000 beneficiarios (RIC 8.5-10.6). La prevalencia aumentó de 26.7 por 100,000 en 2013 a 91.3 por 100,000 en 2024. La razón hombre:mujer fue 1:11.04. La mortalidad cruda reveló una tasa global de 18.4 por 1,000 pacientes con LES (RIC 17.4-20.6), con tasas mayores en hombres (30.48 por 1,000) que en mujeres (17.40 por 1,000) en todos los grupos etarios. La mortalidad cruda aumentó progresivamente con la edad, alcanzando 80.24 por 1,000 en hombres y 45.44 por 1,000 en mujeres ≥ 60 años. **Conclusiones** Este estudio proporciona la primera evaluación epidemiológica comprehensiva de LES en Chile, demostrando mayor incidencia que estimaciones norteamericanas, disparidades significativas por sexo en mortalidad, y progresión de mortalidad relacionada con edad. Estos hallazgos destacan la importancia de vigilancia epidemiológica región-específica para mejorar el manejo de LES y planificación sanitaria

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Karen Vergara - karen.ver@gmail.com

**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA INGRESADOS A LEY
RICARTE SOTO: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE CURICÓ, CHILE**

Dr. Pablo Ignacio Navarro Guerra, Dr. Pablo Ignacio Navarro Guerra
Hospital de Curicó

Resumen

Introducción: La artritis psoriásica es una enfermedad inflamatoria crónica que sin tratamiento puede generar discapacidad. Desde Julio de 2019 y mediante la ley 20.850, Ley Ricarte Soto (LRS), pacientes pueden acceder a alternativas de fármacos biológicos, los cuales mejoran significativamente la calidad de vida. Curicó es centro acreditado desde Mayo de 2024 y se evalúan pacientes independiente de su previsión. **Objetivo:** Evaluar características de pacientes en control por Ley Ricarte Soto en el Hospital de Curicó. **Método** Estudio descriptivo transversal de fichas clínicas. La muestra estudiada son pacientes en control por LRS con Artritis Psoriásica ingresados en Hospital y trasladados desde Mayo 2024 al 31 de Julio 2025. **Resultados:** Se analizaron un total de 35 fichas clínicas de pacientes que aparecen como beneficiarios de tratamiento con Ley Ricarte Soto. De los 35 pacientes, 18 fueron mujeres y 17 son hombres, con media de edad de 49 años. La distribución de edad es entre los 31 y los 77 años. El 80% son FONASA, 17% Isapre y 3% otras previsiones. El 85% de los pacientes (30) se atienden en el Hospital. De este grupo, 6 son pacientes ingresados en el Hospital y 24 son trasladados desde otros centros. En relación a los biológicos utilizados, el 38% utilizó golimumab, 32% secukinumab, 25% adalimumab y 3% etanercept. El 23% cambió de fármaco. El promedio VAS antes de 8,88, el ASDAS antes es 4,04 y el cDAPSA es 36,99. Al primer mes de terapia el VAS desciende a 4,68, el ASDAS a 2,78 y el cDAPSA a 9,6. En último control el promedio cDAPSA es 10,59 y ASDAS es 2,32. Todos los pacientes que tenían placas lograron disminución y el 51% de ellos lograron que desaparecieran completamente. **Conclusiones** Los resultados muestran una mayoría de mujeres con una media de 49 años, con respuesta clínica al fármaco de casi 50% al primer mes de terapia. Todos los pacientes con placas tuvieron mejoría. Estos hallazgos sugieren un impacto positivo de la Ley Ricarte Soto en la calidad de vida de los pacientes con artritis psoriásica en Curicó.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Pablo Ignacio Navarro Guerra - pablo.navarroguerra@gmail.com

Vasculitis ANCA asociada como presentación de una Endocarditis Infecciosa. Caso clínico y revisión de la literatura

Dr. Cristobal Oyarzun, Joaquin Peña

Hospital Base Osorno Universidad Austral de Chile

Resumen

Introducción: Las vasculitis asociadas a ANCA (VAA) con positividad para PR3 suelen manifestarse con compromiso respiratorio, renal y fiebre. Sin embargo, otras entidades, como la endocarditis infecciosa (EI), pueden simular este cuadro, especialmente cuando presentan manifestaciones inmunológicas. **Objetivos:** Presentamos un caso inicialmente tratado como granulomatosis con poliangeítis PR3 positivo, redefinido como EI, destacando el rol de la reevaluación clínica e imágenes en el cambio terapéutico. **Materiales y métodos:** Varón de 34 años con síndrome de Down y cardiopatía congénita (CIV perimembranosa pequeña, estenosis del tracto de salida del ventrículo derecho). Consultó por tos, expectoración y fiebre intermitente de dos meses, escleromalacia. TC de tórax: lesiones cavitadas, condensación y derrame pericárdico. Baciloscopía y GenXpert negativos. Ecocardiograma inicial sin vegetaciones. Laboratorio: PCR y VHS elevados, anemia normocítica, ANA 1:80, pANCA positivo, PR3 alto, MPO negativo, complemento disminuido, función renal conservada, hematuria no glomerular, hemocultivos negativos. Se inició metilprednisolona en bolos y Rituximab. **Resultados:** Tras el alta persistió inflamación sistémica y hospitalización abreviada por neumonía. Se rehospitaliza para estudio; ecocardiografía transesofágica evidenció vegetación de 30 mm en válvula pulmonar con insuficiencia severa y compromiso tricuspídeo. Hemocultivos: Streptococcus sanguinis. Se suspendieron corticoides y ajustó terapia antibiótica. Fue sometido a reemplazo valvular pulmonar con prótesis Magna 27, reconstrucción del tracto de salida y resección de vegetaciones. Evolucionó favorablemente, con normalización de reactantes, función renal estable y descenso de títulos de PR3. **Discusión:** La EI puede imitar VAA mediante fiebre, glomerulonefritis y positividad ANCA, aunque suele simular más frecuentemente lupus o vasculitis u otras hipocomplementémicas. Este solapamiento puede retrasar el diagnóstico y favorecer inmunosupresión inapropiada. En nuestro caso, ANCA positivos, compromiso pulmonar y ocular y hemocultivos iniciales negativos orientaron a VAA, pero la reevaluación ecocardiográfica confirmó EI. Wang et al. destacan que el patrón clínico y ciertos marcadores diferencian ambas entidades. El uso de inmunosupresores en EI no diagnosticada. Como señalan Shi et al., puede agravar la infección y empeorar el pronóstico, aunque existe debate sobre su indicación ante manifestaciones inmunológicas graves. Este caso resalta la necesidad de descartar causas infecciosas antes de iniciar inmunosupresión, optimizando el tratamiento y reduciendo riesgos.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Cristobal Oyarzun - bicidiaria@gmail.com

5375

Dermatomiositis Juvenil: un estudio multicéntrico pediátrico, Santiago, Chile.

Dr. Evelyn Nuñez, Camila Valdes, Dr. Carla Bastias, Dra. Mabel Ladino, Dr. Jorge Rojas, Dra. Nancy Andrade, Dra. Pamela Morales, Dra. Yazmin Espinosa, Dra. Cecilia Poli, Dra. Camila Astudillo, Dra. Natalie Alarcón, Rocío Moscoso

Hospital Luis Calvo Mackenna Universidad de Chile Hospital San Juan de Dios Hospital Exequiel Gonzalez Cortes Hospital San Borja Arrián Hospital Roberto del Río Universidad Finis Terrae

Resumen

La dermatomiositis juvenil (DMJ) es la miopatía inflamatoria más frecuente en edad pediátrica. La caracterización serológica mediante panel de miopatías inflamatorias permite identificar subgrupos clínicamente relevantes y orientar estrategias terapéuticas personalizadas. Se realizó un estudio descriptivo, multicéntrico y longitudinal en 36 pacientes pediátricos con diagnóstico confirmado de DMJ (criterios de Bohan y Peter) atendidos en cuatro hospitales de Santiago de Chile entre 2010 y 2022. Se registraron variables clínicas, radiológicas, inmunológicas y terapéuticas, analizando su asociación con anticuerpos específicos y asociados. El 61% fueron mujeres, con una mediana de edad al diagnóstico de 8 años. El 80,6% presentó al menos un anticuerpo positivo; los más frecuentes fueron Mi-2 (25%), MDA5 (19,4%) y NXP2 (16,7%). Los anticuerpos anti-MDA5 se asociaron a úlceras orales y compromiso pulmonar, mientras que NXP2 se vinculó a calcinosis extensa. Las manifestaciones clínicas predominantes fueron debilidad proximal (91,7%), rash heliotropo (91,7%) y pápulas de Gottron (83,3%). El tratamiento incluyó corticoides en todos los casos, metotrexato (91,7%) y, en formas graves, gammaglobulina o agentes biológicos. La mayoría (89%) requirió terapia inmunosupresora combinada. Estos hallazgos refuerzan la utilidad del panel serológico en DMJ para estratificación pronóstica y toma de decisiones terapéuticas en población pediátrica chilena.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Evelyn Nuñez - eanunezc@gmail.com

Isquemia de extremidades inferiores como debut de Arteritis de Células Gigantes. Un desafío diagnóstico.

Miss Daniela Albornoz, Dr. Carlos Aguilera, Dra. Natalia Mendez, Dra. Carolina Gallo, Dra. Marcela Godoy, Dr. Luis Ramirez, Dra. Neva Cáceres, Dr. Felipe Zamorano, Dr. Daniel Pacheco, Dra. Diana Sierra
Reumatología Universidad de Chile Servicio Medicina HCSBA

Resumen

El compromiso extracraneal aislado de la arteritis de células gigantes (ACG) es un desafío diagnóstico. La afectación de extremidades inferiores (EEII) como debut de ACG es inusual y puede simular un compromiso aterosclerótico, especialmente si hay factores de riesgo cardiovascular. Mujer 62 años, hipertensa, no tabáquica, consultó en cirugía vascular por un año de dolor de EEII, desencadenado con el ejercicio y con respuesta parcial a antiinflamatorios. Al examen físico las EEII presentaban disminución de pulsos, frialdad y úlceras en dorso de los pies. La angiografía por tomografía computada evidenció estenosis de arterias femoral superficial derecha y poplítea bilateral. Se diagnosticó enfermedad aterosclerótica y se realizó angioplastia femoral bilateral y poplítea izquierda; sin embargo, evolucionó con necrosis distal, por lo que se realizó amputación transtatarsiana derecha. Al interrogatorio dirigido relató compromiso del estado general y baja de peso. Del laboratorio destacó, anemia inflamatoria, velocidad de eritrosedimentación y proteína C reactiva elevadas. La angiografía de EEII reveló microaneurismas múltiples (Figura 1). Se planteó ACG extracraneal y se iniciaron corticoides y metotrexato. Con progresión de la isquemia, en una nueva amputación transtibial bilateral la biopsia de arteria tibial posterior fue compatible con ACG (Figura 2). Tras el inicio de la terapia presentó normalización de los parámetros inflamatorios y síntomas sistémicos. El diagnóstico de ACG extracraneal es frecuentemente tardío. Dado sus manifestaciones inespecíficas, se puede confundir con entidades prevalentes como la aterosclerosis. En este caso, la paciente presentó claudicación progresiva de EEII, angiografía con estenosis femoropoplítea y mala respuesta a la revascularización. La persistencia de síntomas, elevación de parámetros inflamatorios, anemia y los microaneurismas, motivaron la sospecha de vasculitis, confirmada por histología. Se debe considerar la ACG extracraneal en pacientes sobre 50 años con claudicación, inflamación sistémica, hallazgos arteriales bilaterales o lesiones longitudinales extensas en imágenes. En estos casos, se recomienda estudio de vasos por tomografía, resonancia o medicina nuclear, aunque la biopsia es el estándar diagnóstico. Este caso destaca la importancia de considerar etiologías inusuales en pacientes con isquemia de EEII, sobre todo en presencia de síntomas constitucionales y parámetros inflamatorios alterados. Un diagnóstico oportuno permitirá evitar complicaciones, como la amputación.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Miss Daniela Albornoz - danielaalbornozlopez@gmail.com

Es rentable contratar un reumatólogo en un hospital público?

Dr. cristobal oyarzun, Dra. Yarella Gómez, Dar. Andrea Biere, Dra. María Sonia Arriagada
Hospital Base Osorno

Resumen

Introducción: La reumatología aborda patologías crónicas de alta complejidad clínica y costo sanitario. La incorporación de especialistas en hospitales públicos permite mejorar el manejo de pacientes con enfermedades autoinmunes e inflamatorias, pero también es necesario evaluar su impacto económico. Este estudio analiza el balance entre costos y beneficios de la contratación de un reumatólogo en un hospital público chileno durante 2024. Métodos: Se realizó un análisis económico retrospectivo considerando actividades de Atención abierta (consultas ambulatorias y procedimientos) y Atención cerrada (interconsultas y hospitalizaciones GRD). Las actividades administrativas fueron excluidas por no generar ingresos. Se incluyeron egresos por remuneraciones y fármacos de alto costo indicados por la especialidad y costos asociados. Los ingresos se obtuvieron de registros de programas GES, consultas no-GES, interconsultas y atenciones vía GRD. Resultados: El hospital contrató 3.696 horas anuales de reumatología, con un gasto en remuneraciones de \$143.843.784. A ello se sumaron \$67.321.254 por terapias biológicas de alto costo no incluidas en la LRS, estimándose egresos totales de \$211.165.038. Los ingresos por Atención abierta fueron \$244.309.150 vía GES y \$35.308.200 por consultas no-GES (total: \$279.617.350). En Atención cerrada, se generaron \$102.391.696 por GRD y \$2.997.960 por interconsultas (total: \$105.389.656). El ingreso anual total alcanzó \$385.007.006. El balance global mostró un retorno positivo con una relación ingreso/gasto de 1,82:1. Discusión: La contratación de un especialista en reumatología resultó económicamente rentable, con ingresos que superaron en 82% a los egresos directos. El mayor aporte provino del programa GES, complementado por la facturación GRD en hospitalización. Hay costos e ingresos que son complejos de calcular y es de suma importancia la manera de facturarlos para obtener un balance positivo. Más allá del balance financiero, la presencia de un reumatólogo agrega beneficios indirectos no cuantificados, como reducción de complicaciones, disminución de estadías hospitalarias y mejor uso de terapias de alto costo. Estos hallazgos sustentan la mantención y expansión de la dotación de especialistas, contribuyendo simultáneamente a la calidad asistencial y sostenibilidad del sistema sanitario.

Tipo de presentación

POSTER ORAL

Autor corresponsal: Dr. cristobal oyarzun - bicidiaria@gmail.com

Human major histocompatibility complex class I (HLA-A-B-C) naturally presented synovial fluid and tissue peptides are specifically recognized by CD8+ T cells from patients with rheumatoid arthritis

M.D. LILIAN SOTO, Dra. Daniela Schneider, Jaime Miqueas, Dra. Bárbara Pesce, Dra. Ma. Carolina Cuellar-Gutiérrez, Dra Francisca Bozán, Dr. Oscar Neira, Dra. Montserrat Carrascal, Dr. Diego Catalán, Dra. Jaxaira Maggi, Dr. Juan Carlos Aguillón
Hospital Clínico Universidad de Chile Facultad de Medicina Hospital del Salvador Institute of Biomedical Research of Barcelona (IIBB-CSIC), Spain

Resumen

Introduction: Rheumatoid arthritis (RA) is an autoimmune disease, resulting from a response driven by self-reactive CD4+ T cells that recognize autoantigenic peptides presented by antigen-presenting cells (APCs). Recent evidence suggests that CD8+ T cells are also important players in this process. Objective: This study aims to define the immunopeptidome of HLA class I molecules from RA synovial tissue (ST)- APCs, as well as synovial fluid (SF)-pulsed monocyte-derived dendritic cells (MoDCs), and identify peptides recognized by CD8+ T cells from RA patients. Patients and Methods: HLA-A-B-C/peptide complexes were obtained from MoDCs generated from healthy subjects (HS), which were pulsed or unpulsed with a pool of RA SF (SF-DCs or UP-DCs), or obtained directly from RA ST. Isolated peptides were sequenced by mass spectrometry. The NetMHCpan algorithm assigned peptides with affinity to given HLA-I alleles. The peptides' immunodominance was estimated by their ability to activate CD8+ T cells from RA patients compared to HS, measuring IFN- γ or CD107a expression by flow cytometry. Results and Conclusions: After discarding sequences derived from skin-specific proteins, culture medium, or HLA-I chains, and focusing on those of 9-12 residues in length, 107 to 663 peptides were obtained from DC samples, and over 3,500 peptides from each ST sample. Differential and overlapping peptides were found between SF-DCs and UP-DCs. To prioritize analysis on peptides likely derived from synovium, we focused on those present only in SF-DCs. The binding affinity analysis predicted that 104 peptides from SF-DC samples have high affinity to HLA-A-B-C molecules encoded by the respective DC donors. In contrast, for ST samples, 50 peptides in both samples yielded 20 peptides with high predicted affinity to the HLA-I molecules of the donors. The immunodominance of 11 peptides was evaluated, detecting that the frequencies of CD8+ T cells co-expressing IFN- γ and CD107a were significantly higher for XPO1, MIF, CATD, ANKH, ETS1, USF1, VIME, and AHR peptides. Our study describes eleven novel CD8+ T-cell epitopes for RA. Funding: ANID-Fondecyt 1221611.

Tipo de presentación

GANADOR CATEGORÍA BÁSICA

Autor correspondiente: M.D. LILIAN SOTO - irtgroup2015@gmail.com

Miopatía Necrotizante Inmunomediada Inducida por Estatinas: Un Desafío Diagnóstico y Terapéutico

Dr. Damaris Maureira, Dr. Felipe Gonzalez

Resumen

La miopatía necrotizante inmunomediada (MNIM) es una enfermedad muscular infrecuente, caracterizada por debilidad proximal progresiva, marcada elevación de enzimas musculares y presencia de autoanticuerpos específicos, entre ellos el anti-HMGCR, frecuentemente asociado al uso de estatinas. Presentamos el caso de una mujer de 72 años con múltiples comorbilidades, incluida dislipidemia tratada con atorvastatina desde 2022, que desarrolló un cuadro subagudo de debilidad muscular proximal, astenia, disfagia y pérdida de peso, en el contexto de reducción de la dosis del fármaco. Durante la evaluación se documentó una elevación significativa de CPK (10.100 U/l), LDH y transaminasas, patrón miopático en la electromiografía, y ausencia de autoanticuerpos en los estudios iniciales. Ante la fuerte sospecha clínica, se inició tratamiento inmunosupresor con corticoides e inmunoglobulina intravenosa, observándose una evolución favorable. Posteriormente, se confirmó el diagnóstico con la positividad de anticuerpos anti-HMGCR (185.45 U/ml), en ausencia de neoplasias asociadas. Este caso destaca la necesidad de mantener un alto índice de sospecha diagnóstica, incluso cuando la exposición a estatinas ha sido prolongada o la dosis ha sido reducida, ya que la presentación puede ser atípica. La identificación oportuna de esta entidad y el inicio temprano del tratamiento inmunomodulador son claves para mejorar el pronóstico y limitar la progresión de la enfermedad.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Damaris Maureira - damarismaureiras@gmail.com

Policondritis Recidivante: análisis retrospectivo de 10 años, Hospital San Pablo de Coquimbo

Dr. Jose Leonardo Jimenez Almeron, Constanza Castellon, Dra. Maria Guasamucaro, Dra. Alejandra Alvarez, Dra. Lurimar Manrique

Unidad de Reumatología. Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile, Inmunología y alergología.
Hospital Provincial de Ovalle, Chile

Resumen

Introducción: La policondritis recidivante (PR) es una enfermedad poco frecuente caracterizada por la inflamación recurrente de estructuras cartilaginosas, principalmente orejas, nariz y vías respiratorias, acompañada por un amplio espectro de manifestaciones sistémicas (1). El reconocimiento temprano es fundamental ya que junto al inicio inmediato del tratamiento, puede ayudar a disminuir el daño orgánico final. **Objetivo:** caracterizar epidemiológicamente los pacientes diagnosticados con Policondritis Recidivante en el Hospital San Pablo de Coquimbo (HSP) desde mayo-2015 a agosto-2025. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo incluyendo todos los pacientes diagnosticados en los últimos 10 años en el HSP. La información se obtuvo de las fichas clínicas. Se describió: Tiempo desde el inicio de síntomas, presencia de deformidad en silla de montar, estenosis subglótica, traqueomalacia, broncomalacia, condritis auricular, tenosinovitis/sinovitis, enfermedad ocular inflamatoria y enfermedad audiovestibular, así como diagnósticos previos a la PR, tratamiento, muerte e incapacidad por enfermedad. Se utilizó estadística descriptiva para analizar los datos categóricos y cuantitativos con el software IBM SPSS Statistics 24. **Resultados y conclusiones:** Se analizaron 7 casos. El 57,1% fueron mujeres, la media de edad 44 años (34-61 SD 9.03) y de tiempo hasta el diagnóstico 2,85 años (1-8 SD). Dos pacientes presentaron nariz en silla de montar, 3 estenosis subglótica, 3 traqueomalacia, 3 broncomalacia, todos presentaron condritis nasal y 5 auricular, 4 tenosinovitis, 4 uveítis y 1 clínica audiovestibular, 1 falleció y a otro se le otorgó incapacidad laboral. Todos recibieron glucocorticoides y terapia combinada, el 71,4% Metotrexato, el 57,1% Adalimumab y uno Micofenolato Mofetil. Los datos mostraron leves diferencias con los reportes internacionales. Aumento de incidencia de sexo masculino con 42.9% Vs 14% reportado en la literatura (3). Con respecto al fenotipo, el 57,14% fue tipo 3 coincidiendo con datos americanos (58%) pero 42,86% resultó tipo 1 Vs 14% de esa misma fuente (4). No hubo del subtipo 2. En suma, encontramos una distribución diferente en cuanto edad, sexo y fenotipo. Se requeriría una serie más extensa para plantear si esta es la distribución fenotípica predominante en la población chilena.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Jose Leonardo Jimenez Almeron - jlja86@gmail.com

El valor del fenotipo clínico sobre el perfil serológico: Miopatía inflamatoria en paciente con Enfermedad de Sjögren y anticuerpos anti cN1A positivos

Dr. Jaime Cruz, Dr. José Pedro De La Fuente, Dra. Pamela Wurmman
Hospital Clínico Universidad de Chile

Resumen

Introducción: La enfermedad de Sjögren (ESj) puede asociarse a manifestaciones musculares, con prevalencia de miositis entre 0,8 y 14%. Los anticuerpos anti-cN1A, inicialmente considerados específicos de miositis por cuerpos de inclusión (MCI), se detectan hasta en un 12% de los pacientes con ESj, aumentando hasta 38% en aquellos con miositis. Su presencia incluso en pacientes sin características clínicas o histológicas de MCI cuestiona su valor diagnóstico. Caso clínico: Mujer de 22 años con enfermedad de Sjögren diagnosticada hace 3 años en base a síntomas sicca, anticuerpos anti-Ro y La positivos, hipocomplementemia e hipergammaglobulinemia crónica sin crioglobulinas, en tratamiento con hidroxicloroquina 200 mg/día. Presenta debilidad proximal simétrica en músculos y mialgias de 12 meses de evolución, sin compromiso de extremidades superiores ni disfagia. Fuerza muscular conservada al examen físico. En exámenes destaca elevación moderada de CK total máximo 509 U/L, Panel de anticuerpos de miopatías inflamatorias: anti-cN1A positivo en título alto (202), Ro-52 positivo (57) y C3 normal (93 mg/dL), C4 bajo (9 mg/dL), Factor reumatoideo 160 UI/ml, hipergammaglobulinemia policlonal. VHS: 28 mm/h. Resonancia magnética: edema muscular en cuádriceps y compartimiento lateral y anterior de ambas piernas, compatible con miopatía inflamatoria. Se inicia tratamiento con metotrexato y se resuelven síntomas por completo, sin recurrencia de debilidad muscular. Discusión: Este caso resalta la complejidad de interpretar un resultado positivo de anti-cN1A en la ESj. Aunque la MCI es más frecuente en ESj comparada con otras enfermedades autoinmunes (22 vs 6%), la positividad de anti-cN1A no equivale automáticamente a MCI. En enfermedad de Sjögren, este anticuerpo también puede detectarse en pacientes con diversos subtipos de miopatías inflamatorias e incluso en pacientes sin síntomas musculares, esto reduce su especificidad para MCI en pacientes con Sjögren del 96% al 70%, reclasificándolo como anticuerpo asociado, no específico de miositis. En consecuencia, en ESj el fenotipo clínico prevalece sobre el perfil serológico para el diagnóstico de miopatía. La positividad del anti-cN1A no debe equipararse automáticamente con MCI, requiriéndose una evaluación integral para optimizar el manejo de estas manifestaciones extraglandulares.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Jaime Cruz - jcruzfuentes@gmail.com

**Características clínicas y de laboratorio de los pacientes con miopatías inflamatorias:
Experiencia en Talcahuano, Chile.**

Dr. Leocan Isaías Guarda Garrido, Dra. María Elena Nass, Dra. Ninette Pezo, Dr. Mario Seguel,
Dr. Gerardo Ramos, Dr. Gabriel Gomez, Dra. Paulina Lozano, Dra. Danytsa Manriquez
Universidad de Concepcion Hospital Las Higueras

Resumen

Introducción Las miopatías inflamatorias (MI) son enfermedades autoinmunes caracterizadas por debilidad muscular. Su curso clínico suele ser fluctuante, y se asocian a morbilidad importante. En Chile, las características clínicas e inmunológicas de estas patologías han sido escasamente descritas, especialmente en regiones, lo que limita la comprensión de su presentación y manejo. **Objetivos** Describir las características clínicas y de laboratorio de los pacientes diagnosticados con MI en un centro de referencia del sur de Chile. **Materiales y métodos** Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, hospitalizados entre mayo de 2015 y mayo de 2025, y que cumplían criterios de clasificación Bohan y Peter y/o criterios ACR/EULAR 2017 para miopatías inflamatorias. Se excluyeron aquellos con manejo exclusivamente ambulatorio. Los datos se obtuvieron mediante revisión retrospectiva de fichas clínicas electrónicas. **Resultados** Se analizaron 35 pacientes, con una edad promedio de 58 años, de los cuales el 82% eran mujeres. La distribución por subtipo fue: dermatomiositis (30%), polimiositis (25%), miopatías asociadas a neoplasias (20%), miopatía asociada a enfermedad del tejido conectivo (11%), síndrome antisintetasa (5%), miopatía asociada a estatinas (2%) y dermatomiositis juvenil (2%). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron debilidad muscular proximal y lesiones cutáneas. El compromiso pulmonar estuvo presente en el 10% de los casos. Al diagnóstico, el 82% presentaba CK elevada y el 94% presentaba GOT elevada. Los anticuerpos antinucleares fueron positivos en un 71%, al igual que los anticuerpos específicos o asociados a miopatías; el más frecuente fue el anti-Mi2B (14%). En cuanto al tratamiento, todos los pacientes recibieron corticoides combinados con inmunosupresores. De estos, el más utilizado fue el metotrexato (48%). **Conclusiones** En esta cohorte hubo predominio femenino y edad promedio similar a la reportado en la literatura. La dermatomiositis fue el subtipo más frecuente, con una baja frecuencia de compromiso pulmonar respecto a lo descrito en otras series. La positividad de anticuerpos, con mayor número de anti-Mi2B, es similar a algunos datos nacionales, pero difiere de publicaciones internacionales. Este es el primer estudio en la región que caracteriza a los pacientes con MII, y así aportar al mejor enfrentamiento de esta patología.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor correspondiente: Dr. Leocan Isaías Guarda Garrido - leo.guarda27@gmail.com

Poliarteritis nodosa; características clínicas de 17 pacientes atendidos en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Dr. Jaime Cruz, Dr. Daniela Parra, Dra. Pamela Wurmman, Dra. María Magdalena Canals, Dr. José Pedro De La Fuente, Dr. Mauricio Parada Valenzuela, Dra. María Francisca Valenzuela
Hospital Clínico Universidad de Chile

Resumen

Introducción: La poliarteritis nodosa (PAN) es una vasculitis necrotizante sistémica de vaso mediano. En Chile, la literatura sobre PAN es escasa, limitándose a reportes aislados y una cohorte pediátrica que identificó sólo 2 casos. No existen series que caractericen la presentación clínica de PAN en población adulta chilena. **Objetivo:** Describir las características demográficas, clínicas, de laboratorio y tratamiento de pacientes con PAN en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH). **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron historias clínicas de pacientes con PAN evaluados entre 2013 y 2025. **Resultados:** Se incluyeron 17 pacientes, 10 mujeres (58,5%), edad promedio 38,2 años (rango 10-63) (Tabla1). La mediana entre inicio de síntomas y el diagnóstico fue 12 meses (rango 0-144). La consulta inicial más frecuente fue con dermatólogo (6 pacientes, 35,3%) y en 5 pacientes (29,4%) se diagnosticaron durante hospitalización con compromiso sistémico. Cuatro pacientes (23,5%) presentaron manifestaciones exclusivamente cutáneas. En los 13 pacientes con PAN sistémica, los compromisos más frecuentes fueron: cutáneo (76,9%), musculoesqueléticas (72,7%) y neurológicas (69,2%). El diagnóstico se confirmó mediante biopsia de piel en 10 pacientes (76,5%). El tratamiento de inducción incluyó corticoides en 11 pacientes (84,6%) y se utilizó ciclofosfamida (77%), azatioprina (23%) y metotrexato (8%). **Discusión:** Primera serie chilena que caracteriza las características clínicas de adultos con PAN. Al compararlo con 282 pacientes de la cohorte GLOBAL-PAN, nuestra población mostró mayor prevalencia de manifestaciones cutáneas (76,9 vs 62,5%) especialmente paniculitis (38,5 vs 9,7%), más síntomas neurológicos periférico (69,2 vs 52,7%) y menor afectación renal (23,1 vs 48,2%), aunque sin diferencias estadísticamente significativa. La alta frecuencia de paniculitis, similar a la serie mexicana de Sánchez-Cubías et al. (33%), sugiere un posible fenotipo latinoamericano distintivo. El retraso diagnóstico, de al menos 12 meses y la consulta inicial en dermatología revelan desafíos en el diagnóstico temprano y necesidad de coordinación interdisciplinaria. Se requieren estudios multicéntricos con mayor número de pacientes para confirmar el fenotipo descrito y optimizar las estrategias diagnóstico-terapéuticas.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Jaime Cruz - jcruzfuentes@gmail.com

Dermatomiositis asociada al anticuerpo anti-MDA-5 (melanoma differentiation-associated proteína 5): descripción de una serie clínica de 7 pacientes

Dr. miguel gutierrez, Dr. Gianni Schiappacasse, Dra. Rossana Marchetti, Dr. Ricardo Jerez, Dr. Alejandro Fuentes, Dra. Claudia Hernandez, Dra. Paula Pastenes
Hospital Gustavo Fricke - Universidad de Valparaíso Hospital Carlos Van Buren

Resumen

Introducción. Los autoanticuerpos específicos de miositis han permitido la descripción fenotípica de subgrupos de miopatías inflamatorias idiopáticas. El subgrupo con anticuerpos anti-MDA-5 es poco frecuente, a menudo amioipática, con manifestaciones cutáneas específica (pápulas palmares, úlceras) y alto riesgo de enfermedad pulmonar intersticial rápidamente progresiva, de mal pronóstico. Descrito inicialmente en poblaciones asiáticas, se ha reportado globalmente, aunque las publicaciones chilenas son escasas. Objetivos. Presentar una serie de 7 pacientes con dermatomiositis (DM) anti-MDA-5 positivo, describiendo sus características clínicas, tratamiento y evolución, diagnosticados en hospitales de la región de Valparaíso y Antofagasta. Pacientes y método. Revisión retrospectiva de los datos clínicos, de laboratorio e imágenes de 7 pacientes con diagnóstico de DM asociada a anti-MDA-5, tratados y controlados por reumatólogos de la región de Valparaíso y Antofagasta, entre los años 2017 y 2024. Resultados. Se revisaron 7 pacientes, 4 mujeres, edad promedio 54 años (32-72) y tiempo evolución de síntoma de 1 a 12 meses. Síntomas constitucionales estaban presentes en 5 pacientes. Todos tuvieron compromiso cutáneo, uno con úlceras, el resto con eritema o Gottron. Tres correspondían a DM amioipática y 5 tuvieron enfermedad pulmonar intersticial (EPI). Los pacientes con EPI tuvieron títulos más altos de MDA-5 y uno de ellos tuvo además anti-Ro52. El tratamiento incluyó corticoides e inmunosupresores en todos los pacientes, excepto uno que recibió solo corticoides e hidroxicloroquina. Dos pacientes murieron de insuficiencia respiratoria, a pesar del tratamiento con micofenolato y prednisona. Los 3 pacientes con EPI sobrevivientes recibieron triple terapia (corticoides dosis altas, micofenolato o tacrolimus y rituximab). Discusión. El 71% de nuestros pacientes con DM asociado a MDA-5 tuvieron EPI, con mortalidad de 40%. El tratamiento combinado con corticoides, inmunosupresores y rituximab se asoció a mejor pronóstico respiratorio. La EPI parece asociarse a títulos altos de MDA-5 en esta serie

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. miguel gutierrez - magutierrez2004@gmail.com

Disfagia como única manifestación de una miopatía inflamatoria: reporte de un caso

Dr. Leocan Isaías Guarda Garrido, Dra. Ninette Pezo, Dra. Maria Elena Nass, Dr. Mario Seguel,
Dr. Gerardo Ramos, Dr. Gabriel Gomez, Dra. Paulina Lozano, Dra. Danytsa Manriquez
Universidad de Concepción Hospital Las Higueras

Resumen

Introducción Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son enfermedades autoinmunes caracterizadas por debilidad muscular y compromiso sistémico. La disfagia, generalmente orofaríngea, se asocia a peor pronóstico y afecta hasta un 36 % de los casos, aunque raramente como síntoma único. Su detección precoz permite instaurar tratamiento inmunosupresor oportuno, evitando complicaciones nutricionales, neumonía aspirativa y aumento de la mortalidad. Caso clínico Paciente femenina de 73 años, con antecedentes de dislipidemia y queratitis, derivada desde oftalmología para descartar patología reumatológica. Presentaba disfagia de más de un año de evolución, baja de peso de aproximadamente 10 kg en el último año, fatiga y artralgias. En la evaluación inicial, el examen físico fue normal, sin lesiones cutáneas ni fuerza disminuida. Los exámenes evidenciaron anemia leve (Hb 10,6 g/dL), VHS 103 mm/h, CK 265 U/L, factor reumatoideo 59,2 UI/mL, anticuerpos anti nucleares (ANA) positivo patrón AC-4 (> 1/1280) y anti-Ro52 positivo. Ante la clínica y la elevación de CK, se hospitalizó por sospecha de miopatía inflamatoria incipiente. Durante la hospitalización se mantuvo con clínica y CK estables Se realizó estudio de neoplasia oculta mediante endoscopias, tomografía de tórax, abdomen y pelvis, y mamografía, los cuales resultaron negativos. Se continuó el estudio ambulatorio con biopsia muscular y electromiografía. Ambas resultaron compatibles con miopatía inflamatoria. Se inició prednisona 0,5 mg/kg/día y posteriormente azatioprina 75 mg/día. La evolución fue favorable, con mejoría progresiva y resolución de la disfagia. Conclusión La disfagia como única manifestación de una MII es poco frecuente, pero se asocia a complicaciones graves y mortalidad de hasta 31 % anual. La CK elevada en el 75 % de los casos, junto con ANA y autoanticuerpos específicos, orienta el diagnóstico. La evaluación debe descartar causas estructurales, siendo el esofagograma la prueba de elección para esto. El tratamiento inicial combina corticoides e inmunosupresores; en casos refractarios, inmunoglobulinas intravenosas. En este caso, la sospecha y estudio dirigido con biopsia muscular, permitieron hacer el diagnóstico de forma oportuna y así lograr recuperación completa.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor correspondiente: Dr. Leocan Isaías Guarda Garrido - leo.guarda27@gmail.com

**“Proptosis unilateral como presentación inicial de enfermedad relacionada a IgG4:
reporte de un caso”**

Dr. Leocan Isaías Guarda Garrido, Dra. María Elena Nass, Dra. Ninette Pezo, Dr. Miguel Seguel, Dr. Gerardo Ramos, Dr. Gabriel Gomez, Dra. Paulina Lozano, Dra. Danytsa Manriquez, Universidad de Concepcion Hospital Higuerras

Resumen

Introducción La enfermedad relacionada con IgG4 es un trastorno fibroinflamatorio recientemente reconocido, caracterizado por infiltrado linfoplasmocitario rico en células plasmáticas IgG4+ y fibrosis. Puede simular neoplasias y comprometer múltiples órganos, siendo la órbita y la glándula lagrimal sitios frecuentes. Su identificación es crucial, dado que responde favorablemente a inmunosupresión. Caso clínico Varón con antecedentes de diabetes tipo 2 y cáncer de próstata en seguimiento, derivado por disminución progresiva de agudeza visual izquierda de un año de evolución. Al examen físico presentó proptosis y leve quemosis. La TC y resonancia de órbita mostraron masa expansiva infraorbitaria izquierda (40 × 26 × 29 mm), de probable origen en glándula lagrimal, con intensa captación de contraste, planteando inicialmente etiología tumoral. Se realizó orbitotomía con biopsia, que reveló inflamación linfoplasmocitaria intensa, fibrosis y abundantes células plasmáticas IgG4+ con relación IgG4/IgG cercana al 50%, compatible con enfermedad relacionada con IgG4. Estudio sistémico (TC de tórax, abdomen y pelvis) no mostró compromiso adicional. ANA, perfil ANA y ANCA fueron negativos; IgG4 sérica: 94.9 mg/dL. Con diagnóstico de enfermedad por IgG4 limitada a glándula lagrimal, se inició metilprednisolona intravenosa, seguida de prednisona oral en reducción progresiva y metotrexato subcutáneo semanal como terapia ahorradora. En control a 6 meses, la TC evidenció marcada regresión de la lesión, persistiendo solo un discreto engrosamiento extraconal superolateral de 4 mm. Conclusión La enfermedad por IgG4 constituye un desafío diagnóstico al imitar procesos neoplásicos orbitarios o endocrinos como la enfermedad de graves. Este caso destaca la importancia de la biopsia para confirmar el diagnóstico y evitar intervenciones innecesarias. El tratamiento combinado con corticoides y metotrexato logró una respuesta radiológica y clínica notable. La sospecha precoz de esta entidad permite instaurar un manejo oportuno, optimizando el pronóstico visual y funcional de los pacientes.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Leocan Isaías Guarda Garrido - leo.guarda27@gmail.com

Optimización Terapéutica en Artritis Reumatoide: Combinaciones de FARMES

Dr. Josefina Duran, Dr. Alejandro Jara Vallejos, Dra. María José García Zattera
Pontificia Universidad Católica de Chile

Resumen

Introducción: Las guías internacionales de tratamiento de artritis reumatoide (AR) recomiendan escalar a terapia biológica tras respuesta inadecuada a metotrexato (MTX), pero en contextos con acceso limitado a biológicos como en el caso de Chile la ley exige que primero se empleen combinaciones de FARMES. En mujeres en edad fértil, la teratogenicidad y la eliminación prolongada de leflunomida (LEF) dificultan la planificación familiar, haciendo relevante comparar estrategias de combinación con LEF versus sulfasalazina (SSZ). Objetivos: Comparar la eficacia de MTX+LEF+hidroxicloroquina (HCQ) frente a MTX+SSZ+HCQ y evaluar el impacto del potencial reproductivo en la elección terapéutica. Material (pacientes) y métodos: Estudio retrospectivo de casos y controles en mujeres con AR. Casos (n=200): fracaso de terapia combinada, definido por inicio posterior de biológicos. Controles (n=84): control de enfermedad con terapia combinada. Exposición: MTX+LEF+HCQ; comparador: MTX+SSZ+HCQ. Se estimaron odds ratios (OR) mediante regresión logística ajustada por edad, seropositividad (factor reumatoide y/o anti-CCP), uso de prednisona, tabaquismo y comorbilidades. Resultado primario: eficacia terapéutica (fracaso vs control). Resultados y conclusiones: No se observaron diferencias en eficacia entre los esquemas (OR crudo=1,09; IC95% 0,62–1,90; p=0,761; OR ajustado=1,13; IC95% 0,60–2,13; p=0,696). Las mujeres <50 años recibieron con mayor frecuencia SSZ, sugiriendo que la planificación familiar influye en la decisión terapéutica. La seropositividad (OR=2,14; p=0,019) y el uso de prednisona (OR=4,57; p<0,001) se asociaron con mayor probabilidad de fracaso terapéutico. En conjunto, MTX+LEF+HCQ y MTX+SSZ+HCQ muestran eficacia equivalente para el manejo de la AR; en mujeres en edad fértil, la elección de SSZ aparece como alternativa válida para evitar la exposición a LEF sin comprometer el control de la enfermedad.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Josefina Duran - jgduran@uc.cl

Artritis Reumatoide (AR) y Enfermedad Relacionada a IgG4 (ER-IGG4): una asociación poco frecuente.

Dr. Carlos Aguilera, Dra. Daniela Albornoz, Dr. Luis Ramirez, Dr. Felipe Zamorano, Dar. Marcela Godoy, Dra. Neva Cáceres, Dra. Carolina Gallo, Dra. Susana Burgos, Dr. Daniel Pacheco, Dra. Laura Soto, Dra. Jennifer Matamala
HCSBA

Resumen

Mujer de 62 años con antecedentes de Artritis Reumatoide (AR) seropositiva desde 2012, en tratamiento con metotrexato y en remisión. Consultó por aumento de volumen en cervical en región submandibular, bilateral, de 2 años de evolución. Tres meses previo a consulta agrega tos seca, disfonía y disfagia alta. En el último mes se sumó ojo rojo a izquierda con epífora. Niega compromiso del estado general. Al examen físico, destacaba alopecia difusa y exoftalmía de ojo izquierdo. La palpación de glándulas parotídeas y submandibulares mostraba tejido indurado y tiroides de consistencia aumentada. No se objetivó sinovitis ni secuelas articulares de AR. En laboratorio destacaba Hb 13.5g/dL, VHS 47 mm/h, FR 289 UI/mL, aCCP >300 U/mL, ANA+ 1/80 (AC2); ENA, ANCA y antiDNA negativos; C3 y C4 normales; IgG 2370 mg/dL, IgG4 1329 mg/dL (corte: 400/mm², relación IgG4/IgG >40%. La biopsia de glándula salival submandibular derecha mostró atrofia glandular parcial reemplazada por inflamación y fibrosis crónica y escasos eosinófilos acompañantes. La inmunohistoquímica mostró IgG4 positiva cercana al 100%. (Fig. 2) Este cuadro presentó una serie de diagnósticos diferenciales, entre ellos linfoma, síndrome de Sjögren, vasculitis, tumor. En base a los hallazgos, se concluyó que la paciente presentaba una sobreposición entre AR y una ER-IGG4. Se efectuó tratamiento con corticoides full y luego en descenso más metotrexate, con buena evolución posterior. El diagnóstico de ER-IGG4 excluye la presencia de ciertos anticuerpos. La asociación entre AR y ER-IGG4 es rara, pero hay casos con descripciones similares a nuestra paciente. A nivel inmunológico, la AR es predominantemente Th1/Th17 y citotóxica, mientras que ER-IGG4 es Th2/Treg, lo que hace posible una respuesta compartida o sobreposición.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Carlos Aguilera - aguileracarlos81@gmail.com

“Telereumatología en Chile: Resultados y aprendizajes a 18 meses de su implementación

Dr. Alejandra Alvarez, Dra. Paula Pastenes, Dr. Pablo Navarro, Dra. Anne Marrie Chassin-Trubert, Barbara Morales, Eva Guzman

Hospital San Pablo de Coquimbo Unidad de Hospital Digital Hospital San Juan de Dios de Curicó Hospital San Jose de Santiago

Resumen

Introducción La teleasistencia ha emergido como una estrategia innovadora para mejorar el acceso a la salud, optimizando recursos y reduciendo inequidades. En reumatología, la implementación de la telereumatología mediante Hospital Digital ha permitido atender de manera asincrónica a pacientes de regiones con déficit de especialistas, respondiendo a la alta carga de enfermedades reumatológicas en Chile. **Objetivo** Evaluar el impacto clínico y organizacional de telereumatología en Chile a 18 meses de su implementación, identificando logros, desafíos y oportunidades en el acceso equitativo a atención especializada. **Metodología** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, analizando la base de datos de interconsultas asincrónicas de Hospital Digital. Se incluyeron 1.479 interconsultas entre noviembre de 2023 y junio de 2025, evaluando variables sociodemográficas, diagnósticos de derivación y confirmación, motivos de consulta y comorbilidades. **Resultados** El 87,8 % de los pacientes fueron mujeres, con una edad promedio de 55 años (13–93), lo que refleja la epidemiología reumatológica. La mayoría de las derivaciones provino de atención primaria (69,3 %), mientras que un 17,1 % correspondió a hospitales de alta complejidad, principalmente para resolución de listas de espera. Las regiones con mayor número de interconsultas fueron Coquimbo (509), Maule (306) y Ñuble (260). **Tabla 1** En cuanto a diagnósticos, las principales sospechas de derivación fueron artritis inflamatorias y fibromialgia. Tras la evaluación reumatológica, los diagnósticos confirmados más frecuentes fueron fibromialgia y artritis reumatoide. Se observó una reclasificación de casos inicialmente categorizados como “otras artritis”, que pasaron a fibromialgia o artrosis. El 83 % de los pacientes presentó comorbilidades, siendo el hipotiroidismo la más prevalente, lo que refleja la asociación frecuente con otras enfermedades autoinmunes. **Conclusiones** La telereumatología se ha consolidado como una herramienta efectiva para ampliar el acceso a atención especializada en zonas con déficit de reumatólogos, mejorando la precisión diagnóstica y la priorización GES, particularmente en artritis reumatoide. Entre sus fortalezas destacan la amplia cobertura territorial y la pertinencia clínica. No obstante, persisten desafíos en la capacitación de equipos de atención primaria y en la integración plena de herramientas digitales al proceso asistencial, elementos clave para garantizar su sostenibilidad y eficacia a largo plazo.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Alejandra Alvarez - atalvarez@uc.cl

Uso de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) para rescate de paciente con falla respiratoria catastrófica por hemorragia alveolar difusa (HAD) en contexto de granulomatosis con poliangeítis (GPA, ex Wegener)

Miss Josefina Ayala, Ignacia Salinas, Dr. Francisco Silva
Universidad del Desarrollo Clínica Alemana

Resumen

Introducción: GPA es una vasculitis necrotizante de vaso pequeño mediado por anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA). El síndrome riñón-pulmón es una manifestación severa con compromiso renal e insuficiencia respiratoria aguda (IRA) y/o HAD que frecuentemente requiere soporte inicial dialítico y/o ventilatorio junto a inmunosupresión. Ocasionalmente el cuadro es refractario al manejo inicial, con altísima mortalidad. ECMO entrega soporte vital a pacientes con IRA cuando el apoyo estándar falla, pero tradicionalmente se ha considerado una contraindicación en HAD y hay pocos casos en la literatura. Objetivo: Describir un paciente con síndrome riñón-pulmón y HAD por GPA que requirió ECMO móvil para salvataje. Paciente y métodos: Se abstraigo de historia del paciente en estadía de noviembre de 2024 en Clínica Alemana de Santiago (CAS). Se revisó literatura usando términos “diffuse alveolar hemorrhage”, “ecmo”, “gpa”. Se obtuvo consentimiento informado. Resultados: Hombre de 46 años, sin comorbilidades, ingresó al Hospital Regional de Rancagua (HRR) por cuadro de un mes de poliartralgia, astenia, tos y disnea. Al consultar se constató hipoxemia, TAC de tórax con nódulos pulmonares y áreas de vidrio esmerilado, y falla renal (creatinina de 6,6 mg/dl) con microhematuria. Evolucionó con hemoptisis; recibiendo inicialmente oxígeno suplementario, y ácido tranexámico sin respuesta. Desarrolló mala mecánica ventilatoria, requiriendo intubación orotraqueal y aporte de 3g de metilprednisolona ev empírico. Al tercer día tuvo desacople de VM y desaturación severa, por lo que se inició reanimación y se activó protocolo ECMO móvil, iniciándose en HRR. El paciente luego fue trasladado a UCI de CAS, donde se mantuvo ECMO VV. Por fibroscopía se diagnosticó HAD. Se reconoció cANCA-PR3 (+) y se clasificó como GPA (Criterios DCVAS 2022 = 7). Se aportó luego diálisis, plasmaféresis, corticoides, rituximab y ciclofosfamida, logrando remisión completa en el transcurso de un mes y mantención de inactividad a 8 meses, con creatinina de 1,56 mg/dl y recuperación pulmonar. Conclusiones: Paciente con síndrome de riñón- pulmón por GPA con falla respiratoria catastrófica fue rescatado exitosamente por ECMO móvil, permitiendo traslado a un centro de mayor complejidad para manejo inmunosupresor intensivo, logrando supervivencia y remisión de la enfermedad.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Miss Josefina Ayala - jayalau@udd.cl

Síndrome de sobreposición de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y Poliangeítis microscópica (PAM) con 16 años de diferencia entre las manifestaciones

Miss ignacia salinas, Josefina Ayala, Dr. Francisco Silva
Universidad del Desarrollo Clínica Alemana de Santiago

Resumen

Introducción: Pocos casos de síndrome de sobreposición LES-PAM están descritos en la literatura. En él coexisten manifestaciones clínicas de glomerulonefritis y hemorragia pulmonar (HAD), serología de autoinmunidad (anticuerpos ANA), hipocomplementemia y pANCA - MPO. Casos con desfase temporal entre el cumplimiento de criterios de clasificación de ambos cuadros no han sido reportados. Objetivos: Describir un caso de sobreposición con debut de LES y evolución tardía a PAM 16 años después. Paciente y métodos: Se obtuvo información de ficha clínica de Hospital Padre Hurtado del periodo 2003–2025. Se revisó literatura de sobreposición LES-PAM. Se aplicaron retrospectivamente criterios “2019 EULAR/ACR Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus ” y “2022 ACR/EULAR Classification Criteria for Microscopic Polyangiitis” La paciente otorgó consentimiento informado. Resultados: Mujer presentó a los 41 años alopecia, úlceras orales y poliartritis. En laboratorio leucopenia, proteinuria y hematuria glomerular, anemia, hipocomplementemia, ANA (+) 1/1280 moteado y anticoagulante lúpico (+). Anticuerpos anti-ADN, ANCA y ENA eran negativos. Se diagnosticó LES y se manejó con prednisona e hidroxicloroquina. Posteriormente biopsia renal demostró Nefropatía Lúpica tipo 4, y evolucionó con insuficiencia renal crónica que requirió hemodiálisis y diagnóstico de SAF. En este momento la paciente cumplió criterios de clasificación para LES pero no para PAM. A los 57 años presentó HAD asociada a pANCA y ELISA MPO (+), normalización del complemento, y persistencia de ANA y coombs directo (+++). Desde este momento la paciente cumplió criterios de clasificación para ambos, LES y PAM, pero se considero clínicamente LES y se administro ciclofosfamida ev solo 500 mg por 3 veces, manteniendo prednisona e hidroxicloroquina. A los 61 años presenta nueva HAD, insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica, anemia severa y pANCA - MPO (+). Se sospecha sobreposición LES-PAM. Se adecúa el tratamiento iniciando rituximab y metilprednisolona ev, y suspendiendo la hidroxicloroquina. Conclusiones: Se presenta un caso infrecuente de sobreposición de LES-PAM con desfase de 16 años entre el cumplimiento de los criterios de clasificación de LES y los de PAM. El reconocimiento del síndrome de sobreposición permitió intensificar el tratamiento.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Miss ignacia salinas - isalinasc@udd.cl

Dolor lumbar inflamatorio para el diagnóstico de artritis psoriásica axial: revisión sistemática y metaanálisis

Dr. Pamela Díaz, Dr. Juan Briones-Carvajal, PhD. Kathryn S Taylor

Dept. for Continuing Education, University of Oxford; Departamento de Inmunología Clínica y Reumatología, Pontificia Universidad Católica de Chile Departamento de Hematología y Oncología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford

Resumen

Introducción: El compromiso axial en la artritis psoriásica (APs axial) afecta entre el 30 y el 70% de los pacientes con APs y se asocia con una mayor carga de enfermedad y peores desenlaces clínicos. El dolor lumbar inflamatorio (DLI), que mejora con el ejercicio y empeora en reposo, se utiliza para sospechar compromiso axial. Sin embargo, la precisión diagnóstica del DLI en APs axial no está bien establecida. **Objetivo:** Revisar sistemáticamente la literatura sobre la precisión de los criterios de DLI para diagnosticar APs axial en pacientes con psoriasis o APs, utilizando radiografías o resonancia magnética como pruebas de referencia, y realizar un metaanálisis para estimar su rendimiento global. **Métodos:** Se realizó una búsqueda exhaustiva en tres bases de datos electrónicas, cubriendo el período 1970–2024, actas de congresos ACR/EULAR y listas de referencias. Dos autores seleccionaron de forma independiente los estudios, extrajeron los datos y evaluaron el riesgo de sesgo usando QUADAS-2. Se calcularon sensibilidad y especificidad para cada definición de DLI. Se realizó un metaanálisis bivariado, seleccionando los criterios de DLI de la Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS) y la resonancia magnética cuando se reportaron múltiples definiciones o pruebas de referencia. **Resultados:** Se identificaron 13 estudios, de los cuales 9 (con 1.397 pacientes) fueron incluidos en el metaanálisis. La sensibilidad y especificidad agrupadas de los criterios de DLI para diagnosticar APs axial fueron 0,51 (IC 95%: 0,38–0,65) y 0,64 (IC 95%: 0,49–0,76), respectivamente (Fig. 1). Los criterios ASAS mostraron una sensibilidad agrupada de 0,59 y especificidad de 0,65. Se observó alta heterogeneidad entre estudios debido a diferencias en las características poblacionales y pruebas de referencia. **Conclusión:** El DLI tiene un rendimiento diagnóstico bajo para identificar APs axial, lo que limita su utilidad en la detección precoz. Aunque los síntomas de DLI pueden orientar la sospecha clínica, no deberían ser el único criterio diagnóstico.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Pamela Díaz - pjdiaz@uc.cl

Estimación de incidencia y prevalencia de Artritis Reumatoide en Chile

Dr. Pedro Ferrés, Jocelyn González, Consuelo Arroyo, Guido Rivera, Sebastián Campos,
Verónica Wolff, Óscar Neira

Programa de Especialidad en Reumatología, Hospital del Salvador, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile Programa de Especialidad en Reumatología, Hospital del Salvador,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile Programa de Especialidad en Reumatología,
Hospital del Salvador, Facultad de Medicina, Universidad de Chile Programa de Especialidad
en Reumatología

Resumen

INTRODUCCIÓN La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica autoinmune e importante causa de discapacidad. Su prevalencia global estimada es 0,21%, con una tasa de incidencia de 11,8 por 100.000 habitantes. En Sudamérica la prevalencia estimada es 0,48% y en Chile de 0,6%, con predominio en mujeres. Desde 2007, las GES aseguran el acceso a tratamiento y obliga a notificar los casos, permitiendo estimaciones poblacionales de prevalencia e incidencia. **OBJETIVOS** Estimar la prevalencia y la incidencia de AR en Chile, desglosadas por sexo, edad, previsión y región. **MATERIAL Y MÉTODOS** Se realizó un estudio descriptivo-analítico retrospectivo basado en notificaciones GES de AR entre 2007 y 2024. Los datos se obtuvieron de la Superintendencia de Salud, FONASA y el INE. **RESULTADOS** La prevalencia en 2024 se estimó en 0,56% (111.725 casos). La curva de incidencia total anual presenta una caída pronunciada entre 2007 y 2010, explicable por el ingreso inicial de casos acumulados previo al inicio del GES. Luego de su estabilización, exhibe un notorio repunte entre 2021 y 2024. La tasa de incidencia promedio entre 2010 (año de estabilización de la curva de ingresos) y 2024 se estimó en 27,22 casos por 100.000 habitantes/año y la incidencia acumulada en ese mismo periodo fue de 0,44%. De los casos, 83,5% son mujeres y 16,5% hombres; 84,2% está afiliado a FONASA y 15,8% a ISAPRE. Los grupos etarios con mayor porcentaje de casos son: 45–49 años (11,1%), 50–54 años (14%), 55–59 años (14,5%) y 60–64 años (12,7%). La Región Metropolitana concentra el 41,8% de los casos. Las regiones con mayor prevalencia son Los Lagos (0,84%), La Araucanía (0,81%) y Ñuble (0,71%). Las regiones con menor prevalencia son Tarapacá (0,34%), Arica y Parinacota (0,40%) y Maule (0,41%). **CONCLUSIONES** En Chile, la AR presenta una prevalencia e incidencia mayores a las reportadas a nivel mundial, con predominio femenino. La Región Metropolitana concentra la mayor proporción de casos. La prevalencia presenta diferencias regionales marcadas.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Pedro Ferrés - pedro.ferres@gmail.com

Estimación de incidencia y prevalencia del Lupus Eritematoso Sistémico en Chile según el registro de garantías explícitas en salud (GES) entre julio de 2013 y diciembre de 2024.

Dr. Jocelyn González Álvarez, Dr. Pedro Ferrés Echeverría, Dr. Gudo Rivera Godoy, Dr. Sebastian Campos Benavente, Dr. Oscar Neira Quiroga, Dra. María Carolina Cuellar Gutierrez
Hospital del Salvador

Resumen

Introducción El Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica con importantes variaciones de incidencia y prevalencia, estimándose globalmente una incidencia de 5 por 100.000 habitantes año y una prevalencia de 43 por 100.000 habitantes. En Latinoamérica, se ha reportado incidencias entre 4-8 por 100.000 habitantes año y prevalencias entre 0.06% - 0.98%. No existen datos epidemiológicos en Chile. En 2013 se incluyó el LES en el sistema de garantías explícitas en salud y tiene notificación obligatoria, lo que permite estimar la incidencia y prevalencia a nivel país. **Objetivos** Estimar la prevalencia y la incidencia de LES en Chile, desglosadas por sexo, edad, región y previsión. **Materiales y Métodos** Se realizó un estudio descriptivo analítico retrospectivo basado en notificaciones GES entre julio de 2013 y diciembre de 2024. Los datos se solicitaron al Minsal por el Portal de Transparencia. Los datos demográficos se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadísticas. **Resultados** La tasa de incidencia, (casos/100.000 habitantes año), los años 2013 y 2014 fue de 24,35 y 13,1 respectivamente, por casos acumulados pre-GES, luego se mantuvo entre 6-9, fluctuando en mujeres entre 10-17 y en hombres entre 1-2. Se observa un aumento sostenido de la prevalencia desde 0.02% el año 2013 a 0.11% en 2024, de los cuales el 0,2% son mujeres y 0,019% hombres. En 2024, La Araucanía tuvo una mayor prevalencia (0,2%), seguida por la región Metropolitana y Atacama (0,13%). Las regiones con menor prevalencia resultaron Tarapacá y Antofagasta (0.05%). Los grupos etarios con mayor porcentaje de casos en 2024 fueron: 50-54 años (10,42%), 45-49 años (10,39%). El 78,9% de los pacientes estaban afiliados a Fonasa y el 21,07% a Isapre en 2024. **Conclusiones** La incidencia y prevalencia de LES en Chile es comparable a lo descrito en Latinoamérica. Se observó un aumento sostenido de la prevalencia, con predominio en mujeres y adultos en etapa de madurez. Hay importantes diferencias de prevalencia entre regiones. La mayor proporción de pacientes tiene previsión Fonasa.

Tipo de presentación

POSTER ORAL

Autor corresponsal: Dr. Jocelyn González Álvarez - dra.joceglezalvarez@hotmail.com

Prevención y tratamiento de la osteoporosis inducida por glucocorticoides en una cohorte de pacientes con patología reumatológica en 4 centros de la región metropolitana.

Dr. Consuelo Arroyo, Dra. Consuelo Arroyo, Dr. Óscar Neira, Dra. Verónica Wolff, Dr. Guido Rivera, Dr. Pedro Ferrés, Dra. Jocelyn González, Dra. Fernanda Reveco, Dr. Víctor Redondo, Dra. Daniela Albornoz, Dr. Mauricio Parada, Dra. Isabella Daza

Programa de Título Especialidad en Reumatología, Hospital del Salvador, Facultad de Medicina, Universidad de Chile Sección de Reumatología, Hospital Barros Luco, Facultad de Medicina, Universidad de Chile Sección de Reumatología

Resumen

Introducción: La osteoporosis es un efecto adverso del uso crónico de glucocorticoides, prescritos frecuentemente en pacientes con enfermedades reumatológicas. El riesgo de fractura se correlaciona con el tiempo de uso y dosis acumulada, siendo muy importante su prevención y tratamiento. **Objetivos:** Describir la frecuencia con que se realiza prevención, diagnóstico y tratamiento de Osteoporosis inducida por glucocorticoides (OIGC) en pacientes con patología reumatológica. **Material/métodos:** Se reclutaron pacientes >18 años con prescripción de prednisona >2.5 mg o equivalente en los últimos 3 meses atendidos en policlínico de reumatología de 4 centros hospitalarios de Santiago. La recolección de datos se realizó con una encuesta aplicada sincrónicamente por 10 días. **Resultados/conclusiones:** Se incluyó 99 pacientes. La tabla 1 muestra principales características. El tiempo promedio de uso de prednisona fue 100,5 meses, con una dosis media de 5,2 mg/día. La prevalencia de osteoporosis fue 20%. La frecuencia de fractura posterior al inicio de glucocorticoides fue 13%. La frecuencia de registro en la ficha clínica de los factores de riesgo de fractura fue: tabaquismo 86,9%, consumo alcohol 79,8%, menopausia 78,8%, actividad física 56,6%, antecedente de fractura 56,6% e ingesta de lácteos 34,3%. Se calculó FRAX con una frecuencia de 8,3% en la evaluación inicial del riesgo de fractura, y de 9% en la reevaluación posterior. La frecuencia de solicitud de densitometría ósea fue 21,1%. No se observó diferencias significativas en frecuencia de osteoporosis según factores de riesgo, excepto con el tiempo de uso de prednisona (OR: 1,01; IC: 1,0004-1,0102; p= 0,03). Al 63,6% de los pacientes se les prescribió actividad física y al 98% suplementación con calcio/vitamina D. La frecuencia de uso de antirresortivos fue 11,1%, indicado principalmente para tratamiento de osteoporosis (90,9%). Solo el 50% de los pacientes con osteoporosis, el 25% de los pacientes con alto riesgo de fractura osteoporótica mayor y el 19,6% con alto riesgo de fractura de cadera (FRAX) recibían tratamiento con antirresortivos. Estos resultados muestran la necesidad de reforzar la prevención y tratamiento de OIGC.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Consuelo Arroyo - caschuma91@gmail.com

Rol educativo de enfermería en el marco de la Ley Ricarte Soto: estrategias, desafíos y percepciones en la implementación de terapias biológicas subcutáneas

Mrs. Wanda Pilar Carrasco Cordero, Dra. Marcela Loreto Segovia Rocha
HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE

Resumen

Introducción: La Ley Ricarte Soto (LRS) garantiza el acceso a diagnósticos y tratamientos de alto costo, incluyendo terapias biológicas subcutáneas para patologías reumatológicas. En este contexto, la enfermería cumple un rol fundamental en la educación del paciente, promoviendo la adherencia, la seguridad y la autonomía en el manejo del tratamiento. Sin embargo, las instancias educativas enfrentan diversas barreras que dificultan su implementación efectiva. Objetivo: Caracterizar y analizar el rol educativo que desempeñan las enfermeras en el marco de la LRS, identificando estrategias utilizadas, principales desafíos enfrentados y percepción del impacto en pacientes beneficiarios. Metodología: Estudio descriptivo, basado en encuesta, recopilación y análisis cuali-cuantitativo de información de enfermeras que realizan la educación. Se agruparon las respuestas en categorías comunes para su análisis. Resultados: Se recibieron 33 encuestas a enfermeras. El 72.7% trabaja en sector público, el 39.4% tiene más de 11 años de ejercicio profesional, el 51.5% trabaja hace menos de 3 años en LRS y el 75.8% trabaja en la zona central del país. El 33.3% realiza más de 4 educaciones y requieren más de 20 minutos para la educación. Se identificaron 8 categorías principales de dificultades: infraestructura insuficiente (7 menciones), baja escolaridad y problemas de comprensión (6), edad avanzada y limitaciones físicas de los pacientes (6), barreras emocionales como miedo a efectos adversos o autoinyección (4), tiempo limitado y sobrecarga asistencial (4), falta de red de apoyo (3), habilidades prácticas insuficientes en el manejo de dispositivos (3) y disposición del paciente (2). Un grupo menor reportó ausencia de dificultades (2). Los principales obstáculos están relacionados con limitaciones estructurales del sistema y características individuales de los pacientes. Conclusión: El rol educativo de enfermería en el marco de la LRS es esencial para garantizar la adherencia y seguridad en el uso de terapias biológicas subcutáneas. Sin embargo, existen barreras relevantes vinculadas a infraestructura, carga asistencial y condiciones del paciente que requieren ser abordadas mediante estrategias institucionales y apoyo adicional al rol enfermero. Este estudio resalta la necesidad de fortalecer los recursos educativos y organizacionales para optimizar la experiencia de los pacientes beneficiarios.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Mrs. Wanda Pilar Carrasco Cordero - wpcarrasco@hotmail.com

Hidraadenitis supurativa: ¿Enfermedad Autoinflamatoria de la Piel o manifestación asociada a Fiebre Mediterránea Familiar? Reporte de un caso

Dr. Lurimar Manrique, Camila Araya Robles, Dr. José Jiménez Almerón, Dra. Gabriela Guasamucaro Castillo

Hospital de Ovalle, Hospital de Coquimbo

Resumen

Introducción: La hidradenitis supurativa (HS) es una afección crónica de la unidad pilosebácea que se manifiesta como nódulos dolorosos, abscesos o fistulas. Se clasifica como familiar, esporádica, sindrómica o asociada a otras condiciones. En los últimos años se ha avanzado en el conocimiento de su fisiopatología y su relación con la predisposición genética. Descrito su relación con síndromes autoinflamatorios, intentando identificar variantes patogénicas en pacientes que la presentan. Desde 2020 se han descrito nuevas mutaciones en HS familiar asociadas a genes MEFV y NOD2. La Fiebre Mediterránea Familiar (FMF) es un desorden autoinflamatorio monogénico, generado por alteración de interleucina-1- β , caracterizado por ataques recurrentes de fiebre, peritonitis, pleuritis, artritis, y lesiones de piel. Estando la mutación del MEFV identificada en ambas condiciones, gen encargado de codificar pirinas, un componente clave del inflamósoma. Objetivo Proporcionar una visión del papel de la genética en aspectos diagnósticos y clínicos de HS/ FMF. Reporte de caso Paciente femenino de 27 años con antecedentes de hipotiroidismo, resistencia a insulina, obesidad. Acude por HS de difícil control en tratamiento desde los 13 años con persistencia hasta la actualidad de lesiones de piel en pliegues de abdomen, inguinal y axilas, asociándose en 2024 lesiones ulcerativas en extremidades inferiores, oligoartralgias asimétricas, y debilidad muscular en tercio distal de extremidades inferiores que progresa a proximal sin mejoría a pesar de tratamientos, por lo cual consulta con especialistas. Se realizan estudios (tabla anexa) y tratamiento con esteroides a bajas dosis sin respuesta, por lo que se realiza panel genético que reporta mutación patológica de MEFV, NOD2 de riesgo, y NLRP1, OAS1, POLA1 de significado incierto. Conclusión Con el descubrimiento de mutaciones genéticas como las relacionadas con inmunidad innata y adaptativa, microbioma, inflamósoma entre otras, podemos definir a la HS como una enfermedad poligénica multifactorial y autoinflamatoria, que puede expresarse en ocasiones relacionada a FMF, incluso en pacientes con mutación del MEFV sin FMF clínica, pudiendo presentarse con manifestaciones articulares aisladas. Con base a lo descrito se sugiere la realización de pruebas genéticas en pacientes con antecedentes significativos familiares o ausencia de desencadenantes comunes de dichas manifestaciones.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Lurimar Manrique - ludmilayrichard@gmail.com

Modelo de atención integrado reumatología-dermatología en un hospital público chileno: estudio descriptivo retrospectivo de la experiencia 2023-2025

Dr. Guido Rivera, Dr. Pedro Ferrés Echeverría, Dr. Jocelyn González Álvarez, Dra. Consuelo Arroyo Schumacher, Dr. Sebastián Campos Benavente, Dra. Verónica Mezzano Robinson, Dr. Óscar Neira Quiroga

Programa de Especialidad en Reumatología, Hospital del Salvador, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Programa de Especialidad en Reumatología

Resumen

INTRODUCCIÓN Las enfermedades inflamatorias inmunomediadas con compromiso cutáneo representan un grupo heterogéneo de manifestaciones de manejo complejo, dado que pueden corresponder a actividad de la enfermedad, presencia de otra patología, o reacciones adversas a fármacos. En el sistema público chileno, la elevada carga asistencial genera listas de espera críticas, dificultando un abordaje oportuno y coordinado. Experiencias internacionales de clínicas conjuntas han demostrado beneficios diagnósticos y terapéuticos. Este estudio describe la implementación y resultados de un modelo interdisciplinario Reumatología–Dermatología en un hospital público de Chile. **OBJETIVOS** Describir las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de los pacientes atendidos en el policlínico conjunto de Reumatología y Dermatología del Hospital del Salvador entre noviembre de 2023 y mayo de 2025. **MATERIAL Y MÉTODOS** Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal. Se incluyeron todos los pacientes evaluados en el policlínico durante el período señalado. Los datos se obtuvieron de la ficha clínica electrónica y se analizaron mediante estadística descriptiva en STATA 15.1. **RESULTADOS** Se incluyeron 161 pacientes, con una edad media de 53,2 años y predominio femenino (83,8%, $p=0,008$). Un 63,8% correspondió a ingresos, mientras que 31,7% controles. El tiempo medio hasta la primera atención fue de 68 días, significativamente menor que los tiempos habituales de lista de espera. Los motivos de derivación desde Reumatología predominaron las lesiones cutáneas primarias (25,6%) y la alopecia (12,8%), mientras que desde Dermatología la psoriasis/artritis psoriásica (52,8%) y la morfea/esclerosis sistémica (13,9%). Los diagnósticos más frecuentes fueron enfermedades inmunológicas órgano-específicas (28,5%) e inmunológicas sistémicas (25,3%). El impacto clínico fue relevante: hubo cambio o mayor precisión diagnóstica en 53,4% de los casos, ajuste de tratamiento en 70,1%, solicitud de biopsia de piel en 22,3% y alta en 48,5% de los pacientes. **CONCLUSIONES** El modelo Reumatología–Dermatología resolvió incertidumbre diagnóstica y terapéutica, con cambios de diagnóstico en más de la mitad de los pacientes y ajustes terapéuticos en la mayoría. Además, permitió tiempos de atención mucho menores, reforzando su factibilidad e impacto clínico en el sistema público chileno.

Tipo de presentación

POSTER ORAL

Autor corresponsal: Dr. Guido Rivera - guido.rivera.godoy@gmail.com

Síndrome de Asia: Reporte de casos en Hospital Clínico Universidad de Chile

Dr. Maria Francisca Valenzuela Aldridge, Dra. Maria Magdalena Canals, Dr. Jaime Cruz, Dr. José pedro de la Fuente, Dr. Mauricio Parada, Dr. Daniela Parra, Dra. Pamela Wurmman
Hospital Clínico Universidad de Chile

Resumen

Introducción: El síndrome autoinmune/autoinflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA), descrito por Shoenfeld y Agmon-Levin en 2011, agrupa manifestaciones clínicas relacionadas con disfunciones inmunológicas tras exposición a adyuvantes, incluyendo silicona. Los criterios diagnósticos comprenden criterios mayores (exposición previa a adyuvante, síntomas generales, biopsia típica, mejoría tras remoción) y menores (autoanticuerpos, HLA específicos, otras manifestaciones clínicas, desarrollo de enfermedad autoinmune). **Objetivo:** Caracterizar pacientes con síndrome de ASIA evaluadas en Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH). **Materiales y métodos:** Revisión retrospectiva de fichas de pacientes que cumplían criterios de síndrome de ASIA. **Resultados:** Caso 1: Mujer de 27 años, asmática. Dieciocho meses post-implantes mamarios desarrolló aumento de volumen mamario izquierdo, fiebre y artritis de pequeñas articulaciones. Laboratorio: FR (+), Anti CCP (+), VHS 18, ANA (-). RNM mostró edema periprotésico izquierdo. Se retiraron prótesis con evolución inicial favorable; posteriormente reinició artritis, logrando remisión con metotrexato. Caso 2: Mujer de 63 años con antecedente de inyección facial de silicona y ácido hialurónico. A los dos años desarrolló poliartritis erosiva con Factor Reumatoideo (+). Inició DMARDs con buena respuesta inicial. Evolucionó con aumento de volumen y nódulos dolorosos en áreas de inyección, simultaneo con actividad articular. Caso 3: Mujer de 73 años con implantes mamarios de larga data y lupus eritematoso sistémico reciente (serositis, artritis, linfopenia, ANA 1:640 patrón AC-4). Desarrolló deterioro cognitivo progresivo subagudo. Neuroimágenes mostraron microangiopatía crónica; LCR descartó causas infecciosas. Se inició metilprednisolona y ciclofosfamida intravenosa. TAC torácico evidenció signo de "linguini" sugerente de rotura intracapsular. EEG mostró actividad epileptiforme temporal izquierda, se inició tratamiento anticonvulsivante. Tras el retiro de implantes mamarios se observó mejoría neurocognitiva. **Conclusión:** Esta serie de casos demuestra la asociación plausible entre exposición a adyuvantes y desarrollo del Síndrome de ASIA. El incremento global de procedimientos estéticos con adyuvantes hace esencial considerar esta entidad emergente ante síntomas autoinmunes con antecedente de exposición. Como patología recientemente caracterizada, el reconocimiento temprano y diagnóstico oportuno optimizan significativamente el pronóstico y manejo. Aunque los criterios diagnósticos actuales ofrecen una guía valiosa, es necesaria su validación a través de estudios prospectivos y el desarrollo de biomarcadores específicos que permitan un diagnóstico más preciso.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Maria Francisca Valenzuela Aldridge - fvalenzuelaald@gmail.com

VASCULITIS ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS EN PEDIATRÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Miss Carolina Maldonado, Dra. Evelyn Nuñez Cancino
Universidad de Chile, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna

Resumen

Las vasculitis asociadas a anticuerpos anticito plasma de neutrófilos (ANCA) (AAV) son enfermedades autoinmunes caracterizadas por inflamación necrotizante de vasos pequeños y medianos. Incluyen la granulomatosis con poliangeítis (GPA), la poliangeítis microscópica (MPA) y la granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA). En pediatría, la GPA es la AAV más frecuente, con predominio en niñas caucásicas entre 11 y 14 años. Comparados con adultos, los niños presentan más frecuentemente compromiso del tracto respiratorio superior (91% vs 58%), síntomas constitucionales (89% vs 61%), afectación respiratoria baja (80% vs 60%) y mayor prevalencia de ANCA tipo PR3. El diagnóstico en niños se basa en los criterios EULAR/PRINTO/PRES, requiriendo al menos tres: hallazgos histológicos compatibles, compromiso respiratorio, afectación renal, positividad para ANCA y evidencia de inflamación granulomatosa. Ilustrar, mediante caso clínico, la presentación, evolución y hallazgos inmunológicos de la enfermedad. Reforzar la importancia del diagnóstico oportuno y enfoque multidisciplinario. Paciente femenina 14 años, sin antecedentes mórbidos, con un mes de evolución de úlceras orales, gingivorragia, púrpura de extremidades, mialgias y decaimiento, sin fiebre. Inicia tratamiento con corticoides por sospecha de vasculitis. Posteriormente desarrolla tos seca, dolor pleurítico y hallazgos pulmonares en Tomografía compatibles con vasculitis: focos de consolidación pulmonar, de aspecto nodular bilateral, más confluyente en lóbulos inferiores, y fenómenos de cavitación en lóbulo superior izquierdo e inferior derecho. Evolucionan con fiebre, dolor abdominal, hematuria y deterioro de función renal. Se inicia inducción con pulsos de metilprednisolona y luego Ciclofosfamida. Presenta mejoría clínica y radiológica. Sin embargo, al tercer mes presenta queratitis periférica no ulcerada y aumento de lesiones pulmonares, se programa Rituximab. Exámenes inmunológicos: ANCA C y P positivos (IFI), anticuerpos antinucleares y anti-DNA negativos, factor reumatoideo elevado (421.5 UI/ml), VHS elevada. El enfrentamiento de un síndrome purpúrico, como en el caso anterior, asociado a compromiso pulmonar con hallazgo de “cavitaciones” y renal, hace imperativa la sospecha diagnóstica de vasculitis ANCA, previo descarte de causas infecciosas y oncológicas. La detección de ANCA por IFI y su especificidad por ELISA (PR3 o MPO) aporta pronóstico y seguimiento. Resumiendo, requiere alta sospecha clínica y apoyo multidisciplinario ante síntomas persistente con compromiso multiorgánico.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Miss Carolina Maldonado - carolina.maldonadopavez@gmail.com

Compromiso renal y neurológico en sarcoidosis sistémica: a propósito de un caso

Dr. Sebastian Cerda, Dra. Paulina Navarrete, Dra. Josefina Aguiluz, Dr. José Sampayo, Dra. Paula Burgos, Dra. Antonia Valenzuela

Pontificia Universidad Católica de Chile Pontificia Universidad Católica de Chile Pontificia Universidad Católica de Chile

Resumen

Mujer de 76 años con antecedentes de HTA, hipotiroidismo, dislipidemia y depresión. En junio de 2024 inicia con compromiso del estado general, epistaxis, síntomas sicca, fiebre y pérdida de 20 kg. Destacaba hipercalcemia (12.2 mg/dl), PTH normal, vitamina D normal, creatinina 2.3 mg/dl, VHS 53 mm/h, ANA 1/160 y FR 23 UI/ml. TAC reveló adenopatías retroperitoneales y nódulo pulmonar, con PET-CT que mostró adenopatías hipermetabólicas infradiafragmáticas. Se realizó biopsia ganglionar retroperitoneal, compatible con sarcoidosis. Simultáneamente presentó deterioro de la función renal y proteinuria, con biopsia renal compatible con nefropatía por IgA, por lo que se inició prednisona 40 mg/día con mejoría de creatinina (3.3 a 1.5 mg/dl). Durante el descenso de corticoides (10 mg), en junio de 2025 desarrolló amnesia, agitación psicomotora y cefalea. TAC de encéfalo y LCR sin hallazgos. Por sospecha de encefalitis autoinmune se realizó búsqueda de anticuerpos antineuronales, la cual fue negativa. Una segunda RNM mostró microangiopatía leve inespecífica. Además, se revisó PET CT previo, con aumento de actividad metabólica temporal mesial. Debido a agitación refractaria a antipsicótico y hallazgos previos, se administraron pulsos de metilprednisolona, observándose mejoría a las 72 horas con recuperación de la conciencia y desaparición de cefalea. Se hizo el diagnóstico de neurosarcoidosis probable según la clínica como manifestación de sarcoidosis sistémica, con compromiso renal y respuesta favorable a corticoides. Se indicó corticoterapia en descenso y terapia biológica con infliximab como inmunosupresor. Al alta, la paciente permanecía asintomática, en recuperación gradual. Discusión: La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica, siendo el pulmón y ganglios linfáticos los más comprometidos. El compromiso neurológico ocurre en un 5-15% de los casos, pudiendo afectar cualquier nivel del sistema nervioso central o periférico, siendo más frecuente la presencia de síndrome meníngeo y paresia de algún par craneano. La neurosarcoidosis se asocia a elevada morbimortalidad y requiere manejo inmunosupresor prolongado, habitualmente con corticoides y agentes biológicos.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Sebastian Cerda - sebase93a@gmail.com

Diferencias estacionales (invierno-verano) en positividad e intensidad de anticuerpos anti citoplasma de neutrófilos (ANCA) PR3 y MPO. Análisis desde los años 2018 a 2024.

Miss Daniela Albornoz, Dr. Carlos Aguilera, Josefa Pizarro, Felipe Gulppi, Dra. Carolina Gallo, Dr. Felipe Zamorano, Dr. Luis Ramirez, Dra. Neva Cáceres, Dra. Marcela Godoy, Dr. Daniel Pacheco

Reumatología Universidad de Chile, Universidad de Concepción, Laboratorio inmunología HCSBA, HCSBA

Resumen

Las vasculitis asociadas a ANCA tienen variabilidad en su frecuencia de aparición, influida por factores geográficos, ambientales y estacionales. Estudios sugieren relación con polución o radiación ultravioleta. Además, hay sustrato fisiopatológico que vincula su positividad con el desarrollo de la enfermedad. El objetivo de este trabajo fue determinar si existen diferencias en el porcentaje de positividad (PP) o los valores absolutos de ANCA PR3 y MPO entre invierno y verano. Estudio transversal analítico, incluyó exámenes realizados entre 2018 y 2024 en el laboratorio de inmunología, Hospital San Borja Arriarán. Se estudiaron las estaciones meteorológicas, invierno (junio-agosto) y verano (diciembre-febrero). La determinación de ANCA fue mediante ELISA (HELIOS: positivo >18 U/ml). Se incluyeron exámenes de pacientes >18 años y se excluyeron repetidos. El PP según estación y sexo se evaluó con Chi-cuadrado. Se realizó un subanálisis de las muestras positivas mediante t Student y prueba Mann-Whitney. De 2016 exámenes realizados en invierno y verano (1010 MPO y 1006 PR3), 60,8% fueron en mujeres y 39,2% en hombres. No hubo asociación entre el PP total y las estaciones evaluadas en la cohorte global. Al analizar por sexo y tipo de anticuerpo se encontró en hombres un PP para PR3 de 8,33 % verano versus invierno 3,74% ($p=0,05$) (FIGURA1). En el subanálisis de las 92 muestras positivas, hubo diferencias significativas en los valores absolutos de ANCA total: en invierno se registraron concentraciones más elevadas (media 78,5 U/mL; DE 85,9) comparado con verano (media 49,6 U/mL; DE 37,8; ($p=0,046$)). Al estratificar por sexo, esta diferencia persistió en los hombres ($p<0,030$). Los estudios de estacionalidad y vasculitis ANCA son contradictorios, hay pocos en el hemisferio sur. Este trabajo que analizó la positividad y valores de ANCA, sin considerar los diagnósticos definitivos, mostró que en los hombres el PP de PR3 es superior en verano aunque no significativo, sin embargo, los valores absolutos en hombres son significativamente mayores en el invierno. Las causas de estas diferencias requieren nuevos estudios, no obstante, los valores absolutos más elevados en invierno podrían relacionarse con mayor gravedad.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Miss Daniela Albornoz - danielaalbornozlopez@gmail.com

Análisis de retención de tratamientos biológicos en pacientes con artritis reumatoide en ley Ricarte Soto en el Hospital Regional de Iquique

Dr. christian zenteno, Maria Paz Lagos, Fernanda Olivares
Hospital regional de Iquique

Resumen

Introducción La retención de tratamientos biológicos en pacientes con artritis reumatoide es un indicador relevante de efectividad terapéutica, tolerancia y adherencia a largo plazo. Pese a su amplia implementación en Chile a través de la Ley Ricarte Soto, existen escasos estudios locales que reporten supervivencia real por biológico. **Objetivos** Describir la retención de fármacos biológicos y biosimilares en pacientes con artritis reumatoide en seguimiento en la Unidad de Reumatología del Hospital Regional de Iquique, entre los años 2017 -2025 y compararlos con datos internacionales. **Material y métodos** Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron 248 pacientes mayores de 18 años diagnosticados con artritis reumatoide según criterios ACR/EULAR, que iniciaron tratamiento con algún biológico incluido en la Ley Ricarte Soto. Se recolectaron variables clínicas, duración del tratamiento y causa de suspensión. Se realizó análisis de supervivencia mediante curvas Kaplan-Meier y comparación con datos publicados. **Resultados y conclusiones** El biológico más frecuentemente utilizado como primera línea fue abatacept (29.1%), seguido por etanercept y adalimumab. La retención a 1, 3 y 5 años fue superior para rituximab, abatacept y etanercept [1,4]. Biosimilares como Erelzi e Idacio mostraron menor supervivencia que sus equivalentes originales [5]. Las principales causas de suspensión fueron falta de respuesta (95.3%) y reacciones adversas (4.7%). Los resultados son comparables a series de Japón [3], Reino Unido [2] y Chile central [6], pero con mayor uso de abatacept como tratamiento inicial. Esta información puede orientar decisiones clínicas y políticas públicas tanto a nivel nacional como en nuestra región.

Tipo de presentación

POSTER ORAL

Autor correspondiente: Dr. christian zenteno - eyc_medicina@hotmail.com

Síndrome de superposición entre artritis reumatoide y poliangeítis microscópica, a propósito de un caso

Dr. christian zenteno, Dr. Sergio Zenteno
Hospital regional de Iquique

Resumen

Introducción: La coexistencia de artritis reumatoide (AR) y poliangeítis microscópica (PAM) es infrecuente, pero constituye un desafío diagnóstico y terapéutico debido al solapamiento clínico y a las graves implicancias pronósticas. El reconocimiento precoz de este síndrome de superposición es fundamental para optimizar el tratamiento y mejorar la supervivencia. **Objetivos:** Describir un caso clínico de paciente con AR seropositiva que desarrolla PAM asociada a ANCA-MPO, resaltando la importancia del diagnóstico oportuno y la respuesta terapéutica. **Material y métodos:** Se presenta el caso de una mujer con AR seropositiva de seis años de evolución, refractaria a múltiples DMARDs y en tratamiento con golimumab. Durante el seguimiento desarrolló síntomas respiratorios y renales que motivaron hospitalización y estudios extensos, incluyendo serología, imágenes y pruebas inmunológicas. **Resultados y conclusiones:** La paciente presentó inicialmente neumonía por influenza A, seguida de deterioro progresivo del estado general, compromiso renal (creatinina 3.1 mg/dl, hematuria, proteinuria 600 mg/24h) y hallazgos tomográficos de nódulos pulmonares múltiples. Los estudios inmunológicos mostraron p-ANCA positivo con anti-MPO elevado. Se diagnosticó vasculitis asociada a ANCA (PAM) en el contexto de AR. Se suspendió golimumab y se inició tratamiento con rituximab (1 g IV repetido en 15 días) y glucocorticoides. A los tres meses, la paciente presentó clara mejoría clínica y funcional: creatinina en 1.4 mg/dl, orina sin hematuria, reducción de los nódulos pulmonares en TAC y disminución de la actividad articular (DAS28 2.98). Este caso ilustra la complejidad diagnóstica de la superposición AR-PAM, la necesidad de considerar vasculitis ANCA en pacientes con AR que desarrollan síntomas sistémicos nuevos y la eficacia de rituximab como estrategia terapéutica. La revisión de la literatura confirma que, aunque rara, esta asociación se ha descrito previamente, con predominio de compromiso pulmonar y renal, y con impacto pronóstico significativo. El diagnóstico temprano y el inicio de inmunosupresión intensiva son determinantes para un mejor desenlace clínico.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. christian zenteno - eyc_medicina@hotmail.com

Perspectiva de pacientes y reumatólogos en el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia comórbida en artritis inflamatoria. Estudio cualitativo

Dr. Milena Mimica, Gonzalo Arias, PhD. Josefina Aubert, Diego Gilabert, Javiera Lobo, Diego González, Valentina Mardones, Jocelyn Muñoz, Dr. Loreto Massardo
Universidad San Sebastián

Resumen

Introducción: Las artritis inflamatorias crónicas (AIC) (artritis reumatoide, artritis psoriásica y espondiloartritis) presentan fibromialgia (FM) comórbida en un 10-30%. En Chile el acceso a tratamientos antirreumáticos y biológicos se presenta a nivel terciario de atención de salud, mientras que el acceso a tratamientos para la FM es en la atención primaria. Nuestro objetivo es explorar las barreras y facilitadores que los pacientes con AIC y FM enfrentan en su diagnóstico y acceso a terapias adecuadas para la FM. Un desafío pendiente en la salud pública es otorgar una atención centrada en mejorar la calidad de vida de los pacientes con AIC-FM. **Método:** Estudio cualitativo mediante entrevistas telemáticas semiestructuradas, utilizando un muestreo cualitativo de máxima variación, a nueve reumatólogos y diez pacientes con AIC-FM del sistema público y privado de salud del norte, centro y sur del país. Los reumatólogos respondieron sobre la disponibilidad de recursos y su percepción respecto a las barreras para diagnosticar y prescribir tratamiento para la FM en pacientes con AIC, y los pacientes con FM-AIC sobre los tratamientos que han recibido para la FM y las posibles barreras que han enfrentado. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas mediante un análisis de contenido utilizando el software ATLAS.ti versión 23. **Resultados:** Los resultados resumidos del análisis de las entrevistas en la Tabla 1. **Conclusiones:** El modelo de atención no se adapta a las necesidades del paciente con AIC-FM ya que son más las barreras que los facilitadores. La colaboración y comunicación fluida entre equipos de salud, de gestión y la red de apoyo social es fundamental, así como la continuidad de la atención como enfermedad crónica y la integración de métodos terapéuticos a la vida cotidiana. Se requiere capacitación del equipo de atención primaria, junto con el acceso a diversas herramientas para el manejo de la FM en el nivel terciario. Esta información contribuye a mejorar la organización de los equipos de salud para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Tipo de presentación

POSTER ORAL

Autor corresponsal: Dr. Milena Mimica - milena.mimica@uss.cl

Abordaje de la Fibromialgia en la artritis inflamatoria crónica: recomendaciones de expertos chilenos.

Dr. Milena Mimica, Gonzalo Arias, PhD. Josefina Aubert, Diego González, Dr. Lilian Soto, Dr. Francisco Radrigán, Dr. Alejandra Álvarez, María Paz Ugarte, Valentina Salinas, Dr. Sergio Sanhueza, Dr. Miguel Gutierrez, Jocelyn Muñoz, Ximena Galleguillos, Dr. Loreto Massardo
Universidad San Sebastián

Resumen

Introducción: La fibromialgia (FM) en pacientes con artritis inflamatorias crónicas (AIC: artritis reumatoide, artritis psoriática y espondiloartritis) ejerce un efecto perjudicial adicional amplificando el dolor y deteriorando la calidad de vida y la funcionalidad. Importante es su posible efecto en las escalas de actividad de las AIC que puede conducir a incrementos ineficaces en el tratamiento antirreumático, incluyendo terapias biológicas de alto costo. La FM suele no ser reconocida en estos pacientes debido a la superposición de síntomas de dolor y fatiga. Por lo tanto, existe una necesidad no cubierta de reconocer y tratar la FM concomitante para mejorar la calidad de vida y contener los costos en salud en pacientes con AIC. El objetivo de este proyecto es presentar las primeras recomendaciones para el reconocimiento y manejo de la FM comórbida en pacientes con AIC. **Metodología** Se conformó un grupo de trabajo de expertos compuesto por 5 reumatólogos, 2 kinesiólogos, 1 terapeuta ocupacional, 1 psicólogo, 1 médico fisiatra, 1 enfermera, 1 especialista en salud pública, 1 representante de una organización de pacientes con FM y 1 paciente con AIC-FM. Se presenta la información obtenida del análisis cualitativo de entrevistas a reumatólogos y pacientes con AIC-FM sobre las barreras/ facilitadores en el enfrentamiento diagnóstico y tratamiento, y una revisión actualizada de la evidencia sobre FM y FM-AIC. Con estos insumos, en dos reuniones virtuales, el grupo elaboró una propuesta de recomendaciones para el diagnóstico y manejo de la FM en pacientes con AIC, y posteriormente determina el nivel de acuerdo de la versión final. **Resultados:** El resumen de las recomendaciones generadas y su nivel de acuerdo se presentan en la Tabla 1. **Conclusión:** Este proyecto constituye un primer paso para ofrecer a los profesionales de la salud que tratan a pacientes con AIC una guía que facilite el diagnóstico y manejo de la FM comórbida, dentro del sistema de salud chileno, con la posibilidad de ser extendida internacionalmente.

Tipo de presentación

POSTER ORAL

Autor corresponsal: Dr. Milena Mimica - milena.mimica@uss.cl

Características clínicas, tratamientos y factores asociados a recaída en una cohorte chilena de policondritis recidivante

Dr. Mauricio Parada Valenzuela, Dr. Jose Pedro De La Fuente P

Dr. Jaime Cruz F, Dr. Magdalena Canals C, Dr. Daniela Seelmann G, Dr. Pamela Wurmman K
Hospital Clínico Universidad de Chile

Resumen

Introducción La policondritis recidivante (PR) es una enfermedad autoinmune rara con compromiso multisistémico variable. Las recaídas son frecuentes, pero los factores asociados a ellas no están claramente definidos. En Chile no existen estudios que caractericen esta enfermedad ni evalúen predictores de recurrencia. **Objetivos** Describir características clínicas, tratamientos y desenlaces de pacientes con PR, e identificar factores asociados a recaída en una cohorte chilena. **Material y métodos** Estudio observacional, retrospectivo, basado en registros clínicos electrónicos de pacientes hospitalizados y ambulatorios con diagnóstico CIE-10 de PR entre 2005–2025. Se identificaron 37 casos; se incluyeron 21 con ≥ 2 registros. Se recopilaron variables demográficas, manifestaciones iniciales, laboratorio, tratamientos y desenlaces. El desenlace primario fue la primera recaída, definida como reaparición de actividad clínica y/o inflamatoria que requirió intensificación terapéutica. Se definió recaída mayor como aquella que requirió hospitalización y/o intervención de la vía aérea (traqueostomía, intubación u otra asistencia ventilatoria). Se calcularon tasas por 100 paciente-año y hazard ratios (HR) mediante regresión de Cox. **Resultados** Se incluyeron 21 pacientes (42,9% hombres), mediana de edad 48 años [42–56], ver tabla 1. 5 pacientes (23,8%) presentaron ≥ 1 recaída, con mediana de tiempo de 12 [9–12] meses. La tasa de recaídas fue 19,67 por 100 paciente-año; tres pacientes (14,3%) tuvieron recaídas mayores (11,80 por 100 paciente-año). En el análisis multivariado, sexo masculino (HR 14,13; IC95% 0,39–508,75), compromiso de vía aérea inicial (HR 8,15; IC95% 0,17–402,35) y tratamiento inicial con GC+IS versus GC en monoterapia (HR 11,20; IC95% 0,22–561,94) mostraron tendencia a mayor riesgo de recaída, sin alcanzar significación estadística. Durante recaídas, se usaron corticoides (100%), ciclofosfamida (40%) y metotrexato (20%). Se registraron tres fallecimientos (14,3%): meningoencefalitis, insuficiencia respiratoria y causa no precisada. **Conclusiones** En esta primera cohorte chilena de PR, un cuarto de los pacientes presentó recaídas, con mediana de tiempo de 12 meses. Sexo masculino, compromiso de vía aérea inicial y tratamiento con glucocorticoides en monoterapia mostraron tendencia a mayor riesgo de recurrencia.

Tipo de presentación

POSTER ORAL

Autor correspondiente: Dr. Mauricio Parada Valenzuela - mparadavalenzuela@gmail.com

Caracterización de pacientes con Artritis Idiopática Juvenil Poliarticular y Anticuerpos Anti péptido Cíclico Citrulinado positivo en un Hospital pediátrico de Santiago de Chile

Dr. Catherine Bravo, Dr. Jorge Rojas, Dr. Pamela Salinas, Dr. Nicole Hunt
Universidad de Chile, Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Universidad de Chile

Resumen

Introducción El subtipo de Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) poliarticular con factor reumatoideo (FR) positivo, se considera con clínica y patogenia similar a Artritis Reumatoide (AR) del adulto. En estos pacientes el Anticuerpo Anti péptido Cíclico Citrulinado (ACPA) confiere mayor gravedad en compromiso articular y riesgo de afectación pulmonar. En consecuencia, este subtipo de AIJ puede asociarse a enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) comparable a AR. **Objetivo general** Caracterizar a pacientes con diagnóstico de AIJ con ACPA positivo controlados en policlínico de Inmuno-Reumatología infantil del Hospital Dr. Exequiel González Cortés (HEGC), en Santiago de Chile. **Pacientes y Métodos** Estudio observacional retrospectivo, en periodo de 5 años (2020 - 2024), de pacientes AIJ y ACPA positivo controlados en policlínico Inmuno-Rematología HEGC. Se revisaron fichas clínicas y diagnóstico de EPID se estableció con Tomografía Computada de Alta Resolución (TCAR). **Resultados** Se incluyeron 8 pacientes con diagnóstico de AIJ con ACPA positivo. De éstos, 4 eran subtipos AIJ poliarticular FR positivo, 2 AIJ poliarticular FR negativo y 2 AIJ oligoarticular extendido. Del grupo de pacientes, 7 fueron mujeres y 1 hombre, con edad promedio de 10 años 1 mes al momento del diagnóstico. En la clínica, 3 pacientes presentaron deformidades articulares avanzadas y disnea clase III según la Clasificación Organización Mundial de Salud (OMS). En laboratorio inmunológico, todos presentaron Anticuerpos Antinucleares (ANA) y ACPA positivos, y se observó 3 pacientes con títulos sobre 1.000 U/ml, que fueron los mismos con disnea. En todos los pacientes se realizó TCAR y se detectó en pacientes con títulos ACPA sobre 1.000 U/ml, imágenes compatibles con EPID. En éstos se efectuaron pruebas de función pulmonar (PFP) y se objetivó alteración pulmonar restrictiva. Pacientes con EPID comenzaron terapia micofenolato, sin mejoría clínica ni PFP, por lo que iniciaron Rituximab. **Conclusiones** En esta revisión, los pacientes AIJ y ACPA positivo con títulos sobre 1000 u/ml, desarrollaron EPID con necesidad de terapia biológica, similar a lo observado en pacientes AR. Consideramos relevante realizar en este fenotipo de AIJ pesquisa activa de EPID con objetivo de terapia precoz y mejorar pronóstico a largo plazo.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Catherine Bravo - dra.catherine.bravo.valladares@gmail.com

Enteritis lúpica: un desafío diagnóstico en pediatría

Dr. Andrés Soffia, Clara Schulze, Constanza Mollo, Sara Concha, Arturo Borzutzky
Pontificia Universidad Católica de Chile

Resumen

Introducción: La enteritis lúpica (EL) es infrecuente en pediatría y puede presentarse tanto al debut como durante la evolución del LES, simulando infecciones o enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Se presenta una serie de casos pediátricos diagnosticados en un centro terciario nacional. **Resumen:** Caso 1: Niña (8 años) con 4 meses de dolor abdominal, vómitos, baja ponderal y artritis. Ecografía y TAC sugerentes de ileocolitis. Se sospecha EII y se realiza estudio endoscópico que resulta normal. Se amplía estudio: ANA 1:1280, anti-dsDNA+, anti-Sm/RNP+, C3/C4 bajos y proteinuria leve. Angio-TAC mostró engrosamiento estratificado de yeyuno y colon derecho con signos “diana/peine”, grasa mesentérica edematosa e ingurgitación vascular. Se diagnostica EL y recibe pulsos de metilprednisolona seguido de prednisona, micofenolato e hidroxicloroquina, con rápida mejoría. Caso 2: Adolescente (12 años) con debut de LES reciente en contexto de lesiones papulares/eritematosas, hepatitis, VHS alta, ANA 1:160, anti-dsDNA+, anti-Sm/RNP+, anti-Ro+, LAC+, C3/C4 bajos. Inicialmente en buen control con prednisona, micofenolato e hidroxicloroquina. Meses después consultó por dolor abdominal y vómitos persistentes. La ecografía evidenció engrosamiento de asas y líquido libre. Se diagnostica EL y se inician pulsos de metilprednisolona, con evolución favorable. Caso 3: Niña (10 años) con historia de artritis intermitente, dolor abdominal, fiebre, vómitos y fatiga. Imágenes con extensa enterocolitis y compromiso apendicular por contigüidad. Se diagnostica shock séptico por secundario a perforación intestinal. Por persistencia de parámetros inflamatorios habiendo controlado la infección se amplía estudio: ANA 1:1280, anti-dsDNA+, C3/C4 bajos y anemia. Se diagnostica LES/EL y se inician corticoides, hidroxicloroquina y azatioprina, con buena respuesta. **Discusión:** La EL, mediada por vasculitis de pequeños vasos y edema submucoso por inmunocomplejos, cursa con dolor abdominal, vómitos y ascitis. Imágenes con engrosamiento mural estratificado, signos de “diana/peine”, ingurgitación vascular y edema de grasa mesentérica, son características. El tratamiento de primera línea son glucocorticoides endovenosos en dosis altas. **Conclusiones:** En LES, la tríada de clínica gastrointestinal, hipocomplementemia e imágenes típicas orienta a EL. El inicio precoz de pulsos esteroideos seguido de inmunosupresores se asocia a buena evolución.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor correspondal: Dr. Andrés Soffia - aasoffia@uc.cl

Cuando la ER-IgG4 se disfraza de linfoma: caso complejo con respuesta completa a Rituximab

Dr. Jose Jorge Sampayo Zuleta, Dr. Paula Burgos Cañete
Dr. Paulina Navarrete Fuentes, Dr. Josefina Aguiluz Prokurica, Dr. Sebastian Cerda Acevedo,
Reumatología. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Resumen

Mujer de 51 años, con antecedente de hepatitis autoinmune diagnosticada en 2009, presentó en 2019 un cuadro de compromiso del estado general con diarrea crónica, pérdida de peso y artralgias inflamatorias. Los estudios iniciales evidenciaron parámetros inflamatorios elevados, endoscopias con biopsias gastrointestinales mostraron inflamación inespecífica y las imágenes revelaron poliadenopatías abdominales y retroperitoneales. Los síntomas mejoraron parcialmente con corticoides, pero con recaídas frecuentes. En 2020 se documentó progresión de las adenopatías, realizándose un PET-CT que mostró adenopatías hipermetabólicas cervicales, torácicas, abdominales y pélvicas, además de hipermetabolismo esplénico y medular, hallazgos que inicialmente plantearon la posibilidad de un síndrome linfoproliferativo, descartado con estudio de médula ósea y análisis ganglionar. La biopsia excisional de un ganglio axilar demostró infiltrado linfoplasmocitario con positividad para IgG4, con una razón IgG4/IgG superior al 40%, confirmando el diagnóstico de enfermedad relacionada a IgG4. La paciente recibió corticoides y azatioprina, con mala tolerancia y recaídas caracterizadas por diarrea, artritis y deterioro del estado general. Ante la refractariedad al tratamiento convencional, en abril de 2022 se indicó rituximab, logrando mejoría clínica evidente. El PET-CT de control en septiembre de 2022 mostró resolución completa de las adenopatías previamente hipermetabólicas y del compromiso esplénico, concordante con la respuesta terapéutica. Desde entonces, se mantiene en controles periódicos bajo esquema de rituximab y prednisona en baja dosis. Discusión. Este caso ilustra la complejidad diagnóstica de la enfermedad relacionada a IgG4, que en su presentación inicial puede simular entidades neoplásicas o autoinmunes, y resalta la importancia de la histología con inmunohistoquímica para establecer el diagnóstico definitivo. Asimismo, destaca el rol del PET-CT, no solo en la evaluación inicial y en el diagnóstico diferencial frente a linfomas, sino también como herramienta sensible para valorar extensión y respuesta al tratamiento. Finalmente, subraya el papel del rituximab como terapia efectiva en casos con compromiso multisistémico y refractarios a la inmunosupresión convencional. Según la literatura, hasta un 30–40% de los pacientes con IgG4-RD presentan recaídas bajo tratamiento esteroidal, siendo necesario considerar terapias biológicas para lograr una remisión sostenida.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Jose Jorge Sampayo Zuleta - josesampayo1@gmail.com

Manifestaciones Extra Glandulares del Síndrome de Sjögren Primario en una Corte de pacientes del HCUCh

Dr. Eduardo Leon Ponce, Dr. Eduardo León Ponce

Maximiliano De la Barra Acevedo, Tamara Vergara Cerón, Pamela Wurmman Kiblsky
Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Resumen

Introducción El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune que tiene manifestaciones glandulares (MG) y extraglandulares. Estas últimas cobran relevancia sobre las primeras ya afectan de forma directa la morbimortalidad asociada a esta enfermedad. **Objetivos** Este estudio busca caracterizar las manifestaciones extraglandulares (MEG) del Sjögren en población chilena. **Materiales y Método** El presente estudio es de tipo observacional descriptivo transversal, el cual analizó 88 pacientes con diagnóstico de SSp atendidos en el Servicio de Reumatología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCCh) entre enero del 2016 a abril del 2024. La búsqueda de pacientes se realizó a través de la Unidad de Archivo del HCUCCh bajo el código CIE10 M35 y sus derivados, con posterior verificación de los criterios de clasificación de ACR/EULAR 2016 para Sjögren. Las MEG consideradas para este estudio fueron las mucocutáneas, musculoesqueléticas, pulmonares, renales y del sistema nervioso. **Resultados** Las MEG como grupo más frecuentes fueron las musculoesqueléticas, con un 69.6%, seguidas por las mucocutáneas (32.1%) y las pulmonares (29.2%). Al desglosar en forma aislada las MEG, la manifestación de más alto porcentaje fue las artralgias, con 55%, seguidas por la presencia de nódulos pulmonares (19%), artritis (18%), úlceras orales (15%) y fenómeno de Raynaud (12%) (Tabla 1). Al realizar cruces de las MEG con los diversos factores coexistentes obtenidos, no se obtuvo correlaciones relevantes, ni significativas, pese al uso de dos tipos de programas con este objetivo. Entre las comorbilidades coexistentes, destacan el Hipotiroidismo (20.3%), la Enfermedad Celíaca (3.8%) y Vitiligo (3.5%). **Conclusiones** Este estudio aborda un tema importante y poco investigado en Chile, lo cual le da un valor relevante en el aspecto clínico. Pese a los resultados, poco alentadores a primer vista, este esfuerzo pone el tema sobre la mesa y da pie a posteriores esfuerzos que nos ayuden a determinar mejor las particularidades del SSp en nuestro medio.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Eduardo Leon Ponce - eduleonponce@gmail.com

Neuro-Lupus y Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT) Secundaria a Lupus Eritematoso Sistémico (LES): Un reporte de caso.

Dr. Sebastián Muñoz, Dra. Maria Elena Nass
Universidad de Concepción, Hospital Las Higueras

Resumen

Introducción: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune multisistémica que puede manifestarse con complicaciones hematológicas graves como la Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT). La afectación neurológica en el LES (Neuro-Lupus) añade complejidad diagnóstica y terapéutica, presentando desafíos clínicos significativos. **Objetivos:** Describir un caso de PTT secundaria a reactivación de LES con grave compromiso hematológico y neurológico, destacando el abordaje diagnóstico y terapéutico multidisciplinario. **Materiales:** Paciente femenina de 65 años con antecedentes de LES y artritis reumatoide controladas con Micofenolato e Hidroxicloroquina. Consulta en Urgencia por cuadro de compromiso cualitativo de conciencia profundo. Al ingreso presenta trombocitopenia severa (plaquetas 9.000/ul), anemia (Hb 9.3 g/dl) y elevación de LDH (1.511 U/L). **Resultados:** Inicialmente se sospechó Neuro-Lupus versus Meningitis aguda, descartándose esta última con un análisis de líquido cefalorraquídeo (LCR). Evoluciona con status epiléptico, requiriendo ventilación mecánica y traslado a UPC. Se decide administrar inmunoglobulina y bolos de Metilprednisolona por compromiso grave de LES. Se identificaron esquistocitos en frotis, orientando a una microangiopatía trombótica (MAT), con un PLASMIC score 6 pts., configurando la sospecha de un PTT. Se inicia plasmaféresis (PLEX) con buena respuesta inicial, pero recae hematológicamente, requiriendo un segundo ciclo. La Resonancia Magnética de cerebro mostró infartos subagudos frontoparietales y occipitales derechos, y cerebeloso izquierdo [1], los cuales pueden apoyar la sospecha de Neuro-Lupus, no obstante se confirma la presencia de un PTT por actividad indetectable de ADAMTS13. Finalmente, se requirieron 7 sesiones de PLEX, y posterior inicio de Rituximab a dosis de 375mg/m² por 4 ciclos, con respuesta completa. **Conclusiones:** Este caso ilustra la complejidad del manejo de la PTT secundaria a LES con manifestaciones neurológicas. El diagnóstico temprano y el tratamiento agresivo con PLEX, inmunosupresión y Rituximab fueron cruciales para la estabilización de la paciente y la prevención de daño neurológico permanente.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Sebastián Muñoz - seba.andres93@gmail.com

Neutropenia y esplenomegalia en artritis reumatoide: Reporte de 3 casos de Síndrome de Felty

Dr. Consuelo Arroyo, María C. Cuéllar Gutiérrez, Antonella Góngora, Verónica Mezzano, Verónica Wolff

Programa de Título Especialidad en Reumatología, Hospital del Salvador, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Sección de Reumatología

Resumen

Introducción: El síndrome de Felty (SF) es una manifestación extraarticular infrecuente de la artritis reumatoide (AR) caracterizado por neutropenia y esplenomegalia. Afecta a <1% de los pacientes con AR de larga evolución. Este síndrome aún plantea desafíos diagnósticos y terapéuticos. **Objetivo:** Describir características clínicas de tres casos de pacientes con SF. **Material (pacientes) y métodos:** La tabla 1 presenta las principales características. **Caso 1:** Hombre de 65 años, con antecedente de AR seropositiva de más de 20 años de evolución sin uso actual de tratamiento modificador de la enfermedad (DMARD). Consultó por síndrome consuntivo. En la evaluación destacó recuento absoluto de neutrófilos (RAN) 152/mm³, VHS 97 mm/hr, esplenomegalia (15,5 cm), hepatomegalia, adenopatías retroperitoneales y enfermedad pulmonar difusa. Estudio de médula ósea (MO) descartó etiología hematológica. Recibió tratamiento con prednisona 60 mg y metotrexato. Tras recaída al año, se inició Rituximab con mejoría de visceromegalias y VHS, pero sin respuesta satisfactoria en RAN. **Caso 2:** Mujer de 63 años, con antecedente de colangitis biliar primaria y AR seropositiva de más de 20 años de evolución sin uso actual de DMARD. Fue hospitalizada por neutropenia severa. En la evaluación destacó RAN 60/mm³, Hb 9,5 g/dL, plaquetas 71.000/mm³, VHS 62 mm/h, esplenomegalia (21 cm) y adenopatías en hilio hepático. Estudio de MO descartó etiología hematológica. Recibió tratamiento con metilprednisolona 250 mg/día por tres días y Rituximab con buena respuesta. **Caso 3:** Mujer de 41 años, con antecedente de AR seropositiva y Síndrome de Sjögren de tres años de evolución en tratamiento con hidroxicloroquina. Consultó por fiebre y baja de peso. En la evaluación destacó RAN 264/mm³, Hb 8,6 g/dL, plaquetas 47.000/mm³, VHS 65 mm/hr y esplenomegalia (17,5 cm). Estudio de MO descartó etiología hematológica. Recibió tratamiento con metilprednisolona 250 mg/día por tres días y metotrexato, con buena respuesta. **Resultados/conclusiones:** Se presentan 3 casos de SF en AR en remisión articular. Se debe considerar metotrexato como primera línea de tratamiento, y en casos refractarios Rituximab. En el caso 1, la dosis de Rituximab probablemente fue subterapéutica. Destacamos la importancia de considerar el diagnóstico de SF a pesar de la corta evolución de AR.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Consuelo Arroyo - caschuma91@gmail.com

Granulomatosis con poliangeitis de manifestación ginecológica

Dr. Natalia Sandoval, Dra. María Ines Dominguez, Dra. Cecilia Trejo, Dra. Pilar García
Hospital San Juan de Dios

Resumen

Introducción Granulomatosis con Poliangeitis (GPA) es una vasculitis ANCA asociada caracterizada por inflamación granulomatosa necrotizante de los vasos sanguíneos. Su afectación es multiorgánica, pero su compromiso predominantemente es rinosinusal y ótico en 50-95% de los pacientes, broncopulmonar (60-80%), renal (60-80%), piel (10-50%), nervios periféricos (25%), SNC (10%) y ocular (7-8%). El compromiso genitourinario, cérvico uterino, uretral y vaginal es muy infrecuente (<1%). Caso clínico Mujer de 60 años, con antecedente de Hipotiroidismo, Resistencia a la insulina, tabaquismo, Rinitis alérgica con epistaxis al manipular la nariz y eliminación de costras, episodios de Otitis supurativa y Bronquitis a repetición. Consultó por flujo vaginal sanguinolento hace 5 años, con lesión que impresiona ectropión cervical, PAP normal, Eco TV normal y PCR HPV negativa. Se realiza Colposcopia que evidencia úlcera granulomatosa en cuello uterino con biopsia no concluyente. Cono Leep con biopsia compatible con cervicitis granulomatosa, erosiva y en partes ulcerada, con reagudización supurada. Cambios epiteliales reactivos y focos de compromiso tipo vasculítico. Al laboratorio destaca Hemograma normal, VHS 34 mm/hr (ha llegado hasta 60 en los últimos 10 años), Orina completa normal. ANCA por IFI positivo 1/40 patrón citoplasmático, con Ac anti PR3 positivo, ANA negativo, Complemento C3 y C4 normales, niveles de ECA normales 36 u/L. Prick test aeroalérgenos negativo Se diagnostica GPA de compromiso rinosinusal y vaginal, inicia Metotrexato 15 mg semanales vía oral y Prednisona 40 mg al día, con alivio de congestión nasal, cese de costras nasales y reducción de tamaño de lesión vaginal en 50% al mes de tratamiento. Se aumenta dosis de Metotrexato a 20 mg semanales logrando remisión de lesión vaginal, ANCA negativo y BVAS score 0 puntos. Sin recurrencias a 2 años de seguimiento. Conclusión Existen pocos casos reportados de GPA con compromiso ginecológico, cuyo principal síntoma es sangrado genital, con afectación más frecuente de cuello uterino y vagina. Las presentaciones clínicas incluyen masa, granuloma, nódulo o úlcera y necrosis. El diagnóstico de GPA es difícil de hacer cuando el compromiso ginecológico en la primera o única manifestación de la enfermedad, debiendo siempre descartar neoplasia.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Natalia Sandoval - nataliasandovalneira@gmail.com

Retención de tratamientos biológicos en Artritis Psoriática – Hospital Regional de Iquique (2019–2025)

Dr. christian zenteno, Maria Paz Lagos
Hospital regional de Iquique

Resumen

Introducción La persistencia de los tratamientos biológicos refleja su efectividad y tolerancia en la práctica clínica. En artritis psoriática (AP), registros internacionales han demostrado altas tasas de retención con secukinumab (SEC) y golimumab (GOL), mientras que etanercept (ETA) muestra persistencia menor. En Chile, la Ley Ricarte Soto (LRS) permite acceso garantizado a biológicos; sin embargo, existen pocos datos de vida real sobre su retención en AP. **Objetivos** Evaluar la retención de biológicos cubiertos por LRS en pacientes con AP controlados en el Hospital Regional de Iquique (2019–2025), y analizar la relación con compromiso cutáneo y PASI >10%. **Pacientes y Métodos** Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes con AP tratados con SEC, GOL, adalimumab (ADA) o ETA entre enero 2019 y agosto 2025. El evento fue definido como cambio de biológico; pacientes sin evento fueron censurados al 30-ago-2025. Se estimó persistencia mediante curvas de Kaplan–Meier y se comparó con log-rank. Las dosis de SEC (150/300 mg) se analizaron como una misma clase. **Resultados** Se incluyeron 89 pacientes (edad media 48 ± 11 años, 56% mujeres); 66% presentaba compromiso cutáneo y 33% PASI >10%. La persistencia por clase a 12, 24 y 36 meses fue: SEC 96%, 93% y 85%; GOL 90%, 86% y 80%; ADA 100%, 90% y 68%; ETA 71%, 43% y 43%, con mediana de retención de 23 meses. En pacientes con PASI >10% se observó tendencia a mayor persistencia con SEC frente a GOL, aunque sin alcanzar significación estadística ($p=0.08$). En PASI ≤ 10 las curvas fueron similares entre ambos fármacos. No se observaron diferencias relevantes según sexo ni edad. **Conclusiones** En la cohorte LRS del Hospital Regional de Iquique, SEC y GOL demostraron alta persistencia (>80% a 36 meses), comparable con reportes internacionales, mientras que ETA mostró menor retención y ADA resultados intermedios. Estos hallazgos aportan evidencia local relevante y refuerzan la utilidad de los registros nacionales para contextualizar la efectividad de biológicos en AP.

Tipo de presentación

POSTER ORAL

Autor corresponsal: Dr. christian zenteno - eyc_medicina@hotmail.com

MIELITIS TRANSVERSA EN SOBREPOSICIÓN SJÖGREN Y NMOSD. REPORTE DE UN CASO.

Dr. Pablo Tapia, Dr. Reddy Leon, Dr. Juan Carlos Reyes
Universidad de Concepción, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz

Resumen

La enfermedad de Sjögren (SjD) se caracteriza por inflamación glandular y variadas manifestaciones extraglandulares. Las neurológicas incluyen neuropatía de pequeña fibra, autonómica, meningoencefalitis y patología inflamatoria y/o desmielinizante, entre otras. La mielitis transversa es una manifestación grave de la enfermedad y está descrita su asociación con los anticuerpos anti-aquaporina-4 (AQP4), dentro del trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (NMOSD). Presentamos el caso de una paciente que cursó con una manifestación neurológica grave y en sobreposición SjD y NMOSD. Paciente femenina de 55 años con historia de xeroftalmia, usuaria de lágrimas artificiales, y xeroftalmia. Consulta por fatiga, adinamia, mialgias y tos seca, agrega a los 6 días dolor abdominal y fiebre. Se realiza TAC TAP que informa múltiples nódulos pulmonares bilaterales de hasta 24mm. LBA con cultivo bacteriano, hongos y PCR tuberculosis negativos. Test de Schirmer de 1mm bilateral. ANA, ENA y ANCA (-). Estudio neoplasia oculta negativo. A los 5 meses se estudian nódulos pulmonares con biopsia por VTC que informan bronquiolitis folicular linfoidea. A los 8 meses agrega dolor lumbar asociado a parestesias e hipoestesia en EEII, con ROT exaltados, que luego evoluciona con anestesia infraumbilical y dificultad para caminar en puntillas que progresa hasta la imposibilidad de deambular. Punción lumbar con hiperproteínorraquia, leucocitos de 73 (80% MN), glucorraquia normal, y cultivo, panel meningitis y PCR tuberculosis negativos. Anti-AQP4 (+) y Anti MOG (-). RMN de columna dorsolumbar con signos de mielitis aguda. Se decide tratar con pulsos de 1g de metilprednisolona por 5 días. Se repiten estudios inmunológicos con FR 153, ANA (+) nuclear granular 1/1280 (AC 2-4-5), Anti-RO 100, Anti-LA 38, AntiDNA (-), ANCA (-), por lo que se agrega tratamiento con ciclofosfamida, inmunoglobulinas y rituximab. Además de las manifestaciones glandulares clásicas de la SjD es importante conocer las extraglandulares, siendo las neurológicas hasta un 19% de estas, e incluso pudiendo preceder a los síntomas sicca. En el contexto de mielitis transversa se ha descrito una fuerte asociación con los anti-AQP4, de altísima especificidad para NMOSD. Se debe considerar estas entidades en el diagnóstico diferencial de una enfermedad desmielinizante del SNC.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Pablo Tapia - pablotapia1996@gmail.com

Meningitis aséptica como presentación atípica de Lupus neonatal: A propósito de un caso clínico.

Dr. Catherine Bravo, Catherine Bravo, Jorge Rojas, Pamela Salinas, Nicole Hunt
Universidad de Chile Hospital Dr. Exequiel Gonzalez Cortés

Resumen

INTRODUCCIÓN Lupus neonatal (LN) es una enfermedad autoinmune adquirida, secundaria a transferencia transplacentaria de autoanticuerpos maternos, principalmente anti SSA/Ro y anti SSB/La. Caracterizado por compromiso multiorgánico, más frecuente afectación cutánea, luego cardíaca, hepatobiliar, hematológico y menor proporción de sistema nervioso central, que puede presentarse como convulsiones, hidrocefalia, hemorragia intraventricular y meningitis aséptica. Debido al amplio espectro de manifestaciones, se debe considerar como diagnóstico diferencial, sobre todo en pacientes con antecedente materno. Se presenta el siguiente caso clínico como manifestación poco frecuente de LN. **OBJETIVO GENERAL** Revisar un caso clínico de meningitis aséptica como manifestación de LN. **RESUMEN CASO CLÍNICO** Recién nacido de 37 semanas, pequeño para edad gestacional, sin otros antecedentes. Presenta a los 10 días de vida fiebre e irritabilidad, consulta en urgencias, se controla hemograma con leucocitosis 15.800 cel/mm³ con 62% segmentados, punción lumbar leucocitosis 5.121 cel/mm³ (66% segmentados), hematíes 1120 cel/mm³, glucorraquia normal, proteinorraquia elevada (667 mg/dl), Gram sin bacterias, panel viral y cultivo en muestra de líquido negativos. Se inicia terapia antibiótica de amplio espectro y antiviral. A las 72 hrs presenta equivalente convulsivo agregando anticonvulsivantes. Estudio con electroencefalograma normal, ecografía cerebral con hemorragia intraventricular grado II derecha. Se rescata antecedente materno de síndrome de Sjögren, anticuerpos anti-Ro y anti-La positivos, usó tratamiento con hidroxiclороquina 200 mg y prednisona 5 mg durante embarazo. Se controlan anticuerpos en recién nacido, destacando anticuerpos anti-Ro y anti-La mayores a 200, diagnosticando Lupus Neonatal. Se agrega prednisona 1 mg/kg/día observando buena respuesta. **CONCLUSIONES** LN se caracteriza por compromiso multiorgánico, alteraciones cutáneas, cardíacas y hepáticas más comunes. Aunque menos frecuente, puede existir compromiso neurológico como meningitis aséptica, representando un desafío diagnóstico. Además, madre puede no tener diagnóstico de enfermedad reumatológica al momento del inicio de síntomas en el neonato. Por lo que ante un recién nacido febril, donde se han descartado causas infecciosas, metabólicas y endocrinológicas, se deben estudiar causas poco habituales y solicitar estudio de anticuerpos al recién nacido y la madre, para realizar un diagnóstico precoz de LN, iniciar tratamiento y mejorar su pronóstico.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Catherine Bravo - dra.catherine.bravo.valladares@gmail.com

ABSTRACT ¿Existe variación en la positividad de ANCA PR3 y MPO en el tiempo? Análisis entre los años 2018 a 2024

Dr. Carlos Aguilera, Dra. Daniela Albornoz, Dra. Natalia Mendez, Dr. Felipe Zamorano, Dra. Carolina Gallo, Dra. Neva Caceres, Dr. Luis Ramirez, Dra. Marcela Godoy, Dr. Daniel Pacheco, Dra. Josefa Pizarro
HCSBA, Universidad de Chile

Resumen

Se ha descrito una tendencia ascendente en la incidencia y prevalencia anual de vasculitis ANCA, mayor para GPA en las últimas décadas, principalmente en el hemisferio norte. No hay estudios al respecto en nuestro país, por lo que se decide evaluar la positividad en el tiempo de ANCA PR3 y MPO, dada su asociación fisiopatológica con el desarrollo de la enfermedad. Se recolectaron exámenes de ANCA, medidos por ELISA (HELIOS) en el laboratorio de inmunología del Hospital San Borja Arriarán, desde 2018 hasta 2024. Se excluyeron muestras repetidas y de pacientes <18 años. Se evaluó el porcentaje de positividad (PP) y valores absolutos (VA) anuales de PR3, MPO y ANCA total. Se buscó significancia entre los años estudiados mediante Chi cuadrado para PP, y test de ANOVA y Bonferroni para VA (significativo $p < 0.05$). Del total de 5203 muestras, se analizaron 4156 (PR3 2077 y MPO 2079). Mujeres 60.4% y hombres 39.6%. Edad media fue 54.6 años. El PP de ANCA total fue 5.34%. Para PR3 5.34% (111/2077) y para MPO 5,33% (103/2079). La figura 1 grafica el PP anual de 2018 a 2014, cuya tendencia evidencia una disminución en el tiempo, pero con $p = 0.09$. Al evaluar VA por ANOVA, se aprecian diferencias entre los años estudiados ($p < 0,001$). El test de Bonferroni demostró una disminución en los VA de ANCA total entre el año 2018 hasta 2024 ($p < 0,05$). Conclusiones Trabajos en el hemisferio norte han evidenciado mayor prevalencia de GPA, la cual se asocia a PR3, sin embargo, aunque el objetivo de nuestra investigación no fue evaluar fenotipos clínicos, no encontramos diferencia en la positividad entre PR3 y MPO en las muestras estudiadas. Aunque no hubo diferencias significativas en el PP en el tiempo, se encontró que los VA de ANCA total (PR3 y MPO) tienen una disminución desde el inicio del estudio hasta la fecha, cuyas causas requieren otros estudios. Se hace necesario correlacionar estos hallazgos de laboratorio con los diagnósticos clínicos definitivos de los pacientes.

Tipo de presentación

POSTER ORAL

Autor corresponsal: Dr. Carlos Aguilera - aguileracarlos81@gmail.com

5681

Caracterización clínica, serológica, radiológica y funcional de pacientes portadores de enfermedad pulmonar difusa asociada a mesenquimopatía en control en Hospital de Puerto Montt

Dr. Daniela Trincado, Dr. Krikor Koury, Dra. Carolina Toro, Dra. Priscila Torres, Dra. Javiera Álvarez, Dr. Michel Álvarez, Carla Rubilar, Mónica Arriagada, Dra. Marisol Jurado, Dr. Raúl Riquelme

Reumatóloga, Unidad Reumatología, Hospital de Puerto Montt, Medicina Interna Universidad San Sebastián, sede Patagonia, Hospital de Puerto Montt, Broncopulmonar, Docente Universidad San Sebastián

Resumen

Introducción: Las mesenquimopatías son la segunda causa en frecuencia de enfermedad pulmonar difusa (EPD), abarcando diversas patologías con gran heterogeneidad clínica. **Objetivos:** Caracterizar a la población en control en el Policlínico de Reumatología y Broncopulmonar de nuestro centro que cumpla criterio diagnóstico de EPD asociada a mesenquimopatía, describiendo su frecuencia, manifestaciones clínicas y abordaje terapéutico local. **Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo de pacientes ≥ 18 años con EPD secundaria a mesenquimopatía en control entre 2011 y 2025, con consentimiento informado. Se revisaron fichas electrónicas para extraer datos clínicos, serológicos, radiológicos y funcionales. **Resultados:** Se analizaron 38 pacientes, 84,2% mujeres, con edad mediana de 63,5 años (28–79). El 68,4% ingresó después del 2022, año en que se creó el comité broncopulmonar-reumatología. El 34,2% tenía artritis reumatoide (todas seropositivas), 21,1% miopatías inflamatorias (principalmente síndrome antisintetasa), 18,4% síndrome de Sjögren y 15,8% esclerodermia sistémica. Otras conectivopatías incluyeron enfermedad mixta del tejido conectivo y superposiciones. En el análisis serológico, 47,4% presentó ANA positivos (ANA $\geq 1/160$ en 77,8%), FR en 60,5% y anti-CCP en 39,5%. Entre las miopatías, los anticuerpos más frecuentes fueron Ro52 (21,1%), PL-7 (10,5%), Ku (7,9%) y PM/Scl-100 (2,6%). Los síntomas más comunes fueron fenómeno de Raynaud (55,3%), artralgias (50%), tos (47,4%) y disnea (44,7%). En la tomografía de alta resolución, los patrones predominantes fueron neumonía intersticial no específica (28,9%) y neumonía intersticial usual definitiva (23,7%) o probable (18,4%). En la evaluación funcional inicial, la CVF tuvo una mediana de 86,5% del valor esperado (RIC 73–102,3%), mientras que la DLCO fue 56% (RIC 46–70%), mostrando afectación difusora predominante. Respecto al tratamiento, 50% recibió micofenolato, 31,6% metotrexato y 18,4% leflunomida. Un 34,2% utilizó corticoides crónicos, 7,9% pulsos de ciclofosfamida y 5,3% terapias biológicas. Un 13,2% usó sildenafil por hipertensión pulmonar. **Conclusión:** La cohorte mostró predominio femenino, compromiso difusor moderado-severo y amplio uso de inmunosupresores convencionales. La estadística refleja la importancia del manejo multidisciplinario.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Daniela Trincado - dtrincadog@gmail.com

Lupus en Chile: primeros análisis de Estudio de Prevalencia puntual en la Semana Internacional del Lupus

Dr. Karen Vergara, Dr. Andrés Giglio, Dra. Paulina Ramirez, Ivana Handrujovicz
Clínica Las CondesClínica Las CondesHospital Sotero del RíoAstrazeneca

Resumen

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica y heterogénea. En Chile, la información epidemiológica nacional proviene principalmente de registros administrativos (GES), sin estudios de prevalencia puntual ni caracterización clínica directa. **Objetivos:** Presentar los primeros resultados del estudio nacional de incidencia, prevalencia y caracterización clínica de LES en Chile, correspondientes a la fase censal y a los primeros pacientes incluidos en la fase descriptiva. **Material y Métodos:** Estudio observacional transversal, bicomponente. En la fase 1 (censal), los centros participantes reportaron de manera anonimizada los pacientes con LES atendidos entre el 5 y 9 de mayo de 2025 (Coorespondiente a la semana del día Internacional del Lupus), mediante REDCap. La fase 2 contempla la caracterización clínica individual en centros centinela. El estudio se encuentra en curso, con procesos de autorización y ampliación de centros participantes en desarrollo. **Resultados:** A la fecha, se han recibido reportes de 10 centros distribuidos en distintas regiones del país. En total informaron 89 pacientes con LES atendidos en la semana del estudio, incluyendo 14 ingresos nuevos. En el mismo período se registraron 893 atenciones totales de reumatología en los centros participantes; por tanto, el LES representó el 10,0% de todas las atenciones de la especialidad esa semana. La mayoría de los centros refirió no contar con protocolos específicos ni policlínicos exclusivos para LES. En la fase 2 se han caracterizado preliminarmente 36 pacientes: 32 mujeres (89%) y 4 hombres (11%), edad media 48 años (rango 24–77) y mediana de 7 años de evolución. Manifestaciones más frecuentes: musculoesqueléticas (74%), mucocutáneas (63%), renales (52%) y constitucionales (44%). El 63% estaba sin actividad clínica (mediana de SLEDAI = 2). Un 30% tenía hospitalizaciones previas. **Tratamientos actuales:** hidroxicloroquina (93%), corticoides (74%; prednisona 90%, dosis media 5 mg), micofenolato (41%), metotrexato (19%), azatioprina (7%), tacrolimus (7%). **Biológicos** en 6 pacientes (22%), todos con rituximab. **Tratamientos previos destacados:** ciclofosfamida (32%) y rituximab (12%). **Conclusiones:** Estos hallazgos representan una mirada exploratoria dentro del trabajo en curso, permitirá avanzar hacia una estimación nacional más precisa y aportar información sobre el perfil clínico de pacientes ambulatorios con LES en Chile.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Karen Vergara - karen.ver@gmail.com

Persistencia de la terapia biológica en adultos mayores con artritis reumatoide y artritis psoriásica beneficiarios de la Ley Ricarte Soto atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Los Andes, Chile.

Dr. José Miguel Chahuan, Dr. Jose Sampayo, Dr. Paulina Navarrete
Pontificia Universidad Católica de Chile

Resumen

Resumen. El envejecimiento poblacional representa un desafío creciente en la atención de pacientes con artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica (APs), especialmente en el contexto de terapias biológicas (TB) de alto costo financiadas por la Ley Ricarte Soto (LRS). La evidencia sobre la efectividad y seguridad de estas terapias en adultos mayores es limitada, ya que suelen estar subrepresentados en ensayos clínicos. La persistencia, definida como el tiempo entre el inicio y la suspensión del tratamiento, se considera un marcador indirecto de efectividad y tolerancia. Objetivo: Comparar la persistencia de TB en adultos mayores (≥ 65 años) versus pacientes jóvenes (< 65 años) con AR y APs beneficiarios de la LRS, identificando causas de pérdida de persistencia y diferencias según mecanismo de acción del biológico. Métodos: Estudio observacional retrospectivo de cohorte, realizado en el Hospital San Juan de Dios de Los Andes, Chile. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años con AR o APs y registro de inicio de TB bajo cobertura de la LRS entre 2015–2025, con uso actual o previo ≥ 6 meses. Se recolectaron variables sociodemográficas, clínicas y farmacológicas desde la plataforma LRS y registros clínicos. Se definió pérdida de persistencia como suspensión ≥ 60 días (oral/subcutánea) o ≥ 1 dosis omitida (endovenosa). Resultados: Se recopilieron 127 pacientes. El 79,5% inició TB antes de los 65 años. Los anti-TNF fueron el biológico inicial más utilizado (76,4%). La pérdida de persistencia del primer biológico fue del 33,9%, con un tiempo mediano hasta la suspensión de 315 días (RIQ 202–605), sin diferencias significativas entre los grupos etarios ($p=0,709$). La principal causa de suspensión fue la ineficacia (81,4%) y los eventos adversos se observaron con mayor frecuencia en adultos mayores (25,0% vs 18,6%). Al considerar todas las líneas de tratamiento, abatacept registró la mayor proporción de pérdida de persistencia (53,3%), seguido de tocilizumab (35,0%) y secukinumab (33,3%). Conclusiones: La pérdida de persistencia fue de 33,9%, principalmente por ineficacia, sin diferencias significativas entre los grupos etarios. Se requiere ampliar la muestra para confirmar si existen diferencias etarias en la persistencia y orientar recomendaciones clínicas específicas para esta población.

Tipo de presentación

POSTER ORAL

Autor corresponsal: Dr. José Miguel Chahuan - josemiguel.chahuan@gmail.com

Cuando el Sjögren se complica: serie de casos de crioglobulinemia con compromiso sistémico.

Dr. Jose Jorge Sampayo Zuleta,
Reumatología. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Resumen

La crioglobulinemia mixta es una manifestación poco frecuente pero clínicamente relevante en pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSp), asociada a vasculitis sistémica y mayor morbimortalidad. En algunas serie de casos se estima su prevalencia alrededor del 9%-15 %. Sin embargo su frecuencia real en Latinoamérica es desconocida y la literatura disponible es escasa, lo que limita la caracterización clínica y las estrategias terapéuticas en esta población. Objetivo: Describir las características clínicas, inmunológicas, terapéuticas y evolutivas de pacientes con crioglobulinemia asociada a SSp en un centro terciario universitario. Material y métodos: Serie de casos retrospectiva. Se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado de SSp y crioglobulinemia atendidos en un hospital de atención terciaria. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, inmunológicos, histológicos, terapéuticos y de evolución a partir de registros clínicos y de laboratorio. Resultados: Se incluyeron seis pacientes, todas mujeres, con edad promedio de 62 años y una mediana de 8 años de evolución del SSp antes del diagnóstico de crioglobulinemia. El 33% no tenía inmunofijación disponible, 33% presentó crioglobulinemia tipo I y 33% mixtas (una tipo II y una tipo III). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron púrpura palpable (100%), neuropatía periférica (50%), mientras que el compromiso renal (33%) se observó con menor frecuencia. Desde el punto de vista inmunológico, el 67% presentó hipocomplementemia, principalmente a expensas de C4 (67%). El manejo incluyó inmunosupresores convencionales —azatioprina (66%), micofenolato (33%), ciclofosfamida (16%) y terapias avanzadas como rituximab (16%) en forma individual o combinada. La respuesta clínica global fue parcial en todos los casos, con tendencia hacia mejor control de la enfermedad en la mayoría. Se observó normalización de C4 en el 60% y descenso del criocrito en el 40%. Se documentaron recaídas aisladas, principalmente cutáneas, en el contexto de reducción de inmunosupresión. Conclusiones: La crioglobulinemia asociada a SSp en este grupo se presentó en mujeres de edad avanzada y con larga evolución de la enfermedad. Las principales manifestaciones fueron cutáneas y renales, con respuesta parcial al tratamiento inmunosupresor. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de un abordaje individualizado y un seguimiento cercano para prevenir complicaciones sistémicas.

Tipo de presentación

POSTER ORAL

Autor corresponsal: Dr. Jose Jorge Sampayo Zuleta - josesampayo1@gmail.com

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO.

Dr. María Gabriela Guasamucaro Castillo, José Leonardo Jiménez Almerón, Constanza Castellón, Rodrigo Araya Anaís, Luis Soto Germani, Lorena Bertín
Hospital San Pablo

Resumen

Introducción: Las enfermedades pulmonares intersticiales (EPI) agrupan condiciones con diferentes pronósticos y tratamientos. A pesar del análisis exhaustivo, no se establece la etiología en 10-20% de los casos¹, siendo limitante para el inicio oportuno de la terapia y modificar el pronóstico². Desde 2001, la Sociedad Americana de Tórax (ATS) y la Sociedad Respiratoria Europea (ERS) han destacado la importancia del diagnóstico multidisciplinario³. La conversación presencial entre diferentes profesionales (broncopulmonar, radiólogo, reumatólogo, patólogo) tiene como objetivo generar un diagnóstico consensuado con el mayor nivel de precisión posible. En nuestro medio, se suma el problema de las listas de espera. Lograr la discusión de estos casos aun antes de la hora asignada con los especialistas, acelera el diagnóstico y mejora el pronóstico. **Objetivo:** Presentar los resultados preliminares de la implementación del equipo multidisciplinario para la discusión de casos de EPI en el Hospital de Coquimbo entre julio/2022 y julio/2025. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, que incluyó todos los casos de EPI discutidos por el equipo multidisciplinario entre julio/2022 y julio/2025. Se tomaron datos de fichas clínicas y de los libros de actas de reuniones durante ese periodo. Se excluyeron casos que no correspondían a patología intersticial. Se recogió: Edad, sexo, patrón tomográfico, diagnóstico y tratamiento. Se utilizó estadística descriptiva para analizar los datos categóricos y cuantitativos (software IBM SPSS Statistics 24). Los resultados fueron expresados en porcentajes. **Resultados y conclusiones:** Se analizaron 135 casos en los cuales, predominó el género femenino (62,96%) y el rango entre 62 y 77 años (51,11%). Las etiologías fueron IPAF (19,25%), Artritis Reumatoide (17,03%), Síndrome Anti-sintetasa (9,62%) y en menor porcentaje Síndrome de Sjögren, Fibrosis Pulmonar Idiopática y Vasculitis ANCA entre otras. Un grupo llamado “no especificado” corresponde a causas en estudio y abarcó un 11,85%. El fármaco más utilizado fue el Micofenolato Mofetilo (34,81%) y en 25 de los casos se usó Pirfenidona. Este registro es la base para continuar la caracterización de esta población y mejorar el diagnóstico y el tratamiento de la misma.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. María Gabriela Guasamucaro Castillo -
gabyguasamucaro@gmail.com

IMPLEMENTACION DE TELECONSULTA EN HOSPITAL PUERTO MONTT

Dr. Ximena Velasquez, Luis Gallardo, Nayar Ferrada , Camila Del Valle
Hospital Puerto Montt y Universidad San Sebastián, Universidad Austral de Chile

Resumen

Introducción: La Teleconsulta es una forma de Telemedicina sincrónica que permite la interacción directa entre un profesional de la salud y un paciente a través de una computadora, teléfono o aplicación móvil. **Objetivos:** Proporcionar atención médica remota utilizando tecnologías de la información, buscando mejorar el acceso a servicios de salud, facilitar los tratamientos y reducir desplazamientos innecesarios. **Material y métodos:** En Octubre del 2024 el HPM inició un plan piloto de Teleconsulta en Reumatología. Los pacientes se seleccionan de la lista de espera del Policlínico de Reumatología. Previo a la atención médica, se contacta al paciente vía telefónica, se les ofrece una atención vía teleconsulta y se le explica las características de esta modalidad. Si el paciente acepta y no tiene brechas tecnológicas es seleccionado para su atención. Se envía un mail donde se refuerzan las condiciones de la teleconsulta, se adjunta un link de conexión y un consentimiento informado. El día de la atención, el médico accede a la agenda digital y dispone de un programa desarrollado por el equipo de Informática del HPM que incluye la ficha clínica y una cámara para realizar la atención sincrónica. Previo a la conexión de cada uno de los pacientes, la enfermera se contacta con él confirmando su acceso a la atención a través del link enviado previamente. Una vez completado el registro médico en la ficha clínica, se emiten las recetas, órdenes e interconsultas. Se cierra la atención y de forma automática el paciente recibe una copia de la atención y la documentación creada. **Resultados y conclusiones:** Desde octubre del 2024 a Julio del 2025 se han atendido 525 pacientes. El 35% son de la comuna de Puerto Montt. La patología más atendida es Artritis reumatoidea. Con la revolución digital, la Teleconsulta será una herramienta clave para dar solución a los retos sanitarios del futuro, pudiendo cambiar la atención de algunos pacientes desde el Hospital al hogar del enfermo permitiendo mejorar las prestaciones en Salud.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Ximena Velasquez - xime122@hotmail.com

VITILIGO POR TERAPIA ANTI-TNF CON ETANERCEPT

Dr. Ximena Velasquez, Dr. Camila Del Valle, Dr. Lidia Hernandez, Dr. Rocio Ormeño, Dr. Daniela Trincado

Universidad San Sebastián y Clínica Andes Salud Hospital Base Valdivia, Hospital Puerto Montt, Universidad San Sebastián y Clínica Andes Salud

Resumen

El vitiligo es un trastorno de despigmentación mucocutánea causado por la destrucción de melanocitos mediada por células T CD8+ citotóxicas. Estudios recientes destacan cambios significativos en la expresión de citocinas inflamatorias en lesiones de vitiligo. Consistente con esto, informes previos han documentado casos de vitiligo inducido por fármacos biológicos anti-IL17 y fármacos anti-TNF α . Se presenta el caso de un paciente de 53 años, con Artritis reumatoide anti-CCP (+) erosiva activa y refractaria por lo que en el año 2018 inició terapia biológica con Abatacept logrando remisión de la enfermedad. Desde el año 2024 con incremento progresivo de DAS 28 por lo que en enero del 2025 se suspendió Abatacept e inició Etanercept. En control de Mayo de este año se objetiva buena respuesta clínica desde el punto de vista articular, pero con aparición de lesiones de vitiligo en el cuello y antebrazos. El paciente inició tratamiento tópico con corticoides y Tacrolimus tópico. Optó por mantener el tratamiento biológico con Etanercept. En el 2018 en el Journal of Investigative Dermatology se publicó un estudio que evaluó efectos adversos dermatológicos en 11.442 pacientes tratados con terapia anti-TNF del registro nacional de efectos adversos en Corea entre los años 2007 al 2016. Se observó un riesgo significativamente mayor de vitiligo (Hazard ratio = 1,99) en el grupo anti-TNF en comparación con el grupo no expuesto. En los análisis de subgrupos, los pacientes de mayor riesgo eran los más jóvenes y los tratados con Etanercept. Por lo tanto, frente a la aparición de vitiligo en pacientes tratamiento con terapia biológica siempre debe considerarse a estos agentes como causa de esta patología dermatológica.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor correspondiente: Dr. Ximena Velasquez - xime122@hotmail.com

5710

Manifestaciones pulmonares en vasculitis asociada a anticuerpos anti citoplasma de neutrófilos (ANCA) según el subtipo de ANCA: revisión sistemática y metaanálisis

Mr. Maximiliano de la Barra, Dra. Pamela Wurmann Kiblsky, Tamara Vergara Cerón, Dr.

Sebastián Chávez Armleder, Dr. Fabián Miranda Olmedo

Hospital Clínico Universidad de Chile Facultad de Medicina Universidad de Chile

Resumen

Introducción Las manifestaciones pulmonares (MP) en las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (VAA) pueden ocurrir en 43-66%, alcanzando 87% en unidades de cuidados intensivos. La presentación varía desde hallazgos incidentales en algunos pacientes con nódulos pulmonares (NP) hasta insuficiencia respiratoria en los que desarrollan hemorragia alveolar difusa (HAD) o enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID). Las MP varían según subtipo de vasculitis, describiéndose clásicamente la EPID en MPO-ANCA o NP en PR3-ANCA. No obstante, esto no es consistente en todos los estudios y hay manifestaciones poco descritas como las bronquiectasias y la embolia pulmonar (EP). **Objetivo** Describir la prevalencia agregada de distintas MP en pacientes con VAA según el subtipo de ANCA. **Material y métodos** El protocolo está en PROSPERO (CRD42024615068). Se incluyeron trabajos de pacientes con VAA \geq 18 años, MPO y/o PR3, con distintas MP. Se buscó en PubMed, Scopus, Lilacs y Web of Science hasta el 18/11/2024, usando términos relacionados con VAA y MP. Tras eliminar duplicados, se revisaron títulos, abstracts y textos completos en Rayyan, finalmente se extrajeron datos. Se usó RStudio 4.4.1 para realizar metaanálisis de proporciones con modelo de efectos random y método de Hartung-Knapp. Para intervalos de confianza de 95% se usó el método de Clopper-Pearson y para normalizar resultados antes de realizar el metaanálisis se utilizó la transformación de Freeman-Tukey. **Resultados** Se obtuvieron 8746 artículos tras eliminar duplicados, se revisó el texto completo de 465 y se incluyeron 39. 38 publicaciones incluyeron datos sobre VAA MPO, siendo Asia su principal continente de origen. 21 mostraron datos sobre VAA PR3, la mayoría provenientes de Europa y Asia. En VAA MPO se observó una prevalencia agregada de EPID de 39% , HAD 18% , NP 13%, estenosis subglótica (ES) 3%, bronquiectasias 25% , EP 5% y derrame pleural (DP) 18%. En VAA PR3 se obtuvo una prevalencia agregada de EPID de 6%, HAD 15% , NP 44%, ES 6%, bronquiectasias 9%, EP 6% y DP 18%. **Conclusiones** En VAA MPO las MP más frecuentes fueron la EPID y bronquiectasias, en PR3 fueron los NP y el DP.

Tipo de presentación

POSTER ORAL

Autor corresponsal: Mr. Maximiliano de la Barra - maximilianoacevedo@ug.uchile.cl

Manifestaciones clínicas de pacientes adultos con vasculitis por IgA en un centro terciario en Santiago de Chile

Ms. Tamara Vergara, Maximiliano de la Barra, Pamela Wurmman Kiblsky
Hospital Clínico de la Universidad de Chile Facultad de Medicina Universidad de Chile

Resumen

Introducción La vasculitis por IgA es una enfermedad inmunomediada caracterizada por el depósito de complejos inmunes en vasos pequeños. Es la vasculitis sistémica más frecuente en niños, en cambio, en adultos es poco común y representa un 20 a 30% de los casos, con una evolución más grave y de peor pronóstico. En los adultos la presentación clínica difiere en algunos aspectos: se observa con mayor frecuencia y severidad la afectación renal y cutánea, así como un curso de enfermedad más persistente y recidivante. No obstante, la evidencia presente en distintas cohortes es contradictoria y existen regiones subrepresentadas, como latinoamérica, contando solo con un trabajo argentino de 11 pacientes. **Objetivo** Describir las características clínicas y demográficas de adultos con diagnóstico de vasculitis por IgA en un hospital terciario de Santiago de Chile. **Material y método** Se realizó un estudio retrospectivo y de corte transversal, en pacientes con diagnóstico de vasculitis por IgA entre 2014 y 2021 en un hospital terciario de Santiago de Chile. Se incluyeron pacientes de 18 años o más, con información disponible sobre manifestaciones clínicas y/o de laboratorio al momento del diagnóstico. La búsqueda de enfermedad renal crónica se realizó a 1 año desde el diagnóstico. Se usó RStudio 4.4.1 para calcular porcentajes, promedios, medianas y cuartiles. **Resultados** De un total de 106 pacientes con vasculitis por IgA, se excluyeron 92 por debut en edad pediátrica y 4 por falta de datos. De los 10 restantes, un 70% fueron hombres, con mediana de edad de 47 años, cuyas comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial en 50% y la diabetes en 30%. Respecto a las manifestaciones clínicas, predominó el compromiso cutáneo con un 100% de pacientes con púrpura palpable. En segundo lugar estuvo la afectación renal en 80%, donde lo predominante fue hematuria en 60%. Por último los síntomas gastrointestinales ocurrieron en 80%, siendo lo más frecuente el dolor abdominal en 70%. **Conclusiones** En nuestro centro la vasculitis por IgA en adultos ocurrió predominantemente en hombres y sus manifestaciones más frecuentes fueron el púrpura, hematuria y dolor abdominal.

Tipo de presentación

POSTER ORAL

Autor corresponsal: Ms. Tamara Vergara - tamara.vergara@ug.uchile.cl

Síndrome de Cogan atípico con compromiso multisistémico: reporte de caso

Dr. Rocio Ormeño, Carla Rubilar, Katherine Romero, Monica Arriagada
Hospital Puerto Montt Universidad San Sebastián

Resumen

INTRODUCCIÓN El síndrome de Cogan es una enfermedad autoinmune multisistémica poco frecuente, afecta principalmente a adultos jóvenes, se caracteriza por queratitis intersticial no sifilítica y síntomas vestibuloauditivos agudos. Existen presentaciones atípicas con uveítis, colitis, compromiso neurológico o cardíaco. Su diagnóstico es clínico y se requiere descartar otras causas. **OBJETIVO** Dar a conocer el caso de un paciente con síndrome de Cogan, con el fin de contribuir al conocimiento de presentaciones atípicas y enfatizar el abordaje diagnóstico y terapéutico oportuno. **MATERIALES Y MÉTODOS** Paciente masculino de 51 años, sin antecedentes, consulta al servicio de Urgencia del Hospital de Puerto Montt por cuadro de amaurosis bilateral de comienzo súbito, hipoacusia severa y vértigo, tres semanas posteriores a un cuadro de diarrea. Al examen físico de ingreso se pesquisa ojo rojo bilateral y leucoma corneal derecho. Se realiza audiometría que confirma anacusia bilateral. Resto del examen físico y neurológico normal. El laboratorio evidenció leucocitosis y PCR elevada. Serología sífilis negativa, quantiferon indeterminado. Punción lumbar, cultivos y neuroimagen sin hallazgos infecciosos. Estudio inmunológico negativo. Evaluación oftalmológica constató queratitis intersticial, con predominio en ojo derecho requiriendo procedimiento de recubrimiento conjuntival. Se descartaron endoftalmitis, vitreítis y panuveítis. Durante la hospitalización presentó bradicardia sinusal asintomática, sin necesidad de marcapasos y episodios de rectorragia con estudio positivo para colitis isquémica. Se inició tratamiento temprano con corticoides a altas dosis e infliximab, tras dos semanas de profilaxis para tuberculosis latente. Ojo derecho evolucionó a amaurosis con queratitis severa; ojo izquierdo presentó recuperación visual casi completa. Nuevas audiometrías revelaron recuperación parcial tras dosis de dexametasona intratimpánica. Actualmente mantiene seguimiento ambulatorio con oftalmología, otorrinolaringología y reumatología. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES** El paciente presentó un cuadro de inicio agudo con compromiso multisistémico; ocular, auditivo, gastrointestinal y cardiovascular. La presentación atípica dificultó inicialmente su diagnóstico, incluso con diferenciales como enfermedad de Behcet, sin embargo, la ausencia de un agente infeccioso y la alta sospecha diagnóstica para iniciar tratamiento con inmunosupresión, consiguió atenuar el desarrollo de secuelas aún más graves.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Rocio Ormeño - rocio.og@gmail.com

Riesgo de COVID-19 en pacientes con artritis reumatoide en terapia con antirreumáticos biológicos o sintéticos dirigidos, comparado con terapia convencional, en un centro de la zona austral de Chile

Dr. ZOSIMO FERNANDO MARAVI TORREALVA, Dr. BELLANIDES MANSILLA ARAVENA, PhD.
JUAN ORELLANA CACERES
HOSPITAL CLINICO MAGALLANES, CIGES

Resumen

Introducción: en Chile se desconoce si pacientes con artritis reumatoide (AR) en tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad (FARME) biológico (bFARME) o sintético dirigido (sdFARME) otorgan un mayor riesgo de COVID-19 y sus complicaciones asociadas en términos de hospitalización, ingreso a una unidad de paciente crítico y mortalidad. Objetivo: comparar el riesgo de COVID-19 y sus complicaciones según el régimen terapéutico recibido. Pacientes y métodos: estudio de cohorte retrospectivo en una población clínica ambulatoria con AR, para estudiar el riesgo de COVID-19 y sus complicaciones en un hospital regional de referencia en Chile. Se establecieron dos grupos de pacientes: los "expuestos" a bFARME o sdFARME, y los "no expuestos" a estos tratamientos. Se utilizó un modelo de regresión binomial para establecer un modelo de asociación basado en las variables de exposición, controlando las covariables y evaluando el potencial de confusión e interacción de variables conocidas (sexo, edad, nivel educativo, tipo de residencia, comorbilidades, duración de enfermedad, seropositividad, uso de glucocorticoides y estado de vacunación). Los riesgos fueron estimados utilizando razones de riesgo (RR) y sus intervalos de confianza. El análisis estadístico se realizó utilizando el software STATA 16.1. Resultados: se observó un mayor riesgo de COVID-19 (RR 1.58 con IC 95% 1.39 - 1.81 y $p < 0.01$) y un mayor riesgo de hospitalización por COVID-19 (RR 6.55 con IC 95% 1.0 - 42.7 y $p = 0.04$), aunque sin diferencia en el riesgo de requerimiento de UPC (RR 1.24 con $p = 0.95$) o mortalidad por COVID-19 (RR 2.03 con IC 95% 0.19 - 21.5 y $p = 0.55$), en el grupo expuesto comparado con el grupo no expuesto. Conclusiones: los pacientes con AR tratados con bFARME o sdFARME tienen un mayor riesgo de desarrollar COVID-19 y requerir hospitalización por COVID-19 en comparación con los pacientes con AR sin este tipo de terapia. Este es el primer estudio chileno que evalúa el riesgo de COVID-19 en pacientes con AR y esperamos que sea el inicio de una línea de investigación.

Tipo de presentación

GANADOR CATEGORÍA CLÍNICA

Autor corresponsal: Dr. ZOSIMO FERNANDO MARAVI TORREALVA -
DR.ZOSIMO.MARAVI@GMAIL.COM

VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA (VAA) Y HEMORRAGIA ALVEOLAR. DATOS DE SOBREVIDA EN UN CENTRO TERCIARIO

Dr. Jaime Avaria estrada, Dr. Felipe Schweitzer
Hospital Guillermo Grant Benavente

Resumen

introducción : El compromiso pulmonar es una de las características clínicas más comunes en las VAA. Dentro de estos se encuentra la hemorragia alveolar difusa (HAD), la cual es generada por capilaritis pulmonar. Esta es una manifestación pulmonar grave de la VAA, siendo más frecuente en la poliangeitis microscópica (PAM), afectando al 25-60% de los pacientes en comparación con la granulomatosis con poliangeitis (GPA, 22-30%). Su presencia es considerado un factor de mal pronóstico, con una mortalidad elevada. Objetivos: Describir el manejo y supervivencia de los pacientes atendidos en el Hospital Guillermo Grant Benavente entre 2018 -2025. Materiales y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de los resultados de ANCA por IFI y Elisa proteínica 3 (PR3) / mieloperoxidasa (MPO) desde el enero 2018 a agosto 2025 de pacientes mayores de 18 años. De todos los resultados positivos se seleccionaron los valores iguales o superiores al doble del límite considerado positivo. De estos se incluyeron solo aquellos que presentaban hemorragia alveolar por imágenes categóricas y/o lavado broncoalveolar (LBA) compatible. Resultados y conclusiones: Se encontró un total de 1881 exámenes ANCA IFI positivos. De estos se seleccionaron aquellos que presentan PR3 y MPO positivos por sobre el doble de valor límite del laboratorio y aquellos con evidencia de HAD por Scanner o LBA, lo que correspondió a 25 pacientes. De estos 18 paciente 11 (72 %) correspondieron a MPO y 7 (28%) PR3. Del total 18 pacientes, 11 corresponden a mujeres (72%) y 7 a hombres (28%). Fallecieron a la fecha 14 pacientes (56%), de estos 11 (78.5%) son mayores de 70 años. La mortalidad atribuida a la enfermedad de manera directa o por complicaciones fue de un 85.7 % (12 pacientes) El 100% de los pacientes recibió corticoides, 18 pacientes (72%) recibieron Ciclofosfamida y 7 pacientes (28%) recibieron Rituximab. Conclusiones: Este estudio muestra una cohorte de pacientes con VAA de 7 años, con una asociación mayor a MPO al igual que los datos internacionales. La mortalidad en general es elevada, sobre todo en pacientes mayores de 70 años.

Tipo de presentación

POSTER ORAL

Autor corresponsal: Dr. Jaime Avaria estrada - jaimeee10789@gmail.com

ERITEMA INDURADO DE BAZIN EN PACIENTE CON TERAPIA ANTI-FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (TNF)

Dr. Ximena Velasquez, Dra. Camila Del Valle, Dr. Gonzalo De Toro, Dr. Cristian Medina, Dr. Marisol Jurado

Universidad San Sebastián y Clínica Andes Salud, Hospital Base Valdivia, Instituto de Patología Austral, Hospital Puerto Montt

Resumen

El eritema indurado de Bazin (EIB) es una tuberculosis (TBC) cutánea infrecuente que constituye el 1-1,5% de la TBC extra-pulmonar y se considera una reacción de hipersensibilidad a *Mycobacterium tuberculosis*. El factor de necrosis tumoral (TNF) es crucial para mantener la contención de la infección mediante la formación de granulomas por lo que las terapias anti-TNF pueden reactivar infecciones latentes de tuberculosis (TBC). Presentamos el caso de una paciente de 64 años con Artropatía Psoriática con compromiso periférico mutilante que en el año 2019 inició Secukinumab, con buena respuesta clínica inicial pero con pérdida progresiva de eficacia por lo que en Febrero del 2023 se cambia el tratamiento con Golimumab. Después de 3 meses de tratamiento inicia cuadro de lesiones nodulares induradas en la cara anterior de ambas piernas. Se realiza Quantiferon TB Gold que resulta (+) y biopsia de piel compatible con paniculitis lobulillar con focos granulomatosos de tipo tuberculoso. El TAC de tórax sin signos de TBC activa. Recibió tratamiento con Rizapentina e Isoniazida por 6 meses. Recién en el cuarto mes de tratamiento se observa remisión de lesiones cutáneas. Desde el punto de vista de Artritis Psoriática evoluciona con DAPSA > 28 puntos mantenido y con rápida progresión del daño articular erosivo en manos. Una vez completado el tratamiento anti-TBC inició Etanercept. Si bien los casos reportados de TBC cutánea en pacientes en tratamiento con terapia biológica son escasos, los médicos deben estar especialmente atentos frente a la aparición de lesiones cutáneas atípicas y en estos casos es esencial realizar Quantiferon y biopsia cutánea.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Ximena Velasquez - xime122@hotmail.com

DERMATOMIOSITIS TIF-1-GAMMA (+) GRAVE REFRACTARIA. REPORTE DE CASO.

Dr. Pablo Tapia, Reddy Leon, Juan Carlos Reyes
Universidad de Concepción, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz

Resumen

La dermatomiositis (DM) es una entidad poco frecuente. Se describe prevalencia de 13 por cada 100.000 habitantes. Se reconoce como un síndrome paraneoplásico que puede ocurrir antes, durante o después del diagnóstico, especialmente los portadores del anticuerpo anti-factor intermediario transcripcional-1 gamma (anti TIF-1γ). Se presenta el caso de una paciente con manifestaciones clásicas de dermatomiositis refractaria a glucocorticoides y otros inmunosupresores, y portadora de un trastorno deglutorio grave. El objetivo del trabajo es describir las manifestaciones clásicas de la enfermedad y una presentación severa y refractaria de esta. Mujer de 60 años, etnia mapuche. Antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial, artrosis y colelitiasis. Consulta en Noviembre 2023 por debilidad muscular proximal de 1 mes de evolución proximal de cintura escapular y pélvica, asociado a lesiones cutáneas que impresionaban eritema heliotropo, signo de la V, eritema en manto y pápulas de Gottron. Al examen físico debilidad muscular simétrica proximal de cintura escapular y pélvica, y cefaloparesia. Panel de miopatía inflamatoria positivo fuerte para anti TIF-1-γ, y electromiografía con compromiso miopático. Estudio extenso de neoplasia oculta con tomografías, ecografías y endoscopías, sin hallazgos relevantes. Evoluciona con trastorno deglutorio severo, requiriendo instalación de sonda nasointestinal. Se inició tratamiento con prednisona y por mala respuesta se administran pulsos de metilprednisolona, metotrexato, ciclofosfamida e inmunoglobulina. Tras mejoría clínica y retiro de sonda se da de alta para seguimiento ambulatorio. Se hospitaliza por última vez en Agosto 2024 para nuevo ciclo de inmunosupresores, donde desarrolla nuevamente trastorno deglutorio severo por lo que se decide instalación de gastrostomía. Evoluciona con shock séptico por perforación de víscera hueca. Ante gran carga de enfermedad, debilidad muscular significativa y disfagia refractarios a tratamiento se decide no progresar en tratamientos intensivos produciéndose su fallecimiento. Presentamos el caso de una paciente con manifestaciones clásicas de DM refractaria a corticoides, y a múltiples inmunosupresores. Se detectó un anticuerpo asociado fuertemente a neoplasia oculta del cual no se pudo documentar cáncer asociado. El trastorno deglutorio en conjunto con la insuficiencia respiratoria configura formas graves de la enfermedad. Parte central del manejo es la rehabilitación multidisciplinaria.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Pablo Tapia - pablotapia1996@gmail.com

**Mastitis granulomatosa idiopática: Serie de casos en el Hospital Regional de Copiapó y
revisión de la literatura**

Dr. Marcos Cruces, Débora Vásquez, Yulissa Zúñiga, PhD. Yolanda Gómez
Servicio de Reumatología e Inmunología, Hospital Regional de Copiapó, Facultad de
Medicina, Universidad de Atacama, Departamento de estadística, Facultad de Ciencias,
Universidad del Bío-Bío, Concepción

Resumen

Introducción: La mastitis granulomatosa idiopática (MGI) es una enfermedad mamaria inflamatoria benigna, poco frecuente que afecta con mayor frecuencia a mujeres alrededor de los 35 años, multíparas y con antecedente de haber amamantado en los últimos cinco años. Su etiopatogenia es desconocida. Suele presentarse como una masa dolorosa e inflamatoria. Otras manifestaciones incluyen retracción areolar, fistula, ulceración y adenopatías. Las biopsias muestran una formación granulomatosa no caseificante, con infiltración de células gigantes multinucleadas, linfocitos y neutrófilos. Se describe tratamiento con antibióticos, corticosteroides, inmunoterapia y cirugía. **Objetivos:** Describir las características clínicas y manejo terapéutico de las pacientes con diagnóstico de MGI atendidas en la consulta de reumatología del Hospital Regional de Copiapó entre enero 2020 y junio 2025. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Se incluyeron mujeres con diagnóstico confirmado de MGI mediante biopsia; recolectando antecedentes demográficos, clínicos y pruebas inmunológicas mediante revisión de ficha electrónica. Se registró el tratamiento instaurado y la respuesta clínica, categorizada como remisión completa a la resolución total de los signos y síntomas mamarios; remisión parcial a la mejoría clínica significativa y un fracaso terapéutico a la ausencia de mejoría o progresión de los síntomas. **Resultados y Conclusiones:** Se identificaron 10 mujeres con diagnóstico de MGI, con edad promedio al diagnóstico de 33 años. La afectación fue unilateral en todos los casos. Del total 7 habían tenido una o más gestaciones, la mitad no utilizaba anticoncepción. En el panel inmunológico se observaron hallazgos aislados, lo que podría implicar un probable componente autoinmune. En cuanto al tratamiento, inicialmente recibieron antibiótico el 80% de las pacientes. El 80% requirió aspiración percutánea/drenaje quirúrgico. El 100% requirió tratamiento con corticoides con una respuesta parcial en 70% y completa en 30%. En pacientes con falla a corticoides se asoció tratamiento con MTX y/o Azatioprina. Al momento del cierre del estudio 80% de las paciente tenían respuesta completa y 20% parcial. Se concluye que la MGI, aunque infrecuente, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de mastitis crónica en mujeres en edad fértil. El tratamiento médico tiene una respuesta significativa, pudiendo evitar procedimientos quirúrgicos de resección amplia de lesiones.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Marcos Cruces - marcoscruces48@hotmail.com

EVALUACIÓN DE HALLAZGOS ECOGRÁFICOS DE GLÁNDULAS SALIVARES MAYORES COMPATIBLES CON SÍNDROME DE SJÖGREN EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN LA EDAD PEDIÁTRICA. ESTUDIO PRELIMINAR.

Dr. Valeria Gonzalez Osler, Vanesa Cervetto , Daniela Gallo , Maria Marcantoni, Gabriela Necul, Rocio Hernandez , Maria Emilia Lacapra, Melisa Laje, Maria Isabel Brusco
Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

Resumen

INTRODUCCIÓN: La prevalencia de síndrome Sjögren (SS) secundario en pacientes pediátricos con lupus eritematoso sistémico (LES) está subestimada por la limitación en los métodos de diagnóstico y la variación de la clínica. Un método objetivo no invasivo para evaluar las glándulas salivales (GS) es la ecografía (ECO). **OBJETIVOS:** Identificar alteraciones ecográficas de GS mayores consistentes con SS en una cohorte de pacientes con LES juvenil (LESj). Identificar con los hallazgos ecográficos, clínicos, oftalmológicos y de laboratorio aquellos que cumplen criterios para SS y evaluar la prevalencia de SS en pacientes con LESj. **MÉTODOS:** Estudio transversal ambispectivo, incluyó pacientes con diagnóstico de LESj. Se realizó ECO de glándulas parótidas y submaxilares, Test Schirmer y tinción con Rosa de Bengala y cuestionario clínico basado en el ESSPRI adaptado a edad pediátrica. Se clasificó siguiendo criterios de SS propuestos para la edad pediátrica por Bartunkova J., utilizando ECO para determinar el compromiso de GS. Se realizó estadística descriptiva y Test exacto Fischer. **RESULTADOS:** 6 de 18 pacientes presentaron ECO positiva, siendo de sexo femenino, edad media de 15,83 años, duración media de enfermedad de 47,5 meses, 83,3% presentó anticuerpo Anti-Ro positivo, 66.7% hiperinmunoglobulinemia, 66.6% refirió síntomas clínicos, ninguno presentó pruebas oftalmológicas positivas y 66.7% cumplió criterios para SS. 1 paciente sin ECO compatible cumplió criterios SS. Todos los pacientes con SS refirieron algún síntoma. La prevalencia de SS fue de 27.8%. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre pacientes con criterios para SS y ECO compatible ($p:0.0217$). **CONCLUSIÓN:** Este estudio es de los primeros realizados en Argentina que identifica la presencia de hallazgos ecográficos en GS compatibles con SS y utiliza dicho método dentro de los criterios de clasificación de SSj en una cohorte de pacientes con LESj. Aunque es una cohorte pequeña, 33% de los pacientes presenta hallazgos ecográficos compatibles, similar a lo descrito en la bibliografía y 66,7% presenta criterios de clasificación para SS. Dada la significativa relación entre la ECO y los pacientes con criterios para SS, podríamos inferir que es una herramienta valiosa para el diagnóstico de SS.

Tipo de presentación

POSTER ORAL

Autor corresponsal: Dr. Valeria Gonzalez Osler - vategonzalezosler@gmail.com

**Síndrome de Sweet versus Enfermedad de Behçet: un diagnóstico diferencial
ocasionalmente complejo, a propósito de un caso**

Dr. María Dominga García Sáenz, Dr. Alejandro Díaz, Dr. Cristian Labarca
Medicina Interna, Clínica Alemana de Santiago- Universidad del Desarrollo

Resumen

Introducción: Las dermatosis neutrofílicas constituyen un grupo de entidades caracterizadas por la infiltración neutrofílica de dermis e hipodermis, en ausencia de microorganismos o de depósitos inmunes. Incluye el Síndrome de Sweet, el Pioderma Gangrenoso y las manifestaciones cutáneas de la Enfermedad de Behçet, entre otras. Aunque histológicamente son similares, clínicamente tienen sus particularidades diagnósticas, pero puede haber cierto solapamiento clínico que dificulte esta distinción. Se presenta un caso de dermatosis neutrofílica cuya diferenciación tuvo sus complejidades durante la evolución. **Caso Clínico:** Hombre de 37 años, sin antecedentes, consultó por 48 horas de artralgiás, fiebre y lesiones maculopapulares eritematosas en tronco y extremidades proximales. Al laboratorio inicial destacaba parámetros inflamatorios elevados (PCR 31 mg/dl, VHS 26, leucocitosis neutrofílica). En estudio se rescatan resultados negativos de panel molecular respiratorio, pruebas de S. pyogenes, IgM EBV/CMV/PVB19, RPR, HBsAg, VHC, VIH, ecocardiograma y TAC de tórax, abdomen y pelvis. Evolucionó posteriormente con lesiones pustulosas, eritema nodoso en extremidades inferiores, úlceras orales dolorosas, artritis en primer orotejo derecho y orquiepididimitis. Estudios adicionales continuaron negativos, incluyendo panel de uretritis, IgM parotiditis/sarampión/rubéola, Elispot tuberculosis, FR, anti-CCP, HLA-B27, ANA, perfil ENA y ANCA por IFI y ELISA, además de ferritina en 699 mg/ml y complemento normal. Se realiza biopsia cutánea junto a estudio de lesiones con PCR varicela, cultivo corriente, de hongos y micobacterias negativos. Bajo sospecha de dermatosis neutrofílica, se inició prednisona 0.5 mg/kg/día con buena respuesta. Resultado de biopsia mostró una dermohipotermatitis neutrofílica. **Discusión:** Si bien cada entidad dentro del especto de las dermatosis neutrofílicas tiene características clínicas particulares, hay casos en que estas manifestaciones no son tan claras, dificultando su diagnóstico diferencial. La histopatología por sí sola no siempre hace la distinción, siendo esencial la integración clínica para definir el diagnóstico. Durante el desarrollo de este caso en particular hubo elementos que apoyaban tanto una como otra hipótesis, que se analizarán en profundidad. La integración clínico-histopatológica llevó a inclinarse más por el diagnóstico de Enfermedad de Behçet, aunque sin reunir claramente criterios diagnósticos, ilustrando cómo este diagnóstico diferencial puede ser desafiante.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. María Dominga García Sáenz - magarcias@udd.cl

Consenso del grupo de estudio de Capilaroscopia de la Sociedad Chilena de Reumatología para el formato y contenido del informe en Capilaroscopia en Reumatología.

Dr. Karen Vergara, Dr. Sicylle Jeria, Dra. Lilian Soto, Dra. Francisca Bozan, Dra. Luisa Donaire, Dra. Maria Dominguez, Dra. Carolina Gallo, Dra. Marisol Jurado, Dra. Maria Poblete, Dra. Silvana Saavedra, Dra. Daniela Seelmann, Dra. Martina Meier, Dra. Maria Villar, Dra. An Clinica Las Conde, Meva Salud, Clinica Alemana de Santiago, Hospital Clinico Universidad de Chile, Red Salud Hospital San Juan de Dios, Hospital San Borja, Hospital de Puerto Montt, Clinica Alemana, Hospital Clinico Universidad de Chile, Pontificia Universidad Católica

Resumen

Introducción: La capilaroscopia es una herramienta clave para distinguir fenómeno de Raynaud primario versus secundario y en el diagnóstico de esclerosis sistémica y otras enfermedades reumatológicas autoinmunes sistémicas. Sin embargo, los informes siguen siendo heterogéneos. Inspirados en el consenso PANLAR 2019, Consenso EULAR 2020 y ante la necesidad de un lenguaje común que nutra un futuro registro nacional, un grupo de reumatólogas de distintos centros del país nos propusimos adaptar dichas recomendaciones a la realidad clínica chilena. **Objetivos:** Desarrollar un formato de informe de capilaroscopia estandarizado y validado por expertos chilenos, para su uso rutinario y para integrar datos en un registro nacional. **Metodología :** Entre el octubre del año 2023 y octubre del año 2024 se realizaron 3 reuniones virtuales por la plataforma zoom. Se discutió el consenso PANLAR, Eular y los informes utilizados en cada centro participante. Los participantes de la primera , segunda y tercera reunion fueron 10, 6 y 6 respectivamente. Además se mantuvo discusión continua vía aplicación de mensajería instantánea de los 14 reumatólogos integrantes del grupo de estudio. **Resultados y Conclusiones :** CapiChile-2024 consolidó 46 variables mínimas para el informe de capilaroscopia. La iniciativa del grupo ha generado el primer consenso de expertos Chilenos sobre el formato y el contenido del informe de la Capilaroscopia en reumatología. El formato nacional facilitará la investigación colaborativa y mejor atención de pacientes.

Tipo de presentación

GANADOR CATEGORÍA REUMATOLOGÍA

Autor corresponsal: Dr. Karen Vergara - karen.ver@gmail.com

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COPIAPÓ

Dr. Marcos Cruces, Catalina Agurto, Claudia Pizarro-Rosas, Fernanda Letelier, PhD. Yolanda Gómez

Servicio de Reumatología e Inmunología, Hospital Regional de Copiapó, Copiapó, Chile
Facultad de Medicina, Universidad de Atacama, Departamento de Estadística, Facultad de Ciencias, Universidad de Bío-Bío, Concepción, Chile

Resumen

Introducción: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica de etiología multifactorial, caracterizada por una amplia gama de manifestaciones clínicas y serológicas, que puede afectar múltiples órganos y sistemas. Presenta una mayor prevalencia en mujeres jóvenes y su curso clínico es variable, con periodos de remisión y exacerbación. El conocimiento de las características epidemiológicas y clínicas locales es fundamental para optimizar el diagnóstico oportuno, el manejo integral y el seguimiento de estos pacientes. **Objetivo:** Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de LES en control en la consulta de reumatología del Hospital Regional de Copiapó durante enero 2017 a diciembre 2024. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisaron las historias clínicas electrónicas de pacientes con diagnóstico confirmado de LES según criterios internacionales vigentes, con criterio inmunológico de inclusión ANA positivo. Se extrajeron variables epidemiológicas, clínicas (manifestaciones iniciales), inmunológicas (autoanticuerpos y hallazgos de laboratorio relevantes) y tratamiento inicial. **Resultados y conclusiones:** se analizaron 148 historias clínicas con diagnóstico de LES. Se observó predominio del sexo femenino con 91,22 % y edad de diagnóstico promedio de 36 ± 10,64 años. Las manifestaciones clínicas iniciales más frecuentes incluyeron compromiso musculoesquelético (76,35%) y lesiones cutáneas (45,94%). En el perfil inmunológico destacó AntiDNA positivo 44,59%, ENA positivo 46,62%, antiRo 33,1%, C3 bajo 32,43% y C4 bajo 56,76%. El 17,57 % presentó nefritis lúpica y 9,46 % presentó síndrome antifosfolípido asociado. El manejo terapéutico inicial incluyó prednisona 94,59%, hidroxiclороquina 97,3%, Azatioprina 60,1% y micofenolato 35,81%. Los hallazgos reportados refuerzan la alta prevalencia del LES en mujeres jóvenes y la heterogeneidad clínica de la enfermedad en nuestra población, destacando el compromiso articular y cutáneo, así como las alteraciones inmunológicas más frecuentes en nuestra cohorte. El predominio del uso inicial de hidroxiclороquina y corticoides, da cuenta de una alineación con las recomendaciones terapéuticas nacionales e internacionales actuales. La caracterización de esta cohorte permite una mejor comprensión de la presentación del LES en la región de Atacama y aporta información útil para optimizar estrategias de diagnóstico y tratamiento.

Tipo de presentación

POSTER ORAL

Autor corresponsal: Dr. Marcos Cruces - marcoscruces48@hotmail.com

Espondiloartritis reactiva tras BCG intravesical, a propósito de un caso
Dr. Pauline Kirsten Böhm Ghiringhelli, Dra. Pauline Kirsten Böhm Ghiringhelli
Pontificia Universidad Católica de Chile

Resumen

Hombre de 57 años con hipertensión, diabetes tipo 2 y carcinoma superficial de vejiga en tratamiento intravesical con Bacillus Calmette-Guérin (BCG) tras dos resecciones transuretrales, consulta por cuadro de 10 días de evolución caracterizado por ojo rojo bilateral seguido de artralgias, iniciando tras su quinta instilación. Presenta dolor y tumefacción en dedos de mano derecha, tobillos, cadera izquierda y columna cervical. Laboratorio revela anemia leve y parámetros inflamatorios elevados, ecografía con tenosinovitis y resonancia magnética con entesitis lumbar/dorsal y sacroilítis izquierda. Se descarta infección y solicita calprotectina negativa, factor reumatoide levemente elevado y anticuerpos anti péptido citrulinado cíclico negativos. La tipificación HLA-B*27 resulta negativa. Durante la estadía recibe antiinflamatorios y corticoterapia sistémica, con mejoría clínica significativa. Evaluado por Reumatología, impresiona espondiloartritis reactiva secundaria a BCG, contraindicando su reinicio. Se planifica seguimiento con Urología y Reumatología, con cistoscopías periódicas y evaluación de alternativas como instilación intravesical con gemcitabina o cistectomía radical preventiva ante posible recurrencia. La instilación intravesical de BCG es un tratamiento eficaz y generalmente seguro para el carcinoma superficial de vejiga de riesgo intermedio y alto. Sin embargo, de manera poco frecuente, puede inducir artritis reactiva, una artritis inflamatoria estéril desencadenada por antígenos, que se caracteriza por artritis, usualmente asimétrica, conjuntivitis y uretritis, pudiendo acompañarse de fiebre y otros síntomas sistémicos. Se observa un predominio masculino, con la mayoría de los casos reportados en Europa, y los síntomas suelen aparecer, en promedio, tras seis instilaciones. La forma más frecuente es la poliartritis asimétrica, seguida de oligoartritis y monoartritis; el líquido sinovial suele ser aséptico y aproximadamente el 43% de los pacientes es HLA-B27 positivo. La resolución clínica se alcanza en seis meses en más del 90% de los casos, siendo el tratamiento con antiinflamatorios y corticoides sistémicos eficaz, y la evolución crónica es infrecuente. La artritis reactiva post-BCG, aunque inhabitual, requiere reconocimiento temprano y manejo multidisciplinario para una recuperación favorable. Dada la diversidad de presentaciones clínicas y la ausencia de predictores claros, es fundamental mantener un alto índice de sospecha, iniciar tratamiento oportuno y evaluar cuidadosamente el riesgo-beneficio de continuar la inmunoterapia.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Pauline Kirsten Böhm Ghiringhelli - pkboehm@uc.cl

Enfermedad de Still y linfohistiocitosis hemofagocítica secundaria: importancia del uso de sCD25

Dr. Pauline Kirsten Böhm Ghiringhelli, Dr. José Jorge Sampayo
Pontificia Universidad Católica de Chile

Resumen

Paciente femenina de 68 años con 3 días de mialgias generalizadas y PCR en 10. Evoluciona con fiebre diaria y rash maculopapular pruriginoso, evanescente y migratorio (palmar, facial, dorsal y extremidades inferiores). Ante ausencia de foco clínico y estudio infeccioso negativo, se amplía estudio de fiebre de origen desconocido, destacando ferritina 17.283 ng/mL, sCD25 5.462 U/mL (valor normal entre 158 y 623 U/mL), alteración hepática, trombocitopenia progresiva y adenopatías mediastínicas. Por evolución tórpida se inicia dexametasona y luego prednisona, con mejoría clínica y de laboratorio. Se plantea diagnóstico diferencial entre neoplasia hematológica y proceso inflamatorio sistémico con activación macrofágica. Se realiza biopsia de médula ósea que muestra infiltrado inflamatorio fibrohistiocítico y biopsia mediastínica por VATS que evidencia linfonodos con histiocitosis paracortical sin clonalidad T ni B, hallazgos compatibles con enfermedad de Still. La linfohistiocitosis hemofagocítica (HLH) secundaria puede ser causada por neoplasias activas, patologías autoinmunes o infecciones graves. Este caso enfatiza la importancia de considerar la enfermedad de Still como una causa potencial de síndrome de activación macrofágica (SAM), con una incidencia entre 8% y 18% según la población estudiada.¹⁻⁵ La detección de hemofagocitosis mediante pruebas de laboratorio incluye la medición de la cadena alfa soluble del receptor de interleucina 2 (sCD25), que suele estar elevada y constituye un marcador sensible para SAM. La elevación de sCD25 es fundamental para apoyar el diagnóstico, ya que evidencia activación inmunitaria intensa.⁶ Estudios con tamaños muestrales pequeños sugieren que la relación sCD25/ferritina > 2,0 podría ayudar a diferenciar HLH asociada a linfoma (LAHS) de HLH de etiologías benignas, como infección o enfermedad autoinmune, que presentan niveles relativamente más bajos de sCD25 y ferritina más elevada.⁷ Además, en pacientes con sospecha de HLH, los niveles de sCD25 al ingreso se correlacionan fuertemente con la mortalidad a 30 días.⁸ Este caso destaca la importancia de considerar SAM en enfermedad de Still y plantea la elevación de sCD25 como un marcador sensible y pronóstico, útil para guiar diagnóstico y manejo temprano, aunque su valor pronóstico está mejor documentado en relación a neoplasias hematológicas.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Pauline Kirsten Böhm Ghiringhelli - pkboehm@uc.cl

5750

Estratificación Fenotípica de pacientes con Vasculitis ANCA aplicando modelo de cluster fairvasc en una cohorte de pacientes chilenos. Evaluación de características clínicas, mortalidad y falla renal terminal.

Dr. Annelise Goecke, Dr. Jaime Cruz, Dra. Francisca Bozan, Dra. Pamela Wurmman, Dra. Magdalena Canals, Dr. Mauricio Parada, Dra. Daniela Seelmann, Dra. Beatriz Urrutia, Dra. María Luisa Molina, Dra. Francisca Sabugo
HCUCH

Resumen

INTRODUCCIÓN: La granulomatosis conb Poliangeitis (GPA) y la Poliangeitis microscópica son vasculitis ANCA asociadas(VAA) que comparten características clínicas pero tienen presentaciones heterogéneas. Recientemente se ha publicado una subclasificación en cluster derivados de datos de registros europeos del consorcio FAIRVASC que diferencian 5 clusters con tasas de mortalidad falla renal terminal (FRT) y características clínicas diferentes. **OBJETIVO:** Evaluar las características clínicas y frecuencia de muerte de cualquier causa y falla renal terminal en una cohorte de pacientes chilenos clasificados en los cluster de Fairvasc utilizando la aplicación web disponible. **PACIENTES Y MÉTODOS:** Se revisaron las fichas de todos los pacientes portadores de vasculitis ANCA según los criterios de clasificación ACR/EULAR 2022 excluyéndose los con Granulomatosis con Poliangeitis eosinofílica controlados en el Hospital de la Universidad de Chile (HCUCH) desde 2011. Se incluyeron todos aquellos en que se tenían datos al diagnóstico para clasificarlos según cluster y fueron seguidos en nuestro centro. Se compararon las características clínicas entre cluster HCUCH y con cluster FAIRVASC. Las comparaciones se realizaron con test de CHI cuadrado y test exacto de fisher.. Se consideró significativa $p < 0.05$ **RESULTADOS:** Se incluyeron 178 pacientes que fueron clasificados en los 5 cluster. Las características de los pacientes HCUCH fueron muy similares a los de Fairvasc con la excepción de mayor número de mujeres pacientes con diagnóstico de MPA y anticuerpos anti MPO + (62,7% vs 48,1%; .61,2 vs 37,1% y 66,1 vs 37,3% respectivamente $p < 0.05$). En los cluster SK, MPOK y PR3K tal como en la cohorte original, la cohorte HCUCH presentó una tasa de mortalidad y de Falla renal terminal mayor que los otros cluster ($p < 0.05$). **CONCLUSIONES:** En pacientes chilenos la clasificación en 5 cluster de fairvasc permite diferenciar pacientes con características clínica diferentes y diferentes riesgos de muerte y falla renal terminal al seguimiento. La cohorte chilena a diferencia de la de FAIRVASC presentó mayor número de pacientes de sexo femenino, con diagnóstico de MPA y anti MPO (+). Estas características se han descrito en otras cohortes de pacientes latinoamericanos y españoles que puede sugerir un trasfondo genético diferente a los pacientes de Europa del norte.

Tipo de presentación

POSTER ORAL

Autor corresponsal: Dr. Annelise Goecke - agoecke.prosalud@gmail.com

Nefritis lúpica. Caracterización y respuesta a tratamiento de pacientes en seguimiento en el Hospital Regional de Copiapó

Dr. Marcos Cruces, Claudia Pizarro-Rosas, Catalina Agurto, PhD. Yolanda Gómez
Servicio de Reumatología e Inmunología, Hospital Regional de Copiapó. Facultad de Medicina, Universidad de Atacama, Departamento de Estadística, Facultad de Ciencias, Universidad de Bío-Bío, Concepción, Chile

Resumen

Introducción: La nefritis lúpica (NL) representa una de las manifestaciones más graves del lupus eritematoso sistémico (LES), con elevada morbilidad y necesidad de un manejo terapéutico complejo. El análisis clínico, inmunológico y de respuesta terapéutica permite caracterizar el perfil de los pacientes y orientar estrategias de tratamiento. **Objetivo:** Describir las características demográficas, clínicas, inmunológicas y la respuesta a distintos esquemas terapéuticos en pacientes con NL diagnosticados entre enero 2017 y diciembre de 2024 en la consulta de reumatología del Hospital Regional de Copiapó. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se analizaron 20 pacientes con diagnóstico de NL. Revisión de ficha clínica electrónica, con registro de datos demográficos, clínicos, inmunológicos, histológicos y la respuesta a tratamiento inmunosupresor. **Resultados y conclusiones:** El 95% de los pacientes fueron mujeres, con una edad promedio de 41 años al diagnóstico. Se identificaron 6 casos de NL como forma de debut de LES. La biopsia renal se realizó en 5 pacientes, reportando clases I-II hasta IV y mixtas. En el laboratorio inicial, la creatinina promedio fue de 1.76 mg/dl, con proteinuria presente en 16 casos (80%) y proteinuria 24h promedio de 1,8 gramos. El análisis de orina reveló sedimento activo en 20 casos (100%). El perfil inmunológico mostró ANA positivo en 100%, anti-DNA positivo (45%), C3 bajo 30% y C4 bajo en 25%. Los anticuerpos anti-Ro (40%) fueron los más frecuentes del perfil ENA. En cuanto al tratamiento inicial, los esquemas más empleados fueron micofenolato mofetilo (MMF) + prednisona (10) y azatioprina (AZA) + prednisona (7). La tasa global de fracaso terapéutico a tratamiento inicial fue de 45%, respuesta parcial 40% y remisión completa 15%. La combinación MMF + PDN mostró mejores resultados comparativos, mientras que AZA + PDN se asoció a mayor fracaso terapéutico. La NL en esta cohorte afectó predominantemente a mujeres jóvenes-adultas y se acompañó de alta frecuencia de proteinuria y alteraciones inmunológicas clásicas. La tasa de fracaso terapéutico a tratamiento inicial fue alta, aportando datos a lo descrito por la literatura que el esquema con AZA + corticoide tiene menor efectividad que iniciar con MMF + corticoides.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor correspondiente: Dr. Marcos Cruces - marcoscruces48@hotmail.com

TERAPIA SECUENCIAL CON RITUXIMAB-BELIMUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA NEFRITIS LÚPICA REFRACTARIA: A PROPOSITO DE 1 CASO

Dr. Ximena Velasquez, Dra. Camila del Valle, Dra. Carolina Wittwer, Dra. Rocío Ormeño
Universidad San Sebastián | Clínica Andes Salud, Hospital Base Puerto Montt

Resumen

La nefritis lúpica (NL) sigue siendo una manifestación grave del Lupus Eritematoso Sistémico (LES), con recurrencias y refractariedad a distintos esquemas terapéuticos y cuyo manejo aún se encuentra en constante estudio. Presentamos un caso donde la terapia secuencial con Rituximab y Belimumab determinó una remisión parcial en NL recurrente. Paciente de 22 años, con LES diagnosticado a los 12 años de edad y que debutó con anemia hemolítica auto-inmune. En 2021 inicia Sd Nefrótico con biopsia renal compatible con NL Clase III. Inició pulsos con Metilprednisolona, Prednisona en dosis altas, Micofenolato en dosis de 2,5 gramos al día e Hidroxicloroquina y por refractariedad Rituximab, completando 6 ciclos pero persiste con proteinuria que alcanza un IPC de 24 gramos. Se realiza nueva biopsia renal compatible con NL Clase IV. Inició Ciclofosfamida 100 mg/día y Tacrolimus 4 mg/día por 6 meses. En enero 2022 con Albúmina 1,9 gr/dl, Colesterol 419 mg/dl, Creatinina 1,41 mg/dl, Proteinuria de 18 gramos/24 horas e hipocomplementemia severa. Recibe Metilprednisolona, se mantiene Micofenolato y Tacrolimus, se agregan estatinas y anticoagulación y se ajusta Furosemida y Enalapril recuperando la función renal y se reduce la Proteinuria a 15 gr/24 horas. Dada la refractariedad a tratamiento multi-target en Julio 2023 inició terapia secuencial con Rituximab-Belimumab. A 6 meses exámenes muestran Albúmina 2,6 gr/dl, Colesterol 298 mg/dl, VFG 97 ml/min, Proteinuria 10 gramos/24 horas y normalización de C3; y a 8 meses la proteinuria disminuye a 4,5 gramos/24 horas. Última evaluación realizada a los 2 años de iniciada la terapia secuencial con Rituximab-Belimumab, se logró reducir la dosis de Prednisona a 7,5 mg/día y dentro de los exámenes de laboratorio destaca Albúmina 3,3 gr/dl, Proteinuria de 3,7 gr/24 horas, VFG 132 ml/min y C3-C4 normales. Belimumab es un fármaco útil en LES clínica e inmunológicamente activos que no responden a terapia estándar. Existen datos sobre utilidad en NL a mediano y largo plazo. La evolución de nuestra paciente también lo sugiere.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Dr. Ximena Velasquez - xime122@hotmail.com

Relación médico-paciente, decisión compartida y adherencia terapéutica en enfermedades reumáticas en Chile: análisis de la Red Chilena de Pacientes Reumáticos

Sr. Gonzalo Tobar, Carmen Gonzalez, Ruth Atena, Elena Rocuant, Cristian Quijada
Lupus Chile, Asociación Chilena de Esclerodermia, Corporación Volar Chile, Me Muevo,
Fundación Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada Chile

Resumen

adherencia y la continuidad. En Chile coexisten brechas de acceso/financiamiento y variabilidad en la información sobre GES, lo que condiciona decisiones de pago y abandono de controles. Objetivo. Cuantificar el impacto clínico de la calidad de la relación y la decisión compartida sobre la adherencia; explorar su vínculo con pago privado y pérdida de continuidad. Material y métodos. Encuesta nacional en línea (3 meses) a 1.159 personas con enfermedades reumáticas. Medidas: calidad de la relación (Likert 1-5: muy mala→excelente), decisión compartida (sí/no), adherencia (sí/no), pago de consulta privada (sí/no), pérdida de continuidad (sí/no) y gasto no cubierto (CLP). Ajustes: previsión (base FONASA), crédito por salud y desinformación GES (no informado/no claro; recordando que no todas las patologías tienen GES o Ley Ricarte Soto). Análisis: regresión logística (adherencia, pago, continuidad) y márgenes ajustados. Resultados. Por cada +1 punto en calidad de la relación, la adherencia aumenta (OR ajustada 1,57; IC95% 1,30-1,88). Probabilidades ajustadas: relación muy mala (1) ≈ 59-63% vs excelente (5) ≈ 89-91%, lo que implica un salto clínicamente relevante (~30 puntos). La decisión compartida mostró tendencia positiva sin alcanzar significación (OR 1,19; IC95% 0,80-1,77), probablemente subestimada por medición dicotómica. La peor relación se asoció a pérdida de continuidad; una mejor relación se vinculó a mayor uso de pago privado (OR 1,22; 1,05-1,42), compatible con búsqueda de continuidad/rapidez en el sector privado. La desinformación GES incrementó la probabilidad de pago privado en forma independiente de la relación. Conclusiones 1) Proteja tiempo para preguntas y utilice teach-back: mejora la relación y la adherencia. 2) Implemente decisión compartida estructurada (listados breves/ayudas de decisión) para captar matices más allá del sí/no. 3) Active o navegue GES tempranamente; cuando el diagnóstico no tiene GES/Ley Ricarte Soto, explique alternativas realistas para evitar endeudamiento/abandono. 4) Use un lenguaje claro y entregue materiales escritos; el efecto de la relación sobre adherencia es grande y clínicamente significativo.

Tipo de presentación

POSTER ON DEMAND

Autor corresponsal: Sr. Gonzalo Tobar - pacientesreumacl@gmail.com

35°

CONGRESO
SOCHIRE 2025

ORGANIZA SOCIEDAD CHILENA DE REUMATOLOGÍA



75° Aniversario
de
SOCHIRE

The logo consists of the number '35' in a bold, sans-serif font, with a degree symbol (°) to its upper right. The '3' is red and the '5' is blue.

**CONGRESO
SOCHIRE 2025**

ORGANIZA SOCIEDAD CHILENA DE REUMATOLOGÍA



75° Aniversario de SOCHIRE

La noche del 2 de octubre de 2025, en el marco del 35° Congreso Chileno de Reumatología, se llevó a cabo la Cena de Conmemoración de los 75 Años de la Sociedad Chilena de Reumatología (SOCHIRE), un emotivo y significativo encuentro que reunió a socios, autoridades, invitados especiales y conferencistas internacionales para celebrar más de siete décadas de historia institucional.

El evento, cuidadosamente preparado, fue concebido no solo como un cierre festivo del congreso, sino como un homenaje profundo al legado, las personas y los hitos que han marcado el desarrollo de la reumatología en Chile desde la fundación de SOCHIRE en 1949. La celebración comenzó con las palabras de la Presidenta de SOCHIRE, Dra. Alejandra Álvarez, quien destacó el compromiso de la comunidad reumatológica chilena, la consolidación científica alcanzada durante los últimos años y la importancia de mantener una sociedad cohesionada, ética y orientada a la excelencia clínica y académica.

Posteriormente, se presentó una reseña histórica elaborada y relatada por el Dr. Gatica, quien revisó las etapas más relevantes del desarrollo institucional: los primeros esfuerzos por consolidar la especialidad, la creación de espacios de formación continua, la incorporación de nuevas terapias, el crecimiento del congreso anual, la vinculación internacional y la labor permanente de los directivos y académicos que han construido la identidad de SOCHIRE a lo largo de 75 años.

Uno de los momentos más destacados de la velada fue el reconocimiento oficial al Comité Técnico que ha trabajado en la inclusión de patologías reumatológicas en la Ley Ricarte Soto, un esfuerzo que ha permitido mejorar el acceso a tratamientos de alto costo y ha fortalecido la visibilidad pública de la especialidad. Los integrantes del comité —reconocidos durante la ceremonia— recibieron un aplauso especialmente cálido por su trabajo en políticas de salud que impactan directamente en la calidad de vida de los pacientes.

35° Congreso Chileno de Reumatología y Conmemoración de los 75 Años de SOCHIRE

The logo consists of the number '35' in a stylized font, with a degree symbol (°) to its upper right. The '3' is red and the '5' is blue.

**CONGRESO
SOCHIRE 2025**

ORGANIZA SOCIEDAD CHILENA DE REUMATOLOGÍA



75° Aniversario de SOCHIRE

La ceremonia continuó con la entrega del reconocimiento de Socio Honorario 2025, destinado a un miembro cuya trayectoria profesional, vocación docente y aporte científico han dejado una huella duradera en la reumatología chilena. Este homenaje resaltó no solo la excelencia académica del galardonado, sino también su compromiso con el desarrollo humano e institucional de SOCHIRE.

En un momento particularmente emotivo, se realizó el Homenaje In Memoriam, mediante el cual la sociedad recordó y honró a reumatólogos que fallecieron en el período reciente. Este espacio combinó sobriedad y sensibilidad, recordando a quienes contribuyeron al crecimiento de la especialidad y dejaron un legado que trasciende generaciones. Las palabras dedicadas en su memoria reflejaron la profunda valoración que la comunidad reumatológica mantiene por sus integrantes.

La cena también fue el escenario para el cambio de directorio para el período 2026–2027, marcando la continuidad institucional y relevando el compromiso de nuevas y antiguas generaciones en la conducción de SOCHIRE. La transición se realizó en un ambiente de reconocimiento, unidad y proyección hacia el futuro, reafirmando la importancia de un liderazgo colaborativo y orientado al fortalecimiento científico y societario.

La conmemoración de los 75 años culminó entre conversaciones, reencuentros y un ambiente de celebración que reflejó la identidad colectiva de SOCHIRE. Fue un espacio donde se unieron pasado, presente y futuro: la historia institucional, los avances científicos consolidados en el congreso y los desafíos emergentes de una especialidad que continúa expandiéndose y adaptándose a las nuevas realidades sanitarias del país. La Cena Conmemorativa de los 75 años no solo fue un homenaje; fue también la reafirmación del compromiso de SOCHIRE con la excelencia, la formación continua, la investigación y el trabajo conjunto por el bienestar de los pacientes. Un momento que quedará registrado como uno de los hitos más simbólicos y significativos en la historia de la Sociedad Chilena de Reumatología.

35° Congreso Chileno de Reumatología y Conmemoración de los 75 Años de SOCHIRE

The logo consists of the number '35' in a stylized font, with a degree symbol (°) to its upper right. The '3' is red and the '5' is blue.

**CONGRESO
SOCHIRE 2025**

ORGANIZA SOCIEDAD CHILENA DE REUMATOLOGÍA



75 años avanzando juntos por la reumatología chilena

El 35° Congreso Chileno de Reumatología se consolidó como un encuentro de alta relevancia científica y un espacio para reconocer la trayectoria de la reumatología chilena. La conmemoración de los 75 años de SOCHIRE reforzó la identidad institucional, destacando el legado de generaciones y proyectando a la sociedad hacia nuevos desafíos clínicos, científicos y humanos.

Esta memoria recoge los hitos más significativos de un año marcado por avances científicos, fortalecimiento societario y un congreso especialmente memorable. Pero más allá del registro histórico, este documento proyecta el compromiso de SOCHIRE con el futuro: continuar promoviendo la investigación, fortalecer la formación continua, ampliar los espacios de colaboración, contribuir al mejor acceso a terapias innovadoras y seguir trabajando por el bienestar de los pacientes con enfermedades reumatológicas en Chile.

A nombre de la Sociedad Chilena de Reumatología, extendemos nuestro reconocimiento a todos quienes contribuyeron a la realización del congreso, a los comités organizadores y científicos, a las instituciones colaboradoras, a la industria, y muy especialmente a cada socio y socia cuyo trabajo diario inspira el crecimiento de nuestra disciplina.

Con este cierre, SOCHIRE renueva su compromiso con la excelencia, la ética y el desarrollo de la reumatología nacional, mirando hacia el futuro con responsabilidad, optimismo y la convicción de que los próximos desafíos serán enfrentados con la misma dedicación que ha caracterizado a la sociedad durante sus primeros 75 años.

35°

CONGRESO SOCHIRE 2025

ORGANIZA SOCIEDAD CHILENA DE REUMATOLOGÍA



PATROCINADORES



