

XXXII CONGRESO CHILENO DE REUMATOLOGIA

Resúmenes Presentación Póster



Nº 1. EXPERIENCIA EN EL USO DE TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES CON UVEÍTIS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

GÓMEZ A* ⁽¹⁾, ZEPEDA P ^(2,3), URRUTIA B ⁽⁴⁾, CASTIGLIONE E ⁽³⁾.

¹ Facultad de Medicina Universidad de Chile. ² Dpto. Oftalmología HBLT. ³ Dpto. Oftalmología HCUCh

⁴ Servicio Reumatología HCUCh

Introducción: las uveítis no infecciosas están frecuentemente asociadas a enfermedades autoinmunes. Durante los últimos años, los agentes biológicos (bDMARDs) han emergido como una alternativa de terapia en casos refractarios.

Objetivo: evaluar la respuesta a terapia biológica en pacientes con uveítis en el policlínico de oftalmología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCh).

Métodos: estudio observacional, retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de iridociclitis, coriorretinitis y uveítis del HCUCh desde 2012 hasta 2019. Clasificación anatómica, nivel de actividad y respuesta a terapia se definieron según las guías del grupo de trabajo *Standardization of Uveitis Nomenclature* (SUN). Poblaciones pediátrica y adulta (límite de edad: ≥ 15 años) fueron analizadas de manera independiente.

Resultados: De un total de 195 pacientes con uveítis no infecciosa, el 7.2% (14) recibió bDMARDs. Una paciente recibió solo dos dosis por reacción anafiláctica y fue excluida de análisis de eficacia.

De los 7 pacientes pediátricos, 3 presentaban uveítis anterior (UA), 2 uveítis intermedia (UI) y 2 panuveítis (PU), siendo la etiología más frecuente artritis idiopática juvenil (4). Todos

los pacientes eran basalmente tratados con metotrexato y una con corticoides sistémicos. Fueron indicados adalimumab (5/7), infliximab (1/7) golimumab (1/7). Seis pacientes continúan en terapia, con una media de seguimiento de 17.2 meses. Se logró remisión clínica en 50% (3/6).

De los 7 pacientes adultos, 4 presentaban UA y 3 PU. Dentro de las etiologías, destacan idiopática (3), asociada a espondilopatía (3) y enfermedad de Behcet (1). Cuatro recibieron infliximab, 2 adalimumab y 1 etanercept. Dos de ellos suspendieron terapia por motivos económicos y se consideró la última visita con terapia. Remisión clínica fue alcanzada en 57.1% (4/7) y 2/3 lograron disminuir su dosis de prednisona a < 10 mg/día. En 2 de ellos no se evaluó eficacia por un tiempo de seguimiento insuficiente.

Efectos adversos (EA) fueron reportados en 21.4% de pacientes, incluyendo un EA grave que motivó suspensión de terapia.

Conclusiones: Si bien existe una baja frecuencia de uso de bDMARDs en pacientes con uveítis en nuestro centro, la mayoría se encuentra en remisión clínica. Además, los distintos agentes presentan un adecuado perfil de seguridad.

Nº 2. EL ROL DEL REUMATÓLOGO EN LA PATOLOGÍA UVEÍTICA

URRUTIA B*, ZEPEDA P, GÓMEZ A, CASTIGLIONE E.

Reumatología, HCUCh. Depto. de Oftalmología HBLT y HCUCh. Interno de Medicina de la Universidad de Chile.
Depto. de Oftalmología HCUCh.

Introducción: La uveítis es una enfermedad poco frecuente, su incidencia varía entre 17-52/100.000 habitantes/año y la prevalencia entre 38-714 casos/100.000 habitantes a nivel mundial, los datos en Chile son escasos. Existen diferentes clasificaciones, pero la anatómica es la más utilizada y el compromiso anterior el más frecuente. Etiológicamente se puede dividir en infeccioso, no infeccioso o síndrome enmascarado. Las causas de las uveítis no infecciosas son variadas, si bien solo algunas son de origen reumatológico, la gran mayoría requiere de tratamiento inmunosupresor. Por lo tanto, es importante que el reumatólogo se familiarice con esta patología.

Objetivo: Conocer la cantidad de pacientes con uveítis que utilicen algún DMARDs sintético o biológico en los últimos 7 años en el policlínico de oftalmología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCh).

Métodos: Se realizó estudio retrospectivo en que se revisaron las fichas electrónicas de todos los pacientes atendidos

de forma ambulatoria en el policlínico de oftalmología del HCUCh desde el primero de diciembre de 2012 hasta el 30 de junio de 2019 cuyo diagnóstico fuera: iridociclitis, coriorretinitis o uveítis. Para el análisis de datos, se dividió en 2 grupos etarios: <15 años y ≥15 años.

Resultados: Se detectaron 222 pacientes, 201 adultos y 21 niños. La uveítis intermedia fue más frecuente en niños y la uveítis anterior en adultos. En ambos grupos la causa no infecciosa fue la más frecuente. El 89.5% de los niños y el 64% de los adultos uso DMARDs sintético o biológico, y dentro de estos el Metotrexato fue el más utilizado. Con relación al uso de terapia biológica se encontraron 7 pacientes en cada grupo.

Conclusiones: En la serie presentada, independiente de la etiología de la uveítis, un alto porcentaje de pacientes requirió el uso de DMARDs convencional o biológico. Esto hace fundamental que el reumatólogo se familiarice con la patología uveítica y se fomente el trabajo en equipo con oftalmología.

Nº 3. DESAFÍOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE POLICLÍNICO REUMATOLOGÍA-BRONCOPULMONAR EN HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO

*RODRÍGUEZ B., BAUMERT C.¹, MARTÍNEZ C.¹, DUMÉNEZ V.1., VEGA F., CEA X.²

¹Unidad de Reumatología, HHA. ²Unidad Broncopulmonar HHA. Departamento de Medicina Interna, Universidad de La Frontera, Temuco

Introducción: Las conectivopatías pueden comprometer gran variedad de órganos y sistemas. El compromiso pulmonar es uno de los más comunes, presente hasta en un 15% de las ETC (enfermedades del tejido conectivo), siendo en ocasiones la primera manifestación de estas. Pueden comprometerse todas las estructuras respiratorias, siendo lo más frecuente la neumonitis. Su prevalencia está aumentando tanto por mejoría en el diagnóstico y afectación pulmonar de nuevas terapias. Como una forma de enfrentar este desafío de la reumatología actual, se implementó policlínico multidisciplinario en HHA.

Objetivo: Describir la experiencia de HHA en la implementación de policlínico multidisciplinario para diagnóstico y seguimiento de pacientes con ETC y compromiso pulmonar secundario.

Resultados: A partir de septiembre 2018, se implementa en Centro de Diagnóstico y Tratamiento, dos policlínicos conjuntos (reumatología-broncopulmonar) de frecuencia bimensual, con agenda de citación conjunta, con más de 50 pacientes evaluados a la fecha. Participan en él especialistas en área de broncopulmonar, reumatología, medicina interna, residen-

tes de medicina interna e internos de medicina, constituyendo una valiosa oportunidad de formación. Se evalúa a los pacientes con: Radiografía y tomografía de tórax de alta resolución, espirometría, test de marcha 6 minutos, DLCO, marcadores serológicos y se definen terapias y estrategias en conjunto, lo que ha permitido una disminución en tiempos de espera y latencia en la toma de decisiones terapéuticas de este complejo grupo. Se ha observado progresivamente una disminución en la severidad de pacientes evaluados inicialmente (descompensados) hasta los más recientes, donde se ha priorizado la pesquisa precoz y diagnósticos diferenciales (daño secundario a medicamentos, EPOC, secuela de patologías previas).

Conclusiones: Este policlínico constituye una notable mejoría en el enfrentamiento previo de estos usuarios. Queda pendiente la resolución de las falencias como deuda en formación de radiólogos especialistas en EPID, patólogos formados en pulmón, coordinación entre toma de imágenes y función pulmonar de control al momento de la reevaluación y registro estandarizado de las conclusiones del comité, así como el aumento en disponibilidad de horas para beneficiar a un mayor número de usuarios.

Nº 4. FRECUENCIA DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON VASCULITIS SISTÉMICA EN LA CONSULTA AMBULATORIA DE UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA

SILVA F*, SCHIEFELBEIN J, MUÑOZ J, LABARCA C, POBLETE MP, IBÁÑEZ S, VILLAR MJ, VALENZUELA O.

Unidad de Reumatología, Hospital Padre Hurtado (HPH). Medicina, Universidad del Desarrollo.

U de Reumatología, HPH. Depto. Medicina, HPH. U de Reumatología, HPH. U de Reumatología, HPH. U de Reumatología, HPH.

Introducción: Las vasculitis sistémicas son un grupo de enfermedades infrecuentes con alto riesgo de daño orgánico y mortalidad. Su enfrentamiento conlleva tratamientos costosos y estrés de los sistemas de salud. Su epidemiología básica y estándares de atención no han sido estudiados en Chile, siendo necesarios para generar políticas de salud. La frecuencia de atención ambulatoria es un indicador básico de uso del sistema de salud. El objetivo del presente estudio es evaluar en una unidad de reumatología la prevalencia de vasculitis como grupo y la frecuencia de atención en comparación a otras patologías.

Método: Se registró la totalidad de los pacientes atendidos en una unidad de reumatología entre 1-1-2015 y 31-12-2018. Los datos se obtuvieron a partir del análisis cruzado de la información del sistema de agendamiento del servicio y del registro de diagnósticos (manual hasta enero 2018, electrónico desde entonces). Estadística descriptiva y analítica univariada utilizando SPSS v25, con nivel significancia $p < 0,05$. El estudio cuenta con autorización por Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Resultados: De 3368 casos totales atendidos, en 1758 casos el diagnóstico estuvo disponible (52,2%). De estos, se detectaron 108 casos de vasculitis sistémica (6,1%), de los cuales 73% eran mujeres, con una edad promedio de 58 años. Solo AR y OA superaron en prevalencia a vasculitis sistémica (39% y 7,6%, respectivamente). En el periodo de 3 años del estudio, los sujetos con vasculitis presentan una mayor frecuencia de atención que el resto de los pacientes (7,2 vs. 5,3 atenciones, $p = 0,001$) y menor tiempo entre controles (270 + 318 vs 341 + 346 días, $p = 0,047$). Los pacientes con vasculitis presentan una menor frecuencia de atención que patologías GES (AR= 9,2 + 6,4, $p = 0,002$; LES= 9,2 + 6,6, $p = 0,02$) y mayor que patología no GES (OA no GES= 4,4 + 4,5, $p = 0,001$; Fibromialgia = 4,6, $p = 0,002$).

Conclusión: Las vasculitis sistémicas requieren una frecuencia de atención alta en comparación con el resto de las condiciones reumatológicas, con menor tiempo entre controles. Al no ser una patología GES los recursos para facilitar esta atención son escasos, lo que es preocupante dada la gravedad de muchos de estos pacientes.

Nº 5. LISTAS DE ESPERA PARA REUMATOLOGIA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSÉ: DIAGNÓSTICOS DE DERIVACIÓN, PERTINENCIA Y TIEMPOS DE ESPERA

CHASSIN-TRUBERT A*, LEÓN E.

Servicio de Reumatología del Complejo Hospitalario San José, Santiago, Chile.

Introducción: Es conocido el problema de las listas de espera en el servicio público de salud. En el área norte de Santiago, hay actualmente más de 1500 casos en lista de espera para una primera evaluación en reumatología, a lo que deben sumarse los casos de pacientes previamente evaluados y que requieren seguimiento.

Objetivos: Conocer los diagnósticos de derivación, la pertinencia y los tiempos de espera de los pacientes de la red asistencial pública de salud del área norte de Santiago que fueron derivados al Complejo Hospitalario San José, para evaluación por reumatología, durante el segundo trimestre 2019.

Materiales Y Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Se revisaron 164 fichas clínicas correspondientes a pacientes nuevos, atendidos entre el 1 de abril 2019 y el 1 de agosto 2019, en el policlínico de reumatología del Complejo Hospitalario San José. Se registraron los diagnósticos, la pertinencia y los tiempos de espera entre la realización de la interconsulta de derivación y la fecha de atención en el Hospital.

Resultados: De un total de 743 pacientes atendidos, 164

casos correspondieron a pacientes nuevos. 85% ($n = 141$) fueron mujeres. 48% ($n = 78$) eran patologías cubiertas por GES para atención por reumatología. Los principales diagnósticos de derivación fueron: AR 32% ($n = 52$), LES 11% ($n = 18$), artrosis 9% ($n = 15$), poliartralgias en estudio 8% ($n = 13$), patología de partes blandas 6% ($n = 10$), S. Sjögren 4% ($n = 6$), fibromialgia 3% ($n = 5$), artropatía por cristales 3% ($n = 5$), artritis psoriática 2% ($n = 4$), esclerosis sistémica 2% ($n = 4$), AIJ 2% ($n = 4$), vasculitis 2% ($n = 4$) y otros. La derivaciones a reumatología fueron pertinentes en el 87% de los casos ($n = 143$). Los tiempos de espera fueron: < 6 meses: 26% ($n = 42$); 6 a 12 meses: 20% ($n = 32$); 12 a 18 meses: 13% ($n = 22$); 18 a 24 meses: 16% ($n = 27$); 24 a 30 meses: 18% ($n = 30$); > 30 meses: 7% ($n = 11$).

Conclusiones: Entre los pacientes nuevos derivados a reumatología, las patologías más frecuentes fueron AR, LES y artrosis. Alrededor de la mitad de las derivaciones correspondían a patologías GES y, mayoritariamente, fueron pertinentes. La mayoría tuvo que esperar más de 1 año para ser atendido en reumatología, destacando esperas de hasta más de 2 años.

Nº 6. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES REUMÁTICOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO (ESTUDIO PRELIMINAR)

RADRIGÁN F*, GORDILLO J.

Complejo Asistencial Dr Sótero del Río, Pontificia Universidad Católica de Chile. Complejo Asistencial Dr Sótero del Río

Una parte esencial del control de las enfermedades reumáticas crónicas es la adherencia al tratamiento. Si no es bien llevado, el control será inadecuado, generando mayores daños, secuelas, aumento innecesario de indicaciones o dosis de medicamentos y mayores gastos en salud.

Objetivo: conocer la adherencia de los pacientes reumáticos crónicos en un hospital público

Metodología: Se seleccionan al azar registros de pacientes controlados en el Complejo Asistencial Sótero del Río, con al menos 2 años de controles. Se registra la adherencia al retiro de medicamentos en farmacia del hospital, obtenido del registro electrónico de las recetas médicas, entre enero y diciembre de 2018. Se considera buena adherencia el retiro con no más de 5 días de retraso de la fecha mensual correspondiente (> 80 %), regular un retraso entre 6 y 15 días, malo entre 15 días y 1 mes y muy malo pasar más de 1 mes sin retirar los medicamentos. Se registran datos clínicos y epidemiológicos de los pacientes obtenidos de la ficha clínica.

Resultados: se presentan resultados de 46 casos, edad $57,3 \pm 10,2$ años (32 a 82 años), 41 de sexo feme-

nino. Se registran 30 casos de Artritis reumatoide, 5 Lupus eritematoso sistémico, y 11 con otras patologías.

Adherencia	n	%
Buena	10	22
Regular	23	50
Mala	8	17
Muy mala	5	11

El mes con menos adherencia es febrero, 24 % no retira medicamentos.

Existe una tendencia no significativa a mejorar la adherencia con la edad ($p=0,1$). No se encontró efecto de otras variables como diagnóstico, años de enfermedad, número o tipo de medicamentos, uso de inmunosupresores.

Conclusiones: la adherencia al retiro de medicamentos es regular a mala en este grupo de pacientes y empeora en la época de vacaciones. Sólo un 22 % lo hace en forma adecuada. Se requiere implementar metodologías que mejoren la adherencia de los pacientes.

Nº 7. COMPROMISO CERVICAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y FACTORES ASOCIADOS, REPORTE PRELIMINAR

DUMÉNEZ V*, BAUMERT. C, MARTÍNEZ C, SAN MARTÍN M, KRAUSS K, RODRÍGUEZ B.

Unidad de Reumatología, Hospital Hernán Henríquez Aravena. Unidad de Reumatología, Hospital Hernán Henríquez Aravena. Unidad de Reumatología, Hospital Hernán Henríquez Aravena. Servicio de Imagenología

Introducción : La artritis reumatoide (AR) es un trastorno inflamatorio crónico sistémico que puede comprometer la columna cervical en hasta en un 17-88% de los casos, principalmente en pacientes con más de 10 años de evolución. Otros factores que se asocian a compromiso cervical, incluyen erosiones periféricas, género masculino, serología positiva (Factor Reumatoideo y/o Anticuerpos Anti-péptidos Citrulinados Cíclicos), pobre respuesta a FARMES (Fármacos modificadores de la enfermedad) y edad avanzada. Dentro de los hallazgos radiológicos más frecuentes se encuentran erosiones óseas, subluxación atlantoaxial (SAA) y la invaginación basilar (IB).

Objetivos: Determinar la prevalencia de SSA e IB, en pacientes con AR, mediante radiografías simples y su relación con factores demográficos y clínicos.

Métodos: A la fecha del reporte se reclutaron al azar un grupo de 88 pacientes, con diagnóstico de AR, según los criterios del Colegio Americano de Reumatología, durante octubre

del 2018 hasta junio del 2019. Se les realizó Radiografía de columna cervical posteroanterior (PA), lateral (L) y dinámica (flexión, extensión). Se evaluó correlación de los hallazgos radiológicos con las características clínicas.

Resultados: Del total de pacientes reclutados, el 9.6% son hombres, 32% población rural. El 44% tiene edad mayor o igual a 65 años. El 80 % tenían más de 5 años de evolución y el 63% más de 10 años. El 86% tenían marcadores serológicos positivos. Dentro de los hallazgos imagenológicos se encontró que el 8.6% presentaba SAA y el 8.6% IB, presentando el 100% de éstos más de 5 años desde el diagnóstico de la enfermedad y el 50% más de 10 años. El 50% está actualmente con terapia biológica.

Conclusiones: La afectación de la columna cervical es común por lo que es muy necesario una imagen de rutina de la columna cervical en pacientes con AR, principalmente en aquellos que tengan factores de mal pronóstico de la enfermedad.

Nº 8. EXPECTATIVAS Y NECESIDADES DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, HOSPITAL DEL SALVADOR

DEHLINGER V, VARGAS M, FOSTER C, NEIRA O.

Dpto. Reumatología, Hospital del Salvador, Santiago

Introducción: Según la OMS, un programa educativo debe estar centrado en el paciente y responder a sus necesidades y expectativas educativas.

Objetivos: Identificar las necesidades y expectativas educativas de los pacientes con Artritis Reumatoide (AR) a fin de desarrollar un programa estructurado educativo dedicado a pacientes con AR controlados en el Hospital del Salvador. En específico, destacar los temas para educación y la modalidad de su organización. Conocer la situación del paciente con AR en cuanto a comprensión de la enfermedad y tratamiento, impacto de la enfermedad en su vida, percepción de su relación con los profesionales de la salud y su motivación a participar en sesiones educativas.

Métodos: Realización de una encuesta cuantitativa a partir de un auto cuestionario anónimo a una muestra representativa de 3227 pacientes ingresados a GES de AR, controlados en el Hospital Salvador.

Resultados: Entre el 19 de marzo y el 20 de junio 2019, 356 personas respondieron el cuestionario de las cuales 12 eran acompañantes y 344 pacientes. En su mayoría fueron mujeres (92,6%) con más de 45 años de edad, con una larga historia de

enfermedad (> 10 años). Solo 12 participaban en asociaciones de pacientes. A pesar de que el 55% de los pacientes refiere un impacto negativo de la enfermedad en su vida personal, el 65% de los pacientes considera tener una buena o excelente calidad de vida. 1/3 de los pacientes piensa que no ha recibido información suficiente sobre la enfermedad y su tratamiento. 2/3 considera la atención médica buena o muy buena. Sin embargo, se lamentan de la larga espera por una hora de atención. 40 pacientes conocen instancias educativas, donde un 80% participó. Un 90% de los pacientes desea participar en un programa educativo, con 4 temas que se priorizaron: conocimiento de la enfermedad y del tratamiento, nutrición, ejercicios físicos y acompañamiento psicológico.

Conclusiones: A partir de los resultados, se calendarizaron en un plazo de 6 meses talleres sobre la enfermedad y su tratamiento. Proyectamos desarrollar junto a otros departamentos los temas pendientes. Las sesiones educativas aparecen como un apoyo para los pacientes que se encuentran en lista de espera de atención y permitirán priorizar horas. Así se solucionará una problemática y se incluirá la educación en el proceso de atención.

Nº 9. CAMBIO EN TRATAMIENTOS DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN CHILE LUEGO DE IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA GES

CONCHA S., TALESNIK E., BORZUTZKY A., MORALES P.

Depto. de Enfermedades Infecciosas e Inmunología Pediátrica, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El año 2010 se incorporó la artritis idiopática juvenil (AIJ) al programa de Garantías Explícitas en Salud (GES) para garantizar legalmente el diagnóstico oportuno y mejorar el acceso a tratamientos, incluyendo biológicos.

Objetivos: Evaluar las características clínicas y demográficas de pacientes con AIJ y comparar el tratamiento recibido antes y después de la introducción del GES.

Métodos: Se revisaron los registros clínicos de 280 pacientes con AIJ que consultaron en centros de la Red de Salud UC Christus entre 2007 y 2018.

Resultados: Un 69% de los pacientes eran mujeres con edad promedio al diagnóstico de $8,5 \pm 4,8$ años. El tiempo promedio de seguimiento fue de $4 \pm 3,7$ años. Un 44% tenía oligoartritis, 5% poliartritis factor reumatoideo (FR) positivo y 14% FR negativo, 18% artritis relaciona a entesitis (ERA), 9% artritis psoriática, 8% sistémica y 3% artritis indiferenciada. Un 12% de los pacientes desarrolló uveítis, de los cuales 65% tenía oligoartritis. En cuanto al tratamiento, de los 17 pacientes en control hasta antes de la implementación del programa GES, 82% recibió antiinflamatorios no esteroideos (AINE), 59% metotrexato y 6% corticoides intra-articulares (CIA), nin-

guno recibió biológicos. De los 67 pacientes diagnosticados antes del 2010 pero que continuaron en control en nuestro centro después de la introducción del GES, 72% recibió AINE, 76% metotrexato, 22% CIA y 34% recibió biológicos siendo el más usado etanercept (52%). De los 196 diagnosticados después de 2010, 75% recibió AINE, 72% metotrexato, 28% CIA y 46% biológicos siendo el más usado adalimumab (53%). Un 47% del total de los pacientes tenía una artritis inactiva en la última visita y un 22% había alcanzado remisión. Sólo 14 pacientes presentaron erosiones, sin diferencias antes y después del 2010. Sobre los pacientes con uveítis, un 97% recibió tratamiento con metotrexato y un 82% con biológicos, de los cuales un 79% recibía adalimumab. Un 29% tuvo al menos una reactivación de artritis estando con biológicos. En la última visita 85% de los pacientes alcanzó remisión de su uveítis.

Conclusiones: En una serie grande de niños con AIJ en Chile, se demuestra que luego de la implementación del programa GES en el año 2010 aumentó significativamente el uso de tratamientos biológicos llegando a utilizarse en casi la mitad de los niños con esta patología.

Nº 10. RESPUESTA A MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEGÚN NIVEL DE ACTIVIDAD AL INICIO

FLORES J*, CANCIO F, LOZANO P, MARDONES C, DURAN J.

Dpto. Reumatología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La Ley Ricarte Soto (LRS) permite a pacientes con Artritis Reumatoide (AR) refractaria acceder a diferentes medicamentos biológicos, sin embargo exige actividad alta de enfermedad por un período de 6 meses luego de usar 3 FARMES. Esto implica que los pacientes pueden pasar tiempo prolongado con la enfermedad activa.

Objetivos: Comparar la respuesta al tratamiento con fármacos biológicos según nivel de actividad al inicio del tratamiento. Conocer la respuesta clínica con el uso de estos medicamentos, antes y después de la implementación de la LRS.

Métodos: Se revisaron fichas clínicas de pacientes del programa para personas con AR (PROSPERAR) de la Red Salud UC-Christus. Se incluyeron sujetos con AR que usaron fármacos biológicos pre y post LRS, en los que se disponía de registros cada 3 meses de actividad de la enfermedad, mediante el uso de DAS28 y HAQ. Se realizó una comparación del cambio en la actividad de la AR con el uso de biológicos entre el grupo que usó estos fármacos pre y post LRS usando T de student.

Resultados: Se incluyeron 218 pacientes con AR que accedieron a terapias biológicas (63 previo a LRS y 155 posterior), 58.7% de los pacientes pre Ley iniciaron tratamiento con acti-

vidad severa versus 94.7% en el grupo post Ley. El DAS 28 promedio en los pacientes pre Ley fue de 4.94 y en el grupo post ley de 6.01. Luego de 6 meses de tratamiento en pacientes pre Ley se logró remisión en 31.7%, actividad leve-moderada en 57.1%, un 11.1% se mantuvo con actividad severa. En los pacientes post Ley el 40.6% logró la remisión, un 49.6% actividad leve-moderada, el 9.7% se mantuvo en actividad severa. El DAS28 promedio post tratamiento fue de 3.21 y 3.09 en los pacientes pre y post Ley respectivamente. No se encontró asociación significativa en la respuesta a tratamiento al iniciar biológicos en distintos niveles de actividad de la enfermedad ($p=0.49$). El porcentaje de pacientes que requirió un segundo biológico por falta de respuesta fue de 17% en el grupo pre Ley y 18% en el grupo post Ley.

Conclusiones: El nivel de actividad al inicio del uso de medicamentos biológicos no influyó en la respuesta final al tratamiento. Los pacientes post Ley experimentaron un mayor cambio en su puntaje, no obstante ambos lograron niveles de actividad similares al comparar valores promedios de DAS28 a los 6 meses de tratamiento.

Nº 11. VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA EN PEDIATRÍA, SERIE DE CASOS CLÍNICOS

CID B*, TALESNIK E, BORZUTZKY A.

Depto. de Enfermedades Infecciosas e Inmunología Pediátrica, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Las vasculitis asociadas a ANCA agrupan a la granulomatosis con poliangeitis (GPA), la poliangeitis microscópica (MPA) y la granulomatosis eosinofílica con poliangeitis (EGPA). Son infrecuentes en la edad pediátrica, con una incidencia $<1/100.000$ para cada una. Existe escasa información de estas enfermedades en Latinoamérica.

Objetivos: Evaluar las características clínicas de pacientes pediátricos con diagnóstico de vasculitis asociada a ANCA.

Métodos: Se revisaron fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de vasculitis asociada a ANCA atendidos en la Red De Salud UC en los últimos 20 años.

Resultados: Durante el periodo estudiado, se registraron 5 pacientes con vasculitis asociada a ANCA: 4 mujeres y 1 hombre. La edad promedio fue de 9,3 años (5,5 a 13,5). Dos casos fueron del tipo MPA, 1 GPA sistémica y 2 GPA localizadas. No hubo casos de EGPA. Un paciente con GPA tenía el diagnóstico previo de asma y sinusitis recurrente, los demás eran previamente sanos. Todos los pacientes al debut presentaron síntomas constitucionales. Tres tuvieron compromiso renal, con biopsia renal con glomerulonefritis crescética pauci-inmune.

Los 3 pacientes con GPA tuvieron compromiso ocular, con ptosis palpebral y pseudotumor orbitario. En todos se confirmó la presencia de ANCA en suero por IFI ($n=3$) o ELISA ($n=4$). Ambos pacientes con MPA tuvieron p-ANCA/ANCA-MPO (+). Dos pacientes con GPA tuvieron p-ANCA/ANCA-MPO (+), y un paciente con GPA localizada fue ANCA (-) por IFI y ANCA-MPO y PR3 (+) por ELISA. Todos los pacientes recibieron corticoides sistémicos, 2 con compromiso renal recibieron ciclofosfamida, y 4 de los 5 pacientes recibieron Rituximab. Respecto a la terapia de mantención, un paciente con MPA recibió azatioprina y otro metotrexato. Un paciente con GPA localizada recibió micofenolato mofetil y el otro metotrexato. Los 2 pacientes con GPA localizada evolucionaron favorablemente, uno con resolución total de los síntomas oculares y otro con ptosis residual, ambos suspendieron corticoterapia sistémica.

Conclusiones: Las vasculitis asociadas a ANCA son patologías poco frecuentes en niños. En esta serie se reportan 5 casos, con frecuente compromiso renal en MPA y compromiso ocular con pseudotumor inflamatorio asociado en GPA.

Nº 12. LA PREVALENCIA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN CHILE, UN ESTUDIO REALIZADO COMO PARTE DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD (ENS 2016-17)

DURÁN J, MASSARDO L, LLANOS C, IACOBELLI S, PASSI A, RIEDEMANN P, MARGOZZINI P.

Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Universidad San Sebastián, Santiago, Chile. Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

Objetivos. La prevalencia de la artritis reumatoide (AR) no es uniforme en distintos países. Nuestro objetivo fue determinar la prevalencia de AR en Chile en un estudio poblacional.

Métodos. La ENS fue una encuesta transversal poblacional con una muestra aleatoria, estratificada por conglomerado de etapas múltiples de 6.233 participantes realizada entre agosto de 2016 y marzo de 2017. Se aplicó un instrumento de detección para la AR a una muestra aleatoria de 2988 sujetos > 30 años. El tamizaje positivo se definió por al menos uno de los siguientes: (i) 2 articulaciones inflamadas durante al menos 4 semanas consecutivas y / o (ii) un diagnóstico de artritis en el pasado. A las personas con tamizaje positivo se les midió

factor reumatoide, anticuerpos antiCCP y proteína C reactiva y un reumatólogo confirmó el diagnóstico. También se realizó autorreporte de AR.

Resultados. De los 2,998 sujetos. Setecientos treinta y ocho (22.1%) tuvieron una evaluación positiva. Entre los sujetos con tamizaje positivo, 493 (66%) tuvieron una evaluación clínica realizada por un reumatólogo. La prevalencia fue del 0.6% (IC 95% 0.3, 1.2). La prevalencia fue mayor en el género femenino. Tres punto tres por ciento de los sujetos autoreportaron AR.

Conclusión. De acuerdo a este estudio, la prevalencia de AR en Chile es del 0.6% (0.3, 1.2). Esto es ligeramente inferior al valor de algunos países latinoamericanos. El autoinforme lleva a sobreestimar la AR

Financiamiento: MINSAL

Nº 13. RESULTADO A 6 MESES DE ABATACEPT VS BLOQUEADORES DE TNF ALFA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEVERA DE LARGA DATA

VALENZUELA O*, IBÁÑEZ S, POBLETE M, MARDONES C, SILVA F, VILLAR M, MOGOLLONES K.

Facultad de medicina Clínica Alemana - UDD, Chile.

Introducción. Los pacientes chilenos con artritis reumatoide (AR), con actividad severa a pesar del uso de 3 FARME, tienen garantizado el acceso a productos biológicos por la ley 20850. En el primer año, la única opción de primera línea fue abatacept, en el segundo año se agregaron etanercept y adalimumab.

Objetivo. Evaluar la eficacia a los 6 meses de abatacept frente a bloqueadores de TNF- α como primera línea.

Métodos. Estudio de vida real, cohorte prospectiva, centro único. Los pacientes durante 2016 recibieron abatacept como primera línea y desde 2017 se seleccionó mediante asignación aleatoria por orden de atención a abatacept, etanercept o adalimumab, a menos que hubiera una condición particular (tuberculosis latente, enfermedad pulmonar intersticial). Los pacientes fueron seguidos durante 6 meses, se evaluó el cambio de DAS28 VHS y se calcularon los criterios de respuesta EULAR. El análisis multivariado se realizó teniendo en cuenta edad, sexo, años con síntomas, comorbilidades, tabaquismo, IMC, positividad de anticuerpos anti CCP, FARME, corticoides, AINE y tramadol usados y DAS28 VHS basal.

Resultados. 123 pacientes. Los usuarios de bloqueadores

de TNF- α tuvieron una disminución significativamente mayor de DAS28, mayor tasa de remisión, mayor tasa de buena respuesta EULAR y menor tasa de fracaso según el médico. Estas diferencias mantuvieron significancia estadística después del análisis multivariado. Mayor IMC se relacionó significativamente con una reducción menor de DAS28 y una menor tasa de remisión. Más años con síntomas se relacionaron con una mayor tasa de uso de tramadol después de 6 meses de productos biológicos. La tasa de eventos adversos (EA) fue mayor en el grupo de bloqueadores de TNF- α (39.1 vs 27.7%) pero la tasa de eventos graves fue mayor en el grupo de abatacept (30.4 vs 22.2% de todos los EA), aunque no hubo diferencias significativas.

Conclusión. A los 6 meses, en este estudio de vida real, más del 80% de los pacientes con AR severa y de larga duración, resistente a FARME no biológicos, tuvieron al menos una respuesta moderada al tratamiento biológico. Esta mejora fue significativamente mayor en el grupo que recibió bloqueador de TNF- α . Aunque el grupo de abatacept tenía más comorbilidades la diferencia con el grupo bloqueador de TNF- α siguió siendo significativa después del análisis multivariado.

Nº 14. PACIENTES CHILENOS CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL REPORTAN IMPACTO IMPORTANTE EN ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA Y TRABAJO. ENCUESTA WEB EN 472 PACIENTES

IBÁÑEZ S*, VAN BENTUM R, VALENZUELA O, VAN DER HORST-BRUINSMA I.

Facultad de medicina Clínica Alemana - UDD, Chile. VUmc, Amsterdam, Países Bajos.

Introducción. En Chile la falta de información sobre las características locales de los pacientes con Espondiloartritis axial (EspAax) impide el desarrollo de estándares de tratamiento nacionales y mejorar el acceso a medicamentos de alto costo.

Objetivos. Evaluar (1) la carga de la enfermedad, la calidad de vida, la participación en el trabajo y el estado del tratamiento en los pacientes chilenos con EspAax y (2) la influencia del género.

Métodos. Una encuesta en línea, transversal, en pacientes chilenos con EspAax, reclutados a través de la Fundación Espondilitis Chile, que recopila las características de la enfermedad, el tratamiento, la carga de la enfermedad (BASDAI, BASFI), el deterioro de la capacidad de desarrollar actividades de la vida diaria (Índice de salud ASAS) y la participación laboral (WPAI). Las asociaciones entre BASDAI, ASAS HI, BASFI o participación laboral y género se evaluaron mediante regresión univariable y multivariable.

Resultados. El diagnóstico de EspAax fue informado por

472 participantes (91% radiográfico, 63% mujeres) y los niveles de actividad de la enfermedad (BASDAI \geq 4: 83%), ASASHI (\geq moderadamente discapacitado: 91%) y discapacidad laboral (absentismo: 41%; presentismo 82%) fueron altos. El uso reportado de biológicos fue muy bajo (20%), mientras que el 34% utiliza opiáceos. Las mujeres reportaron BASDAI, BASFI y ASAS HI significativamente más altos que los hombres, pero tenían menos probabilidades de recibir productos biológicos (26% versus 16%, $p < 0,01$). Después de corrección por el tratamiento, estas diferencias de género ya no eran significativas.

Conclusión. Esta encuesta web sugiere fuertemente una alta carga de enfermedad y discapacidad laboral en pacientes chilenos con EspAax. El uso de productos biológicos es bajo, mientras que el uso de opiáceos fue alarmantemente alto. Las mujeres usaron significativamente menos productos biológicos a pesar de que reportaron un peor estado de enfermedad y discapacidad laboral, lo que podría deberse a inequidad en el tratamiento.

Nº 15. PLASMAFÉRESIS EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME RIÑÓN - PULMÓN: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE

SOTO M., PINO S., AVARIA J., CASTRO I., BANCALARI A, CUELLAR C, DURÁN M.

Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Sección Reumatología, Hospital Guillermo Grant Benavente. Hospital de Cañete

Introducción. El Síndrome Riñón Pulmón (SRP) definido como la asociación de hemorragia alveolar difusa (HAD) y glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP) es debida comúnmente a vasculitis ANCA +, enfermedad por anticuerpos antimembrana basal glomerular (AMBG) y lupus eritematoso sistémico (LES). La plasmaféresis (PFM) es adicional al tratamiento dado su especial beneficio en GNRP, HAD severa y AMBG.

Objetivos. Caracterizar en cuanto a variables demográficas, clínicas, bioquímicas, pronóstico renal y sobrevida a los pacientes con SRP tratados con PFM durante 2 años en el Hospital Regional Guillermo Grant Benavente.

Materiales y Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años con SRP tratados con PFM entre diciembre 2015 y diciembre 2017 en Hospital Guillermo Grant Benavente. Se utilizó Excel para los análisis descriptivos. Para las variables categóricas se usaron medidas de frecuencias absolutas y relativas; y para las continuas, medidas de dispersión y de tendencia central.

Resultados. De los 15 pacientes 53% fueron hombres, entre 22 y 73 años (51,3 promedio). Uno ya presentaba LES y

el resto fue debut. Un 86,7% presentó ANCA+ de los cuales 46,2% era ANCA-P, 23% ANCA-C (todos 1/160), 30.8% sin test. Del ELISA, un 60% fue MPO+ (todos >100) un 26,7% PR3+ y 6,7% anti-MBG (6.7% sin test). Solo 40% fue a biopsia renal. APACHE II promedio 19 pts. Fueron 6 sesiones promedio de PFM (la mayoría cada dos días), sin efectos adversos graves. En un 66,7% se le indicó metilprednisolona ev en 3 bolos, en un 6,5% en 1 bolo y un 20% prednisona. Un 26,6% recibió ciclofosfamida ev y un 7% rituximab. Un 26,6% ya presentaba enfermedad renal crónica (ERC) con 6.7% en hemodialisis crónica (HDC), requirieron diálisis de agudos 66,7%. Estadía hospitalaria promedio 31,7 días. Cinco fallecieron antes de 6 meses (la mayoría antes del mes) principalmente de sepsis. Todos los restantes quedaron con ERC a los 2 años (3 en HDC).

Conclusiones. La mayoría de los pacientes con SRP se presentaron como debut grave con ANCA+ en un 86,7%. Solo 11 recibieron corticoides y 4 ciclofosfamida ev. Un tercio falleció antes de 6 meses, permaneciendo el resto con ERC. Se deben realizar estudios con mayor población para determinar la eficacia de la PMF como tratamiento en los pacientes con SRP, especialmente en relación al pronóstico renal.

Nº 16. EVALUACIÓN DE NIVEL DE ACTIVIDAD Y DAÑO DE VASCULITIS POR INVESTIGADORES: COMPARACIÓN DE USO INTUITIVO Y CAPACITACIÓN FORMAL

ELGUETA F, FUENTES A, GRÜNHOLZ D, LABARCA C, MAC-NAMARA M, ORTEGA P, PASTENE P, SCHIEFELBEIN J, SILVA F, TREJO C, WURMAN P.

Grupo de Estudio de Vasculitis SOCHIRE.

Introducción. Las vasculitis sistémicas afectan vasos de distintos tamaños en múltiples órganos y consecuentemente sus manifestaciones clínicas son polimorfas. Para permitir un tratamiento acorde con la severidad clínica, se han desarrollado instrumentos capaces de incorporar la diversidad clínica, midiendo actividad y daño. Su uso intuitivo (UI) tanto en escenarios clínicos como de investigación es habitual, pero su performance no ha sido medida ni comparada con la capacitación formal.

Objetivo. Evaluar el grado de acuerdo entre investigadores aplicando instrumentos de actividad y daño de manera intuitiva y con una capacitación formal.

Método. Se generaron 10 viñetas anonimizadas clínicas basadas en casos reales de pacientes con vasculitis sistémicas. Versiones en español de los instrumentos de actividad ("Birmingham Vasculitis Activity Score, versión 3"- BVAS-3) y de daño ("Vasculitis Disease Index" - VDI) fueron adosadas a cada viñeta y fueron aplicadas por 7 investigadores con uso intuitivo y por dos investigadores que habían realizado una capacitación formal ("BVAS VDI Training & Certification", Oxford

University). Se evaluó el nivel de acuerdo utilizando Kappa de Fleiss y se compararon promedios con T Test usando SPSS V25.

Resultados. El acuerdo entre evaluadores con uso intuitivo fue bajo tanto para actividad (BVAS-3, kappa de 0,25, p 0,001) como para daño (VDI, kappa de 0,26, p 0,001). El acuerdo de los investigadores con capacitación formal se incrementó, tanto para actividad (BVAS-3, kappa de 0,52, p 0,025) como para daño (VDI, kappa de 0,51, p 0,032). Los investigadores con capacitación formal completaron en menos tiempo los instrumentos que el uso intuitivo tanto para actividad (2,1 + 0,7 vs 6,5 + 15,4 min, p=0,036) como para daño (1,3 + 0,9 vs 3,5 + 6,6 MIN, p = 0,018) y presentaron menor número de errores formales, pero catalogaron de manera similar el grado de dificultad de los casos en escala de 0-10 (4,5 vs 4,4 p=NS)

Conclusión. La evaluación estructurada de actividad y daño en vasculitis se beneficia de la capacitación formal, con incremento en nivel de acuerdo entre observadores. Los miembros del grupo de estudio de vasculitis están realizando capacitación online con objetivo de mejorar la performance.

Nº 17. COMPARACION DE LA SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE TRES TÉCNICAS EN LA DETERMINACION DE ANTICUERPOS ANTI-CCP EN EL DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE

PERALTA A., BALBOA V., SILVA J., CASTAÑEDA H., FOSTER C., NEIRA O.

Laboratorio de Inmuno-Reumatología, Sección de Reumatología, Servicio de Medicina. Depto. de Medicina Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Hospital del Salvador.

Introducción. La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune crónica, caracterizada por dolor, inflamación, daño articular y discapacidad. El diagnóstico de la AR se basa en los hallazgos clínicos, radiológicos y la identificación de biomarcadores como son el factor reumatoide (FR) y la detección de auto-anticuerpos antipéptidos citrulinados (CCP).

Existen diferentes métodos de inmunoensayos en fase sólida para detectar anticuerpos Anti-CCP. Entre ellos ensayos por inmunoabsorción asociado a enzimas (ELISA), e inmunoensayos de micropartículas quimioluminiscentes (CMIA).

Objetivos. Evaluar la sensibilidad y especificidad de tres diferentes métodos para la determinación de anticuerpos anti CCP.

Métodos. Se estudiaron las muestras de suero de 80 pacientes provenientes del policlínico de reumatología del hospital entre enero y junio del 2019, seleccionadas aleatoriamente. Se determinó anticuerpos anti CCP mediante tres técnicas: 1. ELISA de 2° generación que utiliza IgG Humano

(Euroimmun). 2. Chorus Anti-CCP IgG, ELISA de 2° Generación Automatizado (Diesse). 3. ARCHITECT Anti-CCP, Inmunoensayo por Quimioluminiscencia (CMIA) automatizado (Abbott).

Se revisaron los diagnósticos clínicos, antecedente de tabaquismo y el cumplimiento de Criterios de Clasificación para AR ACR/EULAR 2010. Se estimó la sensibilidad y especificidad de los tres métodos diagnósticos.

Resultados. 26 pacientes tuvieron el diagnóstico de AR, con cumplimiento de los criterios de clasificación. Los restantes pacientes tuvieron diagnósticos de Osteoartritis, Lupus Eritematoso Sistémico, Polimialgia Reumática, Gota, Sjögren, EMTC, entre otros.

En la tabla 1 se señala la sensibilidad y especificidad de los tres métodos para el diagnóstico de AR.

Conclusiones. Los tres métodos tienen una elevada sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de AR. Las diferencias observadas no son estadísticamente significativas.

Sensibilidad	Especificidad	
ABBOTT	88,5%	96,3%
EUROINMMUN	92,3%	90,7%
DIESE	92,3%	90,7%

Nº 18. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A MOMENTO DE INICIO DE TERAPIA BIOLÓGICA EN ARTRITIS REUMATOIDE

RODRÍGUEZ B.* , MARTÍNEZ C.1, BAUMERT C.1, DUMÉNEZ V.1, GONZALEZ N.1, SALAZAR K.1

1Unidad de Reumatología, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco. Departamento de Medicina Interna, Universidad de La Frontera, Temuco.

La artritis reumatoide (AR) es la poliartritis crónica más frecuente. Se asocia a presencia de autoanticuerpos, factores genéticos y sociodemográficos. Tiene mayor prevalencia en mujeres, con tendencia hacia peor evolución y pronóstico también en ellas. Por otra parte, se ha descrito mayor prevalencia de AR en zonas urbanas. El tratamiento de la AR incluye, entre otros, fármacos sintéticos modificadores de la enfermedad (sDMARD) y terapias biológicas (bDMARD) cuyo inicio está indicado en mala tolerancia o refractariedad a los primeros.

Objetivo. Evaluar si la ruralidad o sexo femenino o etnia mapuche constituyen un riesgo para el requerimiento previo a 5 años de terapia biológica.

Método. Cohorte retrospectiva. Se incluyeron 351 pacientes ingresados a Ley Ricarte Soto entre julio 2016-julio 2019. Se evaluó prevalencia de ruralidad, etnia mapuche (al menos un apellido) y género femenino y su relación con inicio de terapia antes de los 5 años de diagnóstico. Se describe riesgo relativo, intervalo de confianza 95%.

Resultados. En total 351 pacientes, de los cuales 87% mujer, edad promedio $56,5 \pm 12,4$, 21% perteneciente a etnia mapuche, 21% de origen rural, biológico inicial Abatacept 56%, adalimumab 32% y etanercept 11%. $12,5 \pm 9,3$ años de promedio de diagnóstico de AR previo a ingreso. 24% (n:84) inició terapia biológica con ≤ 5 años de diagnóstico. Los principales resultados se presentan en tabla 1.

Conclusiones. En este estudio encontramos que género femenino no constituye un factor de riesgo para indicación previa a 5 años de terapia biológica, resultado estadísticamente significativo, con un RR protector. Esto podría deberse a que muchas pacientes persisten con actividad moderada, no alcanzando el nivel de severidad requerido para ingresar a la ley, lo que no se observa en hombres. No encontramos relación entre etnia mapuche o ruralidad para inicio de terapia biológica antes de los 5 años de diagnóstico, lo que podría reflejar mejora en redes de derivación y pesquisa precoz en estos grupos.

Factores asociados a indicación de terapia biológica ≤ 5 años desde diagnóstico (n:351)

	N (%)	Valor de p	Riesgo Relativo(RR)	95% IC
Género femenino Inicio ≤ 5 años, n(%) Inicio > 5 años, n(%)	65 (19) 240 (68)	0,0014	0,516	0,3436 a 0,7747
Ruralidad Inicio ≤ 5 años, n(%) Inicio > 5 años, n(%)	19 (5) 56 (16)	0,7468	1,0757	0,6908 a 1,6751
Etnia mapuche Inicio ≤ 5 años, n(%) Inicio > 5 años, n(%)	12 (3) 63 (18)	0,0844	0,6133	0,3520 a 1,0687

Nº 19. ANTICUERPOS ESPECÍFICOS DE ESCLEROSIS SISTÉMICA Y SU CORRELACIÓN CLÍNICA, EN HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE (HCUCH)

BASTÍAS C*(1), SALAZAR F(2), SOTO L(3), HERNÁNDEZ C(4), REYES F(5), VERGARA K(3), BAYO A(6), SAAVEDRA S(3)

1. Inmunóloga, Jefe Laboratorio Inmunología, HCUCH 2. Residente Inmunología, HCUCH 3. Reumatóloga, HCUCH 4. Residente Reumatología, HCUCH 5. Broncopulmonar, HCUCH 6. Estudiante medicina, U. de Chile

Introducción. Esclerosis Sistémica (ES), enfermedad del tejido conectivo caracterizada por daño microvascular, fibrosis excesiva de piel y órganos internos con disregulación inmune. 95% de los pacientes tiene autoanticuerpos (autoAc), indicadores de subgrupos clínicos de enfermedad que podrían guiar el diagnóstico y servir como predictores de compromiso orgánico. Hay distintos métodos de laboratorio para detectarlos con sensibilidad y especificidad variable. Recientemente se implementó en el Laboratorio de Inmunología HCUCH un panel de inmunoblot para medir 13 autoAc específicos de ES.

Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo. Incluyó resultados del panel de ES, realizados en la verificación de la técnica en el laboratorio de inmunología de 12 pacientes con diagnóstico previo de ES según criterios ACR 1980 y 2013. El ensayo usado es Euroimmun EUROLINE que incluye: Scl 70, CENPA, CENPB, RP11, RP155, fibrillarina, NOR90, Th/To, PM-Scl100, PM-Scl75, Ku, PDGFR y Ro52. En paralelo se realizó revisión de antecedentes clínicos, resultados de ANA y perfil ENA para describir concordancia. Estadística descriptiva.

Resultados. Se incluyeron 12 pacientes mujeres con ES, edad promedio 59,8 años, 5 con ES difusa, 5 limitada, 2 con

Síndrome de sobreposición con Síndrome de Sjögren (SS) y Escleromiositis. De 8 con ANA+, 7 fueron patrón nuclear y 1 citoplasmático. 100% presentó autoAc en panel de ES. De los autoAc específicos de ES la frecuencia fue: 3 Scl-70+ (25%) todos concordantes con ENA, correspondiente a 60% de pacientes con ES difusa. 6 Anti-CENP A y B + (50%), correspondiente a 100% de pacientes con ES limitada y 1 con ES y SS, todos con ANA + patrón centromérico. 2 Anti-RP155+ (16%), 1 con ES difusa y otro con PM/SCL, anti-fibrillarina en 1 con ES limitada, anti-NOR90 en 1 con ES difusa, 2 con anti-Th/To + (16%), 1 con ES difusa y 1 con ES limitada. Ac anti-Ro52 en 6 pacientes (50%) 5 en concomitancia con otro autoAc específico.

Conclusiones. Es el primer estudio descriptivo en Chile de autoAc asociados a ES en pacientes con diagnóstico confirmado. Destaca la positividad del inmunoblot en todos los pacientes, concordante con diagnóstico clínico. Los Anti Scl-70 fueron concordantes con ENA y Ac. anti-CENP con ANA + patrón centromérico en un 100%. Sin embargo, se requiere mayor número de casos para evidenciar asociación significativa entre autoAc y compromiso clínico.

Nº 20. PERFIL CLINICO Y SOCIODEMOGRAFICO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE INGRESADOS A LEY RICARTE SOTO, HOSPITAL HERNAN HENRIQUEZ ARAVENA

GONZALEZ N* , RODRIGUEZ B, BAUMERT C, MARTINEZ C, SALAZAR K.

Hospital Hernan Henriquez Aravena

Introducción. La artritis reumatoide es un trastorno inflamatorio sistémico crónico que puede progresar a la destrucción articular. El tratamiento consiste en fármacos antirreumáticos, frente a fracaso o intolerancia se recomienda el uso de biológicos modificadores de la enfermedad. En 2016 se aprobó Ley Ricarte Soto para beneficiar a estos pacientes.

Objetivo. Determinar características clínicas, sociodemográficas y respuesta clínica de AR mediante escala DAS 28 VHS al mes 0,6 y 12 meses a pacientes en tratamiento con terapia biológica.

Método. Ingreso a la Ley entre julio 2016-julio 2019. 363 pacientes, se excluyeron 12. Se evaluó género, edad, previsión, años de evolución de AR, serología, screening de TBC latente, respuesta a tratamiento(DAS28 VHS), comorbilidad, urbano-rural, etnia mapuche. Se presentan resultados como promedios, desviación estándar y porcentajes.

Resultados. En total 351 pacientes. 40% ingreso en 2017. 87% mujer. 69% >de 50 años. 76% recibió metotrexato previo al biológico, 64% hidroxicloroquina, 55% leflunomida. 12,5% screening de tuberculosis latente positivo. Biológico inicial abatacept 56%, adalimumab 32% y etanercept 11%. Se ha realizado cambios de terapia 17% del total, de estos, 20% de los con abatacept, 13% de adalimumab y 13% etanercept. El motivo de cambio fue refractariedad 90%, seguido de rash cutáneo 3%. 47% pacientes usando biológico en monoterapia. Al ingreso (mes 0), 88% con actividad alta, 11% moderada. Mes 6, 29% actividad alta, 39% moderada y 16% en remisión; mes 12, 33% con actividad alta, 31% moderada, 17% baja y 19% remisión.

Conclusiones: Predominio de mujeres, mayoría con morbilidades, 88% seropositiva, mayoría urbano y no pertenece a etnia mapuche. Abatacept fue el biológico inicial de preferen-

cia, un quinto de estos pacientes requirieron cambio de biológico, mayoría por refractariedad. Casi la mitad de los pacientes en monoterapia a la fecha. Se observa buena respuesta al uso de biológicos, entre el mes 0 y 6. Actividad alta, baja desde 88% a 29% entre mes 0 y 6. Al mes 12, 36% pacientes actividad baja y remisión

Características clínicas y sociodemográficas (n:351)

Sexo femenino, n (%)	305, (87)
Edad en años, \pm Media DE	56,5 \pm 12,4
Rango edad en años	22 a 86
FONASA, n (%)	321 (91)
Ruralidad, n (%)	75 (21)
Jubilado, n (%)	127 (36)
Etnia mapuche, n (%)	75 (21)
Comorbilidades, n (%)	223 (64)
Años evolución AR en años	12,5 \pm 9,3
Artritis reumatoide seropositiva, n (%)	308 (88)
Abatacept terapia inicial, n (%)	197 (56)
Adalimumab terapia inicial, n(%)	111 (32)
Etanercept terapia inicial, n(%)	45 (13)
Cambio de terapia biológica, n(%)	59 (17)
Biológico en monoterapia, n (%)	165 (47)
DAS 28 VHS > 5,1 mes 6, n(%)	101 (29)
DAS 28 VHS <2,6 mes 6, n (%)	56 (16)
DAS 28 VHS > 5,1 mes 12, n(%)	115 (33)
DAS 28 VHS <2,6 mes 12, n(%)	66 (19)
HAQ promedio al mes 12	0,64
Screening tuberculosis latente positivo, n: (%)	44 (12,5)

Nº 21. ANTICUERPOS DE MIOSITIS Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL: VARIABLES ASOCIADAS A LA FUNCIÓN PULMONAR. RESULTADOS DE UNA COHORTE LATINOAMERICANA

WOLFF V(1)*, ALBERTI ML(2), REYES F(1), JUAREZ E(3), ROJAS SERRANO J(3), BUENDIA I(3), CARO F(2), FLORENZANO M(1), PAULIN F(2)

(1) Instituto Nacional del Tórax Santiago de Chile (Chile). (2) Hospital María Ferrer Buenos Aires (Argentina). (3) Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias México DF (México).

Introducción. Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) se asocian a diferentes anticuerpos mio-relacionados (AMR) que determinan fenotipos distintos, algunos con alta prevalencia de EPI. Algunos pacientes con AMR y EPI cumplen los criterios de clasificación MII, pero otros no y pueden clasificarse como EPI con características autoinmunes (IPAF). Nuestro objetivo es describir las características de un grupo de pacientes con AMR y EPI, y su asociación con la función pulmonar (FP).

Métodos. Estudio descriptivo de cohorte multicéntrica de 211 pacientes evaluados entre 2016-2018 en 3 centros de EPI en Argentina, Chile y México. Todos los pacientes tenían EPI confirmada por TAC de tórax (TACAR). Se realizó estadística descriptiva, análisis univariado y multivariado.

Resultados. Se incluyeron 211 pacientes, mujeres 77,4%, edad media 57 + -12 a. En 70% la EPI se diagnosticó primero, en 18% EPI y MII se diagnosticaron simultáneamente, y en 12% la MII se diagnosticó primero. Los anticuerpos antisintetasa (AcAS) fueron los más frecuentes y los diagnósticos más frecuentes fueron Sd. Antisintetasa (SAS) e IPAF. Los principales patrones de TACAR fueron NSIP y OP. Mala FP basal se definió

CVF <70% y/o DLCO <60% al debut. La peor PF basal se asoció a EPI como diagnóstico inicial, patrón NSIP/OP, ausencia de rash y ausencia de ANA y Ro positivo. La mejoría funcional (MF) se definió como aumento de CVF > 10% en el seguimiento. Se incluyeron 121 pacientes con > 3 meses de seguimiento. La MF se asoció con la ausencia de EPI como primera manifestación de la enfermedad y ausencia de esclerodactilia, la presencia del patrón OP y manos del mecánico.

Los tratamientos inmunosupresores de primera línea fueron: corticosteroides (CS) asociados con un ahorrador de CS como micofenolato, azatioprina, ciclofosfamida, leflunomida, tacrolimus o rituximab

Conclusiones. En nuestra cohorte los AcAS y el SAS fueron los hallazgos más comunes, seguidos de IPAF. NSIP y OP fueron los patrones más prevalentes. La peor PF basal estaría relacionada con la ausencia de síntomas extratorácicos y anticuerpos "clásicos" de mesenquimopatías (ANA, Ro), lo que causa retraso en el diagnóstico y el tratamiento. Por el contrario, la MF podría estar relacionada con la presencia de signos extratorácicos que permiten un diagnóstico y terapia oportunos, y formas más agudas y subagudas de EPI, como el patrón OP

Nº 22. FACTORES ASOCIADOS CON LA PROGRESIÓN DE DAÑO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. RESULTADOS DE UNA COHORTE MULTINACIONAL LATINOAMERICANA

MIMICA M*, PADILLA O, AGUILERA F, NEIRA O, CAVALCANTI F, BORBA E, GUIBERT M, VÁZQUEZ G, CARDIEL M, AMIGO M, CHACÓN R, BONFÁ E, ALARCÓN G Y MASSARDO L.

Centro de Biología Celular y Biomedicina, Universidad San Sebastián. Grupo de Estudio Latinoamericano de Lupus (GLADEL). Depto. de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción. Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) están en riesgo de presentar daño atribuido a la enfermedad y/o tratamiento, deterioro de la calidad de vida y muerte prematura.

Objetivos. Describir la progresión de daño de los diferentes ítems y dominios del SLICC/ACR Damage Index (SDI) y sus predictores en una cohorte latinoamericana, multiétnica y multinacional de pacientes con LES.

Métodos. 1.385 pacientes con LES de reciente diagnóstico (>6 meses a <2 años) fueron seguidos por un promedio de 47,0 (DE 25,1) meses. Se analizaron variables socio-demográficas, clínicas y de tratamiento. Los 41 ítems y 12 dominios del SDI fueron evaluados anualmente. Estadística: X², curvas de supervivencia Kaplan-Meier (test Log-rank) y modelo de regresión de Cox con componente aleatoria (frailty) para medidas repetidas.

Resultados. Al ingreso a la cohorte, 565 pacientes (40,8%) presentaban daño (SDI ≥1), con SDI promedio de 0,66 (DE 1,01). Durante el seguimiento 658 pacientes (47,5%) acumularon daño nuevo, principalmente en piel (21,4%), riñón (13,6%) y neuropsiquiátrico (10,4%), como se observa en la figura, y 76 (5,5%) pacientes fallecieron. Al último control 952 pacientes (68,7%) presentaban daño, con un promedio de SDI de 1,57 (DE 1,67).

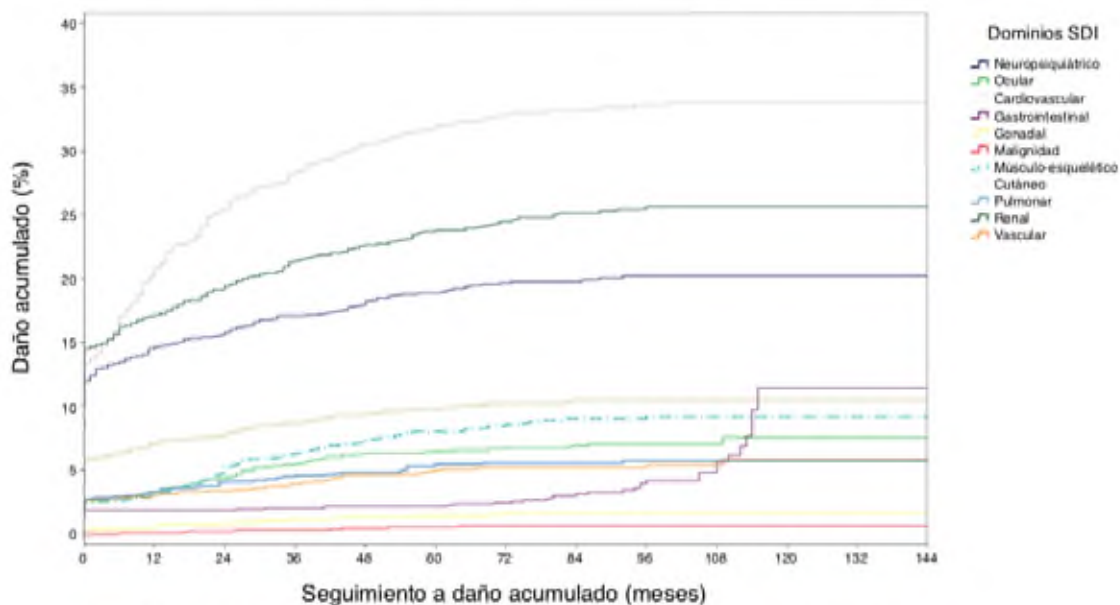
El análisis multivariado permite concluir que: el país de origen, edad, nivel socio-económico, duración del LES, tipo de daño basal y actividad (SLEDAI) basal se asociaron significativamente ($p < 0,05$) con el riesgo de desarrollo de daño en los dominios neuropsiquiátrico, ocular, cardiovascular, piel y renal.

Adicionalmente, al final del seguimiento, los ítems más fre-

cuentas fueron alopecia (30,4%), proteinuria >3.5g/d (11,2%), filtración glomerular <50% (9,0%) y convulsiones (7,5%). Los otros 37 ítems del SDI se presentaron en <5%.

Conclusiones. En nuestra cohorte, a diferencia de otras cohortes (LUMINA, University of Toronto entre otras) el dominio cutáneo fue el más prevalente (principalmente alopecia). La actividad del lupus al inicio predice daño en diferentes dominios, reforzando la necesidad de tratamiento temprano.

Frecuencias (%) de daño nuevo en los 12 dominios del Índice de Daño (SDI) en 1.385 pacientes con LES.



Curvas de sobrevivencia Kaplan-Meier, punto final es el desarrollo de daño nuevo.

Nº 23. ANÁLISIS DE IMPLEMENTACIÓN DE LEY RICARTE SOTO (LRS) PARA ARTRITIS REFRACTARIA A TRATAMIENTO CONVENCIONAL EN HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE CONCEPCION

AVARIA J¹, CASTRO I², SOTO M², DURAN M³, PINO S², BANCALARI A¹, CUELLAR C¹, REYES A¹, DIAZ P¹.

¹Hospital Guillermo Grant Benavente, ²Universidad de Concepción, Hospital de Cañete³.

Introducción. La artritis reumatoide (AR), es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica, inmune de etiología desconocida. En Chile se estima prevalencia de 0.46%, y entre un 10 a 20% no responde a la terapia con drogas modificadoras de la enfermedad (FARMEs). Desde 2015, a partir de la promulgación de la Ley Ricarte Soto (LRS), el uso de fármacos biológicos ha dado mayor acceso a los pacientes con AR refractarias.

Objetivo. Revisar retrospectivamente la implementación de la LRS en AR refractarias, Hospital Guillermo Grant Benavente, entre Junio 2015 y Julio de 2019.

Resultados. Reclutados 138 pacientes, 6 desistieron seguir con terapia biológica (4.4%). 91.7% mujeres (121 pacientes) y 8.3% hombres. Promedio de edad 52.7 años. En grupos etarios, el mayor porcentaje está entre 50-59 años (42.4%) y 40-49 años un 22.7%. 73.5% son AR seropositivas (59.1% factor reumatoide y/o anticuerpos antiCCP). El mayor porcentaje de los pacientes tiene entre 6-10 años (30.3%) desde el diagnóstico al ingreso a LRS, seguida por menos o igual a 5 años en

un 27.3%. 30 pacientes (22.7%) debieron cambiar de terapia, 66.6% por fracaso al tratamiento, 26.7% por reacciones adversas (la más frecuente reacción alérgica sitio punción, 20%), y la más grave tuberculosis miliar (1 caso, 13,35%). 67 pacientes (50.8%) han completado 1 año de terapia, la respuesta a terapia, según actividad de la AR (DAS28VHS) se puede ver en Tabla 1.

A un año de seguimiento en LRS, 71.6% pacientes ha disminuido actividad clínica entre un 21-80% (26.9% entre 21-40%, 26.9% entre 41-60% y 17.8% entre 61-80%). 4 pacientes (6%) al año de seguimiento mantienen actividad igual o mayor al ingreso y están en espera de aprobación para cambio de terapia. Los con actividad moderada/severa de su AR al año de seguimiento, 67.5% son seropositivas y un 75% lleva más de 5 años de evolución previo a su ingreso (un 47.5% más de 10 años).

Conclusiones. La implementación de LRS en AR refractaria a tratamiento convencional ha permitido mejorar el control de la enfermedad y la calidad de vida de nuestros pacientes

Tabla 1. Comparación entre tiempo evolución tras ingreso LRS y actividad enfermedad según DAS 28 VHS (n=67)

	Remisión (pacientes, %)	Actividad baja (pacientes, %)	Actividad moderada (pacientes, %)	Actividad alta (pacientes, %)	Sin datos * (pacientes, %)
3 meses	14 (20.9%)	8 (11.9%)	26 (38.8%)	14 (20.9%)	5 (7.5%)
6 meses	10 (14.9%)	14 (20.9%)	26 (38.8%)	11 (16.4%)	6 (9%)
9 meses	14 (20.9%)	14 (20.9%)	29 (43.3%)	13 (19.4%)	4 (6%)
12 meses	18 (26.9%)	7 (10.4%)	30 (44.8%)	10 (14.9%)	2 (3%)

*Sin datos: al control sin disponibilidad de VHS para realizar cálculo DAS 28 VHS o paciente ausente a control.

Nº 24. CARACTERIZACIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MIOPATÍA INFLAMATORIA IDIOPÁTICA SEGÚN LA PRESENCIA DE ANTICUERPOS DE MIOSITIS, EN UN CENTRO HOSPITALARIO EN CHILE

BOZÁN MF, SAAVEDRA S, VERGARA K, GOECKE A.

Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción. Los anticuerpos específicos o asociados de miositis pueden ser de especial utilidad para el diagnóstico y clasificación de subgrupos en las Miopatías Inflamatorias Idiopáticas (MII). Existen pocas series en población latinoamericana en relación a esto.

Métodos. Se analizaron 65 pacientes con diagnóstico de MII (según criterios de Bohan y Peter) evaluados en el Servicio de Reumatología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, entre Enero de 2012 y Mayo de 2019. Se analizaron retrospectivamente las características demográficas, clínicas y

de laboratorio.

Resultados. Se rescataron datos suficientes de 41 pacientes para el análisis. La edad promedio fue 54 años, 80,5% mujeres y 19.5% hombres. 34 tuvieron debilidad muscular, 16 tuvieron rash , 8 con CK normal (4 con fuerza normal). Se realizó ANA a 39 (25 positivos) y ENA perfil a 35 (6 positivos: 3 anti- Ro, 1 anti-Ro y anti-La, 1 anti- Ro y Jo1 y 1 anti-Jo1). Se realizó Panel de Miositis a 17, de los cuales resultaron: 1 anti-Mi2 α , 1 anti- Mi2 β , 1 anti-TIF1 γ , 1 anti-MDA5, 2 anti-NXP2,

1 anti-SAE1, 1 anti-Ku, 2 anti-PM-Scl100, 3 anti-PM-Scl 75, 1 anti-SRP, 1 anti-PL12, 4 anti- Ro 52. Se realizó Electromiografía a 27 pacientes de las cuales 26 resultaron alteradas y biopsia muscular a 30 siendo todas alteradas. En relación a los anticuerpos de miositis se muestran los resultados en la siguiente tabla (Tabla 1).

Conclusiones. En esta serie de pacientes se observan características clínicas y de laboratorio similares a las descritas en población caucásica.

Tabla 1.

Anticuerpos predominante	Sexo	Edad	Características Clínicas	Laboratorio	Cáncer
Anti-Mi2 α	M	24	Debilidad muscular y rash.	CK elevada, ANA (+), biopsia alterada.	No
Anti-Mi2B	M	41	Debilidad muscular, rash y disfagia.	CK elevada, ANA (+), biopsia alterada.	No
Anti-NXP2	F	64	Debilidad muscular y rash. Corticosteroides antes del diagnóstico.	CK normal, ANA (-).	No
Anti-SAE	F	47	Debilidad muscular y rash. Corticosteroides antes del diagnóstico.	CK normal , ANA (+), Anti-Ro 52 (+).	No
Anti-Ku	F	66	Debilidad muscular, rash, disfagia y síntomas de reflujo gastroesofágico.	CK elevada, ANA (+), Anti-MDA5 (+), EMG anormal, TAC tórax con EPD.	No
Anti-PMSc100	F	44	Debilidad muscular, Raynaud, disfagia, síntomas de reflujo gastroesofágico y disnea. Esclerodermia previamente diagnosticada.	CK elevada, ANA (+), anti-PMSc175 (+), Anti-Ro52 (+), EMG anormal, TAC tórax con EPD.	No
Anti-PMSc100	F	69	Fuerza normal y síntomas de reflujo gastroesofágico	CK elevada , ANA (-), EMG anormal.	No
Anti-PMSc175	F	84	Debilidad muscular y disnea.	CK elevada, ANA (+), Anti-NXP2 (+), EMG anormal, biopsia alterada, TAC tórax con EPD.	No
Anti-PMSc175	F	73	Debilidad muscular, rash y disfagia.	CK elevada , ANA (+), EMG anormal, TAC tórax con EPD.	No
Anti-SRP	F	42	Debilidad muscular y disfagia. Artritis Reumatoide previamente diagnosticada.	CK elevada, ANA (-), Anti-Ro52 (+), EMG anormal , biopsia alterada, TAC tórax con EPD.	No
Anti-PL12	F	57	Fuerza normal, artritis y manos de mecánico.	CK normal, ANA (+),TAC tórax con EPD.	Sí (vagina)
Anti-Ro52	F	58	Fuerza normal, rash y disfagia. Corticosteroides antes del diagnóstico.	CK elevada, ANA (+), Anti-TIF1 γ (+), EMG anormal y biopsia alterada.	Sí (tiroides)
Anti-Jo1	F	28	Debilidad muscular, rash y artritis. Corticosteroides antes del diagnóstico.	CK normal , ANA (-), EMG normal y biopsia con alteraciones inespecíficas.	No
Anti-Jo1	F	55	Debilidad muscular, artritis, Raynaud y disfagia.	CK elevada, ANA (+), EMG anormal y biopsia alterada, TAC tórax con EPD.	No

Nº 25. DERMATOMIOSITIS Y ERITRODERMIA : UNA COMBINACIÓN INUSUAL. REPORTE DE UN CASO

VERGARA K*1, GOECKE A1., CORNEJO R2., VALENZUELA F 3, BOZAN F.1, SILVANA S.1

1Depto Medicina Interna, División Reumatología, HCUCH. 2. Unidad Paciente Crítico, HCUCH

3. Departamento Dermatología HCUCH

La dermatomiositis (DM) es una miopatía inflamatoria idiopática caracterizada por debilidad muscular proximal y compromiso cutáneo. Las manifestaciones cutáneas se pueden dividir en patognomónicas, como el eritema en heliotropo o las pápulas de gottron, y manifestaciones características como el eritema en chal, telangiectasias periungueales, poiquilodermia, ulceraciones, calcinosis y eritrodermia. Siendo esta última una manifestación poco frecuente .

Caso clínico. Paciente de 46 años. Presenta cuadro de 1 año de evolución caracterizado por rash maculopapular eritematosos-violáceo facial, tronco y extremidades. Se realizó Biopsia de piel que resulta sugerente de dermatitis perivascular espongiótica con eosinófilos compatible con reacción adversa medicamentosa. Se trató con betametasona sin respuesta. Evoluciona con eritrodermia generalizada. Además pápulas de Gottron y telangiectasias periungueales. Evaluación clínica de la fuerza dificultada por dolor. Paciente refiere disfagia. Laboratorio: Hb 12 mg/dl, GB 8230 cel. Neutrófilos 70%, linfocitos 14%, eosinófilos 9%, Plaquetas 379000, VHS 91, PCR 38

mg/dl, CK 71, pruebas hepáticas normales. ANA 1/640 patrón moteado fino. Perfil ENA: Ro +. Complemento normal. Panel de miositis: Ro52 y anti SAE1 positivos. La capilaroscopia evidenció dilatación patológica de lechos capilares distales. RNM protocolo miopatías mostró edema del tejido celular subcutáneo, edema de planos fasciales y focos de edema muscular en cintura escapular, en músculos de tórax, en región glútea y en cuádriceps. Infiltración grasa leve en isquiotibial. Endoscopia, Tac de cuello-tórax- abdomen y pelvis descartan neoplasia. Se inicia tratamiento corticoidal equivalente a 1 mg/kg/peso de prednisona, a lo que se adiciona Azatioprina. La paciente evoluciona en buenas condiciones generales con disminución de compromiso cutáneo y muscular.

Comentarios. La asociación entre eritrodermia y dermatomiositis es infrecuente. Tener esta presentación en consideración nos puede ayudar a un diagnóstico precoz. Los anticuerpos anti SAE1 se presentan hasta en el 8% de la dermatomiositis y se asocian a compromiso cutáneo mientras que el compromiso pulmonar es menos frecuente.

Nº 26. RESPUESTA A TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN ENFERMEDAD PULMONAR DIFUSA SECUNDARIA A ENFERMEDAD TEJIDO CONECTIVO EN PACIENTES HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

GÓMEZ Y*, KRAUSE C, REDONDO V, ZAPATA J, VALENZUELA R, DOMINGUEZ M, TRUJILLO P, VELASQUEZ J.

Dpto. Reumatología, Hospital San Juan de Dios, Dpto. Broncopulmonar, Hospital San Juan de Dios.

Introducción. Las enfermedades pulmonares difusas (EPD) son un grupo heterogéneo de trastornos pulmonares crónicos que se caracterizan por inflamación y/o fibrosis del intersticio pulmonar, pueden ser secundarias a enfermedades del tejido conectivo (ETC), afectando la morbimortalidad

Objetivos. Evaluar respuesta a tratamiento inmunosupresor en base a cambios en Capacidad Vital Forzada (CVF) basal y durante tratamiento. Caracterizar el comportamiento de estos pacientes respecto a función pulmonar, imágenes y características autoinmunes.

Metodos. Estudio longitudinal prospectivo, se analizaron datos de pacientes evaluados en conjunto por Broncopulmonar y Reumatología, con diagnóstico EPD secundaria a ETC, que recibieron tratamiento inmunosupresor, entre 2017 y 2019. El diagnóstico de EPD se realizó en base a imágenes (TACAR). Se incluyeron pacientes que recibieron tratamiento con Azatioprina, Micofenolato, Ciclofosfamida; que contaban con Espirometría al diagnóstico y durante tratamiento. Se consideró favorable aquellos que mantuvieron o aumentaron la CVF durante el tratamiento y negativo quienes presentaron una disminución de la CVF mayor a la esperada para la edad. Se ex-

cluyeron paciente que no contaban con Espirometría al diagnóstico o durante el tratamiento y quienes presentaron RAM.

Resultados. Se evaluaron 28 pacientes, 71% (20) con diagnóstico NSIP, 17% (5) UIP y 10% (3) OP. La mayoría fueron ESP 34% (10), seguida de Artritis Reumatoide 21,4% (6), Sd. Anti-sintetasa 14% (6), Dermatomiositis 14% (4), Sjogren 10% (3), Polimiositis y LES con un 7 y 3% respectivamente. Presentaron una variación favorable de la CVF un 64% (18) de la muestra y negativa un 35% (10); con una mejor respuesta a tratamiento en NSIP 77% v/s 60%. Los resultados por tratamiento fueron favorables con Micofenolato 44 v/s 40 %; Azatioprina 44 v/s 33%. Respecto a Ciclofosfamida hubo respuesta favorable en 3 de los 5 casos.

Conclusiones. En relación a respuesta a tratamiento inmunosupresor, observamos una respuesta favorable en la mayoría de los pacientes tratados, si bien la muestra es pequeña, hubo mejoría en los pacientes con intervención, con una mejor respuesta en los casos de NSIP. Existe además una tendencia hacia una mejor respuesta con Azatioprina y Micofenolato.

Relación ETC y patrón radiológico, se ve un comportamiento similar a lo descrito en la literatura.

Nº 27. ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES(ACG): EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE (HCUCH)

WURMANN P*, MAC-NAMARA M, HERNÁNDEZ C, ZAMORANO P.
Sección Reumatología Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción. La ACG se describe como la vasculitis sistémica más frecuente en > de 50 años. Su diagnóstico se basa en la clínica, laboratorio, imágenes e histología. La biopsia de arteria temporal (BAT) puede no ser concluyente hasta en el 40% de los pacientes. La Ecografía surge como alternativa a la BAT. Existen escasos reportes de esta patología en América Latina y ninguno en Chile. **Objetivo.** describir las características clínicas, laboratorio e imágenes de pacientes diagnosticados con ACG entre los años 2000 y 2019 en nuestro centro. **Material y Método.** análisis retrospectivo de 27 casos; se analizaron variables demográficas, clínicas, de laboratorio, histopatología, imágenes, tratamiento y seguimiento. **Resultados.** se incluyeron 27 casos, edad promedio al diagnóstico 70,9 años (57 y 85), 81.5% eran mujeres (n=22). Las características clínicas al debut se describen en la Tabla1. En el 22.2% (6) se asoció a polimialgia reumática, 51,8% (14) tenía sólo síntomas craneales, 11% (3) compromiso extracraneal asociado y 14 % (4) compromiso extracraneal exclusivo. El tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico tuvo una mediana de 2 meses (rango= 1-12). El 50% presentó anemia, la VHS y PCR tuvieron una mediana de 89.1mm/hr (rango= 42-120) y 114 mg/dl (rango= 6.6-300) respectivamente. En 22 pacientes (81.4%) se realizó BAT; 16 (72%) fueron positivas. Solo en 3 pacientes se realizó ecografía como método diagnóstico. Todos los pacientes recibieron terapia de inducción con corticoides con dosis entre 0,5 y 1 mg/kg. En el 74 % se asoció metotexato como ahorrador de esteroides en algún momento de la evolución. **Conclusión.** Esta es la primera serie de ACG en pacientes chilenos. Destacamos que son pocos los casos para casi 20 años de análisis. Tiene presentación clínica variable. En el 25,9 % se pesquisó compromiso extracraneal, cercano a lo que se describe a nivel internacional. La BAT tuvo un buen rendimiento en nuestra serie siendo concluyente! en el 72% de las realizadas. Surge como desafío la utilización de la ecografía como método diagnóstico en nuestro medio.

Tabla 1

Manifestación Clínica	%
Cefalea	74
Algún Síntoma Sistémico	62.9
Fiebre	29.6
Baja de peso	37.0
CEG	51.8
Síntomas musculoesqueléticos	55.5
Artralgias/Artritis	55.5
Mialgias	22.2
Síntomas Oftalmológicos	40.7
Amaurosis fugax unilateral	18.5
Amaurosis persistente unilateral	14.8
Amaurosis persistente bilateral	3.7
Diplopia	7.4
Otros Síntomas	
Claudicación mandibular	40.7
Claudicación periférica	3.7
Ardor Cuero cabelludo	33.3
Dolor palpación arteria temporal	22.2
Necrosis cuero cabelludo	0
Dolor cervical	40.7
Rigidez Cervical	33.3

Nº 28. ANTI TNF COMO INDUCTOR DE LUPUS CUTÁNEO. CASO CLÍNICO

GALLO C*, RAMÍREZ L, RAMOS G, SEPÚLVEDA D, POZO P, CÁCERES N, VIZCARRA G, FUENTEALBA C, GODOY M, PACHECO D.

Unidad de Reumatología. HCSBA. Campus Centro. Universidad de Chile.

Los anti TNF son utilizados para el tratamiento de enfermedades autoinmunes. Sin embargo, se ha observado lupus like en pacientes tratados con estos medicamentos, siendo los síntomas cutáneos los más frecuentes. Etanercept e Infliximab tienen mayor asociación, aunque también existen reportes con Adalimumab y Certolizumab.

Mujer de 48 años, con diagnósticos de AR sero + y S. de Sjögren secundario (ANA 1/1280 y Ro+) de más de veinte años de evolución. Hace un año se objetiva DAS-28: 7,11 pese al empleo de tres FARME en dosis plena.

En diciembre de 2018 inicia tratamiento con Etanercept (Ley Ricarte Soto). Al mes de uso, refiere aparición de múltiples lesiones eritemato descamativas, pruriginosas, en rostro y tórax, que rápidamente progresan, afectando dorso, cuero cabelludo y extremidades. A los tres meses se constata mejoría del recuento articular (DAS-28: 1,85), pero mayor extensión de las lesiones cutáneas, comprometiendo mucosas. Se hospitaliza para manejo. Exámenes muestran ANA 1/160, C3-C4 bajos; biopsia cutánea: dermatitis de interfase vacuolar linfocitaria con mucinosis intradérmica y dermatitis psoriasi-

forme liquenificada linfocitaria purpúrica, ulcerada. Los hallazgos son compatibles con Lupus Cutáneo, con patrones de dermatitis medicamentosa.

Los anti TNF, usados para el tratamiento de enfermedades autoinmunes, son reconocidos por la inducción de anticuerpos. Una de las hipótesis es que favorece la apoptosis, promoviendo la producción de anticuerpos contra elementos citoplasmáticos y del núcleo. Asimismo, la inhibición de las células T citotóxicas por los antiTNF podría reducir la eliminación de las células B. Algunos reportes señalan que, posterior al inicio de Etanercept, un 11% presenta ANA+ y un 15% Anti DNA+. El tiempo entre el inicio del fármaco y aparición de síntomas es 4 meses en promedio. Las manifestaciones principales son fiebre, rash discoide, ANA+ y desórdenes hematológicos.

Ante esta RAM, la terapia anti-TNF debe ser suspendida. La literatura recomienda fármaco con distinto mecanismo de acción, aunque existen reportes de casos en los que la suspensión momentánea del medicamento y su posterior reinicio no mostró recurrencia de síntomas.

Nº 29. DERMATOMIOSITIS TIF1- γ Y RIESGO DE NEOPLASIA. CASOS CLÍNICOS

RAMÍREZ L*, RAMOS G, SEPÚLVEDA D, GALLO C, POZO P, FUENTEALBA C, GODOY M, N CÁCERES, PACHECO D.

Unidad de Reumatología. HCSBA. Campus Centro. Universidad de Chile.

Se ha demostrado que la asociación a neoplasia en Dermatomiositis (DM) es cinco veces mayor que en la población general y dos veces más que en Polimiositis (PM). Cuando está presente TIF1- γ el riesgo es aún mayor.

Caso 1. Mujer de 33 años, con cuadro de 5 años de lesiones eritematosas en dorso de manos, que luego se extiende a codos y rodillas, planteándose dermatitis de contacto. Exámenes: ANA 1/2560; biopsia de piel: dermatitis perivascular superficial espongiótica con liquenificación. Consulta por fatiga, falta de fuerza de musculatura proximal y mialgias de 3 meses de evolución. El último mes se agrega compromiso cervical severo y disfagia lórica. Es hospitalizada para terapia y estudio: CK total 346 U/L; C3 y C4, hemograma/VHS normales, FR negativo, Igs normales y serologías virales negativas.

Se diagnostica DM con compromiso cervical grave más disfagia, indicándose metilprednisolona 1 g/d EV por 3 días y luego Ig EV 2 g/Kg, para continuar con prednisona VO, con respuesta parcial. EMG: compromiso miopático de predominio proximal en EESS. Panel de miositis: TIF1- γ positivo. Estudio de búsqueda de neoplasia negativo. Finalmente recibe Rituximab, con buena respuesta. Es dada de alta y continúa

controles en la especialidad.

Caso 2. Mujer de 23 años, sin antecedentes. Hace 3 años, posterior a parto normal, refiere mialgias difusas y debilidad de musculatura proximal en las cuatro extremidades, con aparición de rash heliotropo y pápulas de Gottron. Entre exámenes destaca CK total 830 U/L, ANA 1/320, ENA Ro+, antiDNA- y ANCA-. EMG compatible con miositis y biopsia de piel con dermatomiositis, por lo cual inicia tratamiento con metotrexato, hidroxiclороquina y prednisona, con respuesta parcial, sumándose compromiso faríngeo, por lo que hace un año se agrega Rituximab, con muy buena respuesta. Panel de miositis: Anti Ro52, Anti TIF-1 γ y Anti Mi2 positivos. Estudio de neoplasia negativo.

Estudios demuestran que el mayor riesgo de neoplasia en DM se produce en pacientes sobre los 40 años y en los primeros 3 años de la enfermedad. La pesquisa de TIF-1 γ al momento del debut de DM debe concentrarse preferentemente en este grupo etario. Las neoplasias más frecuentes son ovario, mama y linfoma. En las pacientes presentadas, la probabilidad de encontrar neoplasia es baja, dado el tiempo de evolución de DM (>3 años) y la edad de inicio (<40 años).

Nº 30. DERMATOMIOSITIS TIF-1 Y COMPROMISO CUTÁNEO POR HIDROXICLOROQUINA. CASO CLÍNICO

SEPÚLVEDA D*, DE LA CERDA C, WAISSBLUTH M, RAMÍREZ L, GALLO C, POZO P, PACHECO D.

Unidades de Reumatología y Dermatología. HCSBA. Campus Centro. Universidad de Chile.

Los antipalúdicos son fármacos efectivos para enfermedades reumáticas especialmente con compromiso cutáneo. La hidroxicloroquina (HCQ) es de uso común en pacientes con Lupus eritematoso sistémico (LES) y Dermatomiositis (DM) y se ha asociado con un riesgo elevado de reacciones cutáneas adversas.

Caso Clínico. Mujer de 33 años, con historia de cinco años de lesiones eritematosas en dorso de manos que luego se extiende a codos y rodillas, planteándose dermatitis de contacto, sin respuesta a antialérgicos. Exámenes: ANA 1/2560; biopsia de piel: dermatitis perivascular superficial espongiótica con liquenificación. Consulta por fatiga y falta de fuerza progresiva de musculatura proximal y mialgias de tres meses de evolución. El último mes se agrega compromiso sostén cefálico y disfagia lórica progresiva. Es hospitalizada para terapia y estudio: Ck total 346mg/dl, C3 y C4, hemograma/VHS normales, FR -, Igs normales y serologías virales negativas.

Se diagnostica DM con compromiso grave cervical más disfagia, indicándose metilprednisolona 1 g/d EV por 3 días y lue-

go Ig EV 2 g/Kg, para luego continuar con prednisona VO, con respuesta parcial. EMG: compromiso miopático de predominio proximal en EESS. Panel de miositis: TIF-1 γ+. Se inicia HCQ 200 mg d VO. Tres días después presenta rash extenso maculopapular eritematoso confluyente en tronco, cara y EESS, sin compromiso de mucosas. Se suspende ante sospecha de RAM y se indica levocetirizina 5mg d VO y lubricación. Evoluciona bien, con disminución progresiva del compromiso cutáneo.

Las reacciones cutáneas a HCQ son comunes en LES y DM, predominando en este último grupo. HCQ ejerce sus efectos en forma lenta, por lo que puede ser difícil determinar si una manifestación cutánea posterior al inicio de HCQ se deben a una RAM o a un brote de enfermedad. En caso de RAM la manifestación cutánea desaparece hasta 1-3 semanas de suspendida la HCQ, pese a que la vida media del HCQ es de 50 días. Las reacciones cutáneas de la HCQ en DM, se asocia mayormente a autoanticuerpos anti Tif-1 γ, Mi-2, NXP-2, SAE-1/2. Siendo protector anti MDA-5.

Nº 31. CARACTERIZACIÓN DE SÍNDROME ANTISINTETASA EN ADULTOS ATENDIDOS EN COMPLEJO ASISTENCIAL SÓTERO DEL RÍO, PUENTE ALTO, REGIÓN METROPOLITANA

RAMÍREZ P, GUTIÉRREZ F.

Unidad Reumatología, Servicio de Medicina, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (CASR)

Introducción: El síndrome antisintetasa (SAS) es una condición autoinmune caracterizada por miositis, enfermedad pulmonar intersticial, fenómeno de Raynaud, manos de mecánico y artritis, asociada a anticuerpos anti aminoacil-tRNA-sintetasa.

Objetivo: Caracterizar a pacientes atendidos en CASR con diagnóstico de síndrome antisintetasa.

Métodos: Descripción de serie de sujetos con síndrome antisintetasa en CASR desde 2012 a 2019. La búsqueda se centró en fichas clínicas en las que se estableció diagnóstico de síndrome antisintetasa. En cada caso se revisaron datos demográficos, exámenes iniciales y del seguimiento, serología autoinmune, escáner de tórax, funciones pulmonares, electromiografía y biopsia, así como tratamiento recibido y su respuesta, complicaciones y curso subsiguiente.

Resultados: De un total de 67 casos con miopatías inflamatorias primarias, se identificaron 10 casos SAS: 5 M y 5 H. Edad promedio 44,8 años al diagnóstico. Se constató compromiso pulmonar imagenológico, muscular y manos de mecánico en 10, 7 y 3 casos respectivamente. Se evidenció alteración de pruebas funcionales (DLCO, espirometría y/o test de marcha)

en 7 casos, 1 normal, 1 no evaluable por insuficiencia respiratoria, y 1 caso no especificado. Elevación de CK en 9 casos. 3 ANA (+), 2 patrón moteado. 9 pacientes con anticuerpos aminoacil-tRNA-sintetasa (+); 7 Jo-1 (1 de ellos con Ro52 (+)), 1 PL7 + Ro52, 1 EJ. 8 EMG compatible con miopatía inflamatoria. 3 biopsia compatible con miositis inflamatoria, y 1 miopatía necrotizante. Todos recibieron esteroides como primer tratamiento y, en la mayoría de los casos (6) asociado a Azatioprina, Ciclosporina y Ciclofosfamida. 9 casos presentaron respuesta favorable a 3 meses, 4 de ellos con recurrencias, 1 de difícil manejo. 2 fallecidos, 1 por shock séptico y otro por compromiso pulmonar refractario. Complicaciones severas en 3 casos. Actualmente mejoría, estabilidad y deterioro de compromiso pulmonar en 4, 1 y 1 caso respectivamente, 4 no evaluables.

Conclusiones: En esta serie destaca el compromiso pulmonar imagenológico y en pruebas funcionales. Pese a que el tratamiento inicial con esteroides y otros inmunosupresores fue efectivo en la mayoría, no son pocas las recurrencias, la alta tasa de letalidad y complicaciones. Se requiere mejorar y sistematizar el registro clínico para optimizar manejo y seguimiento de los pacientes.

Nº 32. SEGURIDAD DE LAS DARME BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN UNA COHORTE CHILENA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

SAAVEDRA S*, VERGARA K, HERNÁNDEZ C, ZAMORANO P, GOECKE I, BOZÁN F, TORO L, REYES F.

Depto de Medicina Interna, Sección de Reumatología y Neumología, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Centro de Investigación Clínica Avanzada, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción. La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una manifestación de la artritis reumatoide (AR) que puede estar relacionada con el proceso inflamatorio en sí, complicaciones infecciosas y/o terapia. Las drogas biológicas anti-reumáticas modificadores de la enfermedad (DARMEb) han mejorado el pronóstico de la AR, pero se ha reportado posible toxicidad pulmonar.

Métodos. Estudio de cohorte retrospectivo de beneficiarios de la Ley Ricarte Soto en el Hospital Clínico Universidad de Chile, para evaluar la prevalencia y exacerbaciones de EPI entre usuarios de abatacept (ABA), rituximab (RTX) y agentes anti-TNF α . Hallazgos clínicos y de laboratorio se obtuvieron de registros. Presencia/progresión de EPI en TACAR fue evaluada por reumatólogo, broncopulmonar y radiólogo con experiencia (Grupo de pulmón reumatológico).

Resultados. 126 pacientes; 85% mujeres, edad media (DE) 55(13.4) años, duración de la enfermedad 11(8.7) años. La AR fue seropositiva en 108 pacientes (85.7%). DAS28 VHS 6.1(1.2) previo al inicio de DARMEb. 30 pacientes (23.8%) habían sido diagnosticados previamente con EPI, patrones más comunes fueron NIU (n = 10 [33%]) y anomalías bronquiolares (n =

4 [13.3%]). Pacientes con EPI en comparación con los sin EPI al inicio del estudio fueron más frecuentemente hombres (53 vs 15%, p <0.05), mayores (62.6 + 11.9 vs 55 + 13.4 años, p <0.005), mayor positividad de anti-CCP (73 vs 47.6%, p <0.005) y tabáquicos (43 vs 21%, p <0.005). Pacientes con EPI fueron significativamente más propensos a recibir ABA (n = 24 [82.8%] versus n = 35 [36.1%] sin EPI; p <0.001) y menos propensos a recibir anti-TNF (n = 3 [10.3%] versus n = 57 [58.7%] sin EPI; p <0.001). 6 pacientes recibieron RTX, dos con EPI. Todos los pacientes con EPI se mantuvieron estables a los 28 meses de seguimiento. En el grupo de pacientes sin EPI, sólo uno desarrolló una neumonía organizativa que no se relacionó con la terapia biológica.

Conclusiones. Nuestros datos muestran que en el mundo real no hubo diferencias significativas en el riesgo de complicaciones entre pacientes con o sin antecedentes de EPI que recibieron biológicos. En nuestra cohorte, los DARMEb tampoco se asociaron al desarrollo de EPI. Estos datos pueden verse afectados por la breve ventana de seguimiento y la preferencia por el uso de ABA sobre los agentes anti-TNF α , como terapia biológica inicial en AR-EPI.

Nº 33. EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DIAGNÓSTICA DEL PUNTAJE RAPID-3 ENTRE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN CHILE: UN ESTUDIO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

STANGE L*, MARTINEZ F, BERRIOS P.

Clínica Ciudad del Mar. Universidad Andrés Bello. Universidad de Valparaíso.

Introducción. La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica que afecta al 0,6% de la población chilena. El tratamiento orientado a objetivos instaurado precozmente es su enfrentamiento actual, aplicando herramientas de evaluación validadas que permitan tomar decisiones.

Objetivos. El objetivo del presente estudio es evaluar la capacidad diagnóstica del cuestionario RAPID 3 para detectar pacientes con AR activa en Chile.

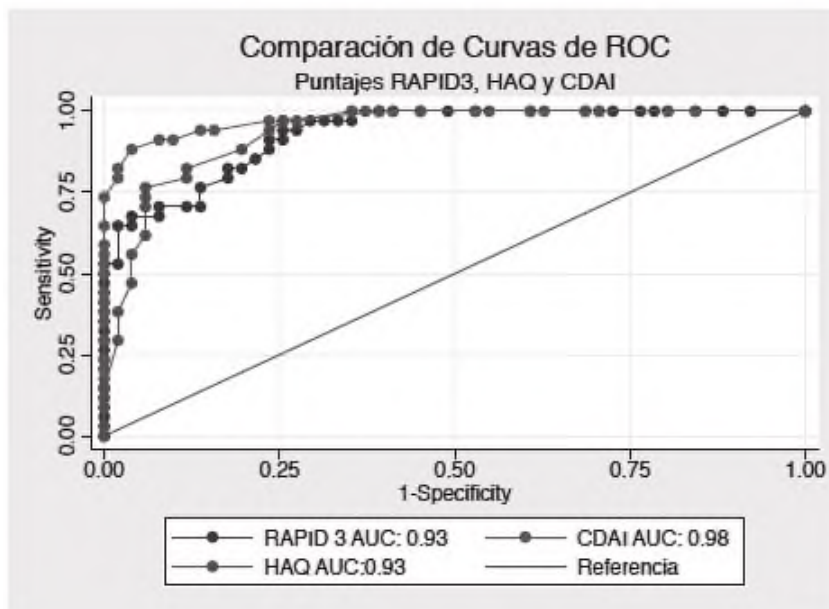
Métodos. Se realizó un estudio de pruebas diagnósticas de corte transversal en pacientes mayores de 18 años, con AR de menos de 5 años de evolución, consultantes en Centro Médico Libertad de Clínica Ciudad del Mar, entre Septiembre de 2016 a Mayo de 2019. Se incluyeron datos demográficos, clínicos, determinación de DAS28, CDAI, HAQ y RAPID3.

Métodos. Se incluyeron 85 pacientes. 80% (n=68) correspondió a mujeres, con una mediana de edad de 56 años (rango 19-95 años) y de edad al diagnóstico de 55 +/- 16 años. El tiempo de evolución promedio de la enfermedad fue de 21 meses. Se definió "AR activa" aquella con un punto de corte DAS28 $\geq 3,2$. 34 pacientes (40%) correspondieron al grupo de AR activa. Entre el grupo con AR activa vs inactiva, solo se diferenció la media de

edad, siendo mayor en el grupo de pacientes con AR activa (59 ± 14 versus $51,8 \pm 16,9$ años). Los valores promedio de puntajes CDAI y RAPID3 tuvieron una diferencia significativa entre el grupo de pacientes con AR activa vs inactiva, asimismo la EVA de enfermedad reportada por paciente, médico y con el valor de HAQ ($1,37 \pm 0,51$ vs $0,38 \pm 0,4$ puntos).

Al analizar la curva ROC del puntaje RAPID vs el punto de corte DAS28 para AR activa, un RAPID3 ≥ 7 tuvo una sensibilidad de 97.1% (IC95% 84.7% - 99.9%) y una especificidad de 70.6% (IC95% 56.2% - 82.5%) para detectar AR activa. El VPP de RAPID3 fue 68.8% (IC95% 53.7% - 81.3%) y VPN 97.3% (IC95% 85.8% - 99.9%). Al comparar las curvas ROC de RAPID3, CDAI y HAQ no hubo contraste significativo en rendimiento diagnóstico (Figura).

Conclusiones. El cuestionario RAPID3 presentó buena capacidad diagnóstica para detectar AR activa.



	Obs	ROC Area	Std. Err.	—Asymptotic Normal— [95% Conf. Interval]	
rapid3	85	0.9305	0.0248	0.88189	0.97912
cdai	85	0.9769	0.0128	0.95184	1.00000
haq	85	0.9345	0.0252	0.88507	0.98402

H0: area(rapid3) = area(cdai) = area(haq)
chi2(2) = 3.24 Prob>chi2 = 0.1981

Nº 34. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LAS FRACTURAS DE CADERA EN UN HOSPITAL DE REGIÓN: REVISIÓN PRELIMINAR

CASTRO I.* 1,2, PARRA S.3, SAAVEDRA Y.3, MUÑOZ F.3, SCHETTINO F.1, ROJAS F.1

1Facultad de Medicina Universidad de Concepción, 2Hospital Gmo Grant Benavente Concepción,

3Hospital Traumatológico Concepción

Objetivo. Describir las características epidemiológicas y clínicas de un grupo de pacientes con diagnóstico de FC durante el año 2018 en el Hospital Traumatológico de Concepción.

Material y Método. Estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizaron 215 pacientes que cumplían criterios de inclusión y exclusión. Se realizó evaluación de las siguientes variables: edad, sexo, Score de Charlson, ingesta de calcio, fracturas previas, uso de tratamiento antirresortivo, índice de supervivencia según manejo y tratamiento realizado. Se utilizó el programa SPSS statistics. Para el análisis de supervivencia se utilizó el método de Kaplan-Meier y se compararon ambas curvas con el Log-rank test.

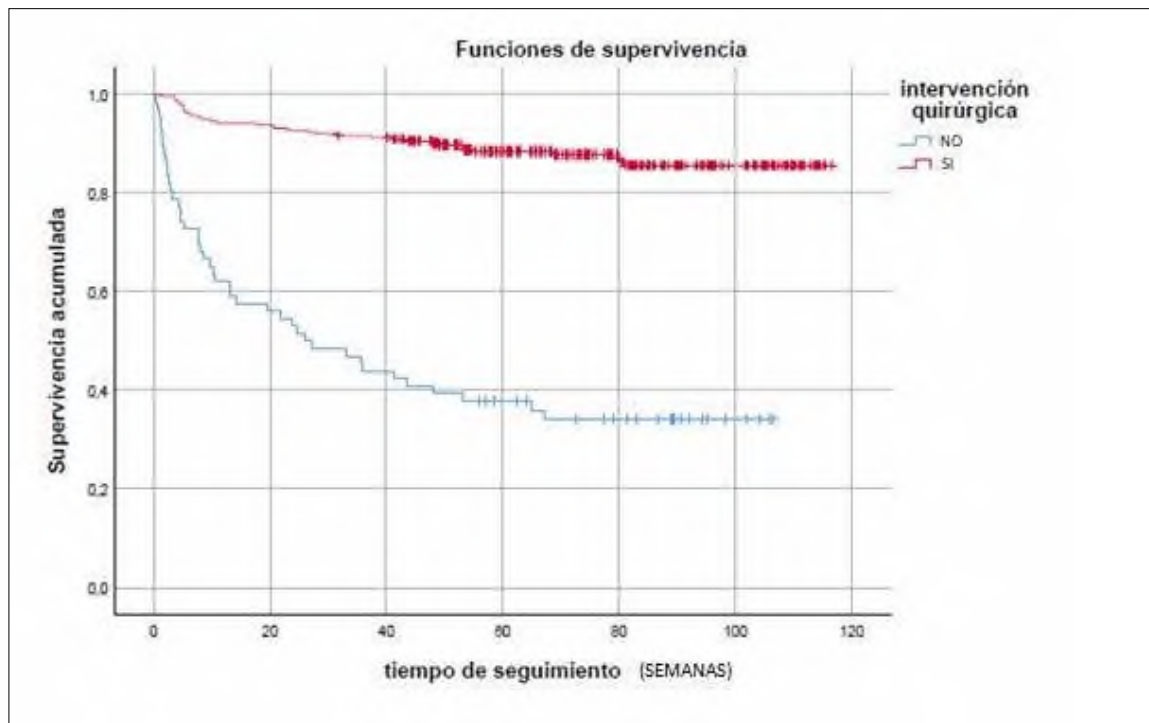
Resultados. Los pacientes tuvieron un promedio de edad de 81(8,83) años, de los cuales 76,3% fueron mujeres. El 83,7 % de los pacientes presentaba un score de Charlson menor de tres puntos. Se documentó la ingesta diaria de calcio en

13% de los pacientes, así como 9,7% utilizaba suplemento de vitamina D. El 27% de los pacientes estudiados presentaban alguna fractura previa; y solo un 4,7% utilizaba tratamiento antirresortivo. En relación al tratamiento recibido, el 12% de los pacientes estudiados recibieron manejo conservador de su FC. Se observó diferencia significativa en la supervivencia de los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico de la FC, en relación al manejo conservador ($p < 0,05$). Ver gráfico 1.

Conclusión. La mayoría de los pacientes estudiados fueron mujeres adultas mayores, con bajo riesgo pre-quirúrgico. En nuestro grupo de pacientes, el manejo quirúrgico de la FC demostró mayor supervivencia en relación al manejo conservador de ellas. Se constata la falta de instauración de tratamiento antirresortivo, en particular en estos pacientes que ya tenían fracturas osteoporóticas previas.

Palabras clave. Fractura de cadera, Osteoporosis, Supervivencia.

GRAFICO 1: Supervivencia de los pacientes estudiados con fractura de cadera, según manejo y tratamiento realizado



Nº 35. SAFETY PROFILE OF UPADACITINIB IN RHEUMATOID ARTHRITIS: INTEGRATED ANALYSIS FROM THE SELECT PHASE 3 CLINICAL PROGRAM

STANLEY B COHEN¹, RONALD VAN VOLLENHOVEN², KEVIN WINTHROP³, CRISTIANO A. F. ZERBINI⁴, YOSHIYA TANAKA⁵, LOUIS BESSETTE⁶, YING ZHANG⁷, NASSER KHAN⁷, BARBARA HENDRICKSON⁷, JEFFREY V. ENEJOSA⁷, GERD BURMESTER⁸

¹Metroplex Clinical Research Center, Dallas Texas, United States;

²Amsterdam Rheumatology and Immunology Center ARC, Amsterdam, Netherlands;

³Oregon Health and Science University, Portland, Oregon, United States;

⁴Centro Paulista de Investigação Clínica, Sao Paulo, Brazil;

⁵Univ of Occupational and Environmental Health, Kitayushu, Japan;

⁶Laval University, Quebec, QC, Canada

⁷AbbVie Inc, North Chicago, United States; ⁸Charité University Medicine Berlin, Germany.

Presentador: Dr Omar Landaeta (Reumatólogo, MSL INMUNOLOGÍA ABBVIE)

BACKGROUND: Upadacitinib (UPA), an oral JAK1-selective inhibitor, was evaluated in a comprehensive clinical program of 5 pivotal Phase 3 randomized-controlled trials (RCTs) across the full spectrum of RA patient (pt) populations¹⁻⁵.

OBJECTIVE: Assess the overall safety of UPA as monotherapy (mono) and as combination therapy with background csDMARDs in pts with moderately to severely active RA from the safety database of the Phase 3 clinical program

METHODS: Treatment-emergent adverse events (TEAEs) from 5 pivotal, randomized, double-blind, placebo- or active-controlled Phase 3 trials of UPA 15 mg (included in all 5 trials) or 30 mg QD (included in 4 trials) in RA pts were analyzed and summarized for the integrated placebo (PBO) (3 trials; 12/14 weeks), the integrated methotrexate (MTX) (2 trials; mean exposure: 36 weeks), the originator adalimumab (ADA) (mean exposure: 42 weeks), the UPA 15 mg (mean exposure: 53 weeks) and the UPA 30 mg (mean exposure: 59 weeks) groups as exposure adjusted event rates (EAERs; events/100 patient-years [E/100PY]).

RESULTS: Across the Phase 3 trials, 3834 pts received ≥ 1 dose of UPA 15 mg (n=2630) or 30 mg QD (n=1204), with no option to switch doses, for a total of 4020.1 PY of UPA exposure. The EAERs of overall SAEs and AEs leading to discontinuation on UPA 15 mg were comparable to ADA; while the rates of both were higher on UPA 30 vs UPA 15 mg and MTX. Across the studies, upper respiratory tract infection, nasopharyngitis and urinary tract infections were the most commonly reported AEs and occurred more frequently in the UPA compared with PBO. Rates of deaths were comparable across the treatment groups. Serious infection (SIEs) rates were comparable between UPA 15 mg and ADA while higher on UPA compared

with MTX. Rates of herpes zoster (HZ) were higher in both UPA groups vs MTX and ADA. The rates of SIE and HZ were higher on UPA 30 vs 15 mg. Rates of malignancies (excluding non-melanoma skin cancer [NMSC]) and adjudicated MACE and VTE were comparable across the treatment groups. The rate of NMSC in UPA 15 mg, MTX and ADA groups were similar with higher rates in the UPA 30 mg group, however the rates for both UPA groups were in the range reported for RA patients treated with DMARDs³. The age-gender adjusted standardized incidence ratio (SIR, 95% CI) for malignancies other than NMSC (15 mg: 0.98 [0.61, 1.49], 30 mg: 1.49 [0.85, 2.42]) was within the range expected for the general population (SEER 18 Registry 2000-2015).

CONCLUSIONS: The rate of SIE on UPA 15 mg was similar to ADA. The rate of HZ was higher on both UPA doses compared to MTX and ADA. The rates of VTE, MACE, and malignancy were comparable with that observed in the MTX and ADA groups while also being consistent with reported rates in the RA population.

REFERENCES:

1. Burmester GR et al. *The Lancet*. 2018;391,2503-12.
2. Genovese MC et al. *The Lancet*. 2018;391,2513-24.
3. Smolen JS et al. *Ann Rheum Dis*. 2018;77,67-8.
4. Fleischmann R et al. *Arth & Rheum*. 2018;70
5. van Vollenhoven R, et al. *Arthritis Rheumatol*. 2018;70 (S 10) [Abs].

ACKNOWLEDGEMENTS: AbbVie and authors thank pts, study sites and investigators who participated in the trial. AbbVie, Inc was the study sponsor, contributed to study design, data collection, analysis, interpretation, writing, reviewing, and approval of the final version of the abstract. Additional support: Ying Zhang (statistical analysis) and Siddharth Mukherjee (medical writing), both from Abbvie.

Finanaciamento: Abbvie

Nº36. MONOTHERAPY WITH UPADACITINIB IN MTX-NAÏVE PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: RESULTS AT 48 WEEKS FROM THE SELECT-EARLY STUDY

R VAN VOLLENHOVEN¹, T TAKEUCHI², AL PANGAN³, A FRIEDMAN³, S CHEN³,
M RISCHMUELLER⁴, R BLANCO⁵, RM XAVIER⁶, V STRAND⁷

¹Amsterdam Rheumatology and Immunology Center ARC, Amsterdam, the Netherlands;

²Keio Univ School of Medicine, Tokyo, Japan; ³AbbVie Inc N Chicago, IL, USA;

⁴The Queen Elizabeth Hospital and Univ of Adelaide, Adelaide, Australia;

⁵Hospital Univ Marques de Valdecilla, IDIVAL, Santander, Cantabria, Spain;

⁶Univ Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil; ⁷Stanford Univ, Palo Alto, CA, USA

Presentador: Dr Omar Landaeta (Reumatólogo, MSL INMUNOLOGÍA ABBVIE)

Background: Upadacitinib (UPA), a JAK1-selective inhibitor, was efficacious as monotherapy upto 24 weeks (wks) in patients (pts) with active rheumatoid arthritis (RA) naïve to methotrexate (MTX).¹

Purpose: To assess safety and efficacy of UPA through 48 wks in an ongoing extension of the phase (ph) 3 SELECT-EARLY randomized controlled trial (RCT).

Methods: SELECT-EARLY had a 48-wk double-blind active comparator-controlled period. Pts were initially randomized to monotherapy (mono) with UPA 15 or 30 mg or MTX (titrated up to Wk8). Rescue therapy was offered to pts meeting the following criteria: (1) From Wk 12-24, pts without $\geq 20\%$ improvement in both TJC and SJC from BL at 2 consecutive visits continued on their blinded study drug with optimization of background RA medications. (2) At Wk26, pts with Clinical Disease Activity Index (CDAI) ≤ 2.8 continued their original study drug; In pts with CDAI > 2.8 and $< 20\%$ improvement (Δ) from BL in TJC and SJC, for those receiving MTX, UPA15/30mg was added; for those receiving UPA15/30mg, MTX was added. For pts with CDAI > 2.8 but $\geq 20\% \Delta$ in TJC and SJC, background medications were optimized. Background csDMARDs could be initiated after Wk26. After Wk48, pts could continue in a long-term extension. Efficacy data up to the Wk48 visit are reported based on initial randomized treatment. For binary non-radiographic endpoints, NRI was used for missing data and rescue handling; for continuous non-radiographic endpoints, LOCF was used for rescue handling. Radiographic analyses are based on linear extrapolation for missing data imputation and rescue handling. Adverse events (AE) per 100 pt yrs (PY) are summarized up to a cut-off date of Aug 16 2018.

Results: Of 945 pts randomized and treated, 747(79%) completed Wk48 treatment, 163 (17.2%) discontinued study drug prior to Wk48, 35 pts (4%) had not completed the Wk48 treatment by the time of this analysis. Primary reasons for dis-

continuation were AEs for 62 pts (6.5%), and lack of efficacy in 20 pts (2.1%). At Wk26, UPA15/30 was added for 37 (12%) of pts on MTX; MTX was added for 19 (6%) and 9 (3%) of pts on UPA15 and UPA30, respectively. Cumulative exposures to MTX mono, UPA15 mono and UPA30 mono were 314.4, 343.1 and 336.7 PYs, respectively.

Through Wk48, pts on UPA15 and 30 continued to have significantly greater improvements in clinical, functional and pt-reported outcomes vs pts on MTX (except for FACIT-F for UPA15, $p=.058$ vs MTX) (Table). At Wk 48, CDAI Remission (REM) was achieved by 33% and 40% of pts on UPA15 and 30 respectively vs 17% on MTX; 28% and 33% vs 13% achieved Boolean REM. At Wk48, changes in mTSS were significantly less on UPA15 and UPA30 vs MTX (Table). The safety profile of UPA15 and UPA30 mono was generally similar to that of MTX, except for total AEs and herpes zoster, which were higher with UPA15 and 30 vs MTX (Table). There were 11 deaths (including 3 non-treatment emergent deaths) due to varied causes.

Conclusion: UPA15 and 30 monotherapy continued to show significant improvements in RA signs and symptoms and inhibition of structural damage vs MTX through 48 wks. Only a small proportion of pts required MTX addition to UPA mono at Wk26 to achieve and maintain response. The safety profile based on all exposure remained consistent with ph 2 and 3 RCTs in RA, although an integrated safety analysis of upadacitinib across the full ph 3 RA program will provide a more comprehensive understanding of the benefit:risk profile of UPA in RA.

References:

1. van Vollenhoven R et al. Arthritis Rheumatol. 2018;70 (supp10):

Acknowledgements: AbbVie and the authors thank the patients, study sites and investigators who participated in this clinical trial. AbbVie, Inc was the study sponsor, contributed to study design, data collection, analysis & interpretation, and to writing, reviewing, and approval of final version. Medical writing support was provided by Naina Barretto of AbbVie, Inc.

Financiamento: Abbvie

Nº 37. INHIBITION OF STRUCTURAL JOINT DAMAGE WITH UPADACITINIB AS MONOTHERAPY OR IN COMBINATION WITH METHOTREXATE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: 1 YEAR OUTCOMES FROM THE SELECT PHASE 3 PROGRAM.

ICHARLES G PETERFY¹, MARK C GENOVESE², IN-HO SONG³, ALAN FRIEDMAN³, STEPHEN HALL⁴, EDUARDO MYSLER⁵, PATRICK DUREZ⁶, XENOFON BARALIAKOS⁷, JEFFREY V ENEJOSA³, TIM SHAW³, YIHAN LI³, SU CHEN³, VIBEKE STRAND²

¹Spire Sciences Inc, Kentfield, California, United States; ²Stanford University, Palo Alto, California, United States; ³AbbVie Inc, North Chicago, United States; ⁴Monash University, Cabrini Health and Emeritus Research, Malvern, Australia; ⁵Organización Médica de Investigación, Buenos Aires, Argentina; ⁶Cliniques Universitaires Saint-Luc, Université Catholique de Louvain, Brussels, Belgium; ⁷Herne and Ruhr-University Bochum, Germany .

Presentador: Dr Omar Landaeta (Reumatólogo, MSL INMUNOLOGÍA ABBVIE)

BACKGROUND: Long-term prevention of structural joint damage is a key treatment goal in the management of RA¹. Upadacitinib (UPA), a JAK1-selective inhibitor, inhibited the progression of structural joint damage at 6 months as monotherapy in methotrexate (MTX)-naïve RA patients (pts)² and in combination with MTX in pts with inadequate response (IR) to MTX³.

OBJECTIVE: To evaluate the progression of structural joint damage (radiographic) through Week 48 in pts with moderately to severely active RA treated with UPA monotherapy or in combination with MTX.

METHODS: Radiographic progression was assessed in 2 phase 3 randomized controlled trials (RCTs), as previously described^{2,3}. MTX-naïve pts were randomized to UPA 15 or 30mg QD or MTX monotherapy [SELECT-EARLY, N=945], while MTX-IR pts were randomized to UPA 15mg QD or adalimumab (ADA) 40 mg eow or placebo (PBO), with continuous background MTX [SELECT-COMPARE, N=1629]. Both RCTs specifically enrolled pts at high risk for progression of joint damage (high disease activity including elevated hsCRP, presence of baseline erosions and ACPA and/or RF positivity^{2,3}). The mean changes (Δ) from baseline (BL) in modified Total Sharp Score (mTSS), joint space narrowing (JSN), and erosion scores (ES) as well as the proportion of pts with no radiographic progression (Δ mTSS ≤ 0) at Weeks 24/26 and 48 were determined in both RCTs. Data were analyzed by linear extrapolation (LE) for missing data imputation and treatment switching, and as observed (AO).

RESULTS: BL demographics have been reported previously^{2,3}. At Weeks 24/26, UPA as monotherapy and in combination

with background MTX significantly inhibited radiographic progression measured by mean Δ mTSS and the proportion of pts with no radiographic progression vs MTX and PBO, respectively (LE and AO, Table). The significant inhibition of radiographic progression with UPA was maintained through Week 48 vs MTX (LE and AO) in EARLY and vs PBO (LE) in COMPARE. Following the switch of all PBO pts to UPA in COMPARE by Week 26, no further change in mean mTSS was observed through Week 48 (AO, Table). The inhibition of radiographic progression vs comparators was not only observed for the overall mTSS scores but also its components – the JSN and ES in both RCTs (LE and AO).

CONCLUSIONS: UPA both as monotherapy, and in combination with background MTX, was effective in inhibiting the progression of structural joint damage through Week 48 in MTX-naïve, and MTX-IR patients, respectively.

REFERENCES:

1. Smolen JS et al. *Ann Rheum Dis* 2017;0: 1–18
2. van Vollenhoven R et al. *Arthritis Rheumatol*. 2018; 70 (suppl 10) [ACR 2018 abstract]
3. Fleischmann R et al. *Arthritis Rheumatol*. 2018; 70 (suppl 10) [ACR 2018 abstract]

ACKNOWLEDGEMENTS: AbbVie and the authors thank the pts, study sites and investigators who participated in this clinical trial. AbbVie, Inc was the study sponsor, contributed to study design, data collection, analysis, interpretation, writing, reviewing, and approval of the final version of the abstract. Additional support: Siddharth Mukherjee, PhD (medical writing) from Abbvie, Inc.

Financiamiento: Abbvie

Nº 38. A COMPARISON OF UPADACITINIB PLUS METHOTREXATE AND UPADACITINIB PLUS OTHER csDMARDs IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: AN ANALYSIS OF TWO PHASE 3 STUDIES

JJOEL M. KREMER¹, FILIP VAN DEN BOSCH², ANDREA RUBBERT-ROTH³, SEBASTIÃO C. RADOMINSKI⁴, GERD R. BURMESTER⁵, HEIDI S. CAMP⁶, SEBASTIAN MEERWEIN⁷, MARK HOWARD⁶, YANNA SONG⁶, SHENG ZHONG⁶, BERNARD COMBE⁸

¹Albany Medical College, Albany, NY, USA; ²Ghent University Hospital and Ghent University, Ghent, Belgium; ³Kantonsspital St Gallen, St Gallen, Switzerland; ⁴Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brazil; ⁵Charité-Universitätsmedizin, Berlin, Germany; ⁶AbbVie Inc, North Chicago, IL, USA; ⁷AbbVie Deutschland, Ludwigshafen, Germany; ⁸CHU Montpellier, Université de Montpellier, Montpellier, France

Presentador: Dr Omar Landaeta (Reumatólogo, MSL INMUNOLOGÍA ABBVIE)

Background: Upadacitinib (UPA), a selective JAK1 inhibitor, has shown efficacy in patients with rheumatoid arthritis (RA) when combined with methotrexate (MTX) or other conventional synthetic disease-modifying anti-rheumatic drugs (csDMARDs).^{1,2} However, the efficacy of UPA plus MTX has not been directly compared with UPA plus other csDMARDs.

Objectives: To compare the efficacy of UPA in combination with MTX versus UPA in combination with other csDMARDs in patients with an inadequate response (IR) to csDMARDs (SELECT-NEXT1) or biologic DMARDs (bDMARDs; SELECT-BEYOND2).

Methods: 661 patients in SELECT-NEXT and 498 patients in SELECT-BEYOND received UPA 15 mg or 30 mg once daily (QD) or placebo (PBO) for 12 weeks; all patients received concomitant csDMARD(s). The primary endpoints for both studies were rates of ACR20 response and DAS28(CRP) ≤ 3.2 . Additional endpoints included DAS28(CRP) < 2.6 , CDAI low disease activity (≤ 10), and CDAI remission (≤ 2.8). Patients were grouped according to concomitant csDMARD use (MTX vs non-MTX csDMARDs); patients receiving both MTX and a non-MTX csDMARD were included in the MTX group. p-values were calculated based on a logistic regression model with treatment group and type of background csDMARD as fixed factors, adjusting for demographic and baseline factors. p-values from the interaction between treatment group and background csDMARD were also calculated, to assess the consistency of the effects of study treatments for different background csDMARD type. Non-responder imputation was used for missing data.

Results: In SELECT-NEXT and SELECT-BEYOND, 535 and 410 patients, respectively (~80%), were receiving concomitant MTX (mean dose 17 mg/week), and 124 and 82 patients were receiving non-MTX csDMARDs. Demographics and dis-

ease characteristics were broadly similar between treatment groups; the majority of patients were female and of white ethnicity, and around half were using oral corticosteroids at baseline. Across all subgroups, the proportion of patients achieving efficacy outcomes was higher with both UPA doses compared with PBO (Table). There were no significant differences between efficacy outcomes with UPA in combination with MTX versus UPA in combination with non-MTX csDMARDs in either patient population. This included ACR20 response as well as low disease activity and remission defined by DAS28(CRP) and CDAI.

Conclusions: In this post hoc analysis, the efficacy of UPA in patients with RA appeared comparable whether administered in combination with MTX or non-MTX csDMARDs.

References:

1. Burmester GR, et al. Lancet 2018;391:2503–12
2. Genovese MC, et al. Lancet 2018;391:2513–24

Acknowledgments. AbbVie, Inc was the study sponsor, contributed to the study design, data collection, analysis & interpretation, and to writing, reviewing, and approval of the final version. Medical writing support was provided by John Ewbank, PhD, of 2 the Nth, funded by AbbVie.

Financiamiento: Abbvie

Nº 39. LONG-TERM SAFETY AND EFFICACY OF UPADACITINIB IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND AN INADEQUATE RESPONSE TO CSDMARDS: RESULTS AT 60 WEEKS FROM THE SELECT-NEXT STUDY

GR BURMESTER¹, F VAN DEN BOSCH², L BESSETTE³, A KIVITZ⁴, Y LI⁵, A FRIEDMAN⁵, AL PANGAN⁵, HS CAMP⁵ AND JM KREMER⁶

¹Charité - Univ, Berlin, Germany; ²Ghent Univ Hospital, Ghent, Belgium;

³Laval University, Quebec, Canada; ⁴Altoona Center for Clinical Research, Duncansville, Pennsylvania, USA;

⁵AbbVie Inc., North Chicago, Illinois, USA;

⁶Albany Medical College, Albany, New York, USA

Presentador: Dr Omar Landaeta (Reumatólogo, MSL INMUNOLOGÍA ABBVIE)

Background: Upadacitinib (UPA), an oral, JAK1-selective inhibitor showed efficacy over 12 weeks (wks) in patients (pts) with moderately to severely active rheumatoid arthritis (RA) and inadequate response to csDMARDs (SELECT-NEXT).¹

Purpose: We assessed safety and efficacy of UPA through Wk60 in an ongoing extension of the phase 3 SELECT-NEXT study.

Methods: Pts received once-daily (QD) UPA at 15 mg (UPA15), 30 mg (UPA30) or placebo (PBO) for 12 wks on stable background csDMARDs. From Wk12, the start of a long-term blinded extension, pts initially randomized to PBO at BL were switched to UPA15mg or 30mg per pre-specified assignment at BL. Pts randomized to UPA continued their assigned dose. No dose adjustments of UPA were allowed; however, starting at Wk24, adjustments to background RA medications were permitted. Sites/subjects remain blinded to UPA dose throughout the extension period. Efficacy data up to Wk60 are reported "As Observed". Adverse events (AE) per 100 pt yrs (PY) are summarized based on a cut-off date of Mar 22 2018.

Results: 611/661 (92%) pts completed Wk12 and continued on to the extension. By the safety data cut-off date, 125/611 (20%) had discontinued study drug, 50 (8.2%) due to an AE, and 10 (1.6%) discontinued due to lack of efficacy. Cumulative exposure was 393.3 PYs and 372.4 PYs for UPA15 and UPA30 respectively. Based on As Observed analysis, for pts who continued on UPA15 (262/310 [85%]) and UPA30 (243/301 [81%]), clinical and functional outcomes continued to improve or were maintained through Wk60, with 59% and 56% of pts achieving DAS28-CRP <2.6 and 35% and 32% achieving CDAI remission (≤2.8) with UPA 15 and 30 mg, respectively. Pts who switched from PBO to UPA15 or UPA30 showed comparable efficacy to those initially randomized to UPA. The most frequently reported AEs were nasopharyngitis, urinary tract infection, upper respiratory tract infection, bronchitis, blood creatine phosphoki-

nase increased, alanine aminotransferase increased, herpes zoster (HZ) and nausea. Most frequent AEs (≥0.8/100PYs) leading to premature study drug discontinuation were pneumonia, transaminase elevations, HZ and pyrexia. Event rates (E/100PYs) were numerically higher in UPA30 vs UPA15 for serious AE, AE leading to discontinuation, serious infections, HZ and malignancies, and were similar in UPA15 and UPA30 for adjudicated major adverse cardiovascular events and venous thromboembolic events.

Conclusion: UPA15mg and 30mg on background csDMARD therapy demonstrated consistent efficacy and safety over 60 weeks in RA patients with inadequate response to csDMARDs. Both doses of UPA showed a similar efficacy profile at week 60, with numerically higher rates for certain safety events noted in the UPA30 group. An integrated safety analysis of upadacitinib across the phase 3 program is required to fully characterize the benefit:risk of UPA in RA.

References:

1. Burmester et al. Lancet. 2018 Jun 23;391(10139):2503-2512.

Acknowledgements: AbbVie, Inc was the study sponsor, contributed to study design, data collection, analysis & interpretation, and to writing, reviewing, and approval of final version. Medical writing support was provided by Naina Barretto, PhD, of AbbVie, Inc.

Financiamento: Abbvie

Nº 40. NEUMONIA INTERSTICIAL CON RASGOS DE AUTOINMUNIDAD (IPAF), CARACTERIZACIÓN Y COMPARACION CON OTROS GRUPOS ENFERMEDAD INTERSTICIALES

KAREN VERGARA¹, SILVANA SAAVEDRA¹, FELIPE REYES², LUIS TORO³, CATHERINA CHESTA⁴, SEBASTIÁN CHAVEZ⁵, HECTOR GATICA¹, ANNEISE GOECKE¹

¹Depto. Medicina Interna, División Reumatología, HCUCH.

²División Neumología HCUCH. ³Centro Investigación Clínica, HCUCH.

⁴Instituto Nacional Del Cáncer. ⁵Depto de Medicina Interna HCUCH.

Las Enfermedades pulmonares intersticiales (EPI) son un grupo heterogéneo de desórdenes clasificados juntos por características clínicas, radiológicas o manifestaciones patológicas similares.

Un número reciente de estudios ha mostrado que muchos pacientes tienen elementos que sugieren un proceso autoinmune, sin reunir los criterios diagnósticos para Enfermedad del tejido conectivo. Esta condición ha sido llamada IPAF (Interstitial pneumonia with autoimmune features).

Objetivo. Caracterización clínica de pacientes que reúnan criterios de IPAF y comparación con grupo de pacientes con EPI asociado a Esclerosis sistémica (EPI-ES) y con Fibrosis pulmonar idiopática (FPI).

Métodos. Se revisaron fichas clínicas de 254 pacientes hospitalizados en el Hospital Clínico de La Universidad de Chile entre enero de 2012 y Junio de 2018 con diagnóstico CIE -10 de J.84 (Otras enfermedades respiratorias que afecten el intersticio) y J99.1 (Desórdenes respiratorios en enfermedades del tejido conectivo). Se aplicaron criterios IPAF de la Sociedad Europea de Enfermedades respiratorias (ERS) / Sociedad Americana de tórax (ATS) del año 2015. Se caracterizaron clínica,

serológico y morfológicamente y se compararon con un grupo de pacientes portadores de EPI-ES y de FPI.

Resultados. de los 254 pacientes evaluados, 17 pacientes reunieron los criterios de IPAF. La edad promedio fue 60 años con predominio femenino. El patrón en Tomografía de tórax de alta resolución (TCAR) más frecuente fue NSIP en el 46.7 %. La mediana de CVF fue 82 %, y la mediana de DLCO fue 50 %. 14 pacientes (82%) fueron tratados con corticoides. 11 Pacientes (64%) usaron otro inmunosupresor: 6 azatioprina, 4 micofenolato y 1 paciente usó ciclofosfamida. Un paciente fue transplantado. Se identificaron 2 muertes en cohorte IPAF, 6 en esclerosis sistémica y 30 pacientes en FPI. La supervivencia de pacientes IPAF fue peor que el grupo Esclerosis sistémica y mejor que FPI.

Conclusiones. Nuestra cohorte IPAF es similar a las descritas en otros estudios en relación a la edad, predominio femenino y patrón predominante en TCAR. La tendencia de supervivencia también fue similar a otras descritas. Nuestro estudio tiene limitaciones, la primera relacionada con su naturaleza retrospectiva. Mas estudios son necesarios para evaluar la evolución de estas enfermedades y el impacto en los tratamientos usados.

Nº 41. ENFERMEDAD DE ERDHEIM CHESTER: PATOLOGÍA AÚN MAS RARA EN REUMATOLOGÍA. CARACTERIZACIÓN DE CASO CLINICO Y MANEJO DE PACIENTE EN EL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO

OVALLE L, TORRES E, WAINSTEIN E, KALBHENN K, GRUNHOLZ D, GONZÁLEZ V.

Servicio De Reumatología, Hospital Militar De Santiago.

Bioquímico, Pontificia Universidad Católica De Chile.

Introducción. Descripción de Caso Clínico de Paciente con Compromiso Multisistémico: Osteoesclerótico Patognomónico asociado a aortitis, y pericarditis. Se busca la experiencia chilena en esta enfermedad.

Objetivos. Caracterizar y crear un Guía /Orientación de manejo en enfermedad extremadamente rara en Reumatología, Reconocida Como Neoplásica.

Metodos. Descripción De Caso Clínico; Búsqueda De Experiencia Clínica Local Mediante Bibliografía Chilena En El Manejo Del Compromiso Multisistémico De Esta Patología. Revisión De Bibliografía Disponible En La Red: Identificación De Factores De Gravedad Y Pronóstico. Alternativas Farmacológicas Como Tratamiento.

Conclusiones. Enfermedad Extremadamente Rara De Etiología Hematológica Pero Con Manifestación Reumatológica Multisistémica. Que Requiere Manejo Multidisciplinario. Dado Su Creciente Conocimiento Y Diagnóstico Se Hace Necesario Establecer Una Guía De Manejo.

Nº 42. EVALUACION PACIENTES CON PAUTAS PHQ 9 Y GAD 7 EN PACIENTES USUARIOS DE BIOLOGICOS PARA ARTRITS REUMATOIDEA

SARABIA C*, SEPÚLVEDA T, RIOBÓ E.

Unidad de Reumatología, Hospital Barros Luco, Unidad de Reumatología, Hospital Barros Luco, Unidad de Terapia Ocupacional Hospital Barros Luco

Introducción. Es conocido la alta asociación de síntomas psiquiátricos en pacientes con enfermedades crónicas, ante lo cual se necesita conocer este problema en un subgrupo específico de pacientes, con una terapia basal de gran complejidad y altos costos para el sistema.

Objetivos. Medir el grado de depresión en pacientes con artritis reumatoidea en el subgrupo usuario de biológicos).

Métodos. Se evalúan 73 pacientes acogidos a terapia con biológicos en el marco de Ley 20.850 ("Ricarte "Soto") con instrumentos GAD -7 (generalized anxiety disorder) y PHQ- 9 (patient health questionnaire), desde Febrero a Junio de 2019

Resultados. En evaluación de ansiedad, con GAD - 7 se obtuvieron los siguientes grados de ansiedad: resultados MINIMA (18 %), MEDIA (27 %), MODERADA (26 %) y SEVERA (29 %).

En evaluación con PHQ – 9 se obtuvo: SINTOMAS MINIMOS (29 %), DEPRESION MENOR o DISTIMIA (31 %), DEPRESION MAYOR MODERADA A SEVERA (20%) y DEPRESION MAYOR SEVERA (20%)

Además se pesquisó un 16% de trastornos severos del sueño, y 13% de presencia de ideación suicida.

Conclusiones. Llama la atención la alta prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos, solo un 16% de los pacientes sintomáticos tenía un diagnóstico y tratamiento formal previo a la evaluación. Además de no tener correlación con los scores clínicos de Artritis Reumatoidea.

(tablas)



Nº 43. SÍFILIS, LA GRAN IMITADORA DE VASCULITIS: UN DESAFÍO PERMANENTE

TRINCADO D*1, CANCIO F1, ROCHA J1, FONSECA E 2, BARRIOS P1, BURGOS P1

1. Dpto. Inmunología Clínica y Reumatología, P. Universidad Católica de Chile. 2. Dpto. Neurología, P. Universidad Católica de Chile.

Introducción. Varias enfermedades pueden tener características clínicas, radiológicas y/o patológicas de vasculitis, incluidas reacciones farmacológicas, infecciones y neoplasias. El tratamiento con inmunosupresores podría ser deletéreo en algunos casos, he aquí la importancia de un diagnóstico preciso y precoz.

Objetivo. Describir la presentación clínica, diagnóstico, tratamiento y evolución de una paciente, con vasculitis de grandes vasos secundaria a infección por *Treponema Pallidum*.

Método. Descripción de caso clínico.

Resultado. Paciente de 31 años, sin antecedentes conocidos, consulta por cuadro de 3 semanas de evolución caracterizado por parestesias facio-braquio-crurol derecha y clonías de extremidad superior derecha. Se objetiva disartria, fallas de memoria episódica reciente, mínima paresia de hemicuerpo derecho y crisis hipertensiva. Es hospitalizada para estudio, se realiza resonancia magnética (RM) de encéfalo y vasos de cuello, donde se observa múltiples infartos agudos y subagudos hemisféricos bilaterales y ausencia de flujo en arteria cerebral media derecha. En sus exámenes destaca ausencia de parámetros de inflamación, función renal normal, FR (-), ANA (-), ENA

(-), anti-DNA (-), MPO (-), PR3(-), anticuerpos antifosfolípidos (-), complemento C3-C4 y subclases de IgG normales. Test HIV, HBsAg B y VHC negativos, RPR (+) 1:64, estudio de drogas en sangre y orina negativo. Estudio de líquido cerebroespinal: incoloro, leucocitos 220 (96% linfocitos) glucorraquia 39 mg/dl, proteinorraquia 58.4 mg/dl, Gram sin bacterias, cultivo aeróbico negativo, ADA 6 y panel molecular rápido meningitis-encefalitis negativo, síntesis intratecal de inmunoglobulinas 58.7 mg/24 horas (VN hasta 3.3) bandas oligoclonales positivas, VDRL (+) 1:16, PCR *Mycobacterium Tuberculosis* negativo. Angiotomografía de tórax, abdomen y pelvis con engrosamiento mural circunferencial de la aorta abdominal y de algunas de sus ramas principales, sin estenosis significativa.

Recibió tratamiento con Penicilina G 24 millones U.I. por 14 días asociado a Metilprednisolona 3 gr intravenoso seguido de prednisona. Evolucionando favorablemente.

Conclusiones. A pesar de no tener historia clínica sugerente de enfermedades de transmisión sexual o inmunosupresión previa, siempre se debe considerar la sífilis como causa de vasculitis de grandes vasos en pacientes jóvenes e inmunocompetentes.

Nº 44. CASO CLINICO: HEMORRAGIA ALVEOLAR EN PACIENTE CRITICO

SARABIA C*, SEPÚLVEDA T, IBAÑEZ R, MORA G, PAIRUMANI R, CID MA.

Unidad de Reumatología, Hospital Barros Luco, Unidad de Reumatología, Hospital Barros Luco, Unidad de Reumatología, Hospital Barros Luco, Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Barros Luco, Unidad de C

Paciente 35 años, con antecedente previo de hipotiroidismo, con control adecuado, obesa (IMC: 37.6). Con compromiso del estado general progresivo, asociado a alzas de hiperglicemias, catalogados de debut DM-2

Ingresa a UCI con los diagnósticos de: 1. SDRA - Insuficiencia respiratoria catastrófica Obs hemorragia alveolar. 2. Insuficiencia renal ¿aguda? ¿crónica? Obs Síndrome Riñón pulmón. 3. Anemia severa . 4. Debut Diabetes mellitus 2. 5. Obesidad.

Ingresa en falla ventilatoria catastrófica, requiere IOT, VMI ultraprotectiva en pronó, requiriendo sedación profunda y Bloqueo Neuromuscular. Se objetiva sangramiento por TOT. Sin componente infeccioso demostrable. Sin compromiso perfusional, con normotensión a expensas de dosis moderadas de DVA. Además con anemia severa, al parecer aguda.

Con creat. De ingreso, 9.98, con falla no oligúrica, asociada a acidosis metabólica, hipofosfemia e hiperkalemia, refractarias, por lo que requiere inicio precoz de HD. Scores de ingreso, APACHE II: 42 pts, SOFA: 16 pts. En contexto de clínica de sd riñón-pulmón se indica Solumedrol en bolo 1 gr/día x 3 días. A posteriori se realiza PLEX, 7 ciclos con respuesta parcial inicial,

que requirieron ser complementados con IG EV y Ciclofosfámi-da EV. Se realiza fibrobroncoscopia + LBA, que confirma HAD c/ 74% hemosiderofagos, sin agentes infecciosos informados. En estudio inmunológico se objetiva ANCA PR-3 a títulos altos, compatible con cuadro clínico. A posteriori cursa con bacteremia por *staphilus aureus*, con tto ATB con Vancomicina, de moderada repercusión sistémica. Estudio etiológico descarta etiología valvular infecciosa. Con weaning dificultado por agitación psicomotora, ante lo cual se descarta con imágenes (TAC y RNM) compromiso encefálico. Al cabo de un mes con evolución satisfactoria, se logra weaning exitoso, a pesar de la PNPPC y probable miopatía esteroidea. Además de control espontáneo de glicemias, que no requieren apoyo de insulino-terapia. Con falla renal con elementos de cronicidad, en HD de crónicos. Paciente de larga estadia, 30 días en UCI, logra alta definitiva a domicilio, en HD de crónicos, con inmunosupresión de mantención, sin repercusión pulmonar ni neurológica.

Llama la atención cuadro per se de alta mortalidad, agravado por requerimiento precoz de UPC, scores iniciales con mortalidad >70 -80%, con buen outcome vital y funcional.

Nº 45. CARACTERIZACIÓN DE MIOPATIAS INFLAMATORIAS EN ADULTOS ATENDIDOS EN COMPLEJO ASISTENCIAL SÓTERO DEL RÍO, PUENTE ALTO REGIÓN METROPOLITANA

RAMÍREZ P., GUTIÉRREZ F.

Unidad Reumatología, Servicio de Medicina, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (CASR)

Introducción. Las miopatías inflamatorias (MI) son un grupo heterogéneo de patologías susceptibles de distinguir en subtipos. Entre éstos destaca Dermatomiositis (DM), polimiositis (PM), miopatía necrotizante (MN) y miopatía por cuerpos de inclusión, aparte de diversas formas de sobreposición. Cada entidad se perfila con clínica característica, pronóstico y respuesta a tratamiento diferente, y distinta asociación a neoplasia.

Objetivo. Caracterizar la condición MI diagnosticada en sujetos atendidos en CASR.

Métodos. Descripción de cohorte de sujetos con MI atendidos en CASR desde 2012 al 2019, hospitalizados o solamente ambulatorios. La búsqueda se centró en fichas clínicas en las que se establecieron diagnósticos de DM, PM y/o MN o síndromes superpuestos. En cada caso se capturó datos demográficos, exámenes iniciales y enzimas musculares al inicio y seguimiento, serología autoinmune, electromiografías y biopsias, así como tratamiento recibido y su respuesta, complicaciones y curso subsiguiente.

Resultados. Se incluyeron 67 casos, de éstos, 49 M y 18 H. Edad promedio 48,8 años al diagnóstico. DM: 45 incluyendo 3 amiopáticos; síndrome antisintetasa: 10; PM: 7; MN: 5.

Compromiso cutáneo, muscular, pulmonar, disfagia/tetraparesia se presentó en un 75, 85, 18 y 16%, respectivamente. 66% con ANA (+), mayormente patrón moteado (43 %). AntiRo (15%); AntiJo-1 (12%). 39 tuvieron biopsias compatibles con: DM (25), PM (7), miopatía necrotizante (6) y una no concluyente. Ocho asociados a neoplasia (7 DM). Salvo uno, todos recibieron esteroides como primer tratamiento, asociado a Metotrexato (MTX), o Azatioprina (AZT) en 48% y 19% de los casos, respectivamente. Respuesta favorable a los 6 meses en 56 casos, 44 a los 3 meses. Recurrencias en 18 casos. 13 (19,4%) fallecidos, 5 relacionados a neoplasia y 2 por compromiso pulmonar progresivo y refractario. Complicaciones severas o graves en 30 casos, y menores en otros 7.

Conclusiones. En esta cohorte destaca el predominio en sexo femenino, principalmente como DM, presentación que concentró la mayoría de los casos de neoplasias. Pese a que el tratamiento inicial con esteroides y secundado por MTX o AZT resultó efectivo, no son raras las recurrencias y la alta tasa letalidad y complicaciones. Se requiere mejorar y sistematizar el registro clínico y exploración de laboratorio con la intención de optimizar lo asistencial.

Nº 46. MIOSITIS NECROTIZANTE: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA, HOSPITAL PADRE HURTADO, SANTIAGO

GONZÁLEZ P*, ACOSTA I, VALENCIA J, TORRES C.

Servicio de Med.Interna, Hospital Padre Hurtado. Servicio de Neurología, Hospital Padre Hurtado.

Unidad Hosp. Domiciliaria, Hospital Padre Hurtado. Unidad Hosp. Domiciliaria, Hospital Padre Hurtado

Objetivos. Presentar caso clínico de MI poco frecuente: la MN. Destacar la relevancia de un estudio completo para lograr diagnóstico y manejo preciso, dado diferencias en pronóstico de cada variante, y comparar con lo reportado en la literatura.

Métodos. Revisión de caso de paciente en Unidad de Medicina Interna, Hospital Padre Hurtado, con sospecha diagnóstica de MI. Se recopilaron datos de ficha clínica, radiología y patología, con consentimiento informado.

Resultados. Paciente sexo femenino de 59 años, diabética e hipotiroidea. Sin antecedentes familiares. Destaca antecedente de uso de estatinas. Presenta 3 meses de disminución progresiva de fuerza proximal en extremidades inferiores, que progresa hasta extremidades superiores. Leve compromiso de fuerza distal. Sin compromiso sensitivo, disfagia, fiebre, artralgias ni lesiones cutáneas. Al examen neurológico con hipotonía generalizada, fuerza M3 proximal de cuatro extremidades, M5 a distal. Reflejos osteotendíneos abolidos generalizados, cefaloparesia. Sensibilidad conservada. Destaca hipertransa-

minasemia GOT 501/GPT 581 y Creatinquinasa 11.877. Serología virus hepatitis B, C y VIH no reactivos. Punción lumbar con líquido normal, gram y cultivo negativo. Electromiografía con signos denervativos activos sugerentes de MI. Dado clínica y exámenes sugerentes de MI, reumatología indica pulsos de corticoides, sin mejoría clínica. Panel reumatológico negativo, solo destaca ANA positivo. Estudio de neoplasia oculta sin hallazgos. Se indican corticoides de mantención y metotrexato semanal, con leve mejoría clínica.

Resonancia magnética de muslos muestra edema muscular de distribución difusa y parcheada en todos los los compartimientos, concordante con MI. Biopsia muscular resulta compatible con MN, por lo que se inicia terapia con Inmunoglobulina. Se solicita anti-HMGCR, aún pendiente.

Conclusión. Se presenta caso de MI infrecuente y con presentación clínica típica, describiendo posible asociación causal el uso de estatinas. Por la heterogeneidad de las MI es relevante identificar el subtipo con el fin de indicar terapia adecuada y mejorar el pronóstico.

Nº 47. ROL DE LA CAPILAROSCOPIA DEL LECHO UNGUEAL (CLU) EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES (EPI)

SAAVEDRA S*, REYES F, VERGARA K, TORO L.

Depto de Medicina Interna, Sección de Reumatología y Neumología, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Centro de Investigación Clínica Avanzada, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción. La capilaroscopia del lecho ungueal (CLU) es una técnica no invasiva utilizada en pacientes con fenómeno de Raynaud (FRy) para el diagnóstico precoz de las enfermedades del tejido conectivo (ETC). La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) puede ser la primera manifestación de ETC. Existen datos limitados sobre el rol de la CLU en pacientes con EPI y sospecha de ETC.

Pacientes y métodos. Estudio retrospectivo, se analizaron 25 pacientes derivados a nuestro centro para la realización de CLU como apoyo diagnóstico de EPI. La CLU se realizó utilizando un microscopio digital USB (Dino-Lite AM4115-N2UT). La información obtenida se analizó por un equipo multidisciplinario de acuerdo con las guías actuales para obtener un diagnóstico definitivo.

Las variables discretas se expresaron como valor absoluto (porcentaje respecto al grupo) y las variables continuas se expresan como media aritmética +/- desviación estándar. Para la comparación de datos basales entre grupos se utilizaron Prueba Exacta de Fischer y Prueba de Anova.

Resultados. 25 pacientes (92% mujeres), con patrones radiológicos en el TCAR de Neumonía intersticial no específica (60%), Neumonía intersticial usual (16%) y patrón inclasificable (12%). El 36 % padecía de FRy y un 80% un anticuerpo antinuclear positivo a título y patrón variable. Los diagnósticos previos a la realización de la CLU fueron Neumonía intersticial con rasgos autoinmunes 36%, Esclerodermia 16% y Neumonía intersticial idiopática 20%. Los hallazgos CLU más frecuentes fueron alteraciones inespecíficas de la microcirculación 53.3% y patrón de esclerodermia 46.7%. El 60% de los pacientes presentaron una CLU positiva, permitiendo un apoyo en el diagnóstico en 40% y un cambio de diagnóstico en 20% de los casos.

Conclusiones: EPI puede ser la primera forma de presentación en una ETC, por ello antes de catalogar una EPI con NII, es fundamental realizar un estudio clínico acabado. La CLU, al igual que la serología ampliada y biopsia de glándulas salivales, puede ser de gran utilidad en el diagnóstico de las EPI-ETC.

Tabla n 1

Características de los pacientes

variables	Total	Capilaroscopia (-)	Capilaroscopia (+)	Odds Ratio	Valor-p
Demográficas					
Número de pacientes, n (%)	25 (100%)	10 (40,0%)	15 (60,0%)	-	-
Sexo femenino, n (%)	23 (92,0%)	10 (100,0%)	13 (86,7%)	-	0,5
Edad (años)	62,3 ± 14,7	66,9 ± 8,2	59,2 ± 17,4	-	0,2
Tabaquismo, n (%)	11 (44,0%)	5 (50,0%)	6 (40,0%)	1,2	>0,99
Paquetes/año	12,9 ± 9,0	8,5 ± 7,8	15,8 ± 9,2	-	0,22
Patrones TCAR					
NIU	4 (16,0%)	1 (10,0%)	3 (20,0%)	3,37	0,58
NINE	15 (60,0%)	6 (60,0%)	9 (60,0%)	3,0	0,36
NO	-	-	-	n/c	>0,99
NINE/NO	2 (8,0%)	1 (10,0%)	1 (6,7%)	0,9	>0,99
Enfisema + EPI	1 (4,0%)	1 (10,0%)	-	-	0,47
Inclasificable	3 (12,0%)	1 (10,0%)	1 (6,7%)	0,9	>0,99
Serología					
ANA (+)	21 (84%)	8 (32%)	13 (52%)	n/c	0,65
Diagnósticos, n (%)					
NII	5 (20,0%)	4 (40,0%)	1 (6,7%)	0,15	0,14
Artritis reumatoidea	1 (4,0%)	1 (10,0%)	-	n/c	0,47
Esclerodermia, difusa o limitada	4 (16,0%)	-	4 (26,7%)	inf	0,09
Lupus	1 (4,0%)	-	1 (6,7%)	inf	>0,99
Sjogren primario	1 (4,0%)	-	1 (6,7%)	inf	>0,99
Sd. Sobreposición PM-DM/SCL	1 (4,0%)	-	1 (6,7%)	inf	>0,99
Sd. Sobreposición LES-SCL	1 (4,0%)	-	1 (6,7%)	inf	>0,99
NIRA o IPAF	9 (36,0%)	3 (30,0%)	6 (40,0%)	2,8	0,38
CADM	2 (8,0%)	2 (20,0%)	-	n/c	0,21
Función pulmonar					
CVF ML	2291± 696 (18)	2237± 854 (7)	2291± 696 (11)	n/c	0,7
CVF %	80± 22 (17)	82± 27 (7)	79± 2720 (10)	n/c	0,8
DLCO %	56± 17 (14)	66± 17 (4)	52± 16 (10)	n/c	0,1
Capilaroscopia lecho ungueal positiva					
Anormal no específica	8 (53,3%)	-	-	-	-
Patron esclerodermia	7 (46,7%)	-	-	-	-

Nº 48. MELORREOSTOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

HASSI I*, BADILLA A

Residente de Medicina Interna, Universidad de los Andes. Reumatólogo, Clínica Universidad de los Andes.

Introducción. La melorreostosis (MR) es una enfermedad clasificada dentro de las displasias óseas esclerosantes. Se caracteriza por hiperostosis cortical que sigue una distribución esclerotomal, afectando principalmente el esqueleto periférico. Se presenta de manera esporádica, sin predominio de sexo y a cualquier edad, aunque la mayoría en menores de 20 años. A menudo se detecta de manera incidental en la radiografía (Rx), pero puede presentar síntomas, siendo el principal el dolor. El sello radiológico es la presencia de bandas asimétricas de esclerosis en un patrón lineal irregular, descrito como "cera fundida deslizándose por el lateral de una vela".

Caso Clínico. Hombre de 72 años, con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo. Consultó por dolor intermitente de un mes de evolución en tobillo izquierdo. Refería acortamiento progresivo de la extremidad inferior izquierda (EII) que se habría iniciado durante la infancia. Al examen físico destacaba acortamiento de alrededor de 3 cms e hipotrofia muscular de la EII, sin lesiones cutáneas. Los exámenes de laboratorio general, estaban todos dentro de rangos normales. La Rx de EII mostraba múltiples lesiones óseas escleróticas

multifocales, con un patrón lineal centrado en el segundo metatarsiano, lo que sugiere compromiso metamérico. La Rx de extremidad inferior derecha era normal. El Cintigrama óseo informaba un pequeño foco hipercaptante en tercio medio de la tibia izquierda que comprometía la cortical, así como otros más tenues en epífisis peronea distal y calcáneo ipsilateral. El cuadro era compatible con el diagnóstico de MR. Se inicia tratamiento sintomático con analgésicos y bifosfonatos con disminución del dolor.

Discusión. Si bien la MR es una enfermedad infrecuente, benigna y en la mayoría de los casos asintomática, es importante conocerla y considerarla en el diagnóstico diferencial de lesiones óseas escleróticas, evitando así estudios innecesarios. En este caso se desestimó realizar biopsia ósea dado lo patognomónica de las lesiones, pero no siempre la MR se presenta de forma clásica. En algunos casos, puede evolucionar con dolor crónico y limitación funcional, afectando de forma importante la calidad de vida. El tratamiento está dirigido al manejo del dolor y recuperación de los rangos de movimiento. Se utilizan analgésicos, bifosfonatos, terapia física e incluso cirugía.

Nº 49. HIPOFISITIS SECUNDARIA A VASCULITIS ASOCIADA A ANCA, REPORTE DE DOS CASOS

GRÜNHOLZ D*, SAPAAG J, WAINSTEIN E.

Hospital Militar de Santiago

Introducción. El compromiso del sistema nervioso central en las vasculitis asociadas a anca es poco frecuente. Las manifestaciones clínicas son: paquimeningitis, neuritis óptica, hipoacusia sensorioneural, isquemia, e hipofisitis, esta última se describe en menos del 1% de los casos.

Descripción de casos:

Caso 1: Hombre de 60 años portador de una vasculitis PR3 de 5 años de evolución con compromiso pulmonar y rinosinusal, tratamiento previo con ciclofosfamida y esteroides. Cuadro de cefalea, diplopia, compromiso del estado general, rinosinusitis y disminución de libido. Parámetros inflamatorios elevados, Tomografía axial computada de tórax: Nódulo cavitado de LSD. Resonancia de cerebro y silla turca: aumento de volumen difuso de la glándula y del tallo hipofisario, quiasma óptico y región hipotalámica señal normal. Estudio endocrinológico: tsh y t4 libre, acth, cortisol, prolactina fsh lh normal y testosterona levemente disminuída. Se inicia tratamiento con esteroides en dosis altas y rituximab, con respuesta clínica y radiológica satisfactoria.

Caso 2: Hombre de 35 años portador de una vasculitis PR3 diagnosticada por rinosinusitis crónica, recibió tratamiento

con esteroides y metotrexato, al cuarto año de evolución inicia disminución de la libido polidipsia y nicturia.

Estudio endocrinológico reveló hipotiroidismo central, hipogonadismo y déficit de adh RNM de silla turca inflamación hipofisaria. Se inicia rituximab. Evoluciona con mejoría de los parámetros inflamatorios y de las imágenes, pero persiste con trastornos endocrinos, está en tratamiento de sustitución.

Discusión. Las causas descritas de hipofisitis son sarcoidosis, tuberculosis, vasculitis de células gigantes, enfermedad de Crohn, vasculitis de Takayasu, enfermedad por IgG4 y vasculitis asociada a anca. Los mecanismos patogénicos en vasculitis propuestos son, isquemia, compresión por masas granulomatosas de territorios vecinos y granulomas de la propia hipófisis. El compromiso hipofisario puede ser manifestación inicial o presentarse durante el transcurso de la enfermedad. Tanto la Diabetes insípida como el hipogonadismo son las manifestaciones más frecuente pero se describe compromiso de cualquier eje hormonal. No hay una correlación clínico imagenológica ni con la actividad de la enfermedad. La alteración de la función pituitaria a pesar del tratamiento puede ser permanente.

Nº 50. PERICARDITIS CONSTRICTIVA COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4.

HERNÁNDEZ C*, ZAMORANO P, SARMIENTO N, WURMANN P.

Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: La Enfermedad relacionada a IgG4 (ER-IgG4) es una entidad fibroinflamatoria de etiología desconocida, que puede comprometer varios órganos. El compromiso cardiovascular R-IgG4 incluye aneurismas, periaortitis y pericarditis siendo este último poco frecuente. **Objetivo:** Describir caso de pericarditis constrictiva como manifestación de ER-IgG4. **Método:** Descriptivo y revisión de la literatura. **Resultado:** Hombre de 50 años con pericarditis viral en 2016. Consulta el 2018 por disnea progresiva de 8 meses de evolución. Se pesquiza derrame pleural derecho severo, se realiza decorticación pleural. El análisis del líquido pleural demuestra exudado mononuclear con estudio infeccioso (-). Biopsia con pleuritis crónica fibrosa. Evoluciona con síndrome edematoso e insuficiencia cardíaca derecha secundaria a pericarditis constrictiva. Adenopatías cervicales y mediastínicas. Al laboratorio con parámetros inflamatorios elevados y estudio inmunológico (-). Niveles de IgG 1600 e IgG4 156 (VN <135). Biopsia adenopatía cervical: infiltrado linfoplasmocitario >100 células + IgG4. Citometría de flujo descarta linfoma. IgG4 en pleura +1%. Se inicia prednisona 1mg/kg. Evoluciona con disminución de derrame

pericárdico y pleural, descenso de actividad inflamatoria evitándose pericardiectomía.

Conclusiones: El diagnóstico de pleuropericarditis R-IgG4 es clínico-radiológico y requiere de confirmación histológica. El criterio diagnóstico en el tejido estudiado es IgG4 (+)/IgG(+) >40% y >10 células plasmáticas IgG4. En la literatura existen descritos 19 casos de compromiso pericárdico (16 con pericarditis constrictiva) 11 asociados a pleuritis crónica, 3 a periaortitis, 3 a pancreatitis, 4 a fibrosis retroperitoneal, y 4 con compromiso ganglionar. A nivel nacional se reporta una serie multicéntrica con 14% de compromiso pericárdico (6/43). La primera línea terapéutica es con corticoides logrando remisión en el 82 a 92%. Al bajar los esteroides tienden a recaídas, con recaídas descritas de hasta 40%-50%. En este escenario se requiere de otros inmunosupresores como metotrexato, azatioprina, micofenolato o rituximab para remisión. Se describe paciente con pleuropericarditis crónica y pericarditis constrictiva relacionada a IgG4 con respuesta favorable a terapia corticoidal. Dada su baja frecuencia, se requiere alto índice de sospecha clínica para el diagnóstico de esta entidad.

Nº 51. MANIFESTACIONES EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC) DE LAS VASCULITIS ANCA ASOCIADAS: A PROPÓSITO DE 4 CASOS

ZAMORANO P*, HERNÁNDEZ C, WURMANN P

Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Introducción: El compromiso de sistema nervioso ocurre en aproximadamente un 24% de las vasculitis sistémicas. La afectación del SNC es menos del 3.6% de los casos, y en su mayoría por VAA.1-2 Es similar en los distintos fenotipos de VAA, sin diferencias por sexo. Se presentan como alteraciones isquémico-hemorrágicas(I-H), paquimeningitis hipertrófica (PH) y/o encefalopatías. La PH es un engrosamiento inflamatorio fibrosante de la duramadre craneal o medular, causa daño por compresión neural o vascular 3; Se presenta como cefalea, encefalopatía, neuropatías craneales y/o otitis media recurrente 4. Existe escasa información a nivel nacional como internacional1. **Objetivo:** describir las características clínicas, serológicas, imagenológicas y tratamiento de 4 pacientes con VAA y compromiso de SNC. **Material y Métodos:** Análisis retrospectivo de fichas de pacientes con compromiso de SNC por VAA de nuestro centro. **Resultados:** De 116 pacientes con VAA, sólo 4 pacientes (3.4%) presentaron compromiso del SNC; 2 granulomatosis con poliangeítis (GPA) y 2 poliangeítis

microscópica (PAM). 1 caso compromiso I-H, 1 con PH y 2 con ambos. Los hallazgos clínicos, de laboratorio e imagenológicas se resumen en la Tabla 1. Todos recibieron corticoides y Ciclofosfamida, el 50% requirió Rituximab por recaídas. Un paciente falleció. **Conclusiones:** La presencia del compromiso de SNC en nuestra serie de VAA fue de 3.4 % , con mayor tendencia a presentarla en mujeres y con similar incidencia entre VAA MPO y PR3, concordando con lo descrito en la literatura. En nuestra serie, todos los pacientes presentaron compromiso en otros sistemas, 1 paciente recae por PH. Es importante el enfrentamiento interdisciplinario para un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado para evitar las potenciales secuelas del compromiso del SNC en VAA.

Tabla 1.- Características clínicas, exámenes e imágenes.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Edad/Sexo	67/♂ □	50/♀ □	55/♀ □	84/♀ □
Comp de SNC	PH	PH /HSD	PH/ACV	ACV
Sistema nervioso periférico	Si	Si	No	No
Neuropatía craneal	No	No	No	No
Oto-Mastoiditis	No	Si	No	No
Comp Respiratorio	Nódulos pulmonares	Rinosinusitis	EPID + Estenosis Bronquial	EPID
Comp Renal	No	No	No	Riñón-Pulmón
Otro Compromiso	Oftálmico	Hipoacusia conducción	Artritis, Vasculitis cutánea	Úlceras orales
Comp del Estado General	No	Si	Si	Si
Diagnóstico	GPA	GPA	PAM	PAM
Tratamiento	CYC-RTX/Corticoides	CYC/Corticoides	CYC-RTX, Corticoides	CYC/Corticoides
Evolución	Remisión	Recaída	ACV/TEP	Fallece
ANCA	ANCA-P	ANCA-P	ANCA-P
Anti-MPO	>100	>100	23.4
Anti-PR3	23	2	3.3
VHS	87	53	130	75
PCR	5	11	139
Zona de PH en RNM	Óptico	Frontal	Plexos Coroídeos
Evolución	Remisión	Recaída	ACV/TEP	Fallece
Biopsia	Daño Axonal periférico	No	No	No

ACV: Accidente cerebrovascular, ANCA: Anticuerpo anti-citoplasma de neutrófilos, CYC: Ciclofosfamida, EPID: enfermedad pulmonar idiopática, GPA: Granulomatosis, HSD: Hematoma Subdural, MPO: mieloperoxidasa, NSIP: Neumonía intersticial inespecífica, PAM: poliangeitis microscópica, PCR: Proteína C reactiva, PH: paquimeningitis hipertrófica, PNP: Polineuropatía, PR3: proteinasa 3, RNM: Resonancia nuclear magnética, RTX: Rituximab, SNC: Sistema Nervioso Central, TEP: Tromboembolismo pulmonar, UIP:neumonía intersticial usual, VHS: velocidad de eritrosedimentación.

Nº 52. PRESENTACIONES INFRECIENTES DE GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS EN UN CASO DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO: COMPROMISO PAROTÍDEO E HIPOFISIARIO

MARDONES C.*, CANCIO F.*, LOZANO P.*, DURÁN J.*

*Departamento de Reumatología, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La granulomatosis con Poliangeitis (GPA) es una Vasculitis Sistémica necrotizante. El compromiso de la hipófisis es infrecuente, reportado en 1% de los casos con GPA. Las disfunciones hormonales más comunes son el hipogonadismo hipogonadotrófico (70% - 87%) y la diabetes insípida (71% - 75%). En la mayoría de los casos, la enfermedad remite con terapia de inducción, sin embargo, 86% de los pacientes tiene disfunción hipofisiaria persistente. Aquí, describimos un caso de compromiso hipofisiario por GPA.

Objetivos: Describir la presentación clínica, diagnóstico y tratamiento de un caso clínico de compromiso hipofisiario por GPA.

Material y métodos: Descripción de caso clínico.

Resultado: Paciente de 15 años, sin antecedentes mórbidos, quien desarrolló un aumento de volumen parotídeo derecho, asociado a xerostomía. Fue estudiada con TAC de cuello, que mostraba lesión nodular de 21 x 14 mm de aspecto sólido en glándula parotídea derecha, de la que se tomó biopsia, evidenciando Sialoadenitis crónica, con estudio de Tuberculosis y Bartonella (-). Se diagnosticó Síndrome de Sjögren.

Evolucionó con aparición de lesiones purpúricas con úlceras en extremidades inferiores. Exámenes: hemograma nor-

mal, VHS 7, creatinina 0,65, sedimento de orina no inflamatorio, IPC 854 mg/g, ANCA IFI (+) perinuclear 1/20, ANA (-), ENA (-), MPO (-), PR3 (-), C3 y C4 normal, anti DNA (-). Angiotax de Tórax, Abdomen y Pelvis: sin evidencias de compromiso en otros órganos. Biopsia de piel: vasculitis de vaso pequeño y mediano. Biopsia renal: sin lesiones proliferativas glomerulares ni cambios inflamatorios túbulo-intersticiales, IFI (-).

Recibió corticoides endovenosos, luego corticoides orales en dosis 1 mg/kg/día, Azatioprina 2 mg/kg/día e Hidroxicloroquina 200 mg/día. Evolucionó favorablemente del punto de vista cutáneo, manteniendo xerostomía importante. Al alta cursa con amenorrea, interpretada por ginecología como secundaria a tratamiento.

Un año después presenta cefalea. RNM de cerebro: compromiso inflamatorio infundíbulo-hipofisiario, con lesión quística hipofisiaria. Biopsia hipofisiaria: extensa necrosis y presencia de granulomas, compatible con GPA. TBC (-).

Con diagnóstico de GPA sistémica se indicaron pulsos de Metilprednisolona y Rituximab.

Conclusiones: El hipopituitarismo, aunque infrecuente, es una manifestación severa de la GPA.

Nº 53. CAUSAS Y CARACTERÍSTICAS DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN HOSPITAL PADRE HURTADO. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 7 AÑOS

MARÍA JOSÉ VILLAR^{1,2}, MARÍA PAZ POBLETE², SEBASTIÁN IBÁÑEZ^{1,2}, OMAR VALENZUELA^{1,2} AND FRANCISCO SILVA^{1,2}

¹Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, ²Hospital Padre Hurtado

Objetivo. Describir las causas y características de las hospitalizaciones en pacientes con lupus tratados en nuestro centro.

Métodos: Se analizaron las hospitalizaciones de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) entre enero de 2010 y diciembre de 2017. Se registraron variables demográficas, causa y duración de la hospitalización, sistema comprometido y tratamiento recibido.

Resultados: 75 pacientes fueron hospitalizados 123 veces durante el período de estudio. 85,3% eran mujeres. La edad media al momento de la hospitalización fue de 35 años (RIC 27 a 46,5). La mediana del número de días de estadía fue 5 (IQR 2.5 a 9). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión en 32%, diabetes en 14,7% e insuficiencia cardíaca en 6,7%.

Las causas más frecuentes de hospitalización fueron LES activo en un 48%, las infecciones en un 21,1% y las enfermedades cardiovasculares en un 4,9%.

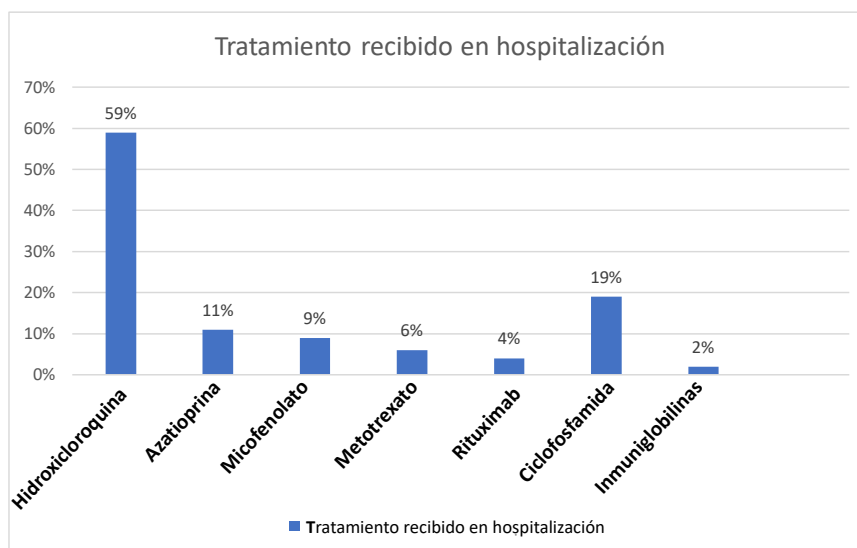
En el 62,7% de las hospitalizaciones por LES activo, los pacientes tenían compromiso renal, 20,3% hematológico, 10,2% cutáneo articular, 8,5% cardiológico, 6,8% pulmonar, 6,8% afectación del sistema nervioso central, 5,1% del sistema nervioso periférico y 3,4% gastrointestinal.

En el 30,7% de las hospitalizaciones, los pacientes recibieron corticoides en dosis equivalentes a 30 mg por día de prednisona. El resto de los medicamentos recibidos se detallan en la figura 1.

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el número de hospitalizaciones por paciente y la edad al momento de la primera hospitalización, el sexo, el sistema afectado o las comorbilidades, aunque hubo una tendencia a que las personas con compromiso renal en la primera hospitalización volvieran a ser hospitalizadas con más frecuencia.

Conclusión: La activación del LES, es la principal causa de hospitalización en nuestra población, pero las infecciones y las enfermedades cardiovasculares son también relevantes.

Debemos estar atentos a los signos tempranos de activación del lupus, asegurar las vacunas correspondientes y realizar frecuentes evaluaciones de riesgo cardiovascular.



Nº 54. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO EN 74 PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL EN EL EXTREMO SUR DE CHILE

MARAVÍ Z*, MANSILLA B, PALACIOS M, NAVIA Y

Unidad de Reumatología y Medicina Interna, Hospital Clínico Magallanes

Introducción. La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad crónica inflamatoria inmunomediada con presentación clínica heterogénea. Los fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad (FARMEs) constituyen la piedra angular del tratamiento.

Objetivos. Describir las manifestaciones clínicas y tratamiento recibido en pacientes con APs, así como valorar la potencial asociación entre las variables analizadas.

Material y Métodos. El estudio se realizó en el Hospital Clínico Magallanes de Punta Arenas. Es un estudio retrospectivo observacional y descriptivo basado en el registro de pacientes APs atendidos en este centro. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, manifestaciones clínicas, pruebas de laboratorio, estudios imagenológicos y tratamiento recibido. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS versión 25 y la asociación entre las variables nominales se estableció mediante test basado en distribución χ^2 o prueba exacta de Fisher, considerando estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados. Del total de 74 pacientes con APs, el 51.4% fueron mujeres, con edad media de 53.3 años. El 86.5% cum-

plieron criterios CASPAR para APs. La mayoría (73%) tuvo compromiso periférico, el 6.8% compromiso axial y en el 20.3% fue mixto. El compromiso inicial fue la psoriasis en 74.3%, articular en 12.2% y concomitante en 13.5%. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: artritis (93.2%), psoriasis (91.9%), ungueal (40.5%), entesitis (39.2%) y dactilitis (36.5%). El 54.1% tuvo parámetros inflamatorios elevados y 6.8% tuvo HLA-B27 positivo. La mayoría (95.9%) recibe algún FARME, siendo metotrexato el más frecuente (79.9%). El 13.5% recibe FARME biológico (6 con secukinumab y 4 con anti-TNF α). Hubo asociación entre la presencia de entesitis y el uso de FARME biológico ($p < 0.01$), entre PCR elevada y número de FARMEs ($p < 0.028$), entre tabaquismo y uso de metotrexato ($p < 0.043$) y entre antecedente familiar de psoriasis y uso de FARME biológico ($p < 0.012$).

Conclusiones. Los pacientes del Hospital Clínico Magallanes con APs presentan un perfil clínico y reciben un tratamiento similar a lo descrito en otras poblaciones. Se describen algunas variables clínicas asociadas con el tipo de terapia, siendo necesario ampliar la cohorte de estudio para profundizar en potenciales predictores clínicos que nos ayuden en el manejo de esta patología.

Nº 55. COLITIS COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4; A PROPÓSITO DE UN CASO

PALACIOS M, MANSILLA B, IRIARTE M, MARAVI Z, MANSILLA P
Hospital Clínico de Magallanes, Universidad de Magallanes

La Enfermedad relacionada con la IgG4 (ERIgG4) es una patología emergente en los últimos años que se caracteriza por infiltración linfoplasmocitaria, fibrosis y aumento del número de células IgG4 (+) en los tejidos afectados.

Con mayor frecuencia compromete el páncreas, las glándulas salivales y los ganglios linfáticos, pero puede afectar otros órganos y sistemas.

Su etiología es desconocida, pero se acepta su naturaleza autoinmune. El rol en la patogenia de la IgG4 es incierto, por lo que se plantea que se trataría más bien de un epifenómeno, que de la causa directa de la enfermedad.

A continuación se describe el caso de un varón de 19 años, con antecedentes de asma en la infancia y vitíligo, que consulta por diarrea disintérica de 2 semanas evolución asociado a baja de peso y compromiso del estado general, que responde bien a antibióticos, siendo dado de alta para estudio ambulatorio.

Consulta después de un mes por recidiva de disentería, asociándose a un gran aumento de volumen facial derecho,

pétreo que se extiende hasta la zona cervical.

Se realiza estudio colonoscópico, sin alteraciones macroscópicas, cuyas biopsias informan "Colitis crónica inespecífica con actividad focal". Además se solicita ecografía y resonancia magnética de región facial derecha que muestra infiltración difusa del músculo masetero. Se biopsia m. masetero cuyo resultado fue tejido fibroadiposo con inflamación crónica inespecífica. Debido a presentar manifestaciones inflamatorias múltiples, con estudios de múltiples enfermedades infecciosas y autoinmunes negativos, se envían biopsias para inmunohistoquímica IgG4, que informan: "Colitis crónica con signos de actividad moderada y presencia de células plásticas IgG4 (+) con más de 25 células/cap", haciendo probable el diagnóstico, de acuerdo a los criterios actuales (Umehara – Okazaki 2012). El paciente inicia terapia con 1mg de prednisona/kg con buena respuesta. Actualmente la enfermedad se encuentra en remisión. Se revisa literatura al respecto, encontrándose una prevalencia del compromiso digestivo no pancreático inferior al 5% (Ardila-Suarez y cols).

Nº 56. ESCLEROMIXEDEMA: REPORTE DE UN CASO

FERREIRA P*, HORMAZABAL J, GUTIERREZ M, PEÑA A, URQUIETA M.

Hospital Naval Almirante Nef. Hospital Naval Almirante Nef. Hospital Naval Almirante Nef. Hospital Naval Almirante Nef. Hospital Naval Almirante Nef.

Introducción. El escleromixedema es una enfermedad sistémica extremadamente rara caracterizada por el depósito cutáneo de mucina asociado a una gammapatía monoclonal.

Descripción del Caso. Hombre de 65 años, hipertenso. Consultó por lesiones papulares eritematosas en cara, tronco y muslos, asociado a esclerosis en dorso de manos y antebrazos de 2 años de evolución. La biopsia de piel mostró dermatitis y mucinosis dérmica. La electroforesis de proteínas plasmáticas mostró una banda monoclonal en región gamma de 0,86 g/dl que correspondió a IgG lambda en la inmunofijación en orina. La biopsia de médula ósea mostró 20% de células CD138 y la citometría de flujo 2,7% de células plasmáticas, de las cuales 2,63% fueron clonales lambda+. Se trató inicialmente con metotrexato 10 mg a la semana y posteriormente con talidomida 50 mg al día. Ambos tratamientos fueron suspendidos por intolerancia digestiva. Tras dos años sin controles reapareció por persistencia de las lesiones cutáneas y esclerodactilia pronunciada, con hallazgos similares en la electroforesis de proteínas e inmunofijación en orina. La citometría de flujo mostró 3,5% de células plasmáticas y los plasmocitos fueron intensamente + para cadenas lambda. Se prescribió bortezomib, ciclofos-

famida y dexametasona obteniendo una buena respuesta.

Discusión. Se presenta un caso con las características clínicas propias de escleromixedema. El diagnóstico de la enfermedad incluye la presencia de rash papular de distribución característica, similar a esclerodermia, biopsia cutánea con depósitos de mucina y proliferación de fibroblastos, gammapatía monoclonal en sangre periférica y ausencia de disfunción tiroidea. Para el tratamiento inicialmente se utilizaba melfalan y prednisona, más recientemente se usa talidomida o lenalidomida, bortezomib y trasplante autólogo de células madre. Se ha comunicado un efecto beneficioso con gammaglobulina intravenosa. Este paciente se trató inicialmente con talidomida, la cual fue suspendida por intolerancia digestiva, y ante progresión de las lesiones cutáneas se administró bortezomib, ciclofosfamida y dexametasona logrando una considerable reducción de la esclerosis cutánea y de la paraproteinemia en 50%.

Conclusión. El escleromixedema es una patología muy infrecuente que puede beneficiarse clínica y serológicamente con las drogas que actualmente se utilizan para el mieloma múltiple.

Nº 57. EL ÍNDICE DE RENDIMIENTO FÍSICO OBJETIVO DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (ASPI) ES ALTAMENTE CONFIABLE Y FACTIBLE EN PACIENTES CHILENOS

VAN BENTUM R, IBÁÑEZ S*, VALENZUELA F, POBLETE M, VAN WEELY S, VALENZUELA O, VAN DER HORST-BRUINSMA I.

VUmc, Amsterdam, Países Bajos. Fac. Medicina Clínica Alemana -UDD, Chile. Centro médico de Universidad de Leiden, Países Bajos.

Introducción: En la espondiloartritis axial (EspAax), la preservación del funcionamiento físico es un objetivo importante. La prueba del Índice de rendimiento físico de espondilitis anquilosante (ASPI, por sus siglas en inglés) es la primera que evalúa el funcionamiento físico en pacientes con EspAax con una medida de rendimiento¹.

Objetivos: Evaluar la confiabilidad y la factibilidad de la prueba ASPI en pacientes con EspAax en Chile.

Métodos: Cuatro personas bilingües tradujeron al español las instrucciones. Los pacientes con EspAax que cumplieran con los criterios de clasificación ASAS, ≥ 18 años, fueron elegibles para participar en el estudio. El ASPI consta de 3 pruebas: 1) "recoger 6 lápices uno por uno", 2) "ponerse los calcetines" y 3) "levantarse del piso". Para cada prueba se registró el tiempo de rendimiento, el dolor informado por el paciente (0-10) y esfuerzo (Borg, 0-10). Para las pruebas 2 y 3, se calculó la media de tres repeticiones. Para evaluar la viabilidad se registró la duración total de ASPI. Al inicio del estudio ASPI se realizó dos veces en todos los pacientes, por dos observadores. La confiabilidad intraobservador se realizó 1 a 3 semanas des-

pués. Se obtuvieron las características de la enfermedad, el tratamiento actual, BASDAI, ASDAS, BASFI, BASMI, CRP, ESR. Para los análisis de confiabilidad se informaron los coeficientes de correlación intraclase o kappa ponderada (para variables no paramétricas) con intervalos de confianza del 95%.

Resultados: Se incluyeron 68 pacientes (43% mujeres, edad 44 (DE 12) años). La fiabilidad interobservador y test-retest se probaron en 61 y 39 pacientes respectivamente. La duración media de ASPI fue de 9 (SD 3) minutos, y el 82% fue capaz de realizar todas las pruebas. La confiabilidad interobservador y test-retest (intra-evaluador) fueron respectivamente buenos a excelentes (ICC 95% CI: 0.81-0.99) y moderados a excelentes (ICC 95% CI: 0.68 - 0.98). El dolor y el esfuerzo durante la ASPI mostraron una menor confiabilidad.

Conclusión: A pesar de la alta actividad de la enfermedad y las diferencias en el acceso al tratamiento entre los pacientes en Chile, el ASPI fue altamente factible, con alta fiabilidad interobservador y test-retest, incluso algo más alta que la reportada previamente. ASPI parece apropiado para la evaluación objetiva del funcionamiento físico en pacientes EspAax en América Latina.

Financiamiento: ASAS

Nº 58. EFECTO DE LA TERAPIA EN CAPSULAS HIPERBARICAS EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA

LILIAN SOTO, FRANCISCA TALA, ANTONIA BAYO

Médico reumatólogo HCUCH ayudantes alumnas de Medicina, U de Chile

Introducción. Esclerosis sistémica es una enfermedad autoinmune crónica, donde los síntomas debido a isquemia y fibrosis tisular, no han mostrado respuesta a terapias convencionales. La terapia con Oxígeno a alta presión (HBOT) consiste en aumentar el índice de oxigenación tisular usando oxígeno al 100% administrado a una mayor presión que la atmosférica. HBOT es un procedimiento no invasivo que se ha probado como eficaz en Medicina del Deporte, Diabetes y otras patologías. El bajo riesgo de efectos adversos y la mejoría de la irrigación tisular, la posicionan como una innovadora forma de terapia no farmacológica en esta afección. Se presentan dos casos de pacientes portadoras de ES de más de 10 años de evolución con isquemia severa tratadas con sesiones de HBOT.

Resultados. Caso Clínico 1: 60 años, con diagnóstico de Esclerosis sistémica limitada desde 1998 (criterios ACR) antecedentes de F de Raynaud severo, úlceras digitales recurrentes, compromiso pulmonar (NSIP). Se presenta a control con crisis de Raynaud prolongadas y nuevas úlceras. Recibía tratamiento

convencional con Micofenolato clopidogrel y Bosentan. Inicia sesiones de HBOT más registro fotográfico de úlceras y EVA de dolor. Luego de 12 sesiones de alrededor de 60-90 minutos de O₂, paciente nota reducción del EVA 9 a 3/10 y reducción de las úlceras digitales. **Caso Clínico 2:** 59 años, ES limitada, inicia con fenómeno de Raynaud en 2006. Compromiso esofágico sin compromiso intersticial pulmonar ni hipertensión. Úlceras de EEII por 9 años, múltiples tratamientos convencionales y no convencionales, con un intenso manejo de vasodilatadores. En abril de este año, se constata aumento del área y profundidad de dos úlceras de EEII y acrocianosis persistente de los dos dedos medios de sus manos. Inicia terapia HBOT, 42 sesiones de oxígeno en cámara de 1.3 ATA, se observa una disminución considerable de la profundidad de la úlcera, mejoría en coloración de manos, disminución de EVA 10 a 0. No hubo efectos adversos. **Conclusiones.** La terapia HBOT podría ser una terapia eficaz y segura en pacientes ES con isquemia refractaria a otras medidas.

Nº 59. SMOKING REDUCES THE EFFICACY OF BELIMUMAB IN MUCOCUTANEOUS LUPUS

GÓMEZ A* (1,2), PARODIS I (2), FRODLUND M (3), JÓNSEN A (4), ZICKERT A (2), SJÖWALL C (3), BENGTTSSON A (4), GUNNARSSON I (2).

1. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 2. Rheumatology, Department of Medicine, Karolinska Institutet. 3. Rheumatology, Linköping University. 4. Rheumatology, Lund University.

Introduction: Belimumab is indicated as on-therapy in adult patients with active SLE. However, the need for defining patient subsets in which belimumab may be most beneficial still remains.

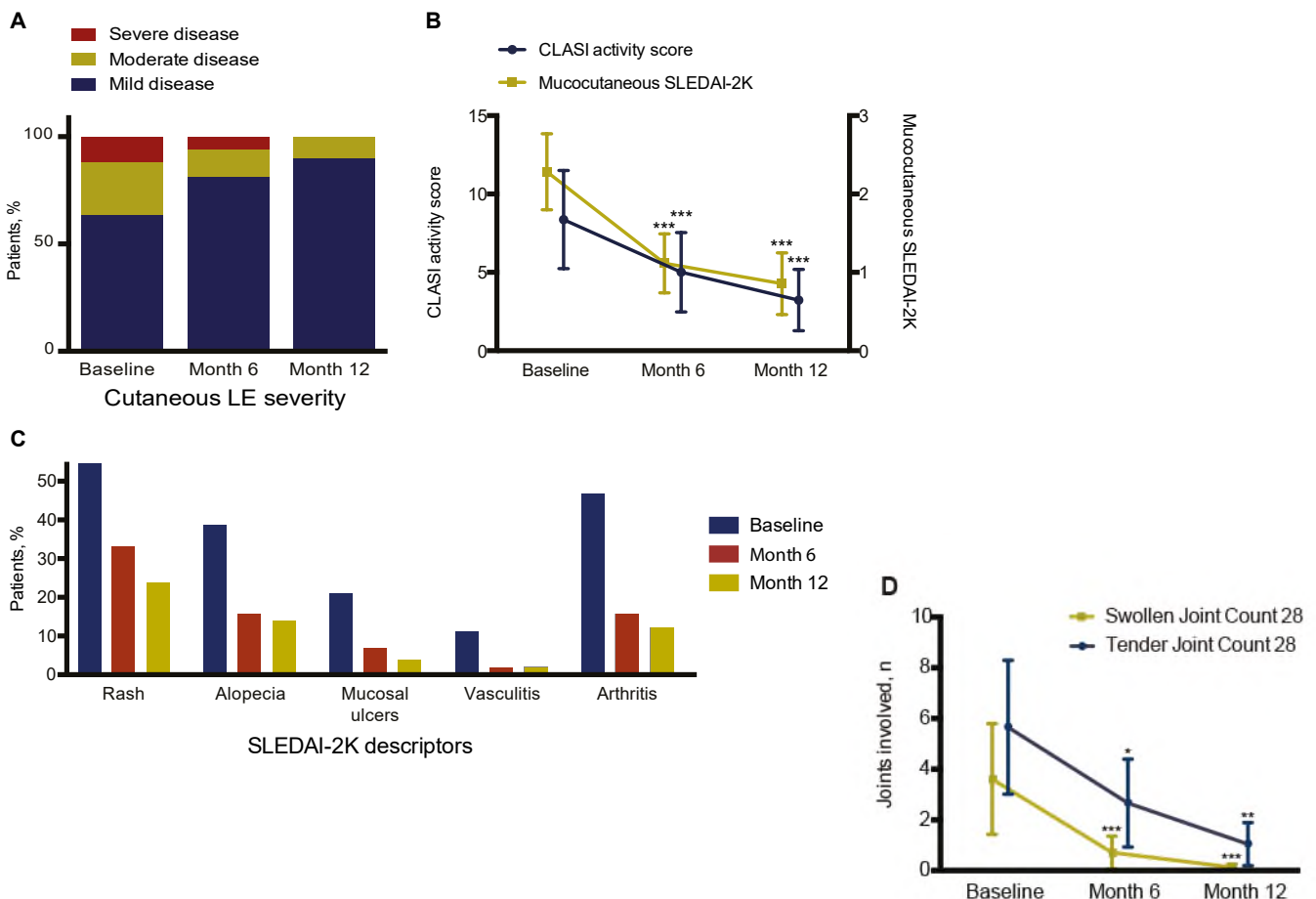
Objectives: We investigated clinical effects of belimumab and a potential impact of smoking in mucocutaneous and articular SLE.

Methods: We surveyed 62 SLE patients treated between 2011 and 2017. Evaluation included the mucocutaneous descriptors of SLEDAI-2K (rash, alopecia, mucosal ulcers; mcSLEDAI-2K), CLASI, the arthritis SLEDAI-2K descriptor (arSLEDAI-2K) and the 28-joint count.

Results: mcSLEDAI-2K and CLASI activity decreased from baseline to month 6 and 12 ($P < 0.001$ for all). No worsening in CLASI damage was observed. Current or previous smokers displayed a higher probability of unchanged/worsened mcS-

LEDAI-2K compared to never smokers (OR: 6.4; 95% CI: 1.5–27.4; $P = 0.012$), also after adjustment for antimalarial agents. arSLEDAI-2K scores had decreased at month 6 ($P < 0.001$) and 12 ($P < 0.001$). Likewise, tender and swollen 28-joint counts had improved at month 6 ($P = 0.010$ and $P < 0.001$, respectively) and 12 ($P = 0.001$ for both). We observed no impact of smoking on belimumab efficacy in articular SLE.

Conclusion: Belimumab treatment combined with background therapy was efficacious in limiting mucocutaneous and articular symptoms in patients with SLE. We observed a negative impact of smoking on the efficacy of belimumab in mucocutaneous SLE. In contrast, no impact of smoking on belimumab efficacy was seen in patients with articular manifestations. Our data suggest that smoking cessation interventions should be encouraged in smokers who qualify for treatment with belimumab.



Nº 60. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES EN CONTROL EN POLICLÍNICO DE REUMATOLOGÍA-BRONCOPULMONAR HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA D.

*RODRÍGUEZ B. , BAUMERT C.1, MARTÍNEZ C.1, VEGA F. , CEA X.2, DUMÉNEZ V.1

1 Unidad de Reumatología, HHA. 2 Unidad Broncopulmonar, HHA. Depto Medicina Interna Universidad de La Frontera.

Introducción : Las enfermedades del tejido conectivo (ETC) comprometen gran variedad de órganos, siendo la afectación pulmonar una de las más comunes. Puede presentarse en 15% de las ETC y afectar todas las estructuras respiratorias. Se presenta previo o posterior al diagnóstico de la ETC, y su tratamiento adecuado tiene impacto pronóstico. En HHA se implementó un policlínico conjunto, se presentan pacientes en control.

Objetivos: Describir características demográficas, clínicas, imagenológicas y serológicas de pacientes con ETC y compromiso pulmonar.

Métodos: Serie de casos, corte transversal. Se reclutaron 50 pacientes, con diagnóstico de ETC y compromiso pulmonar entre septiembre 2018-julio 2019. Se incluyeron exámenes serológicos, espirometría, DLCO, Test de marcha, Radiografía y TAC de tórax. Se presentan resultados como promedios, desviación estándar (DS) y porcentajes.

Resultados: Total 50 pacientes, 80% mujeres. 78% mayores de 50 años. 44% trabajadores activos, 10% pensión de

invalidez. 90% FONASA, 86% de Araucanía Sur. Promedio 5,9 años \pm 9 previo a diagnóstico del compromiso pulmonar, diagnóstico simultáneo 22% y previo en 8%. 40% con diagnóstico de artritis reumatoide (AR), 16% síndrome sobreposición, 14% esclerosis sistémica progresiva, 10% Sjögren primario, 8% LES, 6% Sd. antisintetasa, 4% vasculitis ANCA. Manifestación clínica: enfermedad pulmonar intersticial 82% y enfisema 5%. Síntoma inicial disnea en 34%, hallazgo en radiografía 18%, tos 12%. La radiografía patrón intersticial 75%, alveolar 15%, normal 10%. Pacientes con AR 65% patrón UIP, 35% NSIP, 5% nódulos pulmonares; 9,5 años de evolución al diagnóstico, 80% mujeres, 45% tabaquismo.

Conclusiones: Predominio mujeres > de 50 años, más de 5 años de evolución de ETC basal. Compromiso pulmonar fue previo en 8%, similar a lo reportado. AR y Síndrome Sobreposición diagnósticos más frecuentes. En AR, de acuerdo a la literatura, mayoría seropositivo, compromiso pulmonar tardío (9,5 años), mayoría UIP, cerca de 5% de nódulos pulmonares, casi la mitad fuma.

Tabla 1.
Características clínicas y sociodemográficas (n:50).

Sexo femenino, n (%)	40 (80)
Promedio edad en años, Media \pm DS	63 \pm 12,6
Rango de edad en años	20 a 87
FONASA, n (%)	45 (90)
Prevalencia tabaquismo, n (%)	29 (58)
Prevalencia HTA, n (%)	18 (38)
Prevalencia DM, n (%)	7 (14)
Años evolución enfermedad de base, Media \pm DS	5,9 \pm 9
Prevalencia Artritis Reumatoide, n (%)	20 (40)
Artritis reumatoide seropositiva, n (%)	16 (80)
Años evolución Artritis reumatoide al compromiso pulmonar en años, Media \pm DS	9,5 \pm 9
Anticuerpos antinucleares positivos, n (%)	23 (46)
Enfermedad pulmonar intersticial, n (%)	41 (82)
Espirometría normal, n (%)	33 (66)
Patrón UIP en TAC, n (%)	17 (34)
Patrón NSIP en TAC, n (%)	16 (32)

Nº 61. ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO ASOCIADO A MORFEA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

ZAMORANO P*, HERNÁNDEZ C, WURMANN P, SABUGO F, VALENZUELA F, VELÁSQUEZ C.

Becados Reumatología Hospital Clínico Universidad de Chile. Reumatóloga Hospital Clínico Universidad de Chile. Dermatólogo Hospital Clínico Universidad de Chile. Becado Medicina Interna Universidad de Chile

Introducción: La enfermedad de Still del adulto (ESA) es una enfermedad autoinflamatoria de etiología desconocida. El 80% de los pacientes tiene compromiso cutáneo típicamente maculopapular asalmonado, placas eritematosas, lesiones pustulares entre otras. La asociación con Morfea no ha sido descrita. **Objetivo:** Describir dos casos de ESA que presentaron Morfea. **Método:** descripción de caso y revisión de literatura. **Resultados:** **Caso 1:** Mujer de 61 años con 7 meses de fiebre y compromiso del estado general (CEG), poliadenopatías y derrame pericárdico; leucocitosis, alza de parámetros inflamatorios, LDH 1733 y ferritina 27293. Pruebas infecciosas e inmunológicas negativas. Biopsia de adenopatía con hiperplasia interfolicular con predominio linfocitos T y proliferación inmunoblástica compatible con ESA. Se inicia tratamiento con hidroxicloroquina 200 mg y prednisona 7.5 mg con buena respuesta. Evoluciona con CEG, poliartalgias, lesiones eritematosas y aumento de volumen en cara lateral de muslo. Biopsia de lesión informa infiltrado dermo e hipodermis perivascular de linfoplasmodios compatible con morfea. Se repite ANA 1/640 centrómero. **Caso 2:** Mujer 39 años desarrolla placa eritema-

tosa dolorosa en muslo derecho de 3 meses, progresiva a pesar de antibióticos múltiples. Se agrega poliartritis febril con rash evanescente y odinofagia. Destaca alza de parámetros inflamatorios, LDH 677, ferritina 1399, uno de 3 determinaciones de ANA + 1/80 moteado, resto de estudio de autoinmunidad(-), estudio infeccioso negativo. Imágenes sin hallazgos significativos. Se inicia prednisona 60 mg/día y metotrexato, logrando remisión de sintomatología. Evoluciona con placa hiperpigmentada en muslo derecho de 12 x 6 cms con atrofia progresiva de piel y plano muscular. Biopsia con presencia de infiltrado perivascular e intersticial de neutrófilos, linfocitos y células plasmáticas en dermis compatibles con morfea profunda. **Conclusiones:** Se describen 2 casos compatibles con ESA inicialmente, al que se le asocia presencia de morfea en el seguimiento, lo que fue corroborado con histología. La asociación de ambas entidades no está descrita en la literatura, lo que puede deberse a la baja incidencia de ambas enfermedades y la falta de estudio al respecto. La descripción de las características clínicas y de la evolución nos ayuda a entender mejor el comportamiento de estas enfermedades.

Nº 62. PREDICTORS OF LOW DISEASE ACTIVITY AND CLINICAL REMISSION FOLLOWING BELIMUMAB TREATMENT IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

GOMEZ A* (1,2), PARODIS I, (2,3), JOHANSSON P (2,3), SOUKKA S (2,3), EMAMIKIA S (2,3), CHATZIDIONYSIOU K (2,3).

1.Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Chile. 2.Division of Rheumatology, Department of Medicine, Karolinska Institutet, Sweden. 3. Rheumatology, Karolinska University Hospital, Sweden.

Introduction. Belimumab, a monoclonal antibody towards the soluble B lymphocyte stimulator, is the only biologic agent approved for the treatment of SLE. Identifying predictors of response is important for an adequate selection of patients, especially in resource-limited health care systems.

Objectives. To identify predictors of low disease activity and clinical remission following belimumab treatment in SLE.

Methods. SLE patients who received belimumab 10 mg/kg (N= 563) in the BLISS-52 and BLISS-76 clinical trials were surveyed. The performance of baseline factors in predicting attainment of low disease activity (defined as Lupus Low Disease Activity State) or clinical remission [defined as clinical (c) SLEDAI-2K = 0] at week 52 from treatment initiation was evaluated using logistic regression. Organ damage was assessed using the SLICC/ACR Damage Index (SDI).

Results. We demonstrated a negative impact of established organ damage on attainment of Lupus Low Disease Activity State [SDI>0; odds ratio (OR): 0.44; 95% CI 0.22, 0.90;

P = 0.024] and the primary Lupus Low Disease Activity State condition, i.e. SLEDAI-2K ≤ 4 with no renal activity, pleurisy, pericarditis or fever (SDI>1; OR: 0.46;

95% CI 0.27, 0.77; P = 0.004); cognitive impairment/psychosis was found to mainly account for the latter association. Baseline SDI scores>1 predicted failure to attain cSLEDAI-2K = 0 (OR: 0.53; 95% CI 0.30, 0.94; P = 0.030), with cutaneous damage mainly driving this association. Anti-dsDNA positivity increased (OR: 1.82; 95% CI 1.08, 3.06; P = 0.025) and cardiovascular damage reduced (OR: 0.13; 95% CI 0.02, 0.97; P = 0.047) the probability of attaining cSLEDAI-2K = 0 along with a daily prednisone equivalent intake restricted to ≤ 7.5 mg.

Conclusion. Belimumab might be expected to be more efficacious in inducing low disease activity and clinical remission in SLE patients with limited or no organ damage accrued prior to treatment initiation. Patients with positive anti-dsDNA titres might be more likely to achieve clinical remission along with limited or no CS use.

Nº 63. CARACTERIZACIÓN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, BAJO TRATAMIENTO BIOLÓGICO, DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (HSJDD)

REDONDO VÍCTOR *(2), ZAPATA JEREMY(2), GOMEZ YARELLA (2), TREJO CECILIA.(1,2)

1)Departamento de Reumatología Hospital San Juan de Dios. 2)Facultad de Medicina Universidad de Chile

Introducción: El concepto actual del manejo de la Artritis Reumatoide es lograr el diagnóstico temprano e inicio de tratamiento con drogas biológicas precozmente para evitar daño articular, mejorar pronóstico y calidad de vida.

Objetivos: Caracterizar población con AR bajo tratamiento biológico en la Unidad de Reumatología del HSJDD, causal para inicio de fármacos biológicos modificadores de la enfermedad (bDMARD) e impacto evolutivo de la enfermedad.

Método: 191 pacientes con AR ingresados a LRS con biológicos en Reumatología, HSJD desde enero 2016 hasta mayo 2019. Se evaluó sexo, edad, serología, tiempo de evolución, tratamiento previo, comorbilidades, uso bDMARD, su distribución y respuesta a tratamiento (DAS 28 –VHS). Causal de fracaso a bDMARS. Método estadístico: base de estadística descriptiva basada en tablas de frecuencia. Comparación DAS 28: prueba de t de student.

Resultados: Predominio femenino (94.8%), edad media (54.2 años), tiempo de evolución de la AR (1-44 años, media 12.7 años), factor reumatoide (+) 75.4%, anti ccp (+) 64.9%. Comorbilidades: HTA 41.4%; DM2 16.2%; Cáncer 3.1%; Hipotiroidismo 15.7% TBC latente 26%; Tabaquismo 31.4%; Com-

promiso extraarticular: EPD 5.75%, Nódulos pulmonares 3.1%, Escleritis 0.5%, vasculitis cutánea 0.5%, nódulos reumatoideos 0.5%. Sobreposición Enfermedad autoinmune: Sjogren 22.5%, Psoriasis 2.6%, LES 0.5%, Cirrosis biliar primaria 0.5%, Nefropatía por IgA 0.5%. Actividad clínica (DAS 28) promedio al inicio de bDMARDs: 6.36; último control bajo tratamiento biológico: 3.2 (p <0.005) Abatacept 109(57.1%); Adalimumab 46 (24.1%); Etanercept 32 (16.8%); Rituximab 4 (2.1%) Causal de cambio bDMARS: falla tratamiento a un bDMARS 15.7%, a 2 bDMARS 0,5% Por RAM 1,5%.

Conclusiones: El uso de bDMARS ha cambiado el curso de la enfermedad en nuestra población, mejorando calidad de vida, evitando discapacidad. Todas las drogas biológicas disponibles para la AR en la Ley Ricarte Soto (LRS) han tenido muy buena respuesta, el caso de Abatacept la más usada, por ser la primera otorgada en LRS. Los fracasos por resistencia a un primer biológico o RAM es muy baja. El resultado del tratamiento con bDMARS, reflejado en la escala de respuesta a tratamiento (DAS VHS) han sido muy favorables, al igual que lo descrito en la literatura.

Nº 64. CARACTERIZACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS (EA) ASOCIADOS A TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN ARTRITIS REUMATOIDE (AR) DPTO. REUMATOLOGÍA, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

ZAPATA JEREMY (*2), REDONDO VÍCTOR (2), GÓMEZ YARELLA (2) TREJO CECILIA (1,2)

1) Departamento de Reumatología Hospital San Juan de Dios 2) Facultad de Medicina. Universidad de Chile

Introducción: La introducción de fármacos biológicos modificadores de la enfermedad revolucionó el tratamiento de patologías como la Artritis Reumatoide. Así, es vital identificar, evaluar y prevenir los efectos adversos asociados a estos fármacos. En Chile, son drogas de reciente uso y existen pocos datos publicados, ante lo cual es importante establecer la prevalencia de eventos adversos.

Objetivos: Describir los EA asociados al tratamiento biológico en la población de pacientes con Artritis Reumatoide en la unidad de Reumatología del Hospital San Juan de Dios.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de los EA asociados al tratamiento biológico en pacientes de la unidad de Reumatología del HSJDD (enero 2016 - mayo 2019). Se identificó severidad de EA según la OMS. Método estadístico: T student; análisis multivariado: RR en chi cuadrado.

Resultados: 191 pacientes ingresados, 16 (8,37%) presentaron EA, uno presentó 2 EA, del total de 17 EA. 10 fueron serios (58,82%), 7 leves (41,17%). EA infecciosos 11 (64.7%), cutáneos 2 (11,76%), otros 4, sin EA hematológicos. EA según drogas en uso: Abatacept 10, Adalimumab 5, Etanercept 2. De los pacientes: 50%

presenta comorbilidades (hipertensión, diabetes, neoplasia tratada, hipotiroidismo). Tabaquismo en 41,7%, 50% tenía antecedente de alguna RAM asociada a un sDMARD. La respuesta de la AR según DAS 28 promedio fue 2.38 (inicio 6,65 y control de 4,27). Los pacientes con EA: 62.5% usaba 2 o más sDMARD, 6.25% sin sDMARD, 62,5% sDMARD y corticoides, ninguno usaba sobre 10 mg de prednisona. No hubo casos de tuberculosis. 01 fallecido por evento cardiovascular. EA serios no se asoció a presencia comorbilidades, tampoco tabaquismo, ni presencia de uso de múltiples sDMARDs o corticoides (p>0.05). Comparativamente con el grupo sin EA (175 pacientes), ambos significativamente tuvieron variación del DAS, siendo mayor en el grupo sin EA (2,38 v/s 3,14).

Conclusión: EA en nuestros pacientes es similar a series internacionales. El uso concomitante de otros fármacos modificadores, corticoides y otra comorbilidad, si bien son prevalente dentro de este grupo, no se asociaron a mayor riesgo de EA. El fármaco más prevalente nuestra serie fue Abatacept, el cual también es el que lleva más tiempo de uso en la unidad y por lo mismo, más probabilidad de registrar EA. El seguimiento puede cambiar esta observación.

Nº 65. CONCORDANCIA EN LOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS (MII).

BOZÁN MF, SAAVEDRA S, VERGARA K, GOECKE A, GATICA H.

Hospital Clínico Universidad de Chile

Objetivos: Comparar concordancia y disparidad en el nivel de certidumbre diagnóstica en un grupo de pacientes chilenos con MII utilizando los criterios de clasificación de Bohan y Peter y los de EULAR/ACR 2017.

Pacientes y métodos: Se analizaron 34 pacientes adultos con MII, 22 Dermatomiositis (DM) y 12 Polimiositis (PM), según los criterios de Bohan y Peter, registrándose el nivel de certidumbre diagnóstica (definitivo, probable y posible). Los pacientes fueron re-clasificados con los criterios EULAR/ACR respecto del nivel del certidumbre. Los análisis de concordancia y disparidad se efectuaron considerando el acuerdo estricto entre los niveles de certidumbre de ambos criterios, utilizando el Coeficiente Kappa ponderado de Cohen, que considera la magnitud de desviación entre las categorías de certidumbre diagnóstica, y que se calculó para la cohorte completa y para los grupos diagnósticos. Se evaluó a los pacientes con discordancia, de los mismos subgrupos, mediante tablas de contingencia simples. Se analizó el vector de cambio (ganancia o pérdida de certidumbre) y su relación con el subgrupo diagnóstico. La estadística descriptiva se expresa como categorías diagnósticas, número de pacientes y tasas.

Resultados: Para la cohorte completa la concordancia fue baja. Lo mismo para los dos subgrupos. La mayoría de las discordancias fueron de un nivel de disparidad. Para los 22 pacientes con DM, la tasa observada de concordancia fue de 72.7% (15 definitivas, 1 probable). La tasa observada de disparidad fue de 27.3%. El vector de cambio fue de ganancia de un nivel de certidumbre en 9.1% y de dos en 18.2% de los pacientes al aplicar los criterios EULAR/ACR respecto a los de Bohan y Peter. Para los 12 pacientes con Polimiositis, la tasa observada de concordancia fue de 41.7% (3 definitivas y 2 probables). La tasa observada de disparidad fue de 58.3%. El vector de cambio fue de pérdida de certidumbre de un nivel en 85,7% de los dispare (uno pasó de probable a posible). Solo un paciente tuvo ganancia de certidumbre de un nivel (14.3%).

Conclusiones: La concordancia estricta entre ambos criterios de clasificación fue baja. Las concordancias observadas fueron mejores en pacientes con DM que PM. En los pacientes con DM las disparidades implicaron ganancia en el nivel de certidumbre diagnóstica, mientras que en PM hubo mayormente pérdida del nivel de certidumbre.

Nº 66. MONOARTRITIS CRÓNICA DE RODILLA, UN RETO DIAGNÓSTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

GRÜNHOLZ D*, SAPAAG J, NOSSA J, WAINSTEIN E

Hospital Militar de Santiago

Introducción: La monoartritis crónica de rodilla es una entidad frecuente, y constituye un desafío diagnóstico, las causas más frecuentes además de las traumatológicas y degenerativas, son las artropatías por cristales, las artritis infecciosas principalmente bacteriana. Además, puede ser la manifestación inicial de enfermedades inflamatorias poliarticulares. El Mycobacterium Tuberculosis es una etiología muy poco frecuente. La tuberculosis es una de las principales causas por muerte infecciosa, especialmente en África; en Chile la incidencia para 2016 fue 14 casos por cada 100.000 habitantes. Hasta 2% de las tuberculosis pueden ser osteoarticulares, se describen en columna vertebral y en cadera y rodilla.

Caso clínico: Hombre de 59 años con antecedentes de cáncer testicular. Historia de patología meniscal por lo cual recibió infiltración con ácido hialurónico en 3 ocasiones durante el 2018. Evoluciona con artritis crónica de rodilla. El estudio demostró hemograma, vhs, PCR, FR, Ac anti ccp, hlab27, vih negativo, radiografía de tórax normal. El estudio de líquido articular leucocitos 2500 60% de polimorfonucleares glucosa y proteínas normales, artroscopia y biopsia sinovial reporta

sinovitis crónica granulomatosa activa con aspecto "sarcoido-tica like". Tinción *kinyoun* y PCR para *mycobacterium tuberculosis* en líquido sinovial negativas. BK y cultivos de líquido articular negativos. Dual CT negativo para cristales. Se interpreta como Artritis seronegativa y se inicia tratamiento con esteroides en dosis bajas y metotrexato, paciente evoluciona con baja de peso, sudoración profusa y gran compromiso del estado general. Se hospitaliza para estudio, TAC de tórax nodulillos múltiples pulmonares con patrón miliar, evoluciona con compromiso de conciencia. GenXpert en Lavado broncoalveolar y en líquido céfaloraquídeo positivo para M. Tuberculosis. Se inicia tratamiento con Rifampicina Isoniacida moxifloxacino y Amikacina con mejoría progresiva.

Discusión: La artritis tuberculosa es una causa infrecuente de monoartritis crónica. Es un diagnóstico complejo, habitualmente tardío por lo inespecífico y poco frecuente en su presentación. En la literatura se describe una incidencia de menos del 0.15%. es mas frecuente en inmunocomprometidos y en adolescentes Se requiere alta sospecha diagnóstica especialmente en países con alta endemia.

Nº 67. ENTEROPATIA LUPICA. SERIE DE DOS CASOS

GAETE D, RODRIGUEZ B, MARTINEZ C, PINTO A.

Hospital Dr. Hernan Henriquez Aravena (regional de temuco)

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que puede afectar cualquier órgano. El compromiso gastrointestinal es poco frecuente.

Material y Método: Estudio de reporte de casos del Hospital Dr. Hernán Henríquez.

Caso nº1: Mujer, 40 años, antecedentes de LES con compromiso cutáneo, articular y renal. Inducción inicial con esquema Eurolupus, logra remisión y continúa con mantención. Dos años de finalizado tratamiento inmunosupresor evolucionado con malestar general, vómitos biliosos, compromiso función renal y dolor abdominal. TAC abdomen informa íleo mecánico, sin obstrucción. Persistiendo con dolor epigástrico y náuseas, elevación de parámetros inflamatorios, hipocomplementemia y orina inflamatoria. Se hospitaliza para manejo, destaca acidosis metabólicas moderada, anemia, trombocitosis y procalcitonina elevada por foco infeccioso urinario; urocultivo positivo para E. Coli. Se inicia tratamiento antibiótico, con evolución renal favorable, manteniendo hipoalbuminemia. Ecografía renal compatible con nefropatía médica. Persiste con deposiciones diarreicas, decidiéndose realizar cintigrama con albumina marcada con TC 99m, siendo positivo para entero-

patía perdedora de albumina secundaria a enteropatía lúpica.

Caso nº 2: mujer de 75 años, antecedentes de HTA, DM2 IR. Consulta por edema generalizado, inicio progresivo una semana de evolución llegando a anasarca, disminución capacidad funcional, ortopnea, disnea paroxística nocturna, oliguria, diarrea y aumento de volumen de muñecas ocasional. Evoluciona con cuadro diarreico dos semanas de duración. Laboratorio destaca anemia, trombocitosis, linfocitopenia leve, hiponatremia e hipoalbuminemia. Perfil ENA (+) RNP (+) SM (+) LA (+), ANA (+) 1/2560 patrón moteado FR (+) 90.1 e hipocomplementemia. Ecografía abdominal: dilatación hepatocolédoco. Se realiza estudio de hipoalbuminemia, sospechándose aumento de pérdida intestinal vs alteración de la distribución intra y extravascular. Se encuentra una enteropatía perdedora de albumina secundaria a LES siendo confirmado por medio de cintigrama con albumina humana marcada con 99m TC, presenta buena respuesta a tratamiento corticoidal.

Conclusión: La enteropatía lúpica debe ser sospechada siempre en pacientes con LES activo que presenten dolor abdominal, edema generalizado, diarrea e hipoalbuminemia.

Nº 68. HEPATITIS FULMINANTE SECUNDARIA A SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO

ARANCIBIA J*, ARANEDA G, GONZÁLEZ I, VEGA J, GUTIÉRREZ M.

Servicio de Medicina Interna, Hospital Naval Almirante Nef. Servicio de Gastroenterología, Hospital Naval Almirante Nef. Clínica Santa María. Hospital Naval Almirante Nef. Hospital Naval Almirante Nef

Comunicamos el caso de una mujer de 45 años con antecedente de enfermedad de Still del adulto, quien presentó fiebre de 5 días de evolución hasta 39,5°C asociada a artralgias en manos y rodillas. Se hospitalizó para su estudio. El sedimento de orina mostró características inflamatorias indicándose ceftriaxona endovenosa con persistencia de la fiebre. Días después apareció ictericia (Bb total: 14 mg/dl), elevación de transaminasas (GOT: 2230 U/L, GPT: 2232 U/L) y prolongación del tiempo de protrombina (19%), leucocitosis 15.000 mm³, elevación de ferritina > 28.000 ug/L, culminando en falla hepática aguda. Al día 10° de hospitalización, la paciente presentó rápido deterioro de su nivel de conciencia. Por su empeoramiento progresivo y falla hepática fulminante se consideró efectuar un trasplante hepático. Posteriormente, presentó pancitopenia, planteándose el diagnóstico de "síndrome de activación macrofágica" como complicación de la enfermedad de Still del adulto. La determinación de sCD25 fue muy elevada.

Conclusión: El síndrome hemofagocítico o síndrome de ac-

tivación macrofágica es un trastorno raro, caracterizado por activación y proliferación excesiva no neoplásica de macrófagos. Existen varios criterios diagnósticos, de los cuales estuvieron presentes en esta paciente: fiebre > 38,5°C, elevación de ferritina >500 ug/L, elevación de sCD25 >2.400 IU/mL, hipertrigliceridemia > 265 mg/dl y citopenias de al menos 2 de las líneas celulares. Lamentablemente la paciente no alcanzó a recibir un injerto hepático y falleció de insuficiencia hepática.

Tabla 3. Criterios diagnósticos de la linfocitosis hemofagocítica

1. **Diagnóstico molecular** basado en encontrar mutaciones específicas en los genes *PRF1* o *MUNC13-4*
2. **Diagnóstico clínico-analítico** basado en el cumplimiento de al menos cinco de los siguientes ocho criterios:
 - Fiebre persistente
 - Esplenomegalia
 - Citopenia en dos o más líneas celulares:
 - Hb <9 g/dl (en el primer mes de vida: Hb <10 g/d)
 - Plaquetas <100 x 10⁹/l
 - Neutrófilos <1 x 10⁹/l
 - Hipertrigliceridemia ≥3 mmol/l en ayunas y/o hipofibrinogenemia <1,5 gr/l.
 - Ferritina ≥500 µg/l.
 - Hemofagocitosis en médula ósea o ganglios, sin evidencia de proceso maligno.
 - Elevación del sCD 25 (sIL2R α).
 - Disminución o ausencia de la actividad citolítica de las células NK.

Hemofagocitosis: macrófagos bien diferenciados fagocitando células hematopoyéticas; **NK:** células *natural killer*; **sCD 25 (sIL2R α):** receptor soluble de la cadena alfa de la interleucina-2.

Nº 69. FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES PORTADORES DE VASCULITIS ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTI-CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS DE LA PROVINCIA DE OSORNO

OYARZÚN C*1, COLILEF D2, OLIVARES L2, ARRIAGADA MS1, BIERE A1, HERMOSILLA C1, GONZÁLEZ J1

1 Instituto de Medicina Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. 2 Internos, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Osorno, Chile

Introducción: Las vasculitis asociadas a anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos (VA-ANCA) son un grupo de enfermedades caracterizadas por el compromiso inmuno-mediado de los pequeños vasos y capilares, produciendo necrosis e inflamación, lo que conduce a isquemia y daño orgánico e incluso la muerte. No existen datos epidemiológicos de las VA-ANCA en Chile. El hecho de tener una población cautiva en la provincia de Osorno permite calcular una incidencia y prevalencia más cercanas a lo real.

Objetivos: Estimar una incidencia y prevalencia de las VA-ANCA en la provincia de Osorno y describir las características de la enfermedad.

Métodos: Se revisó el registro de todos los pacientes positivos en la detección de anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA) tanto por IFI como ELISA, así como los registros de pacientes confirmados por clínica o biopsia, usuarios del Hospital Base San José de Osorno y se obtuvieron sus características clínicas y de laboratorio, tratamientos y respuestas.

Resultados: Se obtuvo registro de 32 pacientes confirmados para VA-ANCA. Sólo 2 de ellos fueron negativos en la detección de ANCA pero confirmados por clínica y biopsia. Los

diagnósticos fueron Granulomatosis con poliangeítis (GPA) 46.9%, Poliangeítis microscópica (PAM) 53.1%. No se encontraron diagnósticos de Eosinofilia y granulomatosis con poliangiitis. En base a una población de 234.122 personas para la provincia de Osorno, se obtiene una prevalencia calculada es de 13.7 casos x100.000 hab y tomando los debut de enfermedad entre junio de 2016 y junio de 2019, la incidencia anual promedio es de 3.13 x 100.000 hab. En cuanto a las presentaciones, destacan los compromisos renal, pulmonar y neurológico en 56.2, 37.5 y 18.7%, respectivamente. Los compromisos ORL, ocular y articular en 21.8, 18.7 y 25%. Sólo 5 casos fueron de la forma localizada. El BVAS promedio es de 10.43. La edad de presentación promedio para GPA y PAM es 52.4 y 64.4. El esquema de inducción más frecuente fue con corticoides y ciclofosfamida (56.2%). La tasas remisión y sobrevida en aquellos pacientes con más de 12 meses de enfermedad fue de 84.3 y 100 % respectivamente.

Conclusiones: Nuestra serie presenta una primera visión acerca de lo que pueda ser una estadística más real y puede ser el paso inicial en el desarrollo de nuevos estudios que puedan incidir en el desarrollo de políticas de salud.

Nº 71. FENOTIPO DE MONOCITOS CIRCULANTES Y ASOCIACIÓN CON RIESGO CARDIOVASCULAR EN AR

KARSULOVIC C*, TEMPIO F, GUERRERO J, GOECKE A.

ICBM, Facultad Medicina. Depto Medicina, HCUCH. Sección Reumatología, HCUCH.

Introducción: En Artritis Reumatoide (AR), la principal causa de muerte es la enfermedad cardiovascular (ECV). El riesgo CV en AR no se explica del todo por factores clásicos de riesgo CV, ni aun considerando actividad inflamatoria. El fenotipo de los macrófagos (M ϕ) en la placa de ateroma tiene un rol en su progresión y complicaciones. Los monocitos circulantes (M), precursores de los M ϕ , también han sido fenotipificados. El fenotipo M1 se relaciona con ateromatosis. mTORC, un complejo quinasa, y Autofagia, proceso catabólico intracelular, participan en la determinación del fenotipo de M ϕ y M y tienen modulación recíproca. No se sabe si mTORC y Autofagia se relacionan con fenotipo de M en AR y ECV.

Objetivo: Determinar la actividad de mTORC, Autofagia y relación M1/M2 de M en pacientes (pt) con AR con y sin ECV.

Materiales y métodos: Se estudió 9 pt con AR (criterios EULAR/ACR 2010) y ECV previos, 9 pt AR sin ECV pareados por demografía, características de AR, tratamiento y factores de riesgo de ECV y 6 sujetos sanos. La actividad de Autofagia (BECLIN1 y LC3II) se midió por ELISA. Se realizó fenotipificación de M, cuantificación de IL-1 β e IL-6 intracelular y actividad

mTORC por citometría de flujo en M de sangre periférica. Para el análisis se utilizó ANOVA y las correlaciones con coeficiente de Pearson. Hubo aprobación por comité de ética y los participantes otorgaron consentimiento informado.

Resultados: Pt con AR y ECV tienen mayor frecuencia de M1 circulantes que pt sin ECV (78+-12% v/s 56,9+-14% p<0,01) La relación M1/M2 está elevada en pt con ECV respecto a sin ECV y controles sanos (18+-7% v/s 9,1+-4,2% v/s 7,18+-3,2 p<0,02, p<0,005 respectivamente). IL-1 β e IL-6 intracelular están elevadas en pt con AR y ECV (26,1+-11 v/s 14+-4,6% p<0,001) e IL-1 β se correlacionan con el fenotipo M1 (r=0,51, p<0,02). mTORC está elevado en AR respecto a sujetos sanos (2345+-324 v/s 1034+-245 p<0,001), y es mayor en AR con ECV. La autofagia está elevada en pt con AR especialmente en ECV (11+-5,2 v/s 2+-0,2 p<0,0001).

Conclusiones: Nuestro trabajo muestra por primera vez que pt con AR y ECV presentan mayor actividad de mTORC, Autofagia y aumento de frecuencia del fenotipo M1. Esto pudiera tener un rol en la patogenia de la ateromatosis de inicio temprano. De ser así, se pueden evaluar marcadores tempranos y estrategias más efectivas de prevención primaria de ECV en AR.

Financiamiento: Oaic, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Nº 71. FENOTIPO DE MONOCITOS CIRCULANTES Y ASOCIACIÓN CON RIESGO CARDIOVASCULAR EN AR

KARSULOVIC C*, TEMPIO F, GUERRERO J, GOECKE A.

ICBM, Facultad Medicina. Depto Medicina, HCUCH. Sección Reumatología, HCUCH.

Introducción: En Artritis Reumatoide (AR), la principal causa de muerte es la enfermedad cardiovascular (ECV). El riesgo CV en AR no se explica del todo por factores clásicos de riesgo CV, ni aun considerando actividad inflamatoria. El fenotipo de los macrófagos (M ϕ) en la placa de ateroma tiene un rol en su progresión y complicaciones. Los monocitos circulantes (M), precursores de los M ϕ , también han sido fenotipificados. El fenotipo M1 se relaciona con ateromatosis. mTORC, un complejo quinasa, y Autofagia, proceso catabólico intracelular, participan en la determinación del fenotipo de M ϕ y M y tienen modulación recíproca. No se sabe si mTORC y Autofagia se relacionan con fenotipo de M en AR y ECV.

Objetivo: Determinar la actividad de mTORC, Autofagia y relación M1/M2 de M en pacientes (pt) con AR con y sin ECV.

Materiales y métodos: Se estudió 9 pt con AR (criterios EULAR/ACR 2010) y ECV previos, 9 pt AR sin ECV pareados por demografía, características de AR, tratamiento y factores de riesgo de ECV y 6 sujetos sanos. La actividad de Autofagia (BCLIN1 y LC3II) se midió por ELISA. Se realizó fenotipificación de M, cuantificación de IL-1 β e IL-6 intracelular y actividad

mTORC por citometría de flujo en M de sangre periférica. Para el análisis se utilizó ANOVA y las correlaciones con coeficiente de Pearson. Hubo aprobación por comité de ética y los participantes otorgaron consentimiento informado.

Resultados: Pt con AR y ECV tienen mayor frecuencia de M1 circulantes que pt sin ECV (78+-12% v/s 56,9+-14% p<0,01) La relación M1/M2 está elevada en pt con ECV respecto a sin ECV y controles sanos (18+-7% v/s 9,1+-4,2% v/s 7,18+-3,2 p<0,02, p<0,005 respectivamente). IL-1 β e IL-6 intracelular están elevadas en pt con AR y ECV (26,1+-11 v/s 14+-4,6% p<0,001) e IL-1 β se correlacionan con el fenotipo M1 (r=0,51, p<0,02). mTORC está elevado en AR respecto a sujetos sanos (2345+-324 v/s 1034+-245 p<0,001), y es mayor en AR con ECV. La autofagia está elevada en pt con AR especialmente en ECV (11+-5,2 v/s 2+-0,2 p<0,0001).

Conclusiones: Nuestro trabajo muestra por primera vez que pt con AR y ECV presentan mayor actividad de mTORC, Autofagia y aumento de frecuencia del fenotipo M1. Esto pudiera tener un rol en la patogenia de la ateromatosis de inicio temprano. De ser así, se pueden evaluar marcadores tempranos y estrategias más efectivas de prevención primaria de ECV en AR.

Financiamiento: OAIC, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Nº 72. TRANSFERENCIA DE ORGANELOS INTRACELULARES: UN NUEVO NIVEL DE REGULACIÓN DE LA RESPUESTA INMUNE

COURT AC1*, LE-GATT A1, LUZ-CRAWFORD P1, PARRA-CRISÓSTOMO E1, ALIAGA V2, BÁTIZ LF1, MARACAJA-COUTINHO V2, PINO-LAGOS K1, KHOURY M1,a, FIGUEROA FE1,a

1 Centro de Investigación Biomédica. Universidad de los Andes, Santiago-Chile

2 Centro de Modelamiento Molecular, Biofísica y Bioinformática, Universidad de Chile, Santiago-Chile.

Introducción: La transferencia mitocondrial (MitoT) desde células mesenquimales del estroma (MSC) contribuye a la restauración del daño tisular inmune. Dado que la función efectora del sistema inmune depende de su metabolismo celular, propusimos que la MitoT representa un nuevo nivel de control de la respuesta inmunológica.

Objetivos: Evaluar el impacto de la MitoT de MSCs de cordón umbilical (UC-MSC) sobre la diferenciación de poblaciones linfocitarias in-vitro y su efecto en un modelo animal de injuria inmunológica.

Materiales y métodos: Se evaluó la MitoT de UC-MSC con marcaje de mitocondrias (MT) en co-cultivo con mononucleares de sangre humana (MSP), por citometría de flujo y microscopía confocal. La transferencia artificial de MT (MitoCeption) se evaluó post “sorting” celular, comparando linfocitos aceptores de MT (MitoTpos) vs no aceptores (MitoTneg) por microscopía electrónica, análisis metabólico “SeaHorse”, RNA-sequencing y qRT-PCR. Se evaluó la diferenciación y función de T reguladores (Treg) in-vitro y el rol de la MitoT en la evolución de un modelo murino de Injerto-contra-Huésped (ICH).

Financiamiento: FONDECYT 1170852

Resultados: La MitoT de UC-MSC a linfocitos humanos T y B (CD3+ o CD19+) ocurrió sólo a 37°C, en forma rápida (4-5 hr), dosis dependiente y preferente para células CD4+ vs CD8+ (61% vs 19%). Se confirmó por microscopía confocal y qPCR mediante la detección de un gen mitocondrial humano en las células MitoTpos de ratón, sorteadas post co-cultivo con UC-MSCs. La MitoCeption indujo un cambio metabólico en las células blanco MitoTpos y la transcripción de un “cluster” de mRNAs característico de Tregs, incluyendo FoxP3, IL2RA, Ctla4 y Tgf-β1. Comprobamos el efecto fisiológico de esta reprogramación celular al obtener un 20% de Tregs (CD4+ CD127 low CD25+ Foxp3+) a partir de Linfocitos naïve (CD4+ CD45RA+ CD45RO-) en respuesta a la MitoCeption, sin ningún estímulo adicional. Su actividad supresora se validó en ensayos de inhibición de la proliferación de MSPs. Finalmente demostramos que la inducción del modelo de ICH con MSP-MitoTpos se asocia a mejoría clínica, mayor sobrevivencia y a una reducción del daño e infiltración tisular inmune.

Discusión: Nuestros resultados revelan un nuevo mecanismo de reprogramación de Linfocitos CD4+ y apuntan a una posible terapia basada en organelos para el control de las enfermedades mediadas por el sistema inmune.

Nº 73. CARACTERIZACIÓN DE LA RELACIÓN NEUTRÓFILO/LINFOCITO EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

CÁCERES B*1, FLORES D1, SAEZ K2, ORMAZABAL V3, CASTRO I4,5, NOVA-LAMPERTI E1 Y LAMPERTI L1

1Facultad de Farmacia. 2Facultad Ciencias Físicas y Matemáticas. 3Facultad Ciencias Biológicas. 4Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. 5Hospital Guillermo Grant Benavente Concepción.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica, de etiología aún desconocida y de carácter autoinmune caracterizada por inflamación crónica en la membrana sinovial de las articulaciones con movimiento libre y cavidad articular. En la actualidad, esta patología tiene un diagnóstico inicial confirmatorio realizado con la clínica del paciente, acompañado de exámenes de laboratorio de tipo inmunológicos y hematológicos. En los pacientes AR es necesario determinar la actividad de la enfermedad con el índice DAS28, que permite evaluar la eficacia de la terapia farmacológica administrada. El seguimiento de la evolución de la actividad de la enfermedad es fundamental para evitar discapacidad a mediano y largo plazo, ya que la injuria en la articulación es de carácter irreversible y de mal pronóstico si el cuadro inflamatorio no es controlado. El aumento de la relación neutrófilo/linfocito (NLR) se ha descrito como

un parámetro de inflamación asociado a un aumento de la respuesta innata, con predominio de neutrófilos y disminución de los linfocitos. Esta relación NLR ha demostrado ser un buen predictor de inflamación en enfermedades crónicas como diabetes y cáncer y se ha observado gran variabilidad entre etnias.

Objetivo: Caracterizar la relación NLR, en una muestra de pacientes con AR.

Métodos: Se reclutaron 11 pacientes AR y 11 controles de edades similares y mismo sexo que firmaron consentimiento informado aprobado por Comité Ético Científico. En una muestra de sangre se realizó hemograma en equipo Sysmex XS-1000i. Se dividió los valores absolutos de neutrófilos por linfocitos. Se analizaron los valores de DAS28 y VHS. Se usaron pruebas estadísticas para variables continuas.

Resultados: La NLR fue mayor en pacientes AR con un va-

lor $2,72 \pm 0,68$ versus controles con $1,56 \pm 0,34$ $p < 0,0001$. Para la clasificación de la actividad de la enfermedad según DAS28, la NLR fue de $3,69 \pm 0,25$ para actividad alta, $2,49 \pm 0,29$ para moderada y $2,23 \pm 0,32$ para baja y el coeficiente de correlación de VHS-NLR fue de 0,34 y la DAS28-NLR de 0,815.

Conclusión: La NLR fue mayor en pacientes AR que en el grupo control. Se demuestra que NLR se correlaciona de forma positiva con el DAS28 y la VHS. Además, la NLR fue mayor para pacientes con actividad de la enfermedad alta, comparado con la moderada y baja.

Nº 74. ROL CONTROVERSIAL DE LOS ANTICUERPOS ANTI-PROTEÍNA P RIBOSOMAL EN NEFRITIS LÚPICA Y EN REACCIÓN CRUZADA CON DSDNA

BRAVO-ZEHNDER M, MIMICA M, BURGOS PI, GAJARDO-MENESES P, MONTALVA R, GONZÁLEZ A Y MASSARDO L.

Centro de Biología Celular y Biomedicina (CEBICEM), Universidad San Sebastián.
Departamento de Inmunología Clínica y Reumatología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Los anticuerpos anti-proteína P ribosomal (anti-P) tienen un papel patogénico en manifestaciones del sistema nervioso central en lupus eritematoso sistémico (LES). Dos controversias aún permanecen con los anti-P: la posible asociación con nefritis lúpica (NL) y una eventual reacción cruzada con anti-dsDNA, puesto que sus niveles fluctúan juntos en relación con la actividad del LES. Ambas propuestas son apoyadas o refutadas por distintos estudios.

Objetivos: 1) Investigar la asociación de anti-P con las clases histológicas de NL III, IV y V. 2) Determinar si poseen reacción cruzada con dsDNA.

Métodos: Estudio de diseño transversal. 1) En 26 pacientes con NL comprobada mediante biopsia (ISN/RPS) se analizó la presencia concomitante de anti-dsDNA y anti-P. 2) En sueros de otros 24 pacientes con LES se determinó si había reacción

cruzada de anti-P purificado por afinidad con dsDNA, y si los anti-dsDNA reaccionaban con la fosfoproteína P0 completa o su epítipo. Para ambos objetivos se usó inmunoblot y ELISA.

Resultados: 1) Diecisiete pacientes (65%) presentaron NL clase III / IV y 9 (35%) NL Clase V; 24 (92%) tenía anti-dsDNA y 4 (15%) anticuerpos anti-P. La positividad de anti-P no presentó diferencia significativa entre las clases de LN. 2) Se obtuvieron anticuerpos anti-P purificados por afinidad a partir de 6 sueros anti-P (+) [4 de ellos con anti-dsDNA (+)] y no hubo reacción cruzada con dsDNA. Los mismos sueros, una vez extraídos los anti-P pero manteniendo la actividad anti-dsDNA, perdieron completamente capacidad de reconocer el epítipo P0 (ver tabla). Además, 16 sueros anti-dsDNA (+) / anti-P (-) no reconocieron el epítipo P0.

Conclusiones: Los resultados del presente estudio no respaldan un rol significativo de anti-P en NL, y descartamos que exista reactividad cruzada entre anti-P y anti-dsDNA.

Financiamiento: FONDECYT # 1160513 a LM

Reacción cruzada entre anticuerpos anti-P y anti-dsDNA obtenidos de seis pacientes con LES anti-P (+).				
Pacientes	Muestras	ELISA		Inmunoblot P0 ^{WT}
		anti-P (U/ml)	anti-dsDNA (UI/ml)	
N1	Suero anti-P(+)/anti-dsDNA ID ^a	141.0	34.0	+
	<i>Anti-P- extraído</i>	18.5	18.4	-
	<i>Anti-P-purificado por afinidad</i>	66.8	1.6	+
N2	Suero anti-P(+)/anti-dsDNA ID ^a	109.0	56.9	+
	<i>Anti-P- extraído</i>	6.9	18.5	-
	<i>Anti-P-purificado por afinidad</i>	45.2	1.5	+

N3	Suero anti-P(+)/anti-dsDNA(+)	43.5	436.1	+
	<i>Anti-P- extraído</i>	3.0	476.9	-
	<i>Anti-P-purificado por afinidad</i>	57.2	2.8	+
N4	IgG anti-P(+)/anti-dsDNA(+)	123.0	642.8	+
	<i>Anti-P- extraído</i>	4.2	469.4	-
	<i>Anti-P-purificado por afinidad</i>	70.0	6.0	+
N5	IgG anti-P(+)/anti-dsDNA(+)	154.0	856.0	+
	<i>Anti-P- extraído</i>	22.8	494.0	-
	<i>Anti-P-purificado por afinidad</i>	71.0	6.5	+
N6	IgG anti-P(+)/anti-dsDNA(+)	134.0	360.9	+
	<i>Anti-P- extraído</i>	10.4	128.4	-
	<i>Anti-P-purificado por afinidad</i>	78.8	6.0	+
^a ID: niveles indeterminados de anti-dsDNA correspondiente a títulos 30-75 UI/ml; estos pacientes fueron negativos por <i>Crithidia luciliae</i>				

Nº 75. PÉPTIDOS RECONOCIDOS POR CÉLULAS T CD4+ DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ESENCIALES PARA UNA TERAPIA TOLERIZANTE CON CÉLULAS DENDRÍTICAS

SOTO L1,2, NEIRA O3, CUELLAR MC3, MAGGI J1, ARAVENA O1, SCHINNERLING K1, MENARES E, CARRASCAL M4, JARAQUEMADA D5, CATALÁN D1, AGUILLÓN JC1

1Programa de Inmunología, Universidad de Chile. 2HCUCH. 3Hospital del Salvador.

4Proteomics Laboratory, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). 5Institut de Biotecnologia i Biomedicina, UAB, España.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune, iniciada y perpetuada por las células T CD4+ (TCD4+) que reconocen autoantígenos presentados por las células dendríticas (DCs). Aunque se ha propuesto a varios péptidos como autoantígenos de células T, responsables de gatillar el proceso autoinmune, se requiere expandir la investigación en esta área, en especial porque los resultados obtenidos serán vitales para el diseño de terapias basadas en DCs, presentadoras de estos autoantígenos en un contexto tolerizante.

Objetivo: Identificar péptidos inmunodominantes (PIDs) de TCD4+, derivados desde proteínas sinoviales de pacientes con AR, útiles para ser presentados por DCs tolerogénicas (Tol-DCs) con el fin de restablecer la autotolerancia inmune.

Material Y Métodos: Se aislaron y secuenciaron por espectrometría de masas, péptidos unidos a moléculas MHC clase II, ya sea de DCs cargadas con fluido sinovial o DCs residentes en tejido sinovial, de pacientes con AR, o usando un sistema artificial de procesamiento. Con los péptidos selectos sinteti-

zados se estimuló células mononucleares de sangre periférica de pacientes con AR y donantes sanos. La reactividad de las TCD4+ se evaluó por la expresión de marcadores de activación y citoquinas pro-inflamatorias por citometría de flujo (CF). Se co-cultivó TolDCs ó DCs maduras de pacientes con AR, cargadas con los PIDs de interés, con TCD4+ autólogas, evaluando proliferación y citoquinas por CF.

Resultados: Se seleccionó e identificó 12 péptidos, de los cuales seis (derivados de calreticulina, vimentina, fibronectina y fibrinógeno) desplegaron una gran capacidad inmunoes-timuladora en las TCD4+ de pacientes con AR, demostrando además ser específicos para la enfermedad, dada la ausencia de reactividad con las TCD4+ de donantes sanos. La presentación de PIDs por las TolDCs redujo la expresión de citoquinas pro-inflamatorias por los TCD4+ autoreactivos de pacientes con AR comparado a la expresión inducida por las DCs maduras.

Conclusiones: Hemos identificado seis péptidos autoanti-génicos de TCD4+ que pueden ser relevantes para el inicio de la AR, y cuya respuesta inflamatoria puede ser disminuida por las TolDCs, lo cual alienta su aplicación como una terapia tole-rizante antígeno-específica.

Financiamiento: FONDEF ID15I20080, ID18I10243 y FONDECYT 1181853.

Nº 76. DISTRIBUCIÓN DE ALELOS HLA-DRB1 ASOCIADOS A LA SUSCEPTIBILIDAD GENÉTICA EN PACIENTES CHILENOS CON ARTRITIS REUMATOIDE

NEIRA O*, MAGGI J#, SOTO L#,&, CUELLAR MC*, ARAVENA O#, LEIVA P#, RAMOS V#, RIVAS E#, SCHINNERLING K#, PALOU E4**, CATALÁN D#, AGUILLÓN JC#.

#Programa de Inmunología, Facultad de Medicina, & Hospital Clínico. Universidad de Chile.

*Sección de Reumatología, Hospital del Salvador. **Servicio de Inmunología, Hospital Clínic de Barcelona, España.

Introducción: La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune, crónica e invalidante, iniciada y perpetuada por linfocitos T CD4+ que reconocen autoantígenos expuestos en moléculas HLA de células presentadoras de antígeno. Se ha asociado la presencia de ciertos alelos del gen HLA-DRB1, que codifican una secuencia de aminoácidos conocida como el "epitopo compartido" (EC), de alta afinidad por péptidos artritogénicos, con el riesgo de desarrollar AR y una expresión clínica más severa de la misma.

Objetivo: Estudiar la distribución de alelos HLA-DRB1 que expresan el EC en pacientes con AR y en controles sanos chilenos, información relevante para el diseño de estrategias terapéuticas innovadoras como aquéllas basadas en células dendríticas inductoras de tolerancia antígeno-específica.

Métodos: A partir de muestras de sangre periférica de 120 pacientes con AR y 212 controles sanos, reclutados desde la Región Metropolitana, se realizó la purificación de DNA, usando el método salting out. Posteriormente, se llevó a cabo el tamizaje de individuos positivos para los haplotipos DR1, DR4

y DR14 por PCR convencional, seguido de PCR-SSO, para la determinación de variantes alélicas específicas. Se consideraron positivos para el EC, aquellos donantes que presentaran alguno de los siguientes alelos: HLA-DRB1*0101, *0401, *0404, *0405 ó *1402.

Resultados: El 51.7% de los pacientes con AR y el 20.8% de los controles presentaron al menos un alelo que codifica para el EC ($p=0.0001$). A su vez, los alelos *1402 y *0405 mostraron una alta asociación a AR, con porcentajes del 18.3% versus 6.1%, ($p=0.0009$) y 10.8% versus 1.4% ($p=0.001$) del total de pacientes y controles, respectivamente. Un hallazgo interesante, fue que dentro de los alelos del EC, el más frecuente en pacientes con AR resultó ser el *1402 (32,8% de los pacientes EC+).

Conclusiones: Se evidencian un alto porcentaje de pacientes chilenos con AR que expresan el EC, en comparación a controles sanos, observándose una alta frecuencia del alelo *1402 en pacientes, alelo previamente relacionado con AR en pueblos nativos de América de Norte. Se provee información actualizada de la prevalencia de alelos de riesgo en AR en Chile, lo que puede contribuir a un mejor diseño de aplicaciones terapéuticas pertinente al perfil genético nacional.

Financiamiento: FONDEF ID15120080, ID18110243 y FONDECYT 1181853.