

# XXXIII CONGRESO CHILENO DE REUMATOLOGIA

## Resúmenes Presentación en Posters

ID 2444

### COMPROMISO CRANEAL VERSUS EXTRACRANEAL EN ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: ANALISIS MULTIDOMINIO DE COHORTE RETROSPECTIVA CHILENA DE 15 AÑOS

DR. CLAUDIO KARSULOVIC; DR. PAMELA WURMANN;  
DR. FRANCISCA SABUGO; DR. CLAUDIA HERNANDEZ;  
DR. PEDRO ZAMORANO; DR. MACARENA MAC-NAMARA;  
Hospital Clínico de la Universidad de Chile

#### Resumen:

La arteritis de células gigantes (ACG) es una vasculitis sistémica que compromete vasos medianos a grandes principalmente en pacientes mayores de 50 años. Frecuentemente, afecta a ramas de la arteria carótida, especialmente la arteria temporal; sin embargo, puede afectar la pared arterial de otras arterias grandes y medianas arterias. Las manifestaciones craneales son las más frecuentes y suelen definir el estudio. La afectación extracraneal, por lo demás frecuente, puede modificar las características clínicas y diagnósticas de la enfermedad y puede requerir niveles más altos de sospecha y otras estrategias de diagnóstico para abordar los territorios afectados. Los reportes disponibles en la literatura sobre compromiso extracraneal varían según la estrategia de diagnóstico utilizada, oscilando entre el 3 y el 92%. Usando angiografía, la prevalencia varía del 20% al 67%; por otro lado, la tomografía por emisión de positrones con 18F-fluorodesoxiglucosa (FDG-PET) muestra 83% y 92%. Hasta el 77% de estos pacientes son asintomáticos y presentan afectación extracraneal aislada. Los sitios extracraneales afectados con mayor frecuencia son la aorta carotídea, subclavia, axilar y torácica, que pueden complicarse con disección y aneurismas de las arterias afectadas.

En nuestra experiencia, no existen series comparativas entre los pacientes con afectación craneal y aquellos con afectación extracraneal con respecto a las características clínicas, de imagen y de biopsia. Diseñamos y realizamos un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó recopilación de datos de pacientes diagnosticados con ACG y estudiados con imágenes y biopsia en un periodo de 15 años, tiempo desde el que existe registro suficiente. Pudimos reunir 26 pacientes con afectación craneal definida por aspectos clínicos, imagenología y biopsia y compararla con ocho pacientes con afectación extracraneal, incluyendo demografía, clínica, exploración física, imagen, hallazgos de biopsia, tratamiento y seguimiento.

Los grupos de afectación craneal y extracraneal fueron demográficamente homogéneos; sin embargo, la cefalea, piedra angular en el diagnóstico clínico, resultó significativamente menos común en pacientes con afectación extracraneal, lo que resalta la importancia de mantener niveles altos de sospecha. Los parámetros inflamatorios fueron similares en ambos grupos; sin embargo, los niveles de creatinina y nitrógeno urinario fueron significativamente más altos en el grupo extracraneal, casi duplicando los valores de creatinina en este último. No se encontró compromiso de la arteria renal en un estudio de imagen, teniendo en mente que esos pacientes no se someten a estrategias de estudio más sensibles como el estudio angiográfico. Con toda esta información, curiosamente, la mitad de los pacientes con afectación extracraneal no cumplían los criterios del ACR, lo que expone un gran problema: ¿estos criterios nos permiten diagnosticar con precisión a los pacientes sin compromiso de la arteria temporal? En nuestros pacientes, la falta de cefalea y la biopsia arterial normal les impidió cumplir los criterios. Las biopsias en ambos grupos tienen los mismos hallazgos histológicos, lo que sugiere que no hay diferencias en el proceso patológico.

En cuanto al tratamiento, ambos grupos respondieron adecuadamente a dosis altas de corticosteroides y de acuerdo con las tasas reportadas previamente. Sorprendentemente, incluso cuando no hay diferencias en recaídas entre ambos grupos, el tiempo hasta la remisión fue significativamente mayor en los pacientes con afectación extracraneal.

Con esta información, es importante resaltar algunos aspectos: No parecen haber diferencias en la patogenia entre estos dos tipos de afectación, como se demostró en hallazgos similares en biopsias de ambos grupos. Sin embargo, el curso clínico puede ser diferente y dar lugar a diagnósticos erróneos o dificultades en la sospecha de la enfermedad. La presentación clínica puede pasar por alto síntomas críticos y la biopsia temporal puede ser informada negativa, incluso con inflamación sistémica y otras arterias grandes comprometidas. Dado el frecuente compromiso de los territorios extracraneal y craneal de forma simultánea, a nuestro juicio no es necesario revisar, en este aspecto, los criterios del ACR, sin embargo es fundamental mantener mayores niveles de sospecha de afectación extracraneal en pacientes que presentan enfermedad inflamatoria de inicio tardío, con niveles elevados de velocidad de sedimentación y proteína C reactiva en ausencia de enfermedad infecciosa demostrable.

**eMail corresponsal: ckarsulovic@gmail.com**

## ID 2445

### ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A VASCULITIS ANCA: SERIE CLÍNICA DE 13 PACIENTES

DR. MIGUEL GUTIERREZ; Hospital Naval Almirante Nef  
DR. JUAN HORMAZABAL. Universidad Antofagasta  
DR. MONICA GUTIERREZ. Hospital Naval Almirante Nef, Universidad de Valparaíso  
DR. SEBASTIAN AHUMADA. Hospital Gustavo Fricke  
DR. CLAUDIA VALENZUELA; DR. ELENA JARPA;  
DR. MAURICIO LEISSNER; DR. CARLOS NIKLANDER;  
DR. MARIO SANTAMARINA.  
Hospital Naval Almirante Nef  
DR. HELMUTH GOECKE; Hospital Naval Almirante Nef, Universidad de Valparaíso

#### Resumen:

**INTRODUCCIÓN.** En los últimos años se ha descrito una asociación entre Enfermedad Pulmonar Intersticial (EPID) y Vasculitis ANCA, especialmente en aquellas con anticuerpos específicos para mieloperoxidasa (MPO).

**OBJETIVO.** Describir las características clínicas, de laboratorio, de imágenes y de función pulmonar, así como el tratamiento, en pacientes con EPID y Vasculitis asociada a ANCA.

**MÉTODO Y PACIENTES.** Se realizó una búsqueda en el registro informático de nuestro hospital de los diagnósticos en estudio. Analizamos retrospectivamente las fichas clínicas de 13 pacientes con EPID asociada a Vasculitis ANCA.

**RESULTADOS.** Siete pacientes fueron mujeres (62%). La edad promedio al diagnóstico fue 70 (52-82) años. La EPID fue diagnosticada previa a la Vasculitis en 7 casos (54%); simultáneamente en 3 casos (23%); y durante el seguimiento de la Vasculitis en 3 casos (23%). En 10 pacientes (77%) el fenotipo clínico fue de Poliangeitis microscópica (PAM) y en 3 pacientes (23%) fue de Granulomatosis con poliangeitis (GPA). Las manifestaciones clínicas más comunes fueron pulmonares (100%), seguido de renales (69%), neurológicas periféricas (31%), síntomas de vía aérea superior (15%), cutáneas (1 paciente) y fiebre prolongada (1 paciente). La especificidad de los ANCA fue para MPO en 10 casos (70%) y para PR3 en 1 caso; un paciente tuvo ANCA atípico y un paciente fue ANCA negativo (GPA localizado). El patrón tomográfico fue de Neumonía intersticial no específica (NSIP) en 7 casos (54%) y de Neumonía Intersticial usual (UIP) en 6 casos (46%). La CVF inicial fue normal en 7 pacientes (54%), restrictiva leve en 3 pacientes (23%) y restrictiva moderada en 3 pacientes (23%). La DLCO inicial fue moderadamente reducida en 6 pacientes (46%), levemente reducida en 5 (38%) y normal en 1 paciente. El tratamiento de inducción incluyó metilprednisolona (7 pacientes), rituximab (5 pacientes), ciclofosfamida (4 pacientes), mycofe-

nolato (1 paciente), azatioprina (1 paciente) y metotrexato (1 paciente). La terapia de mantención incluyó azatioprina (38%), mycofenolato (15%) y metotrexato (15%); 4 pacientes recibieron solo prednisona. El tiempo promedio de seguimiento fue 73 (2-144) meses. Dos pacientes murieron, 2 meses y 3 años después del diagnóstico, por insuficiencia respiratoria. Nueve pacientes se mantenían inactivos al final del seguimiento. Dos pacientes se perdieron del seguimiento. Seis pacientes tuvieron mejoría o estabilidad de la función pulmonar y 3 pacientes empeoraron, al final del seguimiento.

**CONCLUSIÓN.** En nuestra serie, la EPID asociada a Vasculitis ANCA fue más común en Vasculitis asociada a ANCA-MPO. Además de la enfermedad pulmonar, el compromiso renal fue el más frecuente. El patrón imageneológico fue igualmente distribuido entre NSIP y UIP. En la mayoría de los pacientes la EPID ocurrió concomitantemente o antes del diagnóstico de Vasculitis ANCA

**eMail corresponsal:** magutierrez2004@gmail.com

## ID 2447

### AXIAL PSORIATIC ARTHRITIS: CORRELATION BETWEEN WHOLE SPINE MRI ABNORMALITIES AND CLINICAL FINDINGS

DR. PAMELA DIAZ. Pontificia Universidad Católica. University of Toronto - Women's College Research Institute, Toronto, ON, Canada

M.D. JOY FELD. Carmel Medical Center, Haifa, Israel

M.D. IRIS ESHED. Sheba Medical Center, affiliated to the Sackler School of Medicine, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel

PHD. LIHI EDER. University of Toronto - Women's College Research Institute, Toronto, ON, Canada

#### Resumen:

**OBJECTIVE.** To describe the presence of inflammatory and structural axial lesions by whole-spine MRI in patients with established psoriatic arthritis (PsA) and in those with psoriasis and axial symptoms, and to assess the correlation of MRI abnormalities with axial symptoms and with the classification criteria for axial Spondyloarthritis (axSpA).

**METHODS.** We conducted a cross-sectional study in one single Centre. We included 2 populations: 1) Patients with active PsA who underwent a whole spine MRI regardless of the presence of axial pain, and 2) Patients with psoriasis or PsA who were referred for whole spine MRI for suspected axSpA. We excluded patients on biologic medication. Clinical, radio-

logic and laboratory data from the last visit before the MRI were analyzed. The presence of inflammatory back pain (IBP) was defined according to 3 criteria: Rudwaleit, Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS) and rheumatologist impression. MRI scans of the sacroiliac joints and whole-spine were assessed by a musculoskeletal radiologist blinded to the clinical and radiographic data. MRI-SpA was defined as: 1) ASAS consensus for active spondylitis and/or sacroiliitis, and 2) the radiologist impression (considering inflammatory and structural lesions). The agreement between MRI-SpA and the classification criteria for axSpA and IBP was assessed considering MRI as gold standard.

**RESULTS.** 93 patients were analyzed (mean age 43.3 ±13, 52.7% women, HLA-B\*27 10.9%). Axial symptoms were present in 81.7%, defined as IBP in 36.6%/36.6%/57% according to Berlin, ASAS and rheumatologist criteria, respectively. MRI-SpA was found in only 9 (9.7%) patients by ASAS definition and 12 (12.9%) by radiologist impression. Overall, low agreement was found between the three IBP definitions and MRI-SpA. IBP by rheumatologist impression was the most sensitive (50-56%) and ASAS and Berlin criteria for IBP were most specific (62-63%). Poor sensitivity was found for the ASAS criteria for axSpA and MRI-SpA (ASAS definition 22.2%; radiologist impression 25%). Onset of axial pain after the age of 40 and lack of axial pain explained most of the cases of positive MRI-spondylitis not fulfilling ASAS axSpA criteria or IBP criteria.

**CONCLUSIONS.** Although axial symptoms were frequent in patients with PsA, the prevalence of MRI confirmed spondylitis and/or sacroiliitis was relatively low and showed poor agreement with presence and type of axial symptoms. IBP and the current classification criteria for axSpA did not perform well to detect axPsA defined by MRI.

**eMail corresponsal:** [pjdiaz@uc.cl](mailto:pjdiaz@uc.cl)

## ID 2448

### VASCULITIS ANCA C POSITIVA POSTERIOR A ADMINISTRACIÓN DE VACUNA CANSINO

DR. PAULINA RAMIREZ; DR. LUIS DIAZ; DR. FRANCISCO RADRIGÁN;  
Complejo Asistencial Sótero del Río

#### Resumen:

**INTRODUCCIÓN.** Dentro de las estrategias de enfrentamiento por COVID-19, la más relevante actualmente ha sido la vacunación masiva. Es conocido el rol de estimulación de la inmunidad de las mismas pudiendo asociarse estas a la aparición de autoinmunidad como complicación asociada. Las vacunas COVID no están exentas de estos reportes por lo que la eventual aparición de síntomas debe ser seguida activamente.

**OBJETIVO.** Dar a conocer un evento adverso grave, en relación con la administración de vacuna CanSino.

**CASO CLÍNICO.** Hombre de 30 años, previamente sano, se administra vacuna CanSino el 09/06/21. Evoluciona con dolor en sitio de punción y compromiso del estado general. Una semana se agrega poliartralgias, artritis de tobillos y lesiones purpúricas en extremidades, progresando algunas a lesiones vesiculares y necrosis. Estudio inicial; VHS 35 mm/h, PCR 70 mg/L, ANCA C (+), indicándose prednisona 40 mg/día. Pese a terapia, las lesiones evolucionan a úlceras necróticas en tobillos, piernas, e interdigitales en manos. Requirió aseo quirúrgico en región de tobillos y cara posterior de rodillas. Exámenes relevantes: PCR 93,5 mg/L, VHS 48 mm/h, Orina: eritrocitos 30-32 (sin acantocitos), IPC 1,3, ANCA c (+) anti PR3 >100 Uds, FR 73 Uds, resto (-). Evoluciona con deterioro de la función respiratoria, TAC de tórax sugerente de hemorragia alveolar, comprobado con Lavado Bronquioalveolar, con estudio microbiológico (-). Recibe metilprednisolona 3 grs iv, y se inicia ciclofosfamida mensual. Biopsia cutánea 26/08, pendiente. Posteriormente presenta TEP segmentario y subsegmentario bilateral de ambos LI, por lo que se inicia anticoagulación.

**DISCUSIÓN.** Por el momento, no se ha informado específicamente casos de vasculitis ANCA (+) en relación vacuna CanSino, solo hay un caso descrito de vasculitis MPO (+) posterior a inmunización con Pfizer, y reacciones cutáneas autolimitadas luego de Pfizer y Moderna.

En Chile, se notifican todos los Eventos Supuestamente Asociados a la Vacunación e Inmunización (ESAVI), en su último reporte (mayo/21) informan 8 casos de vasculitis posterior a administración de vacuna Pfizer y Sinovac, sin conocer detalles de dichos pacientes.

Debido a no ser una asociación demostrada en la literatura, la principal recomendación es la alerta ante la posibilidad de esta reacción adversa, para así tener un diagnóstico precoz y lograr un tratamiento oportuno.

**eMail corresponsal:** [pauli.alc@gmail.com](mailto:pauli.alc@gmail.com)

## ID 2449

### LA TRANSFERENCIA MITOCONDRIAL DE CÉLULAS MESENQUIMALES REESTABLECE LA DINÁMICA MITOCONDRIAL EN CONDROCITOS DE PACIENTES CON OSTEOARTRITIS SEVERA

DR. FERNANDO FIGUEROA.

Universidad de los Andes; Santiago de Chile

MRS. ANGELA C. COURT; MR. ELISEO PARRA-CRISOSTOMO;  
MISS FRANCESCA VELARDE

Laboratory of Nano-Regenerative Medicine, Faculty of  
Medicine, Universidad de los Andes, Santiago, Chile (Uandes)

PHD. ANA MARIA VEGA-LETTER; PROF. PATRICIA LUZ-CRAWFORD  
Consortio Regenero, Chilean Consortium, for Regenerative  
Medicine Uandes

PROF. MAROUN KHOURY; M.D. FERNANDO E. FIGUEROA  
Laboratory of Nano-Regenerative Medicine, Faculty of  
Medicine, Universidad de los Andes, Santiago, Chile (Uandes)  
and Consortio Regenero, Chilean Consortium, for Regenerative  
Medicine Uandes

#### Resumen:

**INTRODUCCIÓN:** La osteoartritis (OA) es el primer problema de salud autoreportado en Chile. Representa una respuesta al stress articular que daña al condrocito. Nuestro grupo demostró la efectividad de Células Mesenquimales del Estroma (MSC) en OA. Ello es de interés porque las MSC transfieren mitocondrias (MitoT) a diversos tipos celulares e inducen cambios funcionales<sup>1</sup>. En OA humana, 30% de proteínas disfuncionales del cartílago son mitocondriales (MT), la mayoría con rol energético. El presente trabajo demuestra por primera vez la MitoT desde MSC de cordón umbilical (UC-MSC) al condrocito OA (Co-OA) y que esta corrige la dinámica mitocondrial en OA. **OBJETIVOS:** Evaluar la MitoT de UC-MSC al Co-OA y su efecto sobre la homeostasis de MT. **MATERIALES Y MÉTODOS:** El cartílago se obtuvo de cirugías en pacientes OA Kellgren III-IV. La MitoT se evaluó en co-cultivo de UC-MSC con Co-OA con citometría de flujo y microscopía confocal (M. Conf). Se utilizó protocolo de Mitocepción<sup>2</sup> para evaluar la MitoT artificial, analizando la persistencia de MT transferidas con la proporción de DNA MT/DNA nuclear (mtDNA/nuDNA) por qPCR y por polimorfismo (SNP16153 T-to-C). Con M.Conf y Western Blot (WB) se analizó el efecto de la MitoT sobre la fusión/fisión mitocondrial de los Co-OA. **RESULTADOS:** Demostramos que ocurre MitoT fisiológica de manera rápida y dosis dependiente desde UC-MSC a Co-OA. Asimismo que los Co-OA aceptan MT de manera artificial (Mitocepción) aumentando significativamente su masa MT. Interesantemente, las MT transferidas persistieron hasta 9 días en los Co-OA aceptores. Finalmente demostramos que la MitoT promueve la fusión mitocondrial en los Co-OA evidenciando un aumento significativo en la expresión proteica de MFN2 con reducción

de fosfo-Drp2 que median respectivamente la fusión y fisión mitocondrial. El análisis de imágenes corroboró que la MitoT promueve una red mitocondrial más extensa en cuanto a perímetro y área MT, promoviendo la restauración de la dinámica mitocondrial. **CONCLUSIONES:** Los cambios que condicionan la progresión de la OA dependen del trastorno de la dinámica MT que desencadena estrés oxidativo, defectos de la cadena respiratoria y degradación de la matriz extracelular. Los efectos de la MitoT sobre la fusión/fisión mitocondrial sugieren que la transferencia MT podría representar una estrategia terapéutica en pacientes con OA. FONDECYT 1201420

**eMail corresponsal:** ffigueroa@uandes.cl

## ID 2450

### DEFICIENCIA DE ADENOSINDEAMINASA 2, A PROPÓSITO DE 2 CASOS

DR. FERNANDA REVECO S; DR. ISABEL HASSI R;  
DR. GIANNI SCHIAPPACASSE P. Sección de Reumatología,  
Hospital del Salvador, Universidad de Chile  
DR. VERÓNICA MEZZANO R. Sección de Reumatología,  
Hospital del Salvador, Universidad de Chile. / Departamento de  
Medicina Interna, Unidad de Reumatología, Clínica Las Condes,  
Santiago, Chile.  
DR. CECILIA POLI H. Clínica Alemana, Facultad de Medicina  
Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.  
DR. OSCAR NEIRA Q. Sección de Reumatología, Hospital del  
Salvador, Universidad de Chile / Clínica Alemana, Facultad de  
Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

#### Resumen:

**INTRODUCCION.** La deficiencia de Adenosindeaminasa 2 (DADA2) es una enfermedad autoinflamatoria, monogénica, autosómica recesiva, por mutación del gen CECR1 que codifica la enzima ADA2<sup>1</sup>. La expresión clínica varía desde síntomas leves a una vasculitis sistémica grave<sup>1,2</sup>.

**OBJETIVOS.** Se presentan las características clínicas de dos casos de DADA2. Se busca sensibilizar al clínico en la sospecha y búsqueda de esta patología.

**CASO 1.** Paciente de sexo femenino, 42 años. Presenta desde 2 años episodios de fiebre, compromiso del estado general, mialgias, coriza, dolor abdominal y lesiones nodulares en las piernas. Se añade mononeuritis múltiple sensitivo-motora. En sus exámenes destaca leucopenia de 3690/uL y linfopenia de 300/uL, PCR 36 mg/L, VHS 7 mm/h. El estudio inmunológico es normal, salvo IgM 39 mg/dl. Se trata con Metilprednisolona y Prednisona con evolución favorable. La biopsia de nervio sural informa: Necrosis fibrinoide de pared arterial e infiltrado infla-

matorio crónico, con características de vasculitis necrotizante de vaso de pequeño calibre. El estudio genético evidencia mutación en gen ADA2 con delección del exón 7, la actividad de ADA2 sérica fue 11,8 mU/g (VN >23,3). Se inicia Golimumab con evolución clínica y neurológica favorable.

**CASO 2.** Paciente sexo masculino, 37 años y antecedentes de AVE isquémico a los 10 años, infarto retinal ojo izquierdo a los 18 años y diagnóstico de Poliarteritis Nodosa en tratamiento con prednisona y micofenolato. Ingresa por un nuevo cuadro isquémico con evidencia de multinfarto cerebral. El estudio inmunológico es normal. Se plantea diagnóstico de DADA2, la medición de actividad de ADA2 fue 0,8 mU/g, (VN >23,3). Presenta una tetraparesia espástica y disartria. Se inicia terapia con Adalimumab.

**CONCLUSIONES.** El DADA2 es una enfermedad autoinflamatoria autosómica recesiva asociada a mutaciones del gen CECR1 que codifica la ectoenzima ADA2, esencial para la estabilidad endotelial y diferenciación de macrófagos<sup>2,3</sup>

Descrita inicialmente en 2014, se han reportado aproximadamente 300 pacientes en el literatura<sup>1</sup>, sin diferencia entre ambos sexos<sup>2,3,4,5,6</sup>. El inicio suele ocurrir en la infancia, siendo un 77% de los pacientes diagnosticados antes de los 10 años. La clínica es heterogénea, incluyendo manifestaciones mucocutáneas, neurológicas, gastrointestinales, nefro-urológicas, músculo esqueléticas, inmuno-hematológicas y relación con síndrome linfoproliferativo<sup>2</sup>.

El tratamiento es la inhibición de TNF, con disminución del estado inflamatorio y prevención de eventos vasculares. El Trasplante de células madres hematopoyéticas se plantea como opción frente a compromiso hematológico y refractariedad a AntiTNF<sup>7</sup>.

El diagnóstico precoz permite modificar evolución y reducir la morbimortalidad.

**eMail corresponsal: fernanda.reveco@gmail.com**

## ID 2451

### **MIOPATÍAS NECROTIZANTES INMUNOMEDIADAS: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS DE PACIENTES CHILENOS**

DR. MARÍA ISABEL HASSI ROMÁN; DR. FERNANDA REVECO S;  
DR. GIANNI SCHIAPPACASSE P; DR. DANIEL ERLIJ O;  
DR. JAVIER BASUALDO A; DR. VERÓNICA WOLFF C;  
DR. CAROLINA FOSTER B; DR. SUSANA MICHALLAND H;  
DR. CAROLINA CUELLAR G.  
Hospital del Salvador

DR. OSCAR NEIRA Q. Clínica Alemana. Facultad de Medicina  
Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.

#### **Resumen:**

**INTRODUCCIÓN:** Las miopatías necrotizantes inmunomediadas (MNIM) son un tipo de miopatías inflamatorias. Se caracterizan por auto anticuerpos específicos (HMG-COA reductasa y anti SRP), y presencia de necrosis con escaso infiltrado inflamatorio en la biopsia muscular.

**OBJETIVO:** Evaluar las características clínicas, de laboratorio, terapéuticas y evolutivas de un grupo de pacientes chilenos con MNIM.

**MÉTODO:** Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de pacientes con MNIM tratados en el Hospital del Salvador (HDS), agregando pacientes evaluados por reumatólogos del HDS en extrasistema. Se registraron variables sociodemográficas, clínicas y de tratamiento.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 15 pacientes, 60% mujeres, 64 años edad promedio. La comorbilidad más frecuente fue dislipidemia (93%). El tiempo promedio de síntomas al diagnóstico fue de 4 meses. El 93% tuvo exposición a estatinas, con exposición entre 2 semanas y 60 meses. Las manifestaciones musculares más frecuentes fueron debilidad proximal (86%), mialgias (33%), cefaloparesia (46%) y disfagia (20%). Al laboratorio, la CK promedio fue de 10.945. El 100% presentó transaminasas elevadas con predominio de GPT sobre GOT. El estudio serológico, histológico, tratamiento y evolución se detallan en la tabla 1.

**DISCUSIÓN:** A diferencia de lo reportado en la literatura, nuestro grupo presentó una edad promedio y elevación de CK mayor. Dos casos fueron asintomáticos, lo que ha sido recientemente descrito como forma de presentación. La asociación con uso de estatinas nos debe hacer sospechar y buscar dirigida MNIM en casos de miopatía o alza de CK aislada, de forma precoz.

**eMail corresponsal: isabelhassir@gmail.com**

## ID 2452

### **COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF SECUKINUMAB VERSUS USUAL CARE FOR THE TREATMENT OF ANKYLOSING SPONDYLITIS IN THE CHILEAN PUBLIC HEALTHCARE SYSTEM**

MISS MONICA VELASQUEZ; MR. LUIS ARRIAGADA;  
MR. LUIS BUSTOS; M.D. CARLA ZAGARRA;  
DR. MAGDALENA WALBAUM; MR. RUBEN ROJAS.  
Fractal EDM

#### **Resumen:**

**Introduction:** Ankylosing Spondylitis (AS) is a type of arthritis that affects the spine, causing inflammation and gradual fusing of the vertebrae, causing pain and stiffness. In Chile, secukinumab and other biologic technologies are not included in the drug list for the treatment of AS.

**Objective:** This study aims to assess the cost-effectiveness of secukinumab versus usual care (non-biologic drugs), and other biologic technologies used for AS treatment. The perspective of the study is the Chilean public healthcare system.

**Methods:** The analysis was based on the Cost Effectiveness Model for secukinumab in Ankylosing Spondylitis by Novartis which was reviewed and validated by Fractal. A Markov model to compare the use of secukinumab versus other treatments for AS (usual care, adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab, infliximab). The model was based on the MEASURE 2 & 3 data. It considered annual cycles and was adapted for the Chilean population. Data of costs were extracted from the Chilean official costing databases and reported in Chilean pesos (CLP). Health outcomes were expressed in terms of quality-adjusted life years (QALYs). Health and economic outcomes were estimated from a public perspective and discounted at 3% per year over a life-time horizon. Probabilistic sensitivity analysis was performed using Monte Carlo method.

**Results:** Secukinumab was dominant over adalimumab, certolizumab, etanercept, infliximab. The incremental costs for secukinumab versus usual care were estimated in \$38,628,230 and the incremental QALYs of 3.16. The cost-effectiveness ratio was \$12,224,123 per QALY gained; on the Chilean 1 GDP per capita threshold considered for cost-effectiveness.

**Conclusions:** Secukinumab dominates most of the compared biologic alternatives. Furthermore, Secukinumab is a cost-effective alternative compared to usual care and other biologic technologies for the treatment of AS in the Chilean public healthcare system.

**eMail correspondance:** [magdalena.walbaum@fractaledm.com](mailto:magdalena.walbaum@fractaledm.com)

## ID 2453

### **BUDGET IMPACT ANALYSIS OF SECUKINUMAB VERSUS USUAL CARE FOR THE TREATMENT OF ANKYLOSING SPONDYLITIS IN THE CHILEAN PUBLIC HEALTHCARE SYSTEM**

MISS MONICA VELASQUEZ; MR. LUIS ARRIAGADA;  
MR. LUIS BUSTOS; DR. MAGDALENA WALBAUM;  
MR. RUBEN ROJAS.  
Fractal EDM

#### **Resumen:**

**Introduction:** Ankylosing Spondylitis (AS) is a type of arthritis that affects the spine, causing inflammation and gradual fusing of the vertebrae, causing pain and stiffness. In Chile, secukinumab and other biologic technologies are not included in the drug list for the treatment of AS.

**Objective:** This study aims to assess a potential the budget impact of secukinumab and other biologic technologies available in Chile for the treatment of AS in the Chilean public healthcare system.

**Methods:** The analysis was based on the Budget Impact Model for secukinumab in Ankylosing Spondylitis by Novartis which was reviewed and validated by Fractal. It considered the total population of people aged 18 or older in Chile, which corresponds to 15,355,963 inhabitants in 2022 according to Chilean national statistics. The percentage of active prevalent cases of AS is 0.10% of the total population, and among them, the percentage of patients eligible for treatment with biologics is 64%. Proportion of people who receive biologic treatment is estimated from 11% in 2022 to 22% in 2026, representing 1,081 and 2,142 cases respectively. Three scenarios were evaluated in a five-year time horizon. The base case assumed all biologic treatments available, in a world without secukinumab versus a world with secukinumab.

**Results:** In five years, the estimation of the budget impact for the base case scenario is a saving of USD 2 million for the Chilean health system, as a consequence of the inclusion of secukinumab as one of the available biologic treatments. The different scenarios' analyses showed that the savings for the health system rises as the market share of secukinumab increases in comparison with other biologic treatments.

**Conclusions:** The scenario with the inclusion of secukinumab generates a saving for the system of at least USD 2 million in a five-year period.

**eMail correspondance:** [magdalena.walbaum@fractaledm.com](mailto:magdalena.walbaum@fractaledm.com)

## ID 2454

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN A CASO COVID-19 DE CONTACTOS DE COVID-19 EN UNA COHORTE DE PACIENTES REUMATOLÓGICOS EN CHILE

MISS ISIDORA GREZ. P. Universidad Católica de Chile  
MRS. ANTONIA VALENZUELA; MD, MS. Escuela de Medicina, PUC, D. Inmunología y Reumatología.  
MRS. JOSEFINA DURAN; Escuela de Medicina, PUC, D. Inmunología y Reumatología.  
MISS SIGALL BUDNIK. Becada Medicina Interna, U. Andes.  
MISS ISIDORA GREZ. Interna de Medicina, PUC.

#### Resumen:

**Introducción:** Es motivo de debate si personas con patología reumatológica presentan más riesgo de contraer infección por SARS-CoV2 o de tener peor pronóstico. Revisiones de la Global Rheumatology Alliance sugieren que dicha población no tiene mayor riesgo, sin embargo, sí tendrían más chance de desarrollar enfermedad grave, y podría existir una correlación entre el uso de corticoides con peor pronóstico. No obstante, los registros incluyen pocos pacientes de Latinoamérica.

**Objetivos:** Describir características clínicas y evolución de pacientes adultos y pediátricos con diagnóstico de enfermedades reumatológicas, que fueron contactos de pacientes con diagnóstico de COVID-19 o que tuvieron la infección, en tres centros médicos de Chile.

**Material y Métodos.** Estudio transversal de pacientes identificados mediante códigos CIE10 para esclerodermia, miopatía inflamatoria, vasculitis y síndrome de Sjogren, pacientes GES con artritis reumatoide, lupus o artritis idiopática juvenil y pacientes con artritis psoriásica incluidos en la Ley Ricarte Soto. Fueron contactados vía telefónica (entre mayo y octubre 2020). Se reunieron datos, información de su enfermedad y posibilidad de contacto con pacientes con la infección. Se compararon pacientes que fueron contactos COVID con pacientes que no lo fueron, y casos COVID con no casos. Se usaron términos según definiciones del MINSAL vigentes a la fecha del estudio.

**Resultados.** Se contactaron 1109 pacientes, de los que 92 (8.2%) declararon haber sido contacto de personas con COVID. Este grupo fue más joven (promedio 37 vs 43 años), practicaron menos distanciamiento social (25% vs 4.4%) y realizaron más cuarentena (57% vs 24%). El contacto fue principalmente con familiares (53.3%). Del grupo contacto, 41 (44.5%) pacientes fueron casos confirmados de COVID, de estos la mayoría mujeres (73.2%). Al compararlos con aquellos que no se contagiaron, los casos confirmados presentan menos frecuentemente educación superior (43% vs 16%). No hubo diferencias en cuanto a diagnóstico reumatológico, tratamiento inmuno-

supresor ni actividad de la enfermedad entre ambas poblaciones.

**Conclusión:** Diagnóstico reumatológico, tratamiento inmunosupresor o actividad de la enfermedad no fueron determinantes de la progresión a infección COVID en pacientes que fueron contactos en este estudio multicéntrico de pacientes con amplia variedad de patologías reumatológicas.

**eMail corresponsal:** [imgrez@uc.cl](mailto:imgrez@uc.cl)

## ID 2455

### VASCULITIS CUTÁNEA ASOCIADA A HERPES ZÓSTER DISEMINADO EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. REPORTE DE UN CASO

MISS BELEN SALGADO FLORES; DR. PAMELA TORRES VILLEGAS; Universidad de Concepción  
DR. AARON ODDÓ BEAS; DR. LEONIDAS LLANOS SAAVEDRA.  
Hospital Victor Ríos Ruiz

#### Resumen:

**Introducción:** reactivaciones del virus varicela zoster (VVZ) comúnmente se presentan como herpes zoster (HZ), siendo en pacientes inmunodeprimidos presentaciones graves o atípicas.

**Objetivo:** reportar caso de paciente con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) con HZ diseminado complicado con vasculitis cutánea por VVZ.

#### Materiales y Métodos:

Caso clínico, revisión bibliográfica.

**Resultados:** Mujer de 76 años, con hipertensión Arterial y LES de 9 años de evolución, portadora de anti-Ro (+), en tratamiento con Hidroxicloroquina. En el último año presentó ascitis a tensión atribuido a actividad lúpica, estudiado con cultivos y biopsias de peritoneo negativas para infección y neoplasia. Fue tratada con prednisona 1 mg/kg/día con buena respuesta y luego se agregó micofenolato mofetil (MMF) 1500 mg día, disminuyendo dosis de prednisona hasta 15 mg/día. Dos meses previo a consulta en reumatología presentó HZ hemicara derecha manejado en ambulatorio con aciclovir oral y pregabalina. Al momento del control en reumatología, con cuadro de 2 semanas de vesículas en cara anterior de ambas piernas, con pústulas y úlceras con exudado seropurulento, algunas con costra, dolor y calor local. Exámenes de laboratorio: Hcto 29.4%, Leucocitos 5410/mm<sup>3</sup> (RAL 1050/mm<sup>3</sup>) Plaquetas 254000/mm<sup>3</sup>, PCR 5 mg/L, VHS 2 mm/h, Creatinina 1.05 mg/dL, BUN 32 mg/dL, Orina completa normal, Albúmina 3.09 g/dL, Bilirrubina total 0.21 mg/dL, FA 58 U/L, GOT 16 UI/L, GPT

17 UI/L, IgG total 7.0 g/L. Se hospitaliza en servicio de medicina, se suspende MMF y se inicia aciclovir oral, cefazolina e inmunoglobulina humana 2 g/Kg en 4 días. Se toma biopsia de piel por dermatología. Evolucionan favorablemente, con regresión de lesiones, siendo dada de alta con curaciones. Se rescata biopsia de piel mostrando vasculitis leucocitoclástica asociado a cambios compatibles con infección por VVZ.

**Discusión:** Primer caso reportado de paciente con LES en tratamiento con corticoides y MMF que desarrolla vasculitis cutánea tras HZ diseminado. Destaca la ausencia de elevación de parámetros inflamatorios, sugiriendo un mecanismo de daño no inmunológico. Por lo anterior, ser cautos al atribuir este tipo de lesiones sólo a su LES, ya que el tratamiento inmunosupresor podría agravar el cuadro.

**Conclusión:** reporte primer caso de paciente con LES que presenta vasculitis cutánea asociada VVZ, tratado con aciclovir e inmunoglobulina humana.

**eMail corresponsal:** basf94@gmail.com

## ID 2457

### LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ASOCIADO A INFECCIÓN POR SALMONELLA SPP

M.D. JAVIERA PAZ ARANCIBIA BERRÍOS;  
M.D. ELENA PATRICIA JARPA MARIN.  
Hospital Naval Almirante Nef

#### Resumen:

**INTRODUCCIÓN.** El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune multisistémica, de causa desconocida, con presencia de autoanticuerpos y complejos inmunes. Las infecciones ocurren tanto al inicio de la enfermedad como en etapas tardías. Los principales sitios de infección son vías respiratorias, urinarias y piel. Los responsables más frecuentes son microorganismos comunes y oportunistas. La infección por *Salmonella* spp, se presenta principalmente en los pacientes con tratamiento inmunosupresor, con mayor frecuencia de bacteriemia.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Presentamos el caso de un hombre de 19 años con antecedentes de Lupus Eritematoso Sistémico desde los 12 años. Debutó con compromiso cutáneo y articular, con serología positiva para Anti DNA, Anti SM, Anti Ro, Anticoagulante lúpico y C4 bajo. Recibió tratamiento con Hidroxicloroquina, Metotrexato y Corticoides.

En el 2018, cambia a Azatioprina, presentando hepatitis inducida por drogas, requiriendo hospitalización. Se administró Micofenolato, fue mal tolerado. Permanece con esteroides en dosis de 20-30 mg e Hidroxicloroquina.

Su consulta actual fue por compromiso cutáneo caracterizado por vasculitis cutánea y alopecia, inició tratamiento con Belimumab obteniendo evidente mejoría de manifestaciones descritas.

Seguido presenta fiebre hasta 39.5°C y deposiciones diarreicas sin elementos patológicos. Se hospitalizó por sospecha de COVID-19, se descartó con PCR SARS CoV-2 negativa. Angiografía de tórax descartó neumonía y tromboembolismo pulmonar. Hemocultivos positivos para *Salmonella* spp. Se inicia tratamiento antibiótico. 24 horas después, presenta disnea progresiva, con insuficiencia respiratoria aguda severa siendo necesario conectar a ventilación mecánica invasiva. Broncofibroscopia muestra hemorragia alveolar secundaria. Se agrega glomerulonefritis con hematuria dismórfica y alteración de función renal. Se administró con pulsos de Metilprednisolona hasta 3 gr y seguido Rituximab 1 gr. Se obtuvo recuperación satisfactoria.

**DISCUSIONES.** Distinguir entre una infección aguda y exacerbación de la enfermedad, es un reto diagnóstico y terapéutico, ambas pueden coexistir. La asociación entre salmonelosis y lupus eritematoso sistémico es mayor en pacientes con enfermedad activa o inmunosuprimidos, aproximadamente el 25% de los pacientes, con 17% mayor mortalidad. Se deben prevenir y tratar oportunamente.

**eMail corresponsal:** dra.jarancibia@gmail.com



## ID 2459

### HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS PEDIÁTRICAS EN CHILE; UN ANÁLISIS NACIONAL

DR. BÁRBARA JAVIERA CID. Hospital Base San José Osorno, Chile  
MS. EMILIA ESCOBEDO-DURÁN; MR. MATÍAS AGUILERA-MANCILLA;  
DR. SARA CONCHA; DR. ARTURO BORZUTZKY. Departamento Enfermedades Infecciosas e Inmunología Pediátrica, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

#### Resumen:

**INTRODUCCIÓN:** En Chile no hay estudios poblacionales de prevalencia o incidencia de las enfermedades reumatológicas pediátricas (ERP), sin embargo, existe un buen registro nacional de egresos hospitalarios que permitiría conocer mejor la demografía de las ERP en el país.

**OBJETIVOS:** Analizar las hospitalizaciones por causas reumatológicas en pacientes pediátricos en Chile ocurridas entre los años 2001 y 2019.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Análisis descriptivo de la base de datos nacional de egresos hospitalarios de <18 años con una ERP como diagnóstico según código CIE-10.

**RESULTADOS:** Entre 2001 y 2019, hubo un total de 30.513.763 hospitalizaciones en Chile, 6.340.881 de <18 años y 29.315 de ERP (0,46% de las hospitalizaciones pediátricas). La tasa de hospitalización (TH) nacional por ERP fue de 3,3 cada 10.000 habitantes <18 años. El 52% fueron mujeres. La edad promedio fue 7,92±5 años. La duración de hospitalización tuvo una mediana de 3 días (rango 1-365). La caracterización de hospitalizaciones por diferentes ERP se encuentra en tabla 1. Las ERP con mayor frecuencia de hospitalizaciones fueron la vasculitis IgA (Schonlein-Henoch), sinovitis/tenosinovitis no especificadas y la artritis idiopática juvenil (AIJ). Hubo una disminución significativa del total de hospitalizaciones por ERP a través de los años ( $\beta$ :-24,4 P<0,001). Hubo 36 fallecimientos en el periodo estudiado (letalidad 0,1%). De los fallecidos, un 44% (n=16) tenía diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES), 8% enfermedad de Kawasaki (n=3), 8% dermatomiositis juvenil (n=3) y 8% AIJ (n=3). El 60% de las hospitalizaciones ocurrieron en la Región Metropolitana y zona centro del país, 29% en el sur y 11% en el norte de Chile.

**CONCLUSIONES:** La TH por ERP en Chile es baja, siendo la principal causa la vasculitis IgA. La disminución del número de hospitalizaciones por ERP podría deberse a mejorías en el acceso temprano a especialistas y terapias ambulatorias ocurridas en Chile en décadas recientes. Pese a tener baja letalidad general, la principal causa de muerte en niños hospitalizados por alguna ERP fue el LES.

eMail corresponsal: [dra.barbara.cid@hotmail.com](mailto:dra.barbara.cid@hotmail.com)

## ID 2460

### ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL GRAVE ASOCIADO A DERMATOMIOSITIS MDA5 Y RO52 POSITIVOS. REPORTE DE UN CASO

DR. BELEN SALGADO FLORES; R. PAMELA TORRES VILLEGAS.  
Universidad de Concepción  
DR. LEONIDAS LLANOS SAAVEDRA. Hospital Victor Ríos Ruiz

#### Resumen:

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) puede ser parte de una enfermedad autoinmune. Se dispone de varios marcadores serológicos para su estudio, sin embargo, el curso clínico de su combinación es debatido.

**OBJETIVOS:** Describir caso de presentación de EPID grave asociado a dermatomiositis (DM).

#### MATERIALES Y MÉTODOS:

Caso clínico, revisión bibliográfica.

**RESULTADOS:** Hombre, 44 años, sano, no fumador. Consulta por tos seca de 2 meses, disnea progresiva y baja de peso. Último mes con poliartralgias, rigidez matinal de 1 hora y leve disminución de fuerzas. TAC tórax mostró EPID, con leve predominancia bibasal y áreas en vidrio deslustrado.

Se hospitaliza, requiriendo oxígeno (O2) 2 L/min. En piel tenía alopecia, eritema en "V", signo de Gottron sobre metacarpofalángicas y codos algunas ulceradas, leve hiperqueratosis y resquebrajamiento palmar. En pulmón se auscultan crépitos bibasales. Además tenía artritis de muñecas, con fuerza M4 en extremidades inferiores (EEl). En laboratorio destaca Hcto 35.8%, Leucocitos 6010/mm<sup>3</sup> (RAL 403/mm<sup>3</sup>), Plaquetas 249000/mm<sup>3</sup>, VHS 32 mm/h, PCR 14 mg/L, LDH 457 U/L, GOT 262 UI/L, GPT 191 UI/L, Ferritina 2738 ng/mL, CK total 260 UI/L, panel de miositis MDA5 (+) Ro-52 (+) y EJ (dudoso), VIH (-). Otros autoanticuerpos negativos, complemento normal. Espirometría con patrón restrictivo severo (CVF 34%). Fibrobroncoscopia mostró hiperemia de la mucosa, estudio microbiológico negativo. Endoscopia digestiva alta mostró candidiasis esofágica. Electromiografía tenía compromiso miopático difuso de músculos de EEl, superiores y faciales.

Inició Prednisona 60 mg/día y Fluconazol por 14 días, luego Ciclofosfamida (CF) 900 mg ev. Egresó sin O2 adicional, mejoría de lesiones cutáneas, sin debilidad muscular.

**DISCUSIÓN:** Cohorte china de pacientes (pctes) con dermatomiositis clínicamente amioipática (DMCA) ac-MDA5 (+) y EPID tenía un 74,7% de ac anti-Ro 52 (+), asociándose a EPID rápidamente progresiva y ulceración cutánea. En grupo japonés de pctes con DM/PM, ac-MDA5/anti-Ro 52 doble (+) fue de 9,52%, asociado a pobre sobrevida. Un estudio norteamericano y otro chino no analizó la dualidad de ac-MDA5/anti-Ro 52.

**CONCLUSIÓN:** reporte de caso con EPID grave asociado a DM ac-MDA5/anti-Ro 52 (+) tratado con corticoides y CF. El pronóstico y tratamiento de ptes con múltiples anticuerpos es incierto. Considerar diferencias étnicas.

**eMail corresponsal:** basf94@gmail.com

## ID 2461

### CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS CON COVID-19 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD REUMÁTICA EN CHILE: DATOS DEL REGISTRO INFORMADO POR MÉDICOS DE COVID-19 GLOBAL RHEUMATOLOGY ALLIANCE

DR. SEBASTIÁN IBÁÑEZ. Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago Universidad del Desarrollo

DR. ORIELA MARTINES; DR. FRANCISCA VALENZUELA.

Hospital Padre Hurtado

DR. OMAR VALENZUELA. Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago Universidad del Desarrollo

#### Resumen:

**Objetivo.** Reportar las características clínicas de pacientes chilenos con enfermedades reumáticas y COVID-19 reportados en la plataforma de registro por médicos de la alianza global reumatológica “COVID-19 Global Rheumatology”

**Métodos.** Los médicos que tuvieran conocimiento de un paciente con enfermedad reumatológica enfermo con COVID-19 podían registrar el caso en la plataforma web “COVID-19 Global Rheumatology Alliance Physician-Reported Registry”, detallando las características demográficas, de la enfermedad reumática, comorbilidades, diagnóstico, tratamiento y desenlace de COVID-19 en cada paciente.

**Resultados.** 54 pacientes reumatológicos han sido incluidos, desde abril del 2020 hasta agosto de 2021. El 75,9% eran de la región metropolitana y 22,2% de la quinta región (además 1 paciente de Temuco). La edad media de los pacientes fue 53,4 años (DE 14,6), y 66,7% eran mujeres. 51,9% eran hipertensos, 24,1% alguna vez fumaron, 16,7% tenían alguna enfermedad pulmonar de base y 13% diabetes. 40,7% de los diagnósticos de COVID-19 fueron realizados en el servicio de urgencia, 37% en forma ambulatoria y 18,5% hospitalizados. 57,4% se contagió por ser contacto cercano de un caso confirmado o probable, y en 22,2% por presencia en un centro de salud donde se manejaban casos de COVID-19. En 87% de los casos el diagnóstico fue confirmado por PCR. El 96,3% fueron sintomáticos, siendo el principal síntoma la fiebre (53,7%), la

tos (53,7%), disnea (50%), mialgias (46,3%), y cefalea (40,7%). 24,1% presentó anosmia. La enfermedad reumatológica primaria más frecuente fue artritis reumatoide (51,9%), seguida de lupus (13%). Al momento del diagnóstico 55,6% tenían una actividad mínima, baja, o estaban en remisión de su enfermedad reumática, aunque 55,6% usaban corticoides, 33,3% en una dosis de 15 mg o mayor, y en 60% la dosis fue aumentada tras el diagnóstico de COVID-19. 61,1% solo usaba fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) convencionales, 4 solo biológicos, y 6 la combinación. Solo se detuvieron los FAME en 51,2% de los casos. 55,6% recibió tratamiento específico para COVID-19, siendo lo más frecuente el uso de corticoides. En los 40 pacientes que ya no tenían síntomas al momento de ingresarlos al registro, la duración de síntomas fue de una mediana de 21 días (IQR 10-31,5). 64,8% pacientes debieron ser hospitalizados y 24,1% requirió al menos ventilación mecánica no invasiva. En 4 pacientes se detectaron infecciones bacterianas concomitantes, en 1 influenza B y en otro una infección fúngica. El hallazgo de laboratorio más frecuente fue el dímero D alto, seguido de linfopenia y ferritina alta. 2 pacientes (3,7%) fallecieron.

**Conclusiones.** Los pacientes chilenos incluidos fueron principalmente pacientes hospitalizados, con una tasa de mortalidad relativamente baja, aunque un porcentaje alto requirió, al menos, ventilación mecánica no invasiva.

**eMail corresponsal:** seibanez@me.com

## ID 2462

### OSTEOLISIS IDIOPÁTICA MASIVA O ENFERMEDAD DE GORHAM-STOUT DEL HOMBRO: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

M.D. JAVIERA PAZ ARANCIBIA BERRÍOS; M.D. SOLEDAD URQUIETA; M.D. HAROL REID; M.D. CRISTOBAL ACUÑA;

M.D. MIGUEL GUTIERREZ.

Hospital Naval Almirante Nef

#### Resumen:

**INTRODUCCIÓN.** La enfermedad de Gorham-Stout (EGS) o síndrome del hueso evanescente, condición muy rara caracterizada por osteolisis espontánea y progresiva de segmentos óseos. De etiología y patogenia desconocidas, con proliferación de malformaciones vasculares linfáticas intraóseas. Puede haber activación de la vía PI3K-AKT-mTOR y participación de mediadores como IL-6, VEGF y RANKL. El hombro es a menudo involucrado y es especialmente limitante afectando la calidad de vida. El tratamiento no está bien establecido. Pre-

sentamos un caso de EGS de hombro, se estabilizó con tratamiento médico.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Hombre de 74 años con antecedentes de HTA y ERC. En julio 2019 se estudió por omalgia derecha, demostrándose en estudio radiológico la desaparición completa de la epífisis humeral proximal y parte de la glenoides. Esto ocurrió en 1 mes, con radiografía previa con indemnidad del hombro. RNM confirmó ausencia de epífisis proximal humeral y parte de metáfisis, pérdida de sustancia del reborde posteroinferior glenohumeral y reborde lateral e inferior de la escapula. Ausencia de los tendones del manguito rotador, cambios atróficos y edema de vientres musculares. Aumento de contenido líquido y múltiples fragmentos óseos. El líquido sinovial mostró características no inflamatorias, sin cristales y cultivos negativos.

Biopsia quirúrgica de hombro mostró tejido óseo y reemplazo de espacios medulares por tejido fibrovascular, signos de reabsorción ósea y aumento actividad osteoclastica; tejido sinovial con proliferación fibrovascular angiomasoide. Sin neoplasia, compatible con EGS. Se encontró en el suero una gamopatía monoclonal IgM k. La biopsia de medula ósea sin signos de malignidad, citometría de flujo con monoclonalidad de células B. Cursó con 2 ciclos de bortezomib y dexametasona, seguido de rituximab cada 2 meses y denosumab cada 6 meses, como antiresortivo. Se desestimó la posibilidad de prótesis articular por motivos técnicos. El hombro se ha mantenido estable en los controles de seguimiento.

**DISCUSIÓN.** EGS desarrolla osteolisis masiva y destructiva en distintos segmentos óseos. Además del hombro, se compromete columna, costillas, pelvis, cráneo. Se clasifica dentro de las anomalías linfáticas complejas. Se cree que hay activación de vía PI3K-AKT-mTOR por mutaciones genéticas. Como tratamiento se ha usado radioterapia, bifosfonatos, denosumab, corticoides, cirugía y recientemente sirolimus. De curso variable, compromete la calidad de vida y puede tener mal pronóstico.

**eMail corresponsal:** [dra.jarancia@gmail.com](mailto:dra.jarancia@gmail.com)

**ID 2464**

### **INFLAMACIÓN PERIVASCULAR TRANSITORIA DE LA ARTERIA CARÓTIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

MR. GERARDO LECAROS LYON. Escuela de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile

DR. FRANCISCO ESPINOZA VILLEGAS. Unidad de Reumatología, Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile

### **Resumen:**

**INTRODUCCIÓN.** El Síndrome TIPIC, \_Inflamación Perivascular Transitoria de la Arteria Carótida \_ (por sus siglas en inglés) o carotidinia, es causado por una inflamación perivascular en la bifurcación carotídea de naturaleza desconocida. Su curso es benigno, habitualmente monofásico y de resolución espontánea. En el diagnóstico diferencial, sobre todo imagenológico, se sugieren a veces vasculitis primarias como la arteritis de células gigantes y la enfermedad de Takayasu o patología primaria de la pared arterial, como la displasia fibromuscular.

### **CASO CLÍNICO**

Hombre de 40 años con antecedentes de diabetes, dislipidemia, hipotiroidismo y tiroiditis tratada con radioyodo hace 6 años. Consulta en servicio de urgencia por cuadro de 5 días de dolor en la región submandibular y tercio medio de la región paratraqueal izquierda, acentuado por el movimiento. Asociado a ello nota compromiso del estado general de igual duración. Al examen físico, destaca carotidinia izquierda con sensibilidad exquisita a la palpación del bulbo. Una ecografía de partes evidencia un engrosamiento mural del bulbo carotídeo, asociado a hiperecogenicidad del tejido adiposo subyacente con engrosamiento de 2 mm y extensión de 8 mm.

Se plantea una probable vasculitis, no obstante al interrogatorio y exploración dirigida no hay elementos que apunten a una vasculitis primaria u otra enfermedad autoinmune sistémica con manifestación o compromiso vascular secundario. El laboratorio clínico no revela alteración de los parámetros inflamatorios y el compromiso arterial demostrado en la ecografía es muy focal.

Una Angio RNM cervical confirma el engrosamiento parietal del tercio distal de la arteria carótida común izquierda, bulbo carotídeo izquierdo y origen de la arteria carótida interna izquierda de hasta 3 mm de espesor, con realce significativo al uso de contraste endovenoso y asociado a cambios inflamatorios peri-arteriales. El resto del árbol arterial es normal.

Dado la presentación clínica y los hallazgos imagenológicos se formula el diagnóstico de un síndrome TIPIC. Al paciente se le prescribió anti-inflamatorios no esteroideos por una semana con resolución de la sintomatología y reversibilidad de los cambios inflamatorios carotídeos en el control imagenológico tardío (a los 2 meses).

### **CONCLUSIÓN**

El síndrome TIPIC o carotidinia idiopática es poco frecuente y prácticamente no se han descrito casos de recurrencia. Dado que a veces se plantean vasculitis primarias como causa etiológica, es importante evocar este cuadro de naturaleza benigna que no requiere mayor estudio y que se resuelve espontáneamente o con medidas terapéuticas simples.

**eMail corresponsal:** [glecaros@miuandes.cl](mailto:glecaros@miuandes.cl)

## ID 2465

### EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE UVEITIS Y MAYOR INCIDENCIA DE MIOPIA EN NIÑOS?

DR. CECILIA ZAPATA; DR. RAUL BARRIA.

Hospital Regional de Concepción

#### Resumen:

**INTRODUCCIÓN.** La prevención y tratamiento de la miopía constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial, dada la carga de discapacidad visual y costo económico asociados a esta condición.

La asociación entre miopía e inflamación intraocular ha sido poco reportada en la literatura.

Se ha descrito un aumento de IL-6 y MMP-2 en humor acuoso de pacientes altos miopes con catarata, sin otras enfermedades asociadas. Sin embargo, el rol que tienen estas citoquinas en este contexto, aún no está bien establecido.

IL-6 y TNF- $\alpha$  son mediadores de la inflamación, que están aumentados en cuadros de uveítis.

Uveítis puede inducir miopía en diferentes contextos:

1. Miopización aguda secundaria a escleritis posterior, debido a exudación supraciliar que causa relajación zonular y aumento de la convexidad de la cara anterior del cristalino.

2. Aparición de miopía asociada a catarata subcapsular posterior, secundaria a uso prolongado de corticoides.

3. Pacientes con uveítis asociada a AIJ presentan mayor incidencia de miopía, posiblemente secundaria a remodelación del tejido conectivo escleral debido a inflamación crónica.

**OBJETIVO.** Describir asociación clínica entre inflamación crónica intraocular e inicio y progresión de miopía.

#### MATERIAL Y MÉTODO

**REPORTE DE CASO CLÍNICO.** En Junio 2019, paciente de sexo femenino, sana, de 3 años 7 meses de edad, presenta como hallazgo en control sano oftalmológico, cuadro de uveítis anterior no granulomatosa unilateral con ojo blanco.

Examen oftalmológico al ingreso: VODI 20/25 sin corrección óptica. BMC OD normal. BMC OI ojo blanco, córnea sin lesiones, cristalino transparente, tyndall 4+, sin flare, sin sinequias posteriores. Fondo de ojo con dilatación normal en ambos ojos.

Reumatólogo infantil establece causa idiopática autoinmune de la uveítis, posterior a descarte de causas infecciosas y enfermedades reumatológicas sistémicas.

Se inicia tratamiento con corticoides tópicos, el cual se asocia a hipertensión ocular transitoria. Se logra la desaparición total de signos inflamatorios en cámara anterior y se procede a disminución progresiva de los corticoides hasta su suspensión total.

En Octubre 2019, se diagnostica reactivación del cuadro de uveítis a 1 mes después de suspender los corticoides tópicos, por lo cual se decide inicio de tratamiento con metotrexato vía oral adicional a tratamiento antiinflamatorio tópico. Paciente logra inactivación total de cuadro de uveítis, aunque confiesa adherencia irregular al tratamiento inmunosupresor sistémico. Se logra disminución progresiva de corticoides hasta lograr su suspensión.

En examen oftalmológico de Junio 2020, se pesquiza VOD 20/20 y VOI 20/50.

En base a examen de refracción con cicloplegia se establece diagnóstico de miopía de -0,50 DP OI, con lo cual corrige AV OI a 20/20. La paciente se mantiene sin signos de inflamación en cámara anterior. En Agosto 2020, paciente presenta reactivación de uveítis anterior OI, lo cual obliga a reinicio de corticoides tópicos y cambio de vía de administración de metotrexato a subcutánea. Evoluciona con control de la inflamación intraocular, pero con aumento de la presión intraocular hasta 30 mmHg. Lo que obliga a uso de hipotensores tópicos y sistémicos. En Mayo 2021 frente a una nueva reactivación de uveítis anterior OI, se realiza ajuste de dosis metotrexato subcutáneo a 15 mg/m<sup>2</sup> SCT, asociado a reinicio de tratamiento tópico corticoidal. La paciente evoluciona con remisión de signos inflamatorios, mantiene buena AV corregida, pero con presión intraocular elevada. En Julio 2021, se diagnostica bajo refracción con cicloplegia, progresión de miopía a -3,00 esf OI, con lo cual corrige AV a 20/20. Medición largo axial a los 2 años 1 mes de evolución de cuadro inflamatorio intraocular : 22,36mm OD/ 23, 49mm OI.

Se establece una diferencia de 1,13 mm en el largo axial entre ambos ojos, lo que se correlaciona perfectamente con la miopía clínica de -3,00 esf. No hay evidencia de catarata en el examen clínico.

#### DISCUSIÓN.

Este caso clínico evidencia aparición y rápida progresión de miopía en ojo con inflamación crónica intraocular, en el contexto de uveítis anterior unilateral, en la cual no existe evidencia de catarata secundaria.

El aumento de la presión intraocular en este caso, podría ser un factor coadyuvante en el aumento del largo axial, en un globo ocular, cuya esclera presenta remodelación del tejido conectivo escleral mediada por citoquinas proinflamatorias.

Si bien existe historia de aumento de la presión intraocular, esta se produce después de los 3 años de edad, momento en que la posibilidad de buftalmo asociado sólo a este factor es remota. Este signo es característico en cuadro de glaucoma congénito antes de la edad descrita, período en que existe una inmadurez escleral fisiológica, que se traduce en un globo ocular más elástico y deformable por factores físicos, como el aumento de la presión intraocular.

#### CONCLUSIONES

Existe descripción de mayor incidencia y progresión de

miopía en pacientes pediátricos con uveítis, especialmente asociada a Artritis Idiopática Juvenil.

ü Se ha identificado un mayor nivel de IL-6 y TNF-alfa en humor acuoso de estos pacientes.

ü Este estado de inflamación sistémica se ha asociado a desarrollo de miopía.

ü La asociación descrita es más marcada en niños menores de 12 años.

ü Existe evidencia experimental y en modelos animales, que avala la incorporación de tratamiento antiinflamatorio, como herramienta terapéutica en la prevención de progresión de miopía.

**eMail corresponsal:** zapata.alegria@gmail.com

## ID 2466

### PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN LA PROVINCIA DE OSORNO

DR. CRISTOBAL OYARZUN;

Universidad Austral de Chile, Hospital Base Osorno

MR. MATEO BADARACCO; MISS CATALINA BIENE;

MR. MATHIAS FOLLERT. Universidad Austral de Chile

DR. CINTHYA HERMOSILLA; DR. SONIA ARRIAGADA;

DR. BARBARA CID; DR. ANDREA BIENE;

DR. YARELLA GOMEZ; DEISY GACITUA;

Hospital Base Osorno

#### Resumen:

**INTRODUCCIÓN:** La Artritis reumatoide (AR) es la patología articular inflamatoria más frecuente. Conocer la prevalencia y otros datos epidemiológicos permite planificar un abordaje eficiente de la enfermedad. La AR forma parte de la ley 19966 (GES) y ley 20.850 (Ricarte Soto), ello favorece el que la mayoría de los portadores de AR se mantenga en su sistema de previsión de salud. La provincia de Osorno concentra un 87% de cotizantes en FONASA y el Hospital Base Osorno (HBO) es el único centro derivador de la provincia, lo que permite calcular una prevalencia cercana a la real y datos confiables acerca del manejo de la enfermedad.

**OBJETIVOS:** Estimar la prevalencia de la AR en la provincia de Osorno y describir las características de los pacientes en control.

**MÉTODOS:** Revisión y análisis de la ficha electrónica de los usuarios del HBO con diagnóstico de AR, obteniendo datos de sus características clínicas, tratamientos y respuestas.

**RESULTADOS:** De 1246 usuarios incluidos en el registro GES, 985 cumplían criterios de inclusión. En base a una población de 216.550, que representa el número de cotizantes FONASA, se obtiene una prevalencia indexada de 0.45%. Las prevalencias por rangos etarios: 18-45; 46-65; >66 años son: 0.07; 1.15;

0.16% globales y por sexo: 0.01; 0.03; 0.03% para hombres y 0.06; 1.97; 0.13% para mujeres, con una razón hombre:mujer de 1:5, siendo el promedio de edad de 60.6 y 60 años respectivamente. El 73.2% son de la comuna de Osorno. En cuanto al control clínico, los porcentajes para usuarios inactivos, con baja, moderada y alta actividad son: 48.6, 25.9, 18.5 y 6.8%, respectivamente. Un 29.7% de los pacientes tuvo su último control hace más de 18 meses. Para los intervalos 12 a 18, 6 a 11, 3 a 5 y menos de 3 meses, son 20.4; 10.7; 7.1 y 31.9%, respectivamente. Un 53.8% está con metotrexato, 63.7% con hidroxycloquina, 39.7% leflunomida, 3.6% sulfasalazina. Un 37.2% está con 1 y 16.6% con 3 FARMES, 822 pacientes están con prednisona y la dosis promedio es 5.7mg/d. Hay 95 usuarios beneficiarios de LRS (9.6%).

**CONCLUSIONES:** La serie presenta una visión global acerca de la AR en nuestra provincia y las características de nuestra población nos permiten calcular una prevalencia muy cercana a la real para poder así incidir en una gestión más eficiente de los recursos.

**eMail corresponsal:** bicidiaria@gmail.com

## ID 2467

### SÍNDROME DE HUGHES STOVIN Y DIFICULTAD EN EL PROCESO DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

DR. SEBASTIÁN CÁRCAMO; DR. CECILIA TREJO;

DR. ROSA VALENZUELA; DR. PILAR GARCÍA; DR. FELKA AGUILERA.

Hospital San Juan de Dios

#### Resumen:

**Introducción:** El síndrome de Hughes Stovin es una enfermedad rara. Se caracteriza por la presencia de aneurismas de las arterias pulmonares y trombosis venosa profunda. Se encuentran descritas asociaciones con la enfermedad de Behcet. Clínicamente se presenta con fiebre recurrente, tos y hemoptisis. Su etiología es desconocida y actualmente no hay criterios diagnósticos formalmente descritos o exámenes de laboratorios específicos.

**Desarrollo:** Hombre de 33 años, peruano. Cuadro de 6 semanas de evolución de fiebre hasta 40 ° C, de tos con expectoración mucosa y baja de peso de 5 Kg. Evoluciona con disnea de moderados esfuerzos y expectoración hemoptoica por lo que consulta en Urgencias. Ingresó febril, taquicárdico, normotenso, sin requerimientos de oxígeno suplementario. Laboratorio: Hemoglobina (Hb) 10 gr/dL, leucocitos 15.110, VHS 111, PCR 150 mg/dl. Función renal y hepática normal.

PCR COVID (+). Elisa para VIH, Antígeno superficie VHB, Anticuerpo contra VHC no reactivos. Angiografía por Tomografía Computarizada (AngioTC) tórax: Tromboembolismo pulmonar bilateral, sin signos de sobrecarga ventricular y signos sugerentes de infarto pulmonar. Eco doppler de extremidades inferiores: signos de trombosis venosa aguda superficial en tercio distal de vena safena interna.

Se inicia anticoagulación, pero evoluciona con persistencia de hemoptisis y caída de Hb, por lo que se suspende. Se realiza AngioTC de abdomen y pelvis, donde se constata trombosis de vena supra hepática. Ecocardiograma transtorácico sin sobrecarga derecha, válvulas sin vegetaciones. Fracción de eyección conservada.

Se completa estudio: TC de tórax, abdomen y pelvis sin evidencia de neoplasia. Endoscopía digestiva alta normal. Marcadores tumorales: CA 19-9, CEA, BetaHCG y APE negativos. Ecografía testicular normal. Estudio autoinmune: ANA, FR, ANCA negativo, C3 y C4 normal. IgM e IgG B2 glicoproteína I negativo, IgM e IgG Anticardiolipinas negativo. Estudio hematológico: BCL/ABR, JAK 2 y CALR negativo. Estudio de hemoglobinuria paroxística nocturna negativo. Estudio infeccioso: Hemocultivos periféricos negativos. Baciloscopías, GeneXpert, antígeno urinario de neumococo y Legionella, orina completa negativos.

Dado de alta asintomático con tratamiento anticoagulante, reiniciando sintomatología cinco meses después caracterizada por hemoptisis, sudoración nocturna y dolor torácico transfixiante. Consulta en Urgencias, se realiza nuevo AngioTAC de tórax que evidencia dilatación aneurismática bilateral de ramas interlobares con gas endoluminal. Trombosis crónica de lóbulos inferiores y medios. Opacidades en vidrio esmerilado bilateral y lóbulo medio sugerentes de hemorragia alveolar. Dilatación de arterias bronquiales y desarrollo de circulación colateral.

Bajo este contexto se sospecha de síndrome de Hughes Stovin, re interrogando a paciente se obtiene historia de meses de evolución de úlceras orales. Oftalmología descarta uveítis. Se inician pulsos de metilprednisolona y posterior ciclofosfamida con disminución franca de hemoptisis. Tras 3 semanas de tratamiento evoluciona con episodio agudo de hemoptisis masiva, falleciendo.

**Conclusión:** sobre el manejo no hay estudios randomizados y controlados, por lo que la terapia se enfoca en la inmunosupresión con corticoides y ciclofosfamida. El uso de anticoagulantes está contraindicado por el alto riesgo de hemorragia fatal. Sobre el pronóstico, se han descrito casos que con la terapia inmunosupresora se genera estabilización e incluso regresión de los aneurismas. Pero en si estos son de mal pronóstico por las complicaciones asociadas (rotura y hemorragia, trombosis y oclusión).

**eMail corresponsal:** [sacarcam@uc.cl](mailto:sacarcam@uc.cl)

## ID 2468

### MORFEA Y APLASIA MEDULAR

DR. SEBASTIÁN CÁRCAMO; DR. FELKA AGUILERA;  
DR. CECILIA TREJO; DR. ROSA VALENZUELA; DR. PILAR GARCÍA.  
Hospital San Juan de Dios

#### Resumen:

**Introducción:** la Morfea es un trastorno inflamatorio idiopático que causa cambios escleróticos en la piel. Por otro lado la aplasia medular se define como pancitopenia secundaria a falta de formación de células sanguíneas en la médula ósea.

Se han visto reportes de casos con presentación simultánea de ambas entidades clínicas, motivo por el cual se presenta el siguiente caso clínico.

**Desarrollo:** mujer de 21 años, sin antecedentes mórbidos ni exposición a tóxicos. Cuadro iniciado en marzo 2020, caracterizado por baja de peso de 10 kg en 4-5 meses (15% del peso previo) y aparición de lesiones cutáneas hiperpigmentadas con sensación de tirantez en brazos, muslos y abdomen. Consulta en extrasistema septiembre 2020 donde se pesa trombocitopenia 120000. Reconsulta en Abril 2021, se evidencia trombocitopenia de 31.000, por lo que se deriva a Urgencias. Evaluada por hematología, impresiona púrpura trombocitopénico autoinmune, se indica prednisona 1 mg/kg/día. Evaluada por reumatología, sin Raynaud ni esclerodactilia, impresiona esclerosis sistémica, de acuerdo con tratamiento. Se realiza estudio: Elisa para VIH, Antígeno superficie VHB, Anticuerpo contra VHC, VDRL no reactivos. HTLVI/II negativo. Perfil inmunológico: ANA 1/160 patrón nuclear granular (+), anti DNA, ENA, FR, ACL, B2- GP1 IgG/IgM negativos, C3 y C4 normal. Marcadores tumorales (Ca 19-9, CA125, AFP, CEA): normales. bHCG descartó embarazo. Endoscopía digestiva alta y tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis sin evidencia de neoplasia. Ecocardiograma y troponinas normales. Estudio hematológico: Hemograma con anemia leve regenerativa con Coombs directo (-), linfocitosis 7000. Electroforesis e inmunofijación en suero sin componente monoclonal. Mielograma: Series Roja y Megacariocítica en límites normales, Serie Blanca: granulocitos 19%, se observa marcado aumento (60% o >) de linfocitos de aspecto maduro. Cintigrama esplénico 11/06/21: Examen en límites normales. Sin evidencias cintigráficas de bazo supernumerario.

Tras estos hallazgos, se descarta compromiso sistémico, se diagnostica morfea.

Mantiene trombocitopenia severa sin sangrado, se inicia Micofenolato, Metilprednisolona e hidroxicloquina con excelente respuesta cutánea y mala respuesta hematológica.

Completa estudio: Biopsia Médula ósea hematopoyética hipocelular de 15%. Biopsia de piel con hallazgos histológicos

e inmunohistoquímicos son compatibles con dermatosis fibromucinosas.

Se diagnosticó aplasia medular. En ese contexto de suspensión inmunosupresores. Se inicia protocolo con timoglobulina y ciclosporina, se mantiene con corticoides. Evoluciona con mayor mejoría desde el punto de vista cutáneo y mejoría transitoria de trombocitopenia hasta 80.000 plaquetas. Posteriormente nuevamente con trombocitopenia severa de 12000 sin episodios de sangrado.

**Conclusión:** Reportes de casos podrían indicar que la esclerodermia localizada no está limitada a la piel y puede estar asociada con manifestaciones sistémicas (citopenias). No existe un mecanismo fisiopatológico claro. Al evaluar los mecanismos de la morfea y la anemia aplásica, es importante considerar un proceso fibrótico o esclerótico sistémico subyacente que puede afectar tanto a la piel como a los compartimentos hematológicos. Se están investigando los objetivos moleculares de dicha fibrosis.

**eMail corresponsal:** [sacarcam@uc.cl](mailto:sacarcam@uc.cl)

## ID 2469

### RESPUESTA ADECUADA A TERAPIA NO IMPLICA RESULTADOS SATISFACTORIOS EN CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M.D. ÁLVARO GÓMEZ Karolinska Institutet

#### Resumen:

**Introducción:** Pacientes con lupus eritematoso sistémico (SLE) sufren de una calidad de vida (CdV) disminuida. Aquellos pacientes que responden a terapia muestran mejorías mayores en CdV que aquellos que no responden. Sin embargo, mejoría posterior a una intervención no equivale a alcanzar un estado satisfactorio. En artritis reumatoide, dolor significativo y fatiga grave persisten en una proporción alta de pacientes que responden a terapia. Esta observación paradójica no ha sido explorada en SLE.

**Objetivo:** determinar la prevalencia de CdV inaceptable en pacientes con SLE que alcanzaron una respuesta favorable a terapia, en el marco de dos ensayos clínicos fase III de belimumab, e identificar factores contribuyentes.

**Métodos:** incluimos pacientes que alcanzaron el resultado primario de eficacia en los ensayos BLISS-52 (NCT00424476) y BLISS-76 (NCT00410384), i.e. SRI-4 a la semana 52 desde el inicio de belimumab o placebo (N=760/1684). La evaluación

de CdV se basó en reportes de pacientes a la semana 52, utilizando los cuestionarios Short Form 36 (SF-36) y FACIT-Fatigue (FACIT-F). CdV inaceptable fue definida como (i) puntajes en escalas de SF-36  $\leq 5^{\circ}$  percentil derivado de puntajes normativos de una población pareada por sexo y edad; y (ii) puntajes en FACIT-F  $< 30$ .

**Resultados:** Encontramos disminuciones clínicamente significativas en CdV de pacientes con SLE comparados con puntajes normativos, y una alta frecuencia de CdV inaceptable, destacando SF-36 salud general (29.1%), FACIT-F (25.8%) y SF-36 funcionamiento físico (25.4%). Pacientes de mayor edad presentaron mayores frecuencias. Mayor daño de órgano se asoció con CdV inaceptable física, pero no mental; no hubo relación entre actividad de la enfermedad y CdV. En análisis de regresión logística, adición de belimumab a terapia estándar se asoció a menor frecuencia de SF-36 funcionamiento físico inaceptable (OR: 0.59; 95% CI: 0.39–0.91; P=0.016) y FACIT-F  $< 30$  (OR: 0.53; 95% CI: 0.34–0.81; P=0.004).

**Conclusión:** Proporciones sustantivas de pacientes con SLE reportaron CdV inaceptable a pesar de una respuesta clínica adecuada, especialmente en aspectos físicos. La adición de belimumab podría ser protectora contra funcionamiento físico adverso y fatiga grave. Nuestros resultados corroboran que disminuciones en CdV constituyen una carga sustancial en pacientes con SLE y subrayan las limitaciones de las terapias actuales.

**eMail corresponsal:** [alvaro.gomez.gonzalez@ki.se](mailto:alvaro.gomez.gonzalez@ki.se)

## ID 2470

### PRESENTACIÓN DE SARCOIDOSIS EN HOMBRE JOVEN

M.D. ELENA JARPA. SOCHIRE, Hospital Naval Almirante Nef

M.D. JORGE GONZALEZ; M.D. ELIZABETH BARTHEL;

M.D. PAMELA NARVAEZ.

Hospital Naval Almirante Nef

#### Resumen:

**Objetivo:** Descripción de un caso clínico de difícil diagnóstico en contexto de Pandemia

Hombre de 28 años sin antecedentes mórbidos, inicia síndrome febril de aproximadamente 3 semanas de duración, asociado a compromiso del estado general y mialgias, sin otros síntomas asociados. Al examen físico no se objetivaron hallazgos relevantes. Se solicitaron exámenes de laboratorio donde destacó hemograma con leve trombocitosis de 419.000/ $\mu$ L y frotis con morfología eritrocitaria alterada por Rouleaux (++) , velocidad de eritrosedimentación elevada hasta 90 mm./hora, proteína C reactiva de 11,8 mg/dL (valor normal menor a 0,6

mg/dL), anticuerpos antinucleares positivos en patrón homogéneo en dilución de 1:320 y test de Quantiferon TB Gold-plus® débilmente positivo. Resto de exámenes de laboratorio como lactato deshidrogenasa, niveles de complemento, autoanticuerpos séricos, función renal, electrolitos plasmáticos, pruebas hepáticas, pruebas de coagulación y VDRL fueron normales. Tomografía computada (TC) de tórax, abdomen y pelvis con contraste demostró adenopatías mediastínicas patológicas múltiples a nivel subcarinal e hilar derecho, siendo la mayor de 16 mm. con centro necrótico que contacta ampliamente con pared anterior y lateral derecha del esófago, además de pequeño nódulo de 4 mm. en segmento apical de lóbulo inferior izquierdo de aspecto inespecífico. Se complementó con tomografía computada por emisión de positrones (PET-CT) la cual evidenció un conglomerado de adenopatías hipermetabólicas en mediastino a nivel subcarinal que se prolongan hacia hilio pulmonar derecho de hasta 41 por 19 por 35 mm. con valor de captación estandarizado máximo (SUVmax, por sus siglas en inglés) de 15,75 sugerentes de síndrome linfoproliferativo y pequeños escasos nódulos pulmonares bilaterales de entre 7 a 3 mm. de diámetro de carácter indeterminado, sin evidenciar otros focos hipermetabólicos patológicos.

Se realizó cirugía toracoscópica asistida por video (VATS, por sus siglas en inglés) con objeto de biopsiar adenopatía y tejido pulmonar la cual fue informada como fibrosis y proceso inflamatorio granulomatoso crónico no necrotizante concordante con sarcoidosis. Así mismo, se realizó inmunofenotipo por citometría de flujo, cultivo corriente, micológico y de Koch, baciloscopía y pruebas de biología molecular para tuberculosis, resultando todos negativos.

Inicia tratamiento con prednisona 40 mg. al día cediendo completamente la fiebre y síntomas generales a la fecha. Posteriormente se agrega metotrexato 10 mg. semanales por 6 meses y descenso progresivo de dosis de corticoesteroides hasta una dosis de 5 mg., la cual mantiene hasta el día de hoy. Fue evaluado recientemente por oftalmólogo quien descarta manifestaciones y compromiso por sarcoidosis ocular.

Actualmente en buenas condiciones generales y asintomático. Exámenes de laboratorio de control con normalización de recuento plaquetario y morfología eritrocitaria en frotis, disminución de velocidad de eritrosedimentación a 2 mm./hora y anticuerpos antinucleares positivos en patrón moteado en dilución de 1:80. Niveles de enzima convertidora de angiotensina y resto de exámenes de laboratorio resultaron normales. Se realizó TC de tórax sin contraste de control que muestra resolución completa de adenopatías mediastínicas y persistencia de un nódulo pulmonar de 4 mm. en segmento apical del lóbulo inferior izquierdo.

**Conclusiones:** La sarcoidosis es un diagnóstico diferencial en el diagnóstico diferencial del síndrome febril.

**eMail corresponsal:** nenajarpa@gmail.com

## ID 2471

### IMPACTO DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M.D. ALVARO GOMEZ. Division of Rheumatology, Department of Medicine Solna, Karolinska Institutet

#### Resumen:

**Introducción:** Se han reportado asociaciones entre índice de masa corporal (IMC) elevado y disminuciones en calidad de vida (CdV) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (SLE), pero los datos son escasos e inconsistentes. **Objetivo:** determinar el impacto de sobrepeso y obesidad en CdV en una numerosa población de pacientes con SLE de dos ensayos clínicos fase III. **Métodos:** Analizamos de manera transversal datos conjuntos de los ensayos clínicos BLISS-52 (NCT00424476) y BLISS-76 (NCT00410384) en el día cero de estudio, esto es, antes del inicio de la intervención (N=1684). CdV fue evaluada utilizando los cuestionarios SF-36, FACIT-Fatigue y EQ-5D. Los pacientes fueron estratificados basados en su IMC según los puntos de corte establecidos por la Organización Mundial de la Salud. Puntajes reportados por pacientes con sobrepeso y obesidad fueron comparados con aquellos sujetos de IMC normal usando el test U de Mann-Whitney. Potenciales variables confundentes fueron analizadas utilizando modelos de regresión lineal. Relevancia clínica fue determinada utilizando mínimas diferencias clínicamente significativas (MCID). **Resultados:** Un total de 44% de los pacientes presentó IMC elevado y el 18% fueron obesos. Pacientes con sobrepeso y obesidad reportaron peores puntajes en comparación a individuos con IMC normal en resumen de componente físico (PCS) de SF-36, funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal y FACIT-Fatigue. Las diferencias fueron mayores que las MCIDs correspondientes y más prominentes con aumento de IMC. A pesar de no existir diferencias en el resumen de componente mental entre los distintos grupos, los pacientes de mayor IMC experimentaron disminuciones progresivas en vitalidad y funcionamiento social. En análisis de regresión lineal, IMC aumentado y obesidad se asociaron con peores puntajes en SF-36 PCS (coeficiente estandarizado:  $\beta=-0.10$ ;  $P<0.001$  y  $\beta=-0.17$ ;  $P<0.001$ , respectivamente), FACIT-Fatigue ( $\beta=-0.11$ ;  $P<0.001$  y  $\beta=-0.16$ ;  $P<0.001$ ), y EQ-5D ( $\beta=-0.08$ ;  $P=0.001$  y  $\beta=-0.12$ ;  $P<0.001$ ), independientes de factores demográficos y propios de la enfermedad. **Conclusión:** Pacientes con SLE e IMC elevado experimentaron disminuciones profundas en CdV en aspectos físicos, fatiga y funcionamiento social. Estrategias de control de peso podrían ser un complemento útil a la terapia farmacológica con el objetivo de mejorar CdV y reducir fatiga en pacientes con SLE.

**eMail corresponsal:** alvaro.gomez.gonzalez@ki.se



## ID 2472

### CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COPIAPÓ "SAN JOSÉ DEL CARMEN"

DR. MARCOS CRUCES; CONSTANZA FUENZALIDA.  
Servicio de Inmunología y Reumatología del Hospital Regional de Copiapó "San José del Carmen"

#### Resumen:

**Introducción.** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica, autoinmune, y sistémica, de etiología desconocida que afecta principalmente a las articulaciones, evolucionando frecuentemente hacia la destrucción y deformidad articular. Se caracteriza por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible compromiso sistémico extra-articular en cualquier momento de su evolución. Las personas experimentan dolor crónico y discapacidad progresiva. En Chile se estima una prevalencia entre 0.4-0.6%. Es importante aportar datos nacionales y regionales sobre las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con AR

**Objetivo.** Describir las características clínicas y demográficas de los pacientes con AR atendidos en la consulta de reumatología en el Hospital Regional de Copiapó "San José del Carmen" (HRC)

**Métodos.** Se incluyeron 683 pacientes del bajo control de pacientes con diagnóstico de AR atendidos en la consulta de reumatología del HRC desde marzo del 2018 hasta el 27 de agosto del 2021. Los datos clínicos y epidemiológicos fueron tomados de la revisión de fichas clínicas de los pacientes; se realizó cálculo de promedio, porcentaje y desviación estándar (DE).

**Resultados.** Como se observa en la tabla N° 1, la edad promedio fue de 60 (47-73) años, con 86% de mujeres y con nacionalidad chilena (97%) en su gran mayoría. El 37,47% presenta tabaquismo activo o antecedente de tabaquismo. Los pacientes presentaron FR positivo en 70.51% y AntiCCP positivo en 66,13%. Es una población con duración de enfermedad promedio de 9.38 años. Se reporta 46% de pacientes con comorbilidad cardiovascular y un 5,71% con EPID con manifestaciones clínicas. Según el último DAS28VHS de control, un 38,23% presenta remisión de enfermedad y un 17,91% se encuentra en actividad baja de enfermedad, lo que constituye un 56,14% del total de pacientes. De acuerdo al reporte obtenido del CDAI en promedio los pacientes están en actividad baja de enfermedad (4,75). Con respecto al tratamiento se reporta 83.7% de pacientes con corticoide con una media de 5,4mg día o dosis equivalente de prednisona. Pacientes en monoterapia con metotrexato (MTX) o terapia combinada de MTX con

FARMEs no biológicos representan 48.15%. El 12.45% de los pacientes está en tratamiento con terapia biológica/inhibidor JAK.

**Conclusiones.** Las características de nuestra cohorte son similares a las reportadas en otros estudios, con predominio de mujeres, AR seropositiva en 70.34%. Es una población con AR establecida, donde aproximadamente un 56% de los pacientes mantiene una actividad baja de enfermedad o remisión. Las patologías cardiovasculares (CV) representan el 46% en comorbilidad, lo cual es importante tener en cuenta, ya que es una población con alto riesgo de eventos CV (sobre todo pacientes con AR activa, comorbilidad CV, tabaquismo activo) y requieren programas de pesquisa de riesgo CV más activos en esta población. El 12.45% se encuentra en tratamiento con terapia biológica o inhibidor JAK a través de Ley Ricarte Soto, lo cual está acorde con lo esperado según el protocolo de tratamiento de AR refractaria del MINSAL (entre 10 y 20% de paciente con AR refractaria a FARMEs tradicionales).

**eMail corresponsal:** [marcoscruces48@hotmail.com](mailto:marcoscruces48@hotmail.com)

## ID 2473

### HALLAZGOS CAPILAROSCÓPICOS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTEMICA. HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO. CHILE

DR. MARÍA GABRIELA GUASAMUCARO C.; DR. JOSÉ LEONARDO JIMÉNEZ A.; DR. ALEJANDRA PATRICIA ÁLVAREZ C.  
Hospital San Pablo.

#### Resumen:

**INTRODUCCIÓN.** La Esclerosis Sistémica es una entidad progresiva caracterizada por disfunción vascular que conduce a fenómenos de isquemia y fibrosis en varios tejidos y órganos. La capilaroscopia de lecho ungueal ha sido usada como una herramienta diagnóstica que permite la detección de daño microvascular temprano y es parte de los criterios de clasificación ACR/EULAR para Esclerosis Sistémica desde el 2013.

**OBJETIVO.** Describir los hallazgos capilaroscópicos del lecho ungueal en pacientes con sospecha de Esclerosis Sistémica.

**MÉTODOS.** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con un total de 22 pacientes con el objetivo de describir los hallazgos de capilaroscopia del lecho ungueal en pacientes con sospecha de Esclerosis Sistémica de la consulta de Reumatología del Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile durante el periodo diciembre 2018-diciembre 2019. El motivo principal para solicitar el estudio fue la presencia de fenómeno de Raynaud y un score mayor a 9 de acuerdo a los criterios de clasificación ACR/EULAR para Esclerosis Sistémica.

**RESULTADOS.** Se encontraron alteraciones en todos los pacientes estudiados. Todos fueron de género femenino; el 95,5% presentó disminución en la densidad capilar, de estos, 59,1% correspondió a disminución grado 2 (33-66% de reducción de los capilares), 18,2% a grado 1 (reducción de capilares menor al 33%), 18,2% grado 3 (mayor a 66% de reducción capilar) y 1 de los pacientes tuvo densidad normal. Se evidenció capilares gigantes (mayores a 0,15 mm) en 27,3%, definitivamente ensanchados (mayores a 0,09 y menores de 0,15mm) y limítrofes (mayores de 0,05 y hasta 0,09mm) en 13,6%. El 13,6% tuvo áreas avasculares grado 3 (zonas grandes y confluentes). Se observó hemorragias en 36,4% y capilares tortuosos en 45,5%. Finalmente, el patrón esclerodermiforme tardío fue de 22,7%, 40,9% resultó activo, 18,2% temprano y 18,2% no específico.

**CONCLUSIÓN.** La capilaroscopia del lecho ungueal es un examen complementario simple y no invasivo que puede ser útil para diagnosticar, monitorizar y establecer pronóstico en pacientes con sospecha clínica de esclerosis sistémica.

**eMail corresponsal:** [gabyguasamucaro@gmail.com](mailto:gabyguasamucaro@gmail.com)

## ID 2475

### **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN A CASO COVID-19 DE CONTACTOS DE COVID-19 EN UNA COHORTE DE PACIENTES REUMATOLÓGICOS EN CHILE**

MISS SIGALL BUDNIK. Universidad de los Andes  
MISS ANTONIA VALENZUELA; MD, MS. MISS JOSEFINA DURAN.  
Escuela de Medicina, PUC, D. Inmunología y Reumatología.  
MISS ISIDORA GREZ. Interna de Medicina, PUC

#### **Resumen:**

**INTRODUCCIÓN.** Es motivo de debate si personas con patología reumatológica presentan más riesgo de contraer infección por SARSCoV2 o de tener peor pronóstico. Revisiones de la Global Rheumatology Alliance sugieren que dicha población no tiene mayor riesgo, sin embargo, sí tendrían más chance de desarrollar enfermedad grave, y podría existir una correlación entre el uso de corticoides con peor pronóstico. No obstante, los registros incluyen pocos pacientes de Latinoamérica.

**OBJETIVOS.** Describir características clínicas y evolución de pacientes adultos y pediátricos con diagnóstico de enfermedades reumatológicas, que fueron contactos de pacientes con diagnóstico de COVID-19 o que tuvieron la infección, en tres centros médicos de Chile.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio transversal de pacientes identificados mediante códigos CIE10 para esclerodermia, miopatía inflamatoria, vasculitis y síndrome de Sjogren, pacientes GES con artritis reumatoide, lupus o artritis idiopática juvenil y pacientes con artritis psoriásica incluidos en la Ley Ricarte Soto. Fueron contactados vía telefónica (entre mayo y octubre 2020). Se reunieron datos, información de su enfermedad y posibilidad de contacto con pacientes con la infección. Se compararon pacientes que fueron contactos COVID con pacientes que no lo fueron, y casos COVID con no casos. Se usaron términos según definiciones del MINSAL vigentes a la fecha del estudio.

**RESULTADOS.** Se contactaron 1109 pacientes, de los que 92 (8,2%) declararon haber sido contacto de personas con COVID. Este grupo fue más joven (promedio 37 vs 43 años), practicaron menos distanciamiento social (25% vs 4,4%) y realizaron más cuarentena (57% vs 24%). El contacto fue principalmente con familiares (53,3%). Del grupo contacto, 41 (44,5%) pacientes fueron casos confirmados de COVID, de estos la mayoría mujeres (73,2%). Al compararlos con aquellos que no se contagiaron, los casos confirmados presentan menos frecuentemente educación superior (43% vs 16%). No hubo diferencias en cuanto a diagnóstico reumatológico, tratamiento inmunosupresor ni actividad de la enfermedad entre ambas poblaciones.

**CONCLUSIÓN.** Diagnóstico reumatológico, tratamiento inmunosupresor o actividad de la enfermedad no fueron determinantes de la progresión a infección COVID en pacientes que fueron contactos en este estudio multicéntrico de pacientes con amplia variedad de patologías reumatológicas.

**eMail corresponsal:** [sbudnik@uc.cl](mailto:sbudnik@uc.cl)

## ID 2476

### **CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE MUESTRA DE PACIENTES ANCA (+) DEL HOSPITAL DEL SALVADOR ENTRE 2014 Y 2021**

DR. GIANNI SCHIAPPACASSE  
Hospital del Salvador, Universidad de Chile  
DR. FERNANDA REVECO; DR. MARÍA ISABEL HASSI;  
DR. OSCAR NEIRA; DR. P. CAROLINA FOSTER. Hospital del Salvador

#### **Resumen:**

**INTRODUCCIÓN:** Vasculitis asociada a ANCA (VAA) constituyen un grupo de vasculitis de pequeño vaso caracterizado por la presencia de autoanticuerpos que reconocen antígenos de citoplasma de neutrófilos PR3 y MPO.

**OBJETIVOS:** Describir características clínicas, de laboratorio y de tratamiento de pacientes con diagnóstico de VAA atendidos en Hospital del Salvador de Santiago de Chile entre años 2014 y 2021.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Diseño estudio descriptivo retrospectivo. Se accedió a base de datos del laboratorio de inmunología del Hospital del Salvador, desde el cual se seleccionaron a todos los pacientes con resultado de ANCA positivo (IFI o ELISA o ambos). Se procedió a revisar las fichas clínicas de los paciente con resultado de ANCA (+) por cualquiera de las 2 técnicas, rescatando variables clínicas, de laboratorio y de tratamiento de cada paciente.

**RESULTADOS:** Se revisaron las fichas de 39 pacientes, de las cuales 6 fueron excluidas por corresponder a un diagnóstico distinto a VAA. De las 33 fichas revisadas, 30 fueron mujeres y 3 hombres (los 3 VAA PR3). Promedio de edad al diagnóstico fue de 59 años, 60 años en mujeres y 54 años en hombres. Promedio de edad para MPO fue 64 años y para PR3 55. Tiempo de síntomas antes del diagnóstico fue en promedio de 9 meses. 10/33 pacientes (30%) manifestaron síntomas constitucionales al inicio (fiebre, baja de peso, sudoración nocturna o mialgias). 8/33 (24%) de los pacientes presentaron hemoptisis, 7 de ellos cumplieron criterios para Síndrome Riñón-Pulmón (5/7 MPO). 20 pacientes (60%) tuvo compromiso renal, siendo el órgano afectado más frecuente. 15/20 (75%) se manifestaron con Glomerulonefritis Rápidamente Progresiva. Otros órganos comprometidos fueron pulmón en 15 pacientes (45%), vía aérea superior en 9 (27%) (8/9 PR3), sistema nervioso periférico en 9 (27%), cutáneo en 4 (12%), ocular 4 (12%). Respecto a tratamiento, 21/33 (63%) recibieron esteroides en bolos y 30/33 (90%) con registro de dosis altas de prednisona. 22/33 (66%) recibieron ciclofosfamida como inducción, 4 (12%) con rituximab. En el seguimiento 10 pacientes recidivaron, (8 PR3, 2 MPO, 1 de ellos con título > 100) de los cuales 7 recibieron rituximab como manejo de la reactivación.

**DISCUSIÓN:** Es destacable el fuerte predominio en mujeres. El resto de los hallazgos es acorde con la literatura. Se resalta la presencia de reactivación en PR3 versus MPO.

**eMail corresponsal:** [gianni259@hotmail.com](mailto:gianni259@hotmail.com)

## ID 2477

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS AL DIAGNÓSTICO DE 170 PACIENTES CON VASCULITIS ANCA ASOCIADAS. COHORTE RETROSPECTIVA DE UN CENTRO UNIVERSITARIO.

DR. SEBASTIÁN CHÁVEZ. Universidad de Chile

DR. SEBASTIÁN CHÁVEZ; DR. DANNETTE GUIÑEZ. Sección de Medicina Interna, Hospital Clínico Universidad de Chile.

DR. PAMELA WURMANN. Sección Reumatología, Hospital Clínico Universidad de Chile.

MR. MATÍAS TITELMAN. Estudiante IV año Medicina, Universidad Mayor

#### Resumen:

**INTRODUCCIÓN:** Las vasculitis ANCA asociadas (VAA) tienen una amplia gama de presentación. La clasificación de Chapel Hill los divide en 3 grupos principales: Granulomatosis con poliangeítis (GPA), Granulomatosis Eosinofílica con poliangeítis (GPEA) y Poliangeítis Microscópica (PAM). Últimamente se suelen clasificar de acuerdo al marcador asociado: VAA a Proteínasa 3 (PR3) y VAA a mieloperoxidasa (MPO). Los estudios epidemiológicos locales son escasos y sin descripción de los marcadores descritos.

**OBJETIVO:** Describir las manifestaciones clínicas al diagnóstico en una cohorte chilena según el marcador asociado.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se identificaron los pacientes atendidos en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile en los últimos 10 años con diagnóstico de VAA. Se obtuvieron los datos del debut de ficha clínica electrónica y en caso necesario se contactó a los tratantes. Autorizado por el Comité de Ética local.

**RESULTADOS:** Se identificaron 190 pacientes con diagnóstico de VAA. Se excluyeron 20 casos por falta de información. La mediana de edad fue de 56 años (RIQ 47-67). 108 (63%) eran mujeres. Los diagnósticos fueron PAM (40%) y GPA (51%), de los cuales 11,4% eran localizados. El 31% fue PR3 (+), 52% MPO (+), 9% con ambos (-). Ningún paciente con PAM tuvo PR3 (+) y 16% de las GPA fue MPO (+). Los compromisos más frecuentes fueron: Síntomas constitucionales (68%), pulmonar (65%) y renal (60%). Las manifestaciones clínicas al debut según el marcador asociado se muestran en la Tabla 1.

**CONCLUSIONES:** En nuestra serie hay una baja frecuencia de GPEA. Dado que 1/3 de los pacientes no presenta síntomas constitucionales, su ausencia no debe descartar la sospecha diagnóstica. Los sistemas afectados en las VAA a PR3 y MPO difieren al momento del diagnóstico, siendo mayor el compromiso respiratorio alto/otorrinolaringológico y oftalmológico en las VAA PR3(+). Finalmente destaca la alta frecuencia de afección pulmonar en las VAA MPO(+). Diferencias pronósticas y de evolución deben ser evaluadas en futuros estudios.

**eMail corresponsal:** [chavezarm@uchile.cl](mailto:chavezarm@uchile.cl)

## ID 2478

### SARCOIDOSIS OCULAR EN PACIENTES ATENDIDOS EN DOS CENTROS CON ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA

M.D. BEATRIZ URRUTIA. Hospital Clínico Universidad de Chile

MISS ROMINA BARRUETO; MISS KARINA BARRUETO.

Universidad de Chile

DR. ALEJANDRO BADILLA. Universidad de Los Andes

DR. ENZO CASTIGLIONE. Universidad de Chile

#### Resumen:

**Introducción:** La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria multisistémica, de etiología desconocida que se caracteriza por la formación de granulomas. Su curso es variable y el diagnóstico difícil. El compromiso ocular es relativamente frecuente y esta poco descrito en la literatura nacional.

**Objetivos:** Describir las manifestaciones oculares de pacientes con sarcoidosis atendidos en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCh) y en un centro privado (CP).

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo de sujetos adultos ( $\geq 18$  años) con diagnóstico de sarcoidosis y compromiso ocular atendidos entre los años 2014 y 2021 en el HCUCh y/o CP. Los datos se obtuvieron de las fichas clínicas de los pacientes. Se consignó información epidemiológica como sexo y edad al debut de la enfermedad, además de las características del compromiso ocular, agudeza visual y manifestaciones extraoculares.

**Resultados:** Se obtuvieron 13 pacientes con diagnóstico de sarcoidosis, de los cuales 9 tuvieron compromiso ocular. El promedio de edad al diagnóstico fue de 55 años (rango 32 a 76 años) y fue más común en las mujeres (78%). El promedio de evolución de la enfermedad fue 5.3 años (rango 2-13 años). En el total de pacientes la sarcoidosis se presentó como uveítis bilateral, siendo la Panuveítis (PU) (44,4%) y la Uveítis Anterior (UA) (33,3%) las localizaciones anatómicas más frecuentes. Un paciente tuvo uveítis y compromiso orbitario (dacrioadenitis) concomitante. La PU se presentó en pacientes mayores (edad promedio 68,2 años) a diferencia de la UA que se presentó en sujetos más jóvenes (edad promedio 35 años). Dos pacientes tuvieron pérdida de agudeza visual (AV) severa no recuperable y un paciente, tuvo pérdida de AV moderada recuperable, todos ellos mayores de 70 años y con compromiso posterior. La manifestación extraocular más frecuente fue la pulmonar.

**Conclusiones:** El compromiso ocular por sarcoidosis fue frecuente en esta población y se comportó como lo descrito en la literatura internacional en cuanto a distribución por sexo y tipo de compromiso (uveítis más frecuente). La PU y la UA fueron las formas de presentación más comunes y la edad parecería asociarse al tipo de uveítis. Un 22.2% de los pacientes tuvo pérdida de la AV severa no recuperable durante su evolución en donde el compromiso posterior podría jugar un rol. Creemos que es importante que los pacientes con sarcoidosis

tengan una evaluación oftalmológica dado que el compromiso ocular es frecuente y puede tener consecuencias severas.

**eMail corresponsal:** [urrutiabeatriz79@hotmail.com](mailto:urrutiabeatriz79@hotmail.com)

## ID 2479

### MANIFESTACIONES PULMONARES AL DIAGNÓSTICO DE 170 PACIENTES CON VASCULITIS ANCA ASOCIADAS. COHORTE RETROSPECTIVA DE UN CENTRO UNIVERSITARIO

DR. DANNETTE GUIÑEZ. Sección de Medicina Interna, Hospital Clínico Universidad de Chile

#### Resumen:

**INTRODUCCIÓN:** Las vasculitis ANCA asociadas (VAA) son infrecuentes pero con un amplio espectro de presentación, pudiendo comprometer prácticamente cualquier órgano o tejido. Su clasificación y nominación han variado con el tiempo desde el consenso de Chapel Hill del año 2012, si bien, este sigue vigente. La tendencia actual es clasificarlas de acuerdo al marcador inmunológico: VAA asociado a Proteinasa 3 (PR3) y VAA asociado a mieloperoxidasa (MPO). Las manifestaciones pulmonares clásicas son la hemorragia alveolar y los nódulos pulmonares. En los últimos 10 años se ha descrito progresivamente la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPD) como una manifestación de las VAA particularmente asociada a MPO y con mayor frecuencia en población asiática. Esta puede presentarse concomitante o varios años antes del diagnóstico de la vasculitis. Los estudios epidemiológicos son escasos, y suelen representar en su mayoría poblaciones norteamericanas o europeas.

**OBJETIVO:** Describir las características del compromiso pulmonar al debut en VAA en un centro universitario Latinoamericano entre 2001 y 2020, siendo a la fecha la cohorte retrospectiva más grande en nuestra región.

**MATERIAL Y MÉTODO:** De un total de 190 pacientes con diagnóstico de VAA se incluyeron 170 en seguimiento en nuestro centro. Se revisaron aspectos clínicos, demográficos, laboratorio e imagenológicos de los pacientes incluidos. El estudio cuenta con autorización del comité de ética local.

**RESULTADO:** De los 171 pacientes, 113 (66,08%) presentaron compromiso pulmonar con una razón femenino/masculino de 1,34 (65/48). La mediana de edad fue de 57 [IQ25-75% 49-68] años al momento del diagnóstico, similar a los pacientes sin este compromiso. 107 (94,69%) de los pacientes fueron ANCA positivos; de estos, 56 (53,27%) MPO (+) y 39 (36,45%)

PR-3 (+). La hemorragia alveolar en un tercio de los pacientes en ambos grupos. En los pacientes MPO (+) predomina la EPD y en PR-3 (+) los nódulos pulmonares. Destaca la baja frecuencia de patología obstructiva asociada.

**CONCLUSIONES:** Las manifestaciones pulmonares en las VAA son frecuentes y a diferencia de la mayoría de las series internacionales en nuestro medio fue más frecuente en VAA MPO (+). Destaca la frecuencia de EPD en VAA MPO (+), lo que releva la importancia del estudio con ANCA en paciente con diagnóstico y seguimiento por EPD.

**eMail corresponsal:** [dannette.vania@gmail.com](mailto:dannette.vania@gmail.com)

## ID 2480

### **POLICONDRITIS RECIDIVANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO**

DR. ALBERTO HERNÁNDEZ. Residente Medicina Interna  
Universidad Católica del Norte

MR. EDUARDO GODOY. Interno Medicina  
Universidad Católica del Norte

#### **Resumen:**

**INTRODUCCIÓN.** La policondritis recidivante (PR) es una patología rara que cursa con episodios recurrentes de inflamación del cartílago (orejas, nariz, laringe y árbol traqueobronquial), puede acompañarse de compromiso ocular, cardíaco, cutáneo, del sistema nervioso, articular y renal. Esta respuesta inflamatoria es seguida de destrucción de matriz por enzimas proteolíticas. Se clasifican por patrones fenotípicos: respiratorio (38.9%), auricular (50.8%), sobreposición (4.8%), y sin compromiso auricular y/o respiratorio (5.6%). El diagnóstico es clínico (criterios de Michet) y se complementa con imágenes o pruebas de función pulmonar. El tratamiento es empírico, busca reducir frecuencia, intensidad de brotes y prevenir daños irreversibles, para formas no severas antiinflamatorios no esteroideos y para severas corticoides, inmunosupresores y terapia biológica. El pronóstico depende del fenotipo, siendo el compromiso pulmonar el de más alta mortalidad.

**OBJETIVOS.** Identificar la policondritis recidivante como diagnóstico diferencial en reumatología.

**MATERIALES Y MÉTODOS.** Paciente masculino, 33 años, antecedentes de hipertensión arterial, insulinoresistencia, obesidad mórbida; acude a otorrinolaringólogo por cuadro de dos semanas de evolución caracterizados por dolor retroauricular izquierdo progresivo asociado a eritema y aumento de volumen de pabellón auricular. Se plantea otitis externa manejándose con antibióticos, por no presentar mejoría se esca-

la antibiótico y asocia prednisona en dosis bajas. A la semana con mejoría por lo que se suspende tratamiento, no obstante a los dos días vuelve a presentar inflamación. Se reinicia corticoides en dosis hasta 20 mg y se deriva a reumatología. Al mes siguiente cursa con ojo rojo bilateral, acude a oftalmólogo se plantea epiescleritis y queratoconjuntivitis, inicia corticoides en colirios. Evaluado por reumatología que solicita panel inmunológico y decide iniciar fármaco modificador de enfermedad.

**RESULTADOS.** Exámenes solo destaca VHS y PCR elevadas. Se inicia tratamiento con azatioprina, colchicina y prednisona. Con controles irregulares, consulta en extrasistema que destaca poliartritis y asocia metotrexato, sin embargo persiste sintomatología.

**CONCLUSIONES.** La PR es una patología reumatológica poco frecuente a considerar como diagnóstico diferencial al enfrentarnos a condritis/pericondritis recurrentes sin respuesta a tratamiento médico habitual.

**eMail corresponsal:** [ahridulfo@gmail.com](mailto:ahridulfo@gmail.com)

## ID 2481

### VASCULITIS VERSUS PSEUDOVASCULITIS DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. UN DIFÍCIL ESCENARIO

DR. ANNE MARIE CHASSIN-TRUBERT CONTRERAS. SOCHIRE, Hospital San José

DR. ALEXANDER JURADO. Universidad de Santiago

#### Resumen:

**INTRODUCCIÓN:** Los síndromes pseudovasculíticos son un desafío considerando que las manifestaciones clínicas son muy parecidas a las de una vasculitis sistémica.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 22 años presenta cuadro de compromiso de conciencia de 3 días de evolución. Al examen físico destaca presión arterial 216/160 mmHg, sopor medio y lesiones cutáneas isquémicas en manos, nariz, pies y lóbulos reticularis. Exámenes: Creatinina: 1,96 mg/dL, Plaquetas: 71.000 x mm<sup>3</sup>, TTPK: 24 segundos, Dímero D: 3481 mg/dL, PCR: 9,8 mg/dl, Proteinuria aislada 500 mg/dl. TAC cerebral: hipodensidades en vértex mesial bilateral sugerentes de eventos isquémicos versus inflamatorios tipo vasculitis. Punción lumbar: normal. Fondo de ojo: edema de papila, retinopatía hipertensiva. AngioTAC cerebral: irregularidad de vasos intracraneales, posible síndrome de vasoconstricción reversible. Resonancia cerebral: lesiones agudas y crónicas isquémicas de bilaterales con estenosis críticas. Atrofia cerebral. Ecocardiograma: engrosamiento válvula mitral, hipokinesia ventrículo izquierdo, hipertensión pulmonar leve y derrame pericárdico. Estudio infeccioso: VDRL (+) MHA-Tp (-) Hemocultivos (-). Inmunológico: C3 y C4 disminuidos, ANA (-), ENA (-), AntiDNA (-), Anti MPO (-), Anti PR3 (-), β<sub>2</sub> glicoproteína 1 IgG (+) 20,9 e IgM (-), Anticoagulante lúpico (-), Anticardiolipinas (-). Se maneja con anticoagulación, bolos de metilprednisolona, hidroxiclo-roquina y ciclofosfamida endovenosa. Biopsia de piel: vasculopatía trombotica, sin vasculitis. Evoluciona satisfactoriamente con regresión de lesiones cutáneas, mejoría del compromiso de conciencia y normalización del recuento plaquetario y creatinina. Posteriormente, se obtiene el antecedente de aborto espontáneo, baja de peso de 10 Kg, cefalea intensa y fenómeno de Raynaud severo los últimos 4 meses.

**DISCUSIÓN:** Las vasculitis del sistema nervioso central son graves y de mal pronóstico. La alta sospecha clínica es nuestra herramienta fundamental para la toma de decisiones, especialmente considerando que el estudio puede tardar e incluso los anticuerpos ser negativos. En este caso, se planteó un síndrome de vasoconstricción cerebral reversible, sin embargo, las manifestaciones multisistémicas permitieron iniciar oportunamente el tratamiento para vasculitis de sistema nervioso central, asociada a un posible lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípidos.

**eMail corresponsal:** [annechassin@gmail.com](mailto:annechassin@gmail.com)

## ID 2482

### POBLACIÓN CON ARTRITIS PSORIÁTICA INGRESADA A LEY RICARTE SOTO DEL HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO

DR. ALEJANDRA ALVAREZ; DR. MARIA GABRIELA GUASAMUCARO; DR. JOSE JIMENEZ. Hospital San Pablo de Coquimbo

#### Resumen:

**INTRODUCCIÓN.** La psoriasis es un trastorno cutáneo crónico, inflamatorio e inmunomediado asociado a morbilidad significativa y una reducción de la calidad de vida. Aproximadamente del 25% al 30% de los pacientes con psoriasis pueden desarrollar artritis (APs), enfermedad musculoesquelética seronegativa que puede afectar las articulaciones, la entesis o la columna. Las características de la APs son heterogéneas e incluyen cambios en las uñas y la piel, artritis periférica, entesitis, dactilitis y espondilo artritis axial. <sup>1</sup> Se estima que la prevalencia sería aproximadamente de un 0,2% de la población, y usualmente se desarrolla entre los 30 y 55 años de edad, afectando a hombres y mujeres por igual. Los pacientes con artritis psoriásica que no responden a los fármacos modificadores de la enfermedad clásicos (FARMEs), pueden acceder a terapia con FARMEs biológicos con cobertura por la Ley 20.850, "Ley Ricarte Soto" (LRS) en Chile <sup>2</sup>.

**OBJETIVO.** Describir la población con APs beneficiaria de cobertura por Ley 20.850 del Hospital San Pablo de Coquimbo

**MÉTODO.** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, de 40 pacientes ingresados a la plataforma ministerial de ley Ricarte soto del Hospital de Coquimbo desde agosto del 2019 a agosto del 2021. Los pacientes fueron derivados por Dermatólogos y Reumatólogos, Según protocolo de derivación interno del establecimiento ( Fig.1).

Los pacientes diagnosticados con psoriasis y APs fueron confirmados por dermatólogos y reumatólogos según los criterios CASPAR tanto del hospital San Pablo de Coquimbo como del extra-sistema. El flujo de derivación se inicia con la evaluación de pacientes con psoriasis, si estos pacientes tenían síntomas clínicos de artritis extremidades, entesopatía, hinchazón de los dedos de las manos y los pies, o dolor lumbar inflamatorio, se definían como casos sospechosos de APs y se derivaban a policlínico de reumatología LRS, de forma directa para exámenes de confirmación diagnóstica, una vez confirmado el diagnóstico de APs se inició manejo con FARMEs tradicionales y AINES. Aquellos pacientes que no respondieron adecuadamente, persistiendo con actividad moderada y severa, fueron postulados a Ley 20.850 según los criterios definidos para inicio de terapia biológica. Además, se ingresaron pacientes derivados por dermatología y reumatología con diagnóstico ya establecido de APs y que cumplían criterios de postulación.

**RESULTADO.** Dentro de las características demográficas de los beneficiarios ingresados a la plataforma 47,6 % son mujeres, con un promedio de edad de 50 años (rango 77-25 años), 33 corresponden a FONASA y 8 a ISAPRE.

En cuanto a marcadores inmunológicos 7 contaban con factor reumatoide o péptido citrulinado positivo en títulos bajos.

Del universo de pacientes, 33 ingresaron para para inicio de terapia biológica y 6 para continuidad de tratamiento. De los 40 pacientes, 33 accedieron a tratamiento con secukinumab, 5 a golimumab y 2 a etanercept. En cuanto a la distribución de la artritis, 45% tiene afectación periférica, con CDAPSA promedio 23,9, 42% compromiso axial con ASDAS VHS promedio 3.98 y 13% con compromiso tanto axial y periférico (Gráfico 1). Se reviso también que en su mayoría estaba asociado a compromiso cutáneo (92,5%), entesitis (47,5%) y dactilitis (30%), no hubo pacientes con manifestación de enfermedad inflamatoria intestinal (Tabla N° 1). Destaca además el IMC promedio del grupo revisado fue de 26,9. En el periodo revisado 3 pacientes han requerido cambio de tratamiento.

**CONCLUSIÓN.** La Artritis Psoriásica es una enfermedad inflamatoria multisistémica heterogénea, con secuelas musculoesqueléticas considerables si no hay buena respuesta a fármacos. El tratamiento oportuno y adecuado es esencial para retrasar el daño estructural de la articulación y mantener calidad de vida y bienestar del paciente <sup>3</sup>.

Los Reumatólogos y Dermatólogos juegan un papel fundamental en la detección de APs en sus pacientes y en tratar o derivar rápidamente,<sup>4</sup> por ello que la implementación de protocolos de derivación local, y el trabajo multidisciplinario, ha jugado un rol crucial en los tiempos de respuesta de estos pacientes para detectar de forma activa los pacientes con psoriasis y artritis que cumplan con los requisitos de ingreso a la Ley 20.850. Esta Ley es una oportunidad de optimización de tratamiento para los chilenos con esta enfermedad, evidenciando notables mejorías para aquellos que acceden a ella tanto en lo clínico como en lo funcional.

**eMail corresponsal:** [atalvarez@uc.cl](mailto:atalvarez@uc.cl)

## ID 2484

### SEGURIDAD Y EFICACIA A LARGO PLAZO DE UPADACITINIB O ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: RESULTADOS A 3 AÑOS DEL ESTUDIO SELECT-COMPARE

M.D. OMAR LANDAETA. ABBVIE

#### Resumen:

**ANTECEDENTES:** En el estudio SELECT-COMPARE, el inhibidor de la quinasa Janus, upadacitinib (UPA), demostró una mejoría significativa en los signos y síntomas de la artritis reumatoide (AR) al administrarlo a una dosis de 15 mg una vez al día (QD) con metotrexato (MTX) de base, en comparación con adalimumab (ADA) + MTX a la Semana 12, que se mantuvo hasta las 72 semanas en pacientes que previamente presentaron respuesta inadecuada a MTX.1

**OBJETIVO:** Evaluar la seguridad y la eficacia a largo plazo de UPA vs. ADA a lo largo de 3 años en la fase de extensión a largo plazo en curso.

**MÉTODOS:** Los pacientes que recibían MTX de base fueron aleatorizados en una proporción de 2:2:1 para recibir UPA 15 mg QD, placebo (PBO) o ADA 40 mg cada dos semanas. Entre las semanas 14 y 26, los pacientes iniciaban rescate ya sea por falta de respuesta (mejoría <20 % en el recuento de articulaciones dolorosas o inflamadas: Semanas 14, 18, 22) o por la imposibilidad de alcanzar un objetivo del tratamiento dirigido (puntaje CDAI de baja actividad de la enfermedad a la Semana 26). Los pacientes que completaban el período a doble ciego de 48 semanas podían ingresar a una fase de extensión a largo plazo por un total de hasta 10 años. En este análisis se describe a los pacientes a lo largo de 3 años de tratamiento. Se informaron los eventos adversos emergentes del tratamiento (EAET) por 100 años-paciente (AP), incluidos los eventos adversos de especial interés (EAEI), por un total de hasta 3 años en base a la exposición a UPA y ADA. El análisis de la eficacia se realizó según la distribución aleatoria original de los grupos. Los pacientes que recibieron rescate o en quienes la medicación del estudio se interrumpió anticipadamente fueron clasificados como no respondedores para las visitas que ocurrieron luego del rescate o interrupción del tratamiento. Se realizaron análisis descriptivos sin comparaciones estadísticas formales.

**RESULTADOS:** En total, 651, 651 y 327 pacientes fueron aleatorizados al inicio para recibir UPA, PBO y ADA, respectivamente. Entre las semanas 14-26, 252 (39 %) pacientes requirieron pasar de UPA a ADA, 159 (49 %) debieron pasar de ADA a UPA, y todos los pacientes que recibían PBO rotaron a UPA a la Semana 26.1 Una mayor proporción de pacientes aleatorizados a UPA completaron los 3 años sin rescate en comparación con aquellos aleatorizados al grupo de ADA (47 % vs. 36 %, respectivamente). En general, UPA fue bien tolerado de

acuerdo con las tasas de EAET, incluyendo los EA serios, los EA que requirieron discontinuar la medicación del estudio y los EA EI, como infecciones serias y oportunistas, neoplasias malignas, eventos adversos cardíacos mayores adjudicados o tromboembolismo venoso; FIGURA). En consonancia con análisis previos, las tasas de EAET en general fueron similares entre los grupos de UPA y ADA, mientras que las tasas de herpes zóster, linfopenia, trastorno hepático y aumento de CPK fueron más altas con UPA. Al igual que en otros intervalos de tiempo previos, una mayor proporción de pacientes aleatorizados a UPA mostró baja actividad de la enfermedad y remisión a los 3 años en base al CDAI, así como DAS28(PCR)  $\leq 3,2$  o  $< 2,6$ , en comparación con los pacientes aleatorizados a ADA (TABLA).

**CONCLUSIÓN:** El perfil de seguridad de UPA coincidió con los resultados informados anteriormente y con el análisis de seguridad integrado de la fase III.1,2 Aún se observan niveles más elevados de respuesta clínica con UPA vs. ADA a los 3 años de tratamiento.

**eMail corresponsal:** [medicinaucna@gmail.com](mailto:medicinaucna@gmail.com)

## ID 2486

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS AL DIAGNÓSTICO DE 170 PACIENTES CON VASCULITIS ANCA ASOCIADAS. COHORTE RETROSPECTIVA DE UN CENTRO UNIVERSITARIO

DR. SEBASTIÁN CHÁVEZ. Sección de Medicina Interna, Hospital Clínico Universidad de Chile.

MR. MATÍAS TITELMAN. Estudiante IV año Medicina, Universidad Mayor

DR. DANNETTE GUÍÑEZ. Sección de Medicina Interna, Hospital Clínico Universidad de Chile.

DR. FRANCISCA SABUGO; DR. PAMELA WURMANN. Sección Reumatología, Hospital Clínico Universidad de Chile.

#### Resumen:

**INTRODUCCIÓN:** Las vasculitis ANCA asociadas (VAA) tienen una amplia gama de presentación. La clasificación de Chapel Hill los divide en 3 grupos principales: Granulomatosis con poliangeítis (GPA), Granulomatosis Eosinofílica con poliangeítis (GEPA) y Poliangeítis Microscópica (PAM). Últimamente se suelen clasificar de acuerdo al marcador asociado: VAA a Proteinasa 3 (PR3) y VAA a mieloperoxidasa (MPO). Los estudios epidemiológicos locales son escasos y sin descripción de los marcadores descritos.

**OBJETIVO:** Describir las manifestaciones clínicas al diagnóstico en una cohorte chilena según el marcador asociado.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se identificaron los pacientes atendidos en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile en los últimos 10 años con diagnóstico de VAA. Se obtuvieron los datos del debut de ficha clínica electrónica y en caso necesario se contactó a los tratantes. Autorizado por el Comité de Ética local.

**RESULTADOS:** Se identificaron 190 pacientes con diagnóstico de VAA. Se excluyeron 20 casos por falta de información. La mediana de edad fue de 56 años (RIQ 47-67). 108 (63%) eran mujeres. Los diagnósticos fueron PAM (40%) y GPA (51%), de los cuales 11,4% eran localizados. El 31% fue PR3 (+), 52% MPO (+), 10% con ambos (-). Ningún paciente con PAM tuvo PR3 (+) y 16% de las GPA fue MPO (+). Los compromisos más frecuentes fueron: Síntomas constitucionales (68%), pulmonar (65%) y renal (60%). Las manifestaciones clínicas al debut según el marcador asociado se muestran en la Tabla 1.

**CONCLUSIONES:** En nuestra serie hay una baja frecuencia de GEPA. Dado que  $\frac{1}{3}$  de los pacientes no presenta síntomas constitucionales, su ausencia no debe descartar la sospecha diagnóstica. Los sistemas afectados en las VAA a PR3 y MPO difieren al momento del diagnóstico, siendo mayor el compromiso respiratorio alto/otorrinolaringológico y oftalmológico en las VAA PR3(+). Finalmente destaca la alta frecuencia de afección pulmonar en las VAA MPO(+). Diferencias pronósticas y de evolución deben ser evaluadas en futuros estudios.

**eMail corresponsal:** [chavezarm@uchile.cl](mailto:chavezarm@uchile.cl)



## ID 2488

### USO DE TOCILIZUMAB EN UNA COHORTE DE PACIENTES CHILENOS HOSPITALIZADOS POR NEUMONÍA GRAVE POR COVID-19

DR. SEBASTIÁN IBÁÑEZ; DR. OMAR VALENZUELA;  
DR. MARÍA CECILIA POLI; PATRICIA ROESSLER;  
MABEL AYLWIN; GIGIA ROIZEN;  
MIRENTXU IRURETAGOYENA;  
VIVIANNE AGAR; JAVIERA DONOSO;  
MARGARITA FIERRO; JOSÉ MONTES.

Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

#### Resumen:

**Introducción / objetivo:** La inhibición de la interleuquina-6 ha demostrado ser eficaz en pacientes con COVID-19. El objetivo es presentar nuestra experiencia del uso de tocilizumab en pacientes con COVID-19 grave.

**Métodos:** Estudio observacional de cohorte retrospectivo. Los pacientes hospitalizados fueron evaluados por nuestro equipo multidisciplinario para el eventual uso de tocilizumab. Los pacientes con insuficiencia ventilatoria progresiva y evidencia de un estado hiperinflamatorio a pesar del tratamiento habitual recibieron tocilizumab 8 mg / kg por vía intravenosa (dosis máxima de 800 mg), además del tratamiento estándar. Se evaluó el uso, y tiempo de uso, de la ventilación mecánica (VM), el cambio del gradiente alveolar-arterial (A-a), de la relación entre la presión parcial de oxígeno arterial y la fracción de oxígeno inspirado (PaO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub>) y de los parámetros de laboratorio de inflamación a las 72 h. del uso de tocilizumab.

**Resultados:** 29 pacientes recibieron tocilizumab. El 93,1% eran hombres, el 37,9% eran obesos y el 34,5% tenían hipertensión. De los 20 pacientes que no estaban en VM al recibir tocilizumab, 11 requirieron VM no invasiva, por un promedio de 5 días, y uno de ellos requirió intubación. Los parámetros de gradiente A-a, PaO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub> e inflamación mejoraron significativamente. Un mejor recuento de linfocitos, que mejoró significativamente después del uso de tocilizumab, se asoció significativamente con un menor uso de VM. Cinco pacientes presentaron cultivos positivos tras tocilizumab, siendo tres de importancia clínica. Un recuento de linfocitos más bajo se asoció con un cultivo positivo. No se observaron otros eventos adversos importantes.

**Conclusión:** Nuestro estudio sugiere la utilidad y muestra la seguridad del uso de tocilizumab en pacientes con COVID-19 que tienen insuficiencia respiratoria y evidencia de hiperinflamación. La mejora de los linfocitos fue un predictor de una buena respuesta.

**eMail corresponsal:** seibanez@me.com

## ID 2489

### VASCULITIS ANCA ASOCIADA A ESCLEROSIS SISTÉMICA: REPORTE DE 5 CASOS

DR. DANIELA SEELMANN; DR. SILVANA SAAVEDRA;  
DR. MARIA PAZ POBLETE; RUBIO B; ALVO M;  
DR. PAMELA WURMANN; DR. MARIA LUISA MOLINA;  
DR. FRANCISCA SABUGO.

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

#### Resumen:

**INTRODUCCIÓN:** La esclerosis sistémica (ES) se caracteriza por vasculopatía, fibrosis de piel y órganos internos. Las vasculitis asociadas a ANCA (VAA) afectan vasos pequeños de riñones, tracto respiratorio, sistema nervioso, entre otros. Aunque en diversas mesenquimopatías encontramos ANCA atípicos sin relevancia clínica, la presencia de VAA MPO o PR3 + en ES es infrecuente. Describimos 5 pacientes con ES y VAA.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Revisión de fichas. Tabla 1.

**RESULTADOS:** El 100% mujeres, debut de VAA entre 14-39 años post inicio de ES (1 ES difusa y 4 limitada). Las formas de presentación de VAA fueron variadas: 5/5 con síntomas constitucionales, 4 con GNRP, 3 con compromiso del SNP y 1 del SNC, 1 cutáneo, 1 con hemorragia alveolar y 1 con poliartritis. Serología 4/5 con positividad para MPO y 1 para PR3. El 100% recibió bolos de Metilprednisolona y 4 tratamiento con ciclofosfamida. Una paciente falleció por complicaciones 2° a VAA.

**CONCLUSIONES:** La ES asociada a VAA es una combinación de enfermedades poco frecuente pero cada vez más reportada. El diagnóstico correcto y precoz es de suma importancia considerando que esta asociación confiere mayor morbimortalidad y que el tratamiento difiere de otras complicaciones de la ES que son parte del diagnóstico diferencial de falla renal aguda como la crisis renal esclerodérmica. Las características principales reportadas en la literatura son que se presentan en ES de larga evolución, con anticuerpos anti Scl 70 (+), la mayoría con MPO positivo y que el compromiso renal es la forma de presentación más frecuente. El tratamiento no difiere de los pacientes con VAA sin ES.

**eMail corresponsal:** daniseelmann@gmail.com

## ID 2490

### IDENTIFICACIÓN DE AUTOANTÍGENOS INDUCTORES DE RESPUESTAS PROINFLAMATORIAS DE LINFOCITOS T CD4+ DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

DR. JAXAIRA MAGGI. Immune Regulation and Tolerance Research Group, Universidad de Chile

DR. MONTSERRAT CARRASCAL. Biological and Environmental Proteomics Group, Institute of Biomedical Research of Barcelona - CSIC

M.D. LILIAN SOTO; M.D. OSCAR NEIRA;  
M.D. MARÍA C. CUÉLLAR.

Hospital del Salvador, Universidad de Chile

DR. OCTAVIO ARAVENA; DR. DIEGO CATALÁN;

DR. JUAN C. AGUILLÓN. Immune Regulation and Tolerance Research Group, Universidad de Chile

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos expanden significativamente el repertorio de péptidos presentados por moléculas HLA-DR asociadas a AR, identificando seis nuevos epitopos reconocidos por linfocitos T CD4+ de pacientes con AR. Esta información es relevante para el entendimiento de la inmunopatogénesis de la enfermedad y para el diseño de terapias antígeno-específicas contra la misma.

FINANCIAMIENTO: Fondecyt 1181853, Redes 180028, ANID-PFCHA/Doctorado Nacional/2018-21181538

**eMail corresponsal:** [jaxaira.maggi@gmail.com](mailto:jaxaira.maggi@gmail.com)

#### Resumen:

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune que resulta de una respuesta inmune compleja, iniciada y perpetuada por los linfocitos T CD4+ autorreactivos, que reconocen péptidos autoantigénicos (epitopos) hasta ahora poco caracterizados, presentados por moléculas humanas de clase II (HLA-DR), expresadas en la superficie de células presentadoras de antígeno.

**Objetivos:** Identificar secuencias peptídicas derivadas de proteínas sinoviales naturalmente procesadas por células con habilidad de presentación antigénica, y que posean la capacidad de activar y promover respuestas proinflamatorias en linfocitos T CD4+ de pacientes con AR.

**Material y Métodos:** Se aislaron complejos HLA-DR/péptidos desde células dendríticas que expresaran moléculas HLA-DR asociadas a la AR (n=10), pulsadas con fluido (n=15) o tejido sinovial (TS; n=1) de pacientes con AR, o bien desde TS directo (n=3). Los péptidos obtenidos se secuenciaron mediante espectrometría de masas, y la capacidad estimuladora de aquéllos con mayor potencial autoantigénico se evaluó en células mononucleares de sangre periférica de pacientes con AR (n=25) y sujetos sanos (n=10), mediante citometría de flujo.

**Resultados:** Se identificaron entre 103 y 888 péptidos naturalmente procesados, por muestra. De 43 péptidos selectos, aquéllos derivados de gelsolina (GS), histona (H)2B, H4, H2B citrulinada (cit), cit-proteoglicano (PG)-4 y mieloperoxidasa (MPO), aumentaron la expresión de CD40L y la producción de IFN- $\gamma$  por linfocitos T CD4+ de pacientes con AR. A su vez, los péptidos de GS, cit-PG-4 y MPO, promovieron respuestas proinflamatorias específicamente en linfocitos T CD4+ de pacientes con AR y no en sujetos sanos. Finalmente, la frecuencia de linfocitos T CD4+IFN- $\gamma$ + específicos para el péptido MPO y de linfocitos T CD4+TNF- $\alpha$ + específicos para el péptido H4, se correlacionaron con la actividad de la enfermedad.

## ID 2491

### ASOCIACIÓN ENTRE ALTERACIONES EN SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS B Y RESPUESTA A TRATAMIENTO: ANÁLISIS DE TRES ENSAYOS CLÍNICOS FASE III DE BELIMUMAB

DR. ÁLVARO GÓMEZ.

Division of Rheumatology, Department of Medicine Solna, Karolinska Institutet

#### Resumen:

**Introducción:** se carece de biomarcadores de respuesta a tratamiento en lupus eritematoso sistémico (SLE) que permitan una adecuada selección de pacientes y monitoreo eficiente de la terapia.

**Objetivo:** Evaluar la relación entre cambios tempranos en subpoblaciones de linfocitos B y células plasmáticas y la respuesta a terapia estándar más belimumab o placebo en pacientes con SLE.

**Métodos:** Analizamos datos conjuntos (N=1715) de los ensayos clínicos BLISS-76 (NCT00410384), BLISS-SC (NCT01484496) y BLISS Northeast Asia (NCT01345253). Subpoblaciones de linfocitos B fueron determinadas utilizando citometría de flujo en las semanas 0, 8, 24 y 52 desde el inicio de la terapia. Respuesta a tratamiento fue definida como SLE Responder Index 4 (SRI-4) en la semana 52. Comparaciones entre distintos grupos fueron realizadas usando el test  $\chi^2$  de Mann-Whitney.

**Resultados:** En la semana 52, pacientes que respondieron a terapia presentaron mayores reducciones que aquellos que no respondieron a terapia en linfocitos B totales CD19+CD20+, naïve CD19+CD20+CD27-, células plasmáticas long-lived CD19+CD20-CD138+ y células plasmáticas short-lived CD19+CD20-CD27bright. En ambos grupos, las reducciones en estas subpoblaciones fueron mayores en pacientes que recibieron belimumab en comparación a placebo. Además, pacientes que respondieron a terapia presentaron una expansión mayor y sostenida hasta semana 24 que aquellos que no respondieron a terapia en linfocitos B de memoria CD19+CD20+CD27+. Esta expansión se observó en pacientes tratados con belimumab, pero no en aquellos con placebo. No hubo diferencias entre los grupos en cambios en linfocitos B activados CD19+CD20+CD69+, plasmablastos CD19+CD20+CD138+ y células plasmáticas SLE-related CD19+CD38brightCD27bright.

**Conclusión:** Disminuciones en linfocitos B totales, naïve y células plasmáticas, así como una expansión temprana en linfocitos B de memoria, reflejan respuesta a terapia en SLE. Dinámicas en subpoblaciones de linfocitos B podrían ser un complemento útil en la evaluación de la terapia de pacientes con SLE.

**eMail corresponsal:** alvaro.gomez.gonzalez@ki.se

## ID 2492

### PERFIL DE PACIENTES INGRESADOS POR ARTRITIS PSORIÁTICA EN LA LEY RICARTE SOTO EN HOSPITAL PÚBLICO DEL SUR DE CHILE

DR. CRISTOBAL OYARZUN.

Hospital Base Osorno

DR. CRISTOBAL OYARZUN; DR. CRISTIAN PIZARRO.

Universidad Austral de Chile

DR. ANDREA BIERE; DR. SONIA ARRIAGADA.

Hospital Base Osorno

MRS. ISIDORA GODOY; MR. CARLOS CABEZAS.

Universidad Austral de Chile.

#### Resumen:

**Introducción:** La incorporación de pacientes con artritis psoriática (APs) moderada a severa a la Ley Ricarte Soto (LRS) ha significado una mejoría en el espectro de tratamientos en el ambiente público, no sólo en lo articular, sino también en el control de aquellos con psoriasis extensa de piel. Para ello, se requiere de una evaluación interdisciplinaria que permita a los pacientes con psoriasis de piel acceder a detección de APs. Se presenta la experiencia de la LRS en APs en el HBO, desde octubre 2019 a agosto 2021.

**Métodos:** Análisis y revisión de la ficha electrónica de pacientes portadores de APs incluidos en la LRS.

**Resultados:** 39 pacientes están ingresados a la LRS por APs. 14 de ellos son de sexo femenino (35,8%), masculino 25 casos (64.2%). Rango de edad: 26 a 67 años, (promedio 49.7 años). Comorbilidades detectadas: HTA (17.9%); diabetes (17.9%). Dada la severidad de psoriasis, 10 pacientes usaron anteriormente fototerapia UVB (25.6%) y 8 pacientes usaron PUVA terapia (20.5%). Actualmente los pacientes usan las medicaciones de: etanercept: 2 casos (5.1%); adalimumab 4 casos (10.2%); golimumab 4 casos (10.2%) y secukinumab 29 casos (74.4%). En terapia biológica, 14 pacientes han requerido usar un FARME por actividad de APs, de los cuales destaca el metotrexato en 13 casos (33.3%). En seguimiento posterior, una paciente desarrolló cáncer de esófago y otro linfoma cutáneo primario.

**Discusión:** Los pacientes incorporados en la LRS en su mayoría están en edad laboralmente productiva. Destaca una prevalencia de HTA más alta que la encuesta nacional de salud. La medicación anti-IL-17 mostró mejor resultado clínico en la piel. Un tercio de los pacientes requiere aún un FARME. La evaluación interdisciplinaria de los pacientes con psoriasis, junto a los elementos semiológicos del examen físico evaluados sistemáticamente en la consulta médica, han contribuido a una exitosa incorporación de los pacientes con APs a la LRS.

**eMail corresponsal:** bicidiaria@gmail.com

## ID 2493

### NODULOSIS CUTÁNEA: UNA MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE ESCLERODERMIA

M.D. ELENA JARPA; SOCHIRE,

Reumatólogo Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar. Chile.  
DR. GIULIANA LAVAGNINO. Becada medicina Universidad de Valparaíso. Campo clínico, interna Hospital Naval Almirante Nef

#### Resumen:

**Introducción:** La esclerosis sistémica (SSc) es una enfermedad autoinmune inflamatoria sistémica caracterizada por engrosamiento difuso o localizado de la piel, enfermedad pulmonar intersticial, hipertensión pulmonar, trastornos esofágicos, entre otros. El fenómeno de Raynaud es común y puede preceder en años a la enfermedad sistémica. La morfea o esclerosis nodular (MN) es una rara manifestación de la SSc, secundaria a una reacción fibrosante excesiva que lleva a múltiples nódulos cutáneos.

**Descripción del Caso.** Presentamos el caso de una mujer de 48 años, sin antecedentes mórbidos, que consultó por aparición de nódulos cutáneos sobre las articulaciones metacarpofalángicas de ambas manos, rodillas y fenómeno de Raynaud. El examen físico objetivó esclerodactilia, ausencia de artritis y múltiples nódulos de 10 a 20 mm, bien delimitados, indoloros, en sitios descritos. El estudio dirigido objetivó un anticuerpo anti-centrómero positivo (1:1280); y factor reumatoideo y anti CCP negativos. Una biopsia de un nódulo mostró atrofia del tejido adiposo, fibrosis densa y focos inflamatorios linfoplasmocelulares, sin calcificaciones, vasculitis ni granulomas. La inmunofluorescencia directa fue negativa para inmunoglobulinas y complemento, histología compatible con esclerodermia. Se realizó el diagnóstico de MN en paciente con esclerosis sistémica cutánea limitada y se inició tratamiento con prednisona y metotrexato logrando remisión de lesiones nodulares al año.

**Discusión.** La MN es poco común y ha sido descrita tanto en formas localizadas como difusas de esclerosis sistémica. Se presenta generalmente en mujeres de edad media como nódulos firmes, indoloros, distribuidos predominantemente en extremidades, cuello, espalda y tórax. Puede debutar antes o después de las manifestaciones sistémicas y no necesariamente está relacionado con la actividad de la enfermedad. El diagnóstico diferencial en este caso debía hacerse con artritis reumatoides por el tipo y localización de los nódulos.

**eMail corresponsal:** nenajarpa@gmail.com

## ID 2494

### SARCOIDOSIS OCULAR EN PACIENTES ATENDIDOS EN DOS CENTROS CON ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA

M.D. BEATRIZ URRUTIA. Hospital Clínico Universidad de Chile

MISS ROMINA BARRUETO. Universidad de Chile, interna Universidad de Chile

MISS KARINA BARRUETO. Universidad de Chile

DR. ALEJANDRO BADILLA. Universidad de Los Andes

DR. ENZO CASTIGLIONE. Universidad de Chile

#### Resumen:

**Introducción:** La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria multisistémica, de etiología desconocida que se caracteriza por la formación de granulomas. Su curso es variable y el diagnóstico difícil. El compromiso ocular es relativamente frecuente y esta poco descrito en la literatura nacional.

**Objetivos:** Describir las manifestaciones oculares de pacientes con sarcoidosis atendidos en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCh) y en un centro privado (CP).

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo de sujetos adultos ( $\geq$  18 años) con diagnóstico de sarcoidosis y compromiso ocular atendidos entre los años 2014 y 2021 en el HCUCh y/o CP. Los datos se obtuvieron de las fichas clínicas de los pacientes. Se consignó información epidemiológica como sexo y edad al debut de la enfermedad, además de las características del compromiso ocular, agudeza visual y manifestaciones extraoculares.

**Resultados:** Se obtuvieron 13 pacientes con diagnóstico de sarcoidosis, de los cuales 9 tuvieron compromiso ocular. El promedio de edad al diagnóstico fue de 55 años (rango 32 a 76 años) y fue más común en las mujeres (78%). El promedio de evolución de la enfermedad fue 5.3 años (rango 2-13 años). En el total de pacientes la sarcoidosis se presentó como uveítis bilateral, siendo la Panuveítis (PU) (44,4%) y la Uveítis Anterior (UA) (33,3%) las localizaciones anatómicas más frecuentes. Un paciente tuvo uveítis y compromiso orbitario (dacrioadenitis) concomitante. La PU se presentó en pacientes mayores (edad promedio 68,2 años) a diferencia de la UA que se presentó en sujetos más jóvenes (edad promedio 35 años). Dos pacientes tuvieron pérdida de agudeza visual (AV) severa no recuperable y un paciente, tuvo pérdida de AV moderada recuperable, todos ellos mayores de 70 años y con compromiso posterior. La manifestación extraocular más frecuente fue la pulmonar.

**Conclusiones:** El compromiso ocular por sarcoidosis fue frecuente en esta población y se comportó como lo descrito en la literatura internacional en cuanto a distribución por sexo y tipo de compromiso (uveítis más frecuente). La PU y la UA fueron las formas de presentación más comunes y la edad parecería asociarse al tipo de uveítis. Un 22.2% de los pacientes tuvo pérdida de la AV severa no recuperable durante su evo-

lución en donde el compromiso posterior podría jugar un rol. Creemos que es importante que los pacientes con sarcoidosis tengan una evaluación oftalmológica dado que el compromiso ocular es frecuente y puede tener consecuencias severas.

**eMail corresponsal: [urrutiabeatriz79@hotmail.com](mailto:urrutiabeatriz79@hotmail.com)**

## ID 2495

### COMPROMISO PROSTÁTICO POR IGG4, REPORTE DE UN CASO

DR. SEBASTIÁN IBÁÑEZ; DR. OMAR VALENZUELA.

Facultad de medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

#### Resumen:

**Introducción:** La enfermedad asociada a IgG4 es una condición autoinmune que puede comprometer múltiples órganos, y que puede mimetizar cuadros neoplásicos e infecciosos.

**Objetivo.** Reportar caso de presentación poco frecuente de enfermedad asociada a IgG4

**Método.** descripción de caso clínico.

**Resultado.** Hombre de 47 años que consultó a nuestro centro por cuadro de 1 mes de evolución caracterizado por dificultad miccional y disminución importante del chorro miccional. Por tacto rectal sospechoso se realizó resonancia magnética de próstata que evidencia extensa anomalía infiltrativa de ambos lóbulos prostáticos y ductus eyaculadores de vesículas seminales. Se planteó neoplasia de alto riesgo probablemente indiferenciada y se realizó biopsia transrectal. El resultado de esta no mostró evidencia de neoplasia, sin embargo, con la reacción inmunohistoquímica con anticuerpos contra IgG4, se observan numerosas células plasmáticas IgG4 positivas, compatible con prostatitis asociada a IgG4. Por empeoramiento de su sintomatología se hospitalizó para manejo urológico. Es evaluado por nuestro equipo objetivándose paciente con aumento de volumen palpebral bilateral, proptosis y exoftalmia mayor a izquierda. Durante hospitalización se planteó cistostomía para manejo del cuadro de retención urinaria. Todo el estudio de autoinmunidad fue negativo. El nivel en sangre de IgG4 fue 344 mg/dL. No hubo elevación de parámetros inflamatorios ni otras alteraciones del laboratorio general que consignar. Se realizó PET-CT para evaluar compromiso de otros órganos. El estudio confirma el compromiso orbitario de predominio izquierdo con exoftalmos, engrosamiento del nervio óptico y de músculos extraoculares, de glándulas lacrimales y submandibulares. Se evidenciaron múltiples adenopatías hipermetabólicas hiliares y mediastínicas, además

de micronódulos pulmonares de distribución perilinfática y de predominio en lóbulos superiores. Este hallazgo es un patrón típico de sarcoidosis o sarcoidosis-like, entidad que puede asociarse a enfermedad por IgG4. Dada la unidad diagnóstica clínica se decidió inicio de terapia con prednisona 1 mg/kg/día. A las 24 horas de tratamiento se observa franca mejoría de sintomatología urinaria y disminución de volumen palpebral y periorbitario. A las 72 horas se indica alta con tratamiento con prednisona 40 mg/día asociado a metotrexato oral.

**Conclusión.** El compromiso prostático en la enfermedad relacionada a IgG4 es muy poco frecuente y la evidencia disponible se limita a reportes de caso y pequeñas series. En la mayoría de los casos el diagnóstico es histológico como parte del estudio de sospecha de neoplasia. El paciente reportado tiene además compromiso orbitario, lacrimonal y pulmonar.

**eMail corresponsal: [seibanez@me.com](mailto:seibanez@me.com)**

**ID 2496**

**COMPROMISO DE SISTEMA NERVIOSO EN SÍNDROME DE SJÖGREN, MANIFESTACIÓN A TENER PRESENTE. REPORTE DE CASOS**

MISS CÉLINE SOTOMAYOR VAN BLADEL

Hospital San Juan de Dios - Universidad de Chile

MRS. MARÍA PILAR GARCÍA; MRS. MARÍA INÉS DOMÍNGUEZ;

MRS. CECILIA TREJO.

Hospital San Juan de Dios - Universidad de Chile

**Discusión:** El compromiso neurológico en SS es frecuente y puede ser la presentación inicial de la enfermedad. Las manifestaciones son variadas lo que complica el abordaje diagnóstico, pudiendo afectar sistema nervioso central, periférico o autónomo. Lo más frecuente es la neuropatía periférica, en especial de tipo sensitivo. Se debe realizar una evaluación neurológica cuidadosa y reconocer precozmente síntomas neurológicos en pacientes con SS para realizar estudio dirigido e iniciar tratamiento oportunamente.

**eMail corresponsal:** [celinesotomayor@hotmail.com](mailto:celinesotomayor@hotmail.com)

**Resumen:**

**Introducción:** El Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune del tejido conectivo que afecta principalmente a glándulas exocrinas, pudiendo también presentar manifestaciones extraglandulares. La afectación del sistema nervioso es una de las más comunes con una prevalencia de 8-49%.

**CASO 1:** Hombre de 56 años, con antecedente de SS, presenta cuadro de 1 año de parestesias e hipostesia palmo plantares. Al examen se apreciaba hipoestesia profunda distal. Electromiografía: polineuropatía sensitiva pura de carácter axonal moderada, compatible con ganglionopatía dorsal. Recibe inmunoglobulina y se inicia corticoides con buena respuesta, disminución de parestesias.

**CASO 2:** Mujer de 23 años con historia de sicca asociado a artralgias. En estudio destaca VHS>100, Anti-Ro 104 y Anti-La 68, FR 1280, cintigrama de glándulas salivales con disfunción severa. Posteriormente cursa con episodios de parestesias en extremidades y neuralgia del trigémino. Al examen con hemihipostesia facial izquierda y tono disminuido de hemicuerpo izquierdo. Punción lumbar normal con ausencia de bandas oligoclonales, electroforesis con hipergammaglobulinemia policlonal. Resonancia magnética de cerebro y columna sin hallazgos patológicos. Electromiografía normal. Se trata con corticoides con plan de uso de rituximab, con buena respuesta inicial.

**CASO 3:** Mujer de 75 años con historia de sicca y 2 meses de parestesias de manos y pies con aparición de masas cervicales. En estudio destaca ANA>1/640 granular fino, Anti-Ro 104 y Anti-La 83, FR 1280, C3 y C4 bajos, AntiDNA (-), electroforesis con hipergammaglobulinemia policlonal. Tomografía Computada de cuello tórax, abdomen y pelvis: masa adenopática cervicotorácica, adenopatías supraclaviculares, axilares, retropectorales, mediastínicas y sialoadenitis crónica. Cintigrama de glándulas salivales disfunción severa. Test de Schirmer <5 mm en ambos ojos. Se biopsia ganglio axilar descartándose patología infecciosa o neoplásica. Se maneja con bolos de metilprednisolona y ciclofosfamida con buena respuesta.