

ISSN 2413-4341

MARZO 2023
VOLUMEN 9
SUPLEMENTO 1

Revista

REVISTA PARAGUAYA
DE REUMATOLOGÍA

**ATENCIÓN PRIMARIA
EN SALUD,
UN COMPROMISO
DE TODOS**



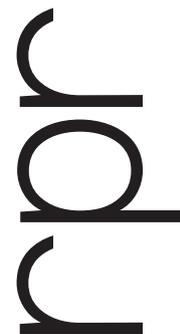
**6^{to} CONGRESO
PARAGUAYO
DE REUMATOLOGÍA**

5^{ta} Jornada de
Reumatología Pediátrica

ÓRGANO OFICIAL DE



SPR | Sociedad Paraguaya
de Reumatología



REVISTA PARAGUAYA
DE REUMATOLOGÍA

SOCIEDAD PARAGUAYA DE REUMATOLOGÍA

**Comisión Directiva
2022 - 2024**

Presidenta

Dra. Nelly Colman McLeod

Vicepresidente

Dr. Aldo Fabián Ojeda Meza

Secretaria General

Dra. Laura Santacruz Orué

Secretario Científico

Dr. Félix Emmanuel Ordando L.

Tesorero

Dr. Jhonatan Losanto

Vocales:

Dra. Cynthia Vega Balbuena

Dra. Susan Riquelme Granada

Sociedad Paraguaya de Reumatología

Pitiantuta 613 esq. Juan de Salazar

Asunción, Paraguay

Tel. (595 21) 210779

Fax (595 21) 212044

E.mail: reumatologia@py.roemmers.com

Web: www.spr.org.py

6^{to} CONGRESO PARAGUAYO DE REUMATOLOGÍA

5^{TA} JORNADA DE
REUMATOLOGÍA
PEDIÁTRICA

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente del Congreso 2023

Dr. Aldo Ojeda Meza

Presidenta de la SPR 2022-2023

Dra. Nelly Colman McLeod

Secretaria General del Congreso 2023

Dra. Susan Riquelme Granada

Tesorero de la SPR y del Congreso 2023

Dr. Jhonatan Losanto

Coordinadora General de la Jornada Pediátrica

Dra. Cynthia Vega

Comité Científico

Dra. Laura Santacruz Orué

Dra. Gabriela Ávila

Dr. Jhonatan Losanto

Dra. Lucía Arietti

Dra. Astrid Paats

Dr. Félix Ordano

Dra. Nathalia Cabrera

Dr. Marcos Vázquez

Dr. Juan Fernando Borja

Dra. Alexis Pineda

Comité Cultural y Social

Dr. Gabriel Elizaur

Comité de Apoyo Logístico

Dr. Pedro Delgadillo

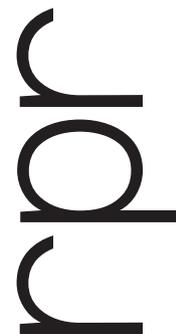
Dr. Víctor Martínez

Dra. Liz Caballero Motta

Dra. Romina Glizt

Dra. Evelyn Leiva

Dra. Clyde Parodi



REVISTA PARAGUAYA
DE REUMATOLOGÍA

DIRECTORA EDITORIAL

COMITÉ EDITORIAL

REVISOR EN INGLÉS

ASESORES EXTERNOS

**Dra. Isabel Acosta
Colmán**

Hospital de Clínicas,
Asunción, Paraguay

Web

www.revista.spr.org.py

Concepto y diagramación

Studio Conrads
info@studioconrads.com
www.studioconrads.com

Dr. Zoilo Morel Ayala

Hospital de Clínicas,
Asunción, Paraguay

Dra. Nelly Colmán McLeod

Hospital de Clínicas,
Asunción, Paraguay

Dra. Magali

Zanotti-Cavazzoni
Sociedad Paraguaya
de Reumatología,
Asunción, Paraguay

Dra. Astrid Paats

Hospital de Clínicas,
Asunción, Paraguay

Dr. Juan

Espinosa Pereiro
Hospital Vall D'hebron.
Barcelona, España

Dra. Tania Fleitas

Hospital la Fe de Valencia.
Valencia, España

Dr. Wilson

Bautista Molano
Hospital Universitario Fundación
Santa Fe.
Bogotá, Colombia

Dra. María Del

Carmen Luraschi
Sunrise Hospital and
Medical Center. Las Vegas,
Nevada, EEUU

Dr. Enrique Faugier

Hospital Infantil de México
Federico Gómez. Ciudad de
México, México

SUMARIO

01 Artritis Reumatoide	1
02 Lupus Eritematoso Sistémico	9
03 Miscelánea	25

ÁREA TEMÁTICA

01 Artritis Reumatoide

001 FRECUENCIA DE CÁNCER EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Lourdes Román¹, Sonia Cabrera Villalba²⁻³, Gabriela Avila-Pedretti²⁻³, Vania Valinotti², Angélica Amarilla², Mariela Zarza², Evelyn Leiva³, Paola Pusineri³, Clyde Parodi³, Alexis Pineda¹, Yanira Yinde³, Agustina Maidana², Paloma De Abreu⁴

¹Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay.

²Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Reumatología. Asunción, Paraguay.

³Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Reumatología. San Lorenzo, Paraguay.

⁴Sociedad Paraguaya de Reumatología. Asunción, Paraguay.

Introducción: A nivel mundial los cánceres más frecuentes son los de mama, pulmón y el colorrectal y en Paraguay los más frecuentes son el de mama, próstata, el colorrectal, de cuello uterino y de pulmón. Actualmente el cáncer es la segunda causa de muerte en Paraguay (19,78%), siendo la primera causa en menores de 70 años (22,38%). En diferentes estudios se considera que los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen un mayor riesgo de desarrollo de malignidad (10%), sobre todo de linfomas o cáncer de pulmón.

Objetivo: Determinar la frecuencia de cáncer en pacientes con AR, las características de los mismos y su relación con las características de la enfermedad.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, de corte transversal, en una cohorte de pacientes con AR, de tres centros de tercer nivel. Se completó un cuestionario con variables epidemiológicas (i.e. sexo, edad), clínicas (i.e., tiempo de evolución de la enfermedad, actividad de enfermedad (DAS 28), comorbilidades, tratamiento), laboratoriales (factor reumatoide, ACPA) y radiográficas (erosiones) y el examen físico. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes y las cuantitativas en medias con el desvío estándar.

Resultados: Se incluyeron 426 pacientes con diagnóstico de AR. El 3,5% tuvo diagnóstico de algún tipo de cáncer. De los cuales, el 85,7% (12/14) eran mujeres,

con una media edad de $64,7 \pm 12,47$ años, y con una duración de enfermedad de $14,7 \pm 7,9$ años. En relación al tipo de cáncer diagnosticado, el 50% (7/14) tenía cáncer de mama, 14,3% (2/14) cáncer de cuello uterino, 7,1% (1/14) cáncer de laringe, 7,1% (1/14) mieloma, 7,1% (1/14) cáncer renal, y 7,1% (1/14) cáncer de tiroides. Sólo un paciente presentó el diagnóstico previo al inicio de la AR. Al analizar las características clínicas de la AR y la presencia de cáncer se observó una edad promedio mayor en los pacientes con cáncer ($p=0,043$), en su mayoría seropositivos, FR+ ($p=0,005$) y ACCP+ ($p=0,09$), no se encontró asociación con el resto de variables estudiadas.

Conclusión: El presente estudio es el primer reporte de frecuencia de cáncer en pacientes paraguayos con AR. Se ha encontrado una frecuencia del 3.5%. Los pacientes con cáncer en su mayoría eran mujeres, tenían en promedio mayor edad, y eran seropositivos. El tipo de cáncer más frecuente fue el de mama, de forma similar a lo descrito en la población general paraguaya.

Conflicto de interés: ninguno.

002 ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Paola Pusineri¹, Sonia Cabrera-Villalba¹, Gabriela Ávila-Pedretti¹, Evelyn Leiva¹, Vannia Valinotti¹, Alexis Pineda¹, Lourdes Román², Isabel Acosta-Colman¹, María Teresa Martínez³, Paloma de Abreu², Osmar Centurion⁴

¹Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay.

²Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Reumatología. Asunción, Paraguay.

³Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Reumatología. San Lorenzo, Paraguay.

⁴Sociedad Paraguaya de Reumatología. Asunción, Paraguay.

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen una mayor tasa de mortalidad, debido a complicaciones cardiovasculares. Existen escalas de riesgo cardiovascular (RCV) que consideran la AR por separado como factor de riesgo, aunque todavía existe una tendencia a subestimar el RCV demostrado por aterosclerosis asintomática en pacientes previamente

categorizados en estratos de riesgo intermedio o bajo. **Objetivos:** Analizar el riesgo cardiovascular de pacientes con AR utilizando diferentes escalas de estimación de riesgo y la presencia de aterosclerosis subclínica por ultrasonografía (US).

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, transversal, en una cohorte paraguaya de pacientes con AR que cumplían criterios ACR/EULAR2010. Se realizó un cuestionario estandarizado basado en las variables incluidas en el proyecto "Riesgo Cardiovascular en IMID" (PINV15-0346), del Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología (CONACYT), así mismo se realizó un examen físico exhaustivo y la ecografía carotídea mediante US, por un especialista calificado, previa firma del consentimiento informado. Se definió la aterosclerosis subclínica por el espesor íntima-media (GIMT) > 0,9 mm y/o la presencia de placas carotídeas. Para la determinación del RCV se aplicaron el score de Framingham 2008, QRisk III y mSCORE modificado. Las características cualitativas y cuantitativas se mostraron como frecuencias y medias y sus correspondientes DE. Para las comparaciones entre variables dicotómicas se utilizó la prueba de chi-cuadrado, la prueba de la t de Student y el nivel de significancia estadística de $p \leq 0,05$. Se realizó el coeficiente Kappa entre escalas, interpretado como: ≤ 0 sin concordancia y 0,01–0,20 sin concordancia, 0,21–0,40 regular, 0,41–0,60 moderada, 0,61–0,80 sustancial y 0,81–1,00 concordancia casi perfecta.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes con AR, 87% mujeres, con una edad media de $51 \pm 11,03$ años y una duración media de la enfermedad de $130,9 \pm 102$ meses. Según las medidas de QRiskIII, Framingham 2008 y ScoreM, respectivamente, 9 (9 %), 13 (13 %) y 5 (%) se clasificaron como de alto riesgo. El 27,1% de los pacientes de la cohorte presentó aterosclerosis subclínica determinada por US, superando en un 14% a los pacientes de alto riesgo clasificados según Framingham, mientras que mSCORE y QRiskIII clasificaron en estratos de riesgo intermedio y bajo a un 22% y 18% de los pacientes con hallazgos ultrasonográficos, respectivamente. Según QRiskIII, el coeficiente kappa de concordancia en pacientes de alto riesgo fue de 0,593 (moderado) en comparación con Framingham, mientras que mScore tuvo un coeficiente kappa de 0,401 (regular) en comparación con Framingham.

Conclusiones: Estos hallazgos revelan que el RCV identificado por ecografía de arteria carótida identifica con mayor precisión a los pacientes de alto riesgo que las escalas de estimación utilizadas en la práctica clínica, que tienden a subestimar el riesgo en los pacientes con AR.

Conflicto de interés: ninguno.

003 FACTORES RELACIONADOS CON LA MENOPAUSIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Vannia Valinotti¹, María Gabriela Avila-Pedretti^{1,2}, Lourdes Román³, Angélica Amarilla¹, Mariela Zarza¹, Evelyn Leiva², Paola Pusineri², Alexis Pineda³, Paloma De Abreu⁴, Yanira Yinde², Agustina Maidana¹, Sonia Cabrera-Villalba^{1,2}.

¹Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Reumatología. Asunción, Paraguay.

²Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Reumatología. San Lorenzo, Paraguay.

³Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay.

⁴Sociedad Paraguaya de Reumatología. Asunción, Paraguay.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es más frecuente en mujeres en todas las edades, pero las diferencias parecen estar más marcadas previas a la menopausia, razón por la cual parece ser que los niveles hormonales previos a la misma podrían estar involucradas en la patogénesis de la enfermedad. Además, la menopausia menor a la edad de 45 años se ha asociado con la aparición posterior de AR.

Objetivo: Determinar los factores relacionados a las características clínicas de pacientes con AR con diagnóstico de la enfermedad previo y posterior a la menopausia.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo y analítico de corte trasversal de una cohorte de pacientes con AR según criterios ACR/EULAR 2010. Se determinaron variables epidemiológicas (i.e. edad al diagnóstico, diagnóstico posterior a la menopausia, menopausia previa a los 45 años, vida fértil definida como la diferencia de años entre la menopausia y la menarca) y clínicas (i.e. DAS28 VSG, presencia de manifestaciones extraarticulares, tratamiento actual, presencia de osteoporosis), laboratoriales y radiográficas. Las variables cualitativas se expresan en frecuencias y porcentajes, y las cuantitativas en medias con el desvío estándar. Se utilizó chi cuadrado para variables cualitativas y t student para medias. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS V.23.0.

Resultados: Se incluyeron 360 pacientes mujeres. Se encontraron 65,7% pacientes post menopáusicas, con un promedio de edad de menopausia de $47,05 \pm 5,2$ años. La edad promedio al diagnóstico de AR fue de $44,38 \pm 14,75$ años, y de éstas 45,7% presentaron diagnóstico posterior a la edad de la menopausia: 26,3% fueron a una edad menor a 45 años.

Al comparar las características clínicas de la enfermedad entre las pacientes con diagnóstico de AR antes y

después de la menopausia, encontramos que las mujeres con diagnóstico de AR posterior a la menopausia presentaron en menor medida la forma de inicio poliarticular (36,58 % vs 40,76%, $p = 0,03$), menor actividad alta de la enfermedad por DAS28 VSG (2,73% vs 7,16%, $p = 0,04$), mayor valor promedio de VSG ($p = 0,02$), menor número de articulaciones tumefactas ($p = 0,02$) y menor valoración global del médico ($p = 0,002$). Así mismo presentaban con menor frecuencia tratamiento con terapias biológicas (2,57% vs 9,13%, $p = 0,00$) y menor frecuencia con glucocorticoides (6,49% vs 10,76%, $p = 0,004$).

En cuanto a las pacientes con diagnóstico posterior a la menopausia con edad de menopausia <45 años, tuvieron en promedio menor número de hijos ($2,66 \pm 1,93$ vs $3,4 \pm 2,3$; $p = 0,03$), y menor promedio de vida fértil ($27,21 \pm 6,48$ vs $35,25 \pm 3,31$ años, $p = 0,00$), no encontrándose otras diferencias significativas respecto a pacientes con menopausia posterior a 45 años.

Conclusión: Se han caracterizado clínicamente a las pacientes con diagnóstico de AR previo y posterior a la menopausia, y de éstas a aquellas con edad de menopausia menor a 45 años. Se han encontrado diferencias significativas en cuanto a forma de inicio poliarticular, criterios de actividad de la enfermedad y tratamiento actual. Además, se ha encontrado correlación entre número de hijos y años de vida fértil en aquellas con menopausia <45 años.

Conflicto de interés: ninguno.

004 CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLOGICA DE UNA COHORTE DE PACIENTES PARAGUAYOS CON ARTRITIS REUMATOIDE

Lourdes Román¹, Gabriela Avila-Pedretti²⁻³, Vania Valinotti², Angélica Amarilla², Mariela Zarza², Evelyn Leiva³, Paola Pusineri³, Clyde Parodi³, Alexis Pineda¹, Yanira Yinde³, Agustina Maidana², Paloma Abreu⁴, Sonia Cabrera Villalba²⁻³

¹Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay.

²Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Reumatología. Asunción, Paraguay.

³Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Reumatología. San Lorenzo, Paraguay.

⁴Sociedad Paraguaya de Reumatología. Asunción, Paraguay.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica caracterizada por la inflamación de las articulaciones, afecta con mayor frecuencia a las mujeres, puede producir daño articular y discapacidad, llegando a producir un alto impacto socio-sanitario.

Objetivo: Describir las características clínicas y epi-

demiológicas de pacientes con AR de tres centros de referencia.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, de corte transversal, de una cohorte de pacientes con AR de tres centros de tercer nivel. Se completó un cuestionario con variables epidemiológicas (i.e. sexo, edad, escolaridad), clínicas (i.e. tiempo de evolución de la enfermedad, actividad de enfermedad por DAS 28, comorbilidades), laboratoriales (i.e. FR y ACPA), radiográficas (erosiones) y el examen físico. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes y las cuantitativas en medias con el desvío estándar.

Resultados: Se incluyeron en el estudio a 426 pacientes con diagnóstico de AR, 84,5% mujeres, con un promedio de edad de $56,8 \pm 14,09$ años, y una duración de enfermedad de $12,7 \pm 19,6$ años, provenían con mayor frecuencia de Asunción y Gran Asunción (73,9%). El 53,3% tenía una educación escolar básica, el 34,7% educación secundaria y 22,7% llegaron a una educación universitaria. Sólo el 13,4% (57/369) era tabaquista. La forma de inicio más frecuente fue la poliarticular (74,4%). El 25,5% tenía manifestaciones extraarticulares. 71,4% tenían ACPA positivo, el 63,7% presentaba un título más de 3 veces el valor normal y el 69,2% FR positivo, de los cuales el 56,8% presenta un título más de 3 veces el valor normal. El 31,4% presentaba erosiones en las radiografías. En relación al tratamiento, el 68,2% (253/371) recibía metotrexato, el 44,7% (166/371) leflunomida, 2,7% (10/370) sulfasalazina, y el 17,5% (65/372) terapia biológica. El 39% (115/346) estaba en remisión de la enfermedad por DAS 28, el 18,7% (65/346) estaba con baja actividad de la enfermedad y solo el 11% (39/346) con alta actividad de la enfermedad. El promedio de actividad de enfermedad por DAS 28 fue de $3,18 \pm 1,8$ y de HAQ fue de $0,3 \pm 0,57$.

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con AR existe un predominio de mujeres, provenían con mayor frecuencia de Gran Asunción, un poco más de la mitad tenía solo una educación escolar básica, la forma de inicio más frecuente fue la poliarticular, en su gran mayoría eran seropositivos y a títulos altos. Estos hallazgos están en concordancia con lo descrito en otras series de pacientes con AR.

Conflicto de interés: ninguno.

005 PRESENCIA DE OSTEOPOROSIS EN UNA COHORTE DE PACIENTES PARAGUAYOS CON ARTRITIS REUMATOIDE

Vannia Valinotti¹, María Gabriela Avila-Pedretti¹⁻²,

Lourdes Román³, Angélica Amarilla¹, Mariela Zarza¹, Evelyn Leiva², Paola Pusineri², Alexis Pineda³, Paloma De Abreu⁴, Yanira Yinde², Agustina Maidana¹, Sonia Cabrera-Villalba¹⁻².

¹Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Reumatología. Asunción, Paraguay.

²Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Reumatología. San Lorenzo, Paraguay.

³Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay.

⁴Sociedad Paraguaya de Reumatología. Asunción, Paraguay.

Introducción: Una de las manifestaciones extraarticulares más frecuentes de la artritis reumatoide (AR) es la osteoporosis (OP), y su prevalencia en estos pacientes respecto a la población general es mayor, así como del riesgo de fracturas.

Objetivo: Determinar la frecuencia de OP y los factores relacionados con su presencia en pacientes con AR.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo y analítico de corte transversal de una cohorte de pacientes con AR establecida, según criterios ACR/EULAR 2010. Se determinaron variables epidemiológicas (i.e. sexo, edad), clínicas (i.e. datos ginecológicos, comorbilidades, actividad de la enfermedad por DAS28, presencia de manifestaciones extraarticulares, fracturas, tratamiento actual), laboratoriales y radiográficas. Se determinó la presencia de OP considerando los criterios de la OMS. Fracturas por fragilidad criterios de la OMS. Las variables cualitativas se expresan en frecuencias y porcentajes, y las cuantitativas en medias con el desvío estándar. Se utilizó chi cuadrado para variables cualitativas y T Student para medias. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS V.23.0.

Resultados: Se incluyeron un total de 141 pacientes con diagnóstico de AR, 94,3% mujeres, media de edad 63,28 ± 8,55 años. Con una duración de enfermedad media de 12,79 ± 8,76 años. El 74,8% tenían ACPA positivo. 41,4% de los pacientes estaban en remisión por DAS28 VSG, en tratamiento actual con metotrexato 61,9%, leflunomida 54%, terapia biológica 18%, 10,1% estaba en tratamiento con glucocorticoides, con una media de 6,34 ± 2,62 mg/d. La media de edad de la menarca fue de 13,84 ± 1,87 años, de menopausia fue de 43,37 ± 6,4 años y el promedio de número de gestas fue de 3,21 ± 2,07. De estos pacientes, 30,9% presentaron OP, y 51,8% osteopenia. 9,4% fracturas por fragilidad. Al analizar las características epidemiológicas, clínicas, ginecológicas de la AR con la presencia o no de OP, se encontró una asociación significativa con la mayor edad (p= 0.01) y la presencia de obesidad (p = 0.01).

Conclusión: La presencia de OP en esta cohorte de pa-

cientes con AR es similar a las descritas en otras series, y presenta una relación significativa con la edad más avanzada y la presencia de obesidad de los pacientes incluidos.

Conflicto de interés: ninguno.

006 COMORBILIDADES EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Lourdes Román¹, Sonia Cabrera Villalba²⁻³, Gabriela Avila-Pedretti²⁻³, Vania Valinotti², Angélica Amarilla², Mariela Zarza², Evelyn Leiva³, Paola Pusineri³, Clyde Parodi³, Alexis Pineda¹, Yanira Yinde²⁻³, Agustina Maidana², Paloma De Abreu⁴

¹Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay.

²Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Reumatología. Asunción, Paraguay.

³Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Reumatología. San Lorenzo, Paraguay.

⁴Sociedad Paraguaya de Reumatología. Asunción, Paraguay.

Introducción: El control de la actividad de la enfermedad de los pacientes con artritis reumatoide (AR), actualmente no solo depende del control de la inflamación articular, sino también del diagnóstico, y manejo oportuno de las comorbilidades, ya que la presencia de estas enfermedades influye en el pronóstico de la AR.

Objetivo: Determinar la frecuencia de comorbilidades y su asociación a la actividad de la enfermedad, y las características clínicas en pacientes con Artritis Reumatoide de tres centros.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo y analítico de corte transversal de una cohorte de pacientes con Artritis Reumatoide establecida, de tres centros de referencia en Reumatología. Se determinaron variables epidemiológicas (i.e. sexo, edad y procedencia), clínicas (i.e. comorbilidades, articulaciones afectas, actividad de la enfermedad por DAS28, etc.), laboratoriales y radiográficas. Las variables cualitativas se expresan en frecuencias y porcentajes, y las cuantitativas en medias con el desvío estándar. Se aplicó el test t de Student o el Chi cuadrado según corresponda. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS V.23.0.

Resultados: Se incluyeron 426 pacientes con diagnóstico de AR. El 65% presentaba al menos una comorbilidad. El promedio de número de comorbilidades fue de 1,83 ± 1,002. El orden de frecuencia de comorbilidades fue: hipertensión arterial (HTA) 44,1%, obesidad 35,8%, osteoporosis 30,9%, dislipidemia 25,2%, diabetes mellitus tipo 2 (DM2) 13,8%, hipotiroidismo 9,3%.

Al analizar la relación entre la presencia de comorbilidades y las características de la AR se encontró que los pacientes con HTA presentaban en menor medida manifestaciones extraarticulares ($p = 0,03$), los pacientes con dislipidemia presentaban en mayor proporción FR+ ($p = 0,03$). Los pacientes con DM2 ($p=0,02$), obesidad ($p = 0,02$) y osteoporosis ($p = 0,04$) se asociaron de manera significativa a la forma de inicio poliarticular. Los pacientes con dislipidemia y obesidad presentaron en promedio, menor número de articulaciones tumefactas ($p=0,010$ y $p = 0,04$) y peor valoración global del médico ($p = 0,013$ y $p = 0,049$). Al comparar la presencia de comorbilidades y la actividad de la enfermedad se encontró que los pacientes con DM2 con menor frecuencia alcanzaron la remisión por DAS28 ($p = 0,06$), mientras que los pacientes con HTA alcanzaban con menos frecuencia la remisión por CDAI ($p = 0,09$).

Conclusión: Las comorbilidades más frecuentes en esta cohorte de pacientes con AR, fueron la HTA, obesidad y osteoporosis. Los pacientes con DM2, obesidad y osteoporosis se asociaron de forma significativa con la forma de inicio poliarticular. Los pacientes con HTA y DM2 alcanzaron en menor medida la remisión de la actividad.

Conflicto de interés: ninguno.

007 ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Vannia Valinotti¹, Sonia Cabrera-Villalba¹⁻², Lourdes Román³, Angélica Amarilla¹, Mariela Zarza¹, Evelyn Leiva², Paola Pusineri², Clyde Parodi², Alexis Pineda³, Paloma De Abreu⁴, Yanira Yinde², Agustina Maidana¹, María Gabriela Avila-Pedretti¹⁻²

¹Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Reumatología. Asunción, Paraguay.

²Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Reumatología. San Lorenzo, Paraguay.

³Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay.

⁴Sociedad Paraguaya de Reumatología, Asunción, Paraguay.

Introducción: La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad que afecta preferentemente a las mujeres. Estudios previos indican que existen variables como la paridad y la menopausia temprana relacionadas con las características clínicas de la enfermedad, lo que supone implicancias hormonales en la patogénesis de la AR.

Objetivo: Determinar las características ginecológicas y la relación con las características clínicas en mujeres con AR.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo y analítico

de corte transversal de una cohorte de pacientes con AR establecida, de tres centros de referencia en Reumatología. Se determinaron variables epidemiológicas (i.e. sexo, edad al diagnóstico, paridad, menarca, menopausia, edad fértil) y clínicas (i.e., tratamiento actual, articulaciones afectas, DAS28, etc.), laboratoriales y radiográficas. Las variables cualitativas se expresan en frecuencias y porcentajes y las cuantitativas en medias con el desvío estándar. Se aplicó el test t de Student o el Chi cuadrado según corresponde. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS V.23.0.

Resultados: Fueron incluidas 360 pacientes mujeres, con promedio de edad $55,66 \pm 14,4$ años. 23,6% tenían manifestaciones extra articulares, el 61,7% era positivo para el factor reumatoide y el 62,8% para el anti-CCP. El 27,2% tenía erosiones. El DAS 28 VSG promedio fue de $3,22 \pm 1,25$, y el 30,4% se encontraba en remisión clínica. En cuanto a las variables ginecológicas, tuvieron un promedio de hijos de $2,65 \pm 2,08$, con número de gestas promedio de $2,93 \pm 2,33$, partos vaginales $2,23 \pm 2,11$, abortos $0,36 \pm 0,72$ y cesáreas $0,46 \pm 0,91$. Se encontraron 65,7% pacientes post menopáusicas, con un promedio de edad de menopausia de $47,05 \pm 5,2$ años. La edad de menarca promedio fue de $13,61 \pm 2,43$ años, siendo la edad fértil de aquellas que ya habían alcanzado la menopausia de $33,19 \pm 5,58$ años. 11,9% presentaban diagnóstico de osteoporosis y 19,7% presentaban valores de densitometría ósea compatibles con osteopenia.

En cuanto a la correlación de las variables clínicas de la AR en relación al diagnóstico de menopausia, fue encontrado que las pacientes post menopáusicas presentaron en mayor medida manifestaciones extra-articulares en 19,37% ($p=0,03$), erosiones en 23,45% ($p=0,13$), uso de glucocorticoides en 9,41% ($p=0,01$) y de terapias biológicas en 5,55% ($p=0,01$).

Conclusión: Se han caracterizado las variables reproductivas de pacientes paraguayas con diagnóstico de AR y se ha encontrado correlación con uso de glucocorticoides, terapias biológicas y manifestaciones extra articulares en aquellas post menopáusicas.

Conflicto de interés: ninguno.

008 TUBERCULOSIS PERITONEAL EN UN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB

Santiago Báez¹, Eulalia Daiub¹, Belén Ortiz¹, Martín Sánchez¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas,

Introducción: El infliximab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), el cual juega un rol clave en la fisiopatología de la artritis reumatoide (AR). Los anti TNF- α son utilizados para el tratamiento de la AR obteniendo gran mejoría en el control de los síntomas. Sin embargo, aumentan el riesgo de la reactivación de tuberculosis (TBC). Por lo tanto, la detección de infección latente de TB (LTBI) se ha vuelto obligatoria antes del inicio de terapias con anti-TNF- α .

Reporte de caso: Mujer de 52 años, hipertensa, AR hace 10 años, en tratamiento con metotrexate e infliximab, última dosis recibida una semana previa a la consulta. Es ingresada por ascitis, fiebre y pérdida de peso de 6 semanas de evolución. Niega tos, expectoración, hemoptisis, antecedentes de neoplasias, alcoholismo, infecciones previas conocidas y contacto previo con paciente portador de TBC. Desconoce si se realizó quantiFERON®-TB y/o PPD previo al inicio de tratamiento con infliximab. Al examen físico se constata la presencia de ascitis, con defensa en flanco derecho, pero sin irritación peritoneal. Hemograma y bioquímica sanguínea del ingreso sin alteraciones de valor. La radiografía de tórax no presentó infiltrados. Ecografía abdominal sin particularidades además de la ascitis. Se realizó una paracentesis diagnóstica que informó: Leucocitos: 3584, MN: 90%, LDH: 412, ADA en líquido ascítico 90 U/L. GASA <1,1 concluyendo como un exudado. La baciloscopia fue negativa, el Gene X-pert del líquido ascítico reportó la presencia de *Mycobacterium tuberculosis*, cultivo del líquido negativo. Se realizó una tomografía computarizada abdominopélvica en donde resaltó un engrosamiento del peritoneo compatibles con granulomas, y adenomegalias retroperitoneales. Concluyendo así el diagnóstico de tuberculosis peritoneal. Se inició esquema de tratamiento con antibióticos y se decidió su alta con indicaciones y seguimiento de manera ambulatoria.

Conclusión: Los proveedores de atención médica deben estar al tanto del mayor riesgo de TBC en pacientes con terapia anti-TNF y deben realizar la pesquisa de LTBI antes del inicio de dicho tratamiento, mediante una combinación de antecedentes de los pacientes, radiografía de tórax, prueba cutánea de tuberculina (PPD) y/o ensayos de liberación de interferón-gamma.

Conflicto de intereses: Ninguno arthritis.

009 EVENTOS CARDIOVASCULARES EN UNA COHORTE PROSPECTIVA DE PARAGUAYOS CON ARTRITIS REUMATOIDE

Evelyn Leiva¹, Gabriela Avila-Pedretti¹, Paola Pussineri¹, Vannia Valinotti¹, Lourdes Román¹, Alexis Pineda¹, María Isabel Acosta¹, María Teresa Filártiga², Paloma de Abreu³, Yanira Yinde¹, Osmar Centurión⁴, Sonia Cabrera-Villalba¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Reumatología. San Lorenzo, Paraguay.

²Laboratorios Curie. Asunción, Paraguay.

³Sociedad Paraguaya de Reumatología. Asunción, Paraguay.

⁴Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Cardiología. San Lorenzo, Paraguay.

Introducción: Los eventos cardiovasculares están aumentados en pacientes con artritis reumatoide (AR), en comparación a la población general. Todavía es escasa la información sobre la frecuencia de eventos cardiovasculares (ECV) en pacientes con AR sudamericanos.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo cardiovascular (CV) y la incidencia de eventos cardiovasculares (ECV) en pacientes con AR a los 5 años de seguimiento.

Métodos: Análisis de datos a 5 años de seguimiento del estudio prospectivo "Riesgo Cardiovascular en enfermedades inmunomediadas" (PINV15-0346), del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT-Paraguay), que incluía pacientes con AR. Los pacientes incluidos en el estudio fueron seguidos por reumatólogos a fin de identificar la ocurrencia de ECV definidos como: accidente cerebrovascular (ACV), insuficiencia cardíaca (IC), infarto agudo de miocardio (IAM), enfermedad arterial periférica y la causa de mortalidad. La incidencia acumulativa de ECV fue calculada después de 5 años del inicio del proyecto. Se utilizaron estimadores de Kaplan-Meier y modelos de regresión de Cox para analizar variables relacionadas con los ECV.

Resultados: 100 pacientes con AR fueron incluidos en el estudio. A los 5 años, 91 pacientes completaron el seguimiento. En la tabla 1 se detallan los factores de riesgo cardiovasculares tradicionales, basal y a los 5 años. Las principales características se detallan en la tabla 2. Durante el seguimiento, 4 pacientes presentaron un ECV (2 ACV, 1 IAM, 1 Insuficiencia cardíaca). Sólo un paciente falleció debido a un ECV (presentó insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular), 3 pacientes fallecieron debido a otras causas (1 muerte súbita, 2 relacionadas a infección). La incidencia acumulativa de ECV fue de 0,04. El tiempo medio de supervivencia

para un ECV fue de 57,0 (IC 95% 56.09-57.9) meses. No se encontraron diferencias significativas al comparar los factores de riesgo CV tradicionales basal y a los 5 años, así como tampoco se encontró diferencia entre el examen físico y los parámetros laboratoriales basal y a los 5 años de seguimiento.

Tabla 1. Factores de riesgo CV tradicionales en pacientes con AR.

	Basal n = 100	5 años de seguimiento n = 91	P value
Sexo masculino n (%)	13 (13)	10 (11)	ns
Edad años media±DE	51,36 ± 11,03	55,7 ± 10,83	ns
Hipertensión n (%)	33 (33)	28 (19,78)	ns
Dislipidemia n (%)	21 (21)	21 (23,08)	ns
Diabetes n (%)	8 (8)	6 (4,4)	ns
Obesidad n (%)	13 (13)	24/87	
Tabaquismo n (%)			ns
Si	13	10	
Ex	7	7	
Inactividad Física n (%)	54 (54)	46 (50,5)	ns

ns = no significativo

Tabla 2. Principales características de pacientes con AR.

	Basal n = 100	5 años n = 91	P value
CT mg/dl (media±DE)	178,3 ± 40,3	188,85 ± 36,68	ns
LDL mg/dl (media±DE)	101,9 ± 33,7	114,7 ± 31,51	ns
HDL mg/dl (media±DE)	53,0 ± 14,6	49,35 ± 11,75	ns
TG mg/dl (media±DE)	123,7 ± 122,3	130,53 ± 40,43	ns
Ácido Úrico mg/dl (media±DE)	4,0 ± 1,2	3,76 ± 1,55	ns
Glicemia mg/dl (media±DE)	99,5 ± 34,3	91,75 ± 17,98	ns
Peso kg (media±DE)	72,77 ± 16,22	72,58 ± 13,83	ns
Talla metros (media±DE)	158,48 ± 14,96	160 ± 0,8	ns
IMC (media±DE)	28,20 ± 4,86	28,02 ± 4,56	ns
Circunferencia abdominal cm (media±DE)	91,93 ± 12,67	91,91 ± 13,31	ns
Circunferencia de cadera cm (media±DE)	103,26 ± 10,93	103,56 ± 10,32	ns
PAS mmHg	117,26 ± 17,13	125,85 ± 18,87	ns
PAD mmHg	75,72 ± 11,62	77,42 ± 10,9	ns

CT: colesterol total, LDL: low density lipoprotein, HDL: high density lipoprotein, TG: triglicéridos, IMC: índice de masa corporal, PAS: presión arterial sistólica, PAD: presión arterial diastólica, ns = no significativo

Conclusión: La incidencia de ECV fue baja en esta cohorte de pacientes con AR. No se encontraron diferencias significativas entre los FRCV tradicionales basales y a los 5 años de seguimiento.

Conflicto de interés: Ninguno.

010 VACUNACIÓN CONTRA COVID-19 EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Sonia Cabrera-Villalba^{1,2}, Gabriela Avila-Pedretti^{1,2}, Angélica Amarilla², Mariela Zarza², Evelyn Leiva¹, Paola Pussineri¹, Lourdes Román³, Vannia Valinotti², Yanira Yinde^{1,2}, Agustina Maidana², Paloma de Abreu³

1Universidad Nacional de Asunción-Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Reumatología. San Lorenzo,

Paraguay.

2Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Reumatología. Asunción, Paraguay.

3Sociedad Paraguaya de Reumatología. Asunción, Paraguay.

Introducción: En febrero del 2021 se inició la vacunación contra COVID-19 en Paraguay, los pacientes con enfermedades reumáticas eran del grupo con prioridad en recibir dichas vacunas. Hasta diciembre 2022 a nivel país se tenía una cobertura total del 59,4% con al menos una dosis. El 52,4% de las personas ya han accedido al esquema primario (dos dosis), mientras que el 28,6% tiene al menos una dosis de refuerzo. Y solo 7,1% tiene el esquema completo de vacunación (cuatro dosis).

Objetivo: Describir la vacunación contra COVID-19 en pacientes paraguayos con Artritis Reumatoide (AR) durante la pandemia.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal, observacional, en una cohorte de pacientes con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010 en seguimiento, en dos centros de referencia en Reumatología, de octubre a diciembre de 2022. Se realizó un cuestionario con variables clínicas, vacunación, número de dosis, tipo de vacuna recibida. Las variables cuantitativas fueron presentadas en medias y las cualitativas en frecuencias.

Resultados: Se incluyeron 568 pacientes con AR, 84,1% eran mujeres, con un promedio de edad de 55,48 ± 13,94 años. El promedio de número de vacunas recibidas fue de 2,54 ± 1,19 dosis. El 88,7% (504) pacientes, recibieron al menos una dosis de vacuna contra COVID-19. 85% (483) recibieron dos dosis, mientras que el 60,9% (344) pacientes recibieron el primer refuerzo, y sólo el 21,2% el segundo refuerzo. En la tabla se detallan las vacunas recibidas en esta población estudiada.

Tabla 1. Vacunas recibidas en pacientes con Artritis Reumatoide.

Vacunas n (%)	Primera Dosis n: 504	Segunda Dosis n: 483	Primer Refuerzo n: 344	Segundo Refuerzo n: 122
Sputnik V	149 (26.2)	137 (24.1)	10 (1.8)	0
Astrazeneca,	172 (30.3)	171 (30.1)	110 (19.4)	36 (29.5)
Pfizer	81 (14.3)	80 (14.1)	198 (34.9)	68 (55.7)
Moderna	41 (7.2)	38 (6.7)	22 (3.9)	18 (14.8)
Hayat Vax	29 (5.1)	28 (4.9)	1 (0.2)	0
Sinopharm BBIBP	2 (0.4)	1 (0.2)	0	0
Covaxin	28 (4.9)	26 (4.6)	3 (0.5)	0
CoronaVac	2 (0.4)	2 (0.4)	0	0

Conclusiones: En esta serie de pacientes paraguayos con AR el porcentaje de vacunación contra COVID-19 es más elevado que en la población general, quizás porque los pacientes con enfermedades reumáticas tenían prioridad en ser vacunados, y probablemente debido a la insistencia de sus médicos en completar el

esquema de vacunación. Más del 80% tiene el esquema primario completo, y más del 60% recibieron el primer refuerzo, aunque solo el 21% completó el esquema de vacunación, la cifra es mucho mayor que la observada en la población paraguaya en general.

Conflicto de interés: ninguno.

ÁREA TEMÁTICA

02 Lupus Eritematoso Sistémico

011 CONCENTRACIONES DE VITAMINA D EN DIFERENTES FENOTIPOS CLÍNICOS DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Vannia Valinotti¹; Astrid Paats¹; Lourdes Román¹; Zoilo Morel²; Nelson Ortiz¹; María Eugenia Acosta³; María Teresa Martínez⁴; Isabel Acosta Colman¹.

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Reumatología, San Lorenzo, Paraguay.

²Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra y Servicio de Pediatría, San Lorenzo, Paraguay.

³Universidad Nacional de Asunción, Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, Departamento de Producción, San Lorenzo, Paraguay.

⁴Laboratorio Curie, Asunción, Paraguay.

Introducción: Los niveles bajos de vitamina D son frecuentes en los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y se asocian frecuentemente a mayor actividad de la enfermedad. Su asociación con distintos fenotipos clínicos ha sido poco estudiada, pero se encontró una asociación entre niveles bajos de vitamina D y afectación renal del LES.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo consistió en determinar la presencia de hipovitaminosis D y su asociación con fenotipos clínicos en los pacientes con LES del Departamento de Reumatología de un hospital de referencia.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, de corte transversal. El mismo incluyó pacientes con seguimiento en el Departamento de Reumatología de un hospital de referencia de tercer nivel, que reunían criterios ACR/EULAR 2019. Además de realizarle a cada paciente un cuestionario clínico, se les realizó una extracción de muestra para la realización del dosaje de 25[OH]-D3. El dosaje de vitamina D se realizó por quimioluminiscencia con ARCHITEC. Los niveles de 25[OH]-D3 fueron expresados en ng/mL, y fueron categorizados de la siguiente manera: normal >30ng/mL, niveles bajos que incluyen insuficiencia 20-30 ng/mL y deficiencia <20ng/mL. Se utilizó el programa SPSS versión 23.0 para el análisis de datos. Las variables cuantitativas se expresaron como medias y las cualitativas como frecuencias. Se realizó el test de chi cuadrado para la comparación entre variables dicotómicas y la t de Student para las continuas. Una p<0.05 fue considerada

como estadísticamente significativa. Este estudio fue financiado por el CONACYT en su convocatoria PROCIENCIA 2013.

Resultados: Fueron incluidos 100 pacientes, 89% mujeres, con un valor de la media de la edad de 29,82±9,74 años y un valor de la media de la duración de la enfermedad de 54,31±60,47 meses. En cuanto a fenotipos clínicos, 48% de los pacientes se presentaron con compromiso cutáneo, 58% articular, 19% hematológico, 28% renal y 7% de otras manifestaciones (i.e. cardíaca, neurológica, pulmonar). El valor de la media de la concentración de la vitamina D fue de 31,26±11,77 ng/mL. Al analizar cada fenotipo clínico, encontramos niveles de vitamina D como siguen: manifestación cutánea 32,75±12,78ng/mL, articular 31,78±11,69ng/mL, hematológica 32,95±14,45ng/mL, renal 29,43±9,47ng/mL, otras 29,54±14,02ng/mL. Se encontró una diferencia significativa entre las medias de los pacientes con afectación renal y los que no presentan esta manifestación (p=0,03). Al analizar los fenotipos de forma cualitativa en relación al estatus de vitamina D, no encontramos diferencias significativas entre los distintos fenotipos clínicos.

Conclusión: Existe una diferencia significativa entre las medias de las concentraciones de vitamina D de los pacientes con afectación renal en relación a aquellos que no presentan esta manifestación de LES de los pacientes de nuestra cohorte.

Declaración de conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

012 CORRELACIÓN ENTRE EL RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIDO POR EL SCORE DE FRAMINGHAM, EL GROSOR DE LA ÍNTIMA CAROTÍDEA Y LA PRESENCIA DE DISFUNCIÓN DIASTÓLICA EN PACIENTES CON LES

Astrid Paats¹, Rodrigo Acosta¹, Sonia Cabrera-Villalba¹, Gabriela Ávila¹, Anthon Torres², Ma. Teresa Martínez de Filártiga⁴, Paloma De Abreu², Osmar Centurión³, Isabel Acosta-Colmán¹.

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Reumatología, San Lorenzo, Paraguay.

²Investigador independiente.

³Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Cardiología, San Lorenzo, Paraguay.

⁴Laboratorio Curie, Asunción, Paraguay.

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Por este motivo, urge la necesidad de identificar marcadores objetivos de riesgo cardiovascular a fin de detectar a los pacientes con mayor riesgo de forma precoz.

Objetivos: Caracterizar a la población incluida en este proyecto e identificar una correlación entre el riesgo cardiovascular (RCV) medido por el score de Framingham, el grosor aumentado de la íntima media carotídea y la presencia de disfunción diastólica en pacientes con LES.

Métodos: Es un estudio observacional, analítico, prospectivo, de corte transversal en pacientes con diagnóstico de LES, que acuden a controles al Departamento de Reumatología de octubre del 2018 a octubre del 2019. Se realizó un cuestionario clínico y epidemiológico donde se registraron variables como el sexo, la edad, antecedentes patológicos, etc. y se realizó un test laboratorio que incluía parámetros relacionados al metabolismo. Se utilizó el score de Framingham para calcular el RCV a los 10 años. La disfunción diastólica fue evaluada mediante ecocardiograma según las recomendaciones del 2009 de la Sociedad Americana de Ecocardiografía (ASE). El grosor de la íntima media carotídea (GIM) fue valorado mediante ecografía doppler de carótidas, utilizando un valor mayor a 0,9mm como punto de corte de un grosor aumentado. Para el análisis de asociación y correlación se utilizó el Chi cuadrado y el test de correlación de Pearson. Este proyecto fue financiado por el CONACYT en su convocatoria PROCENCIA 2015.

Resultados: Fueron incluidos 76 pacientes, de los cuales el 85% eran mujeres, con un valor de la media de la edad de $34,77 \pm 12,55$ años. El valor de la media del score de SLEDAI fue de $3,725 \pm 4,58$. El 57,9% de los pacientes se encontraba con tratamiento antihipertensivo, se registró un valor de la media de PAS de $113,91 \pm 18,06$ mmHg. El 2,6% presentó DM2. El consumo de tabaco fue de 12,5%. El 36,8% de los pacientes presentó concentraciones bajas de HDL y 52,8% concentraciones elevadas de colesterol total en sangre. El valor de la media de la concentración del colesterol total fue de $209,98 \pm 71,2$ mg/dl y de HDL de $45,99 \pm 12,24$ mg/dl. La frecuencia de eventos cardiovasculares fue 1,3% para cardiopatía isquémica, 1,3% para insuficiencia

cardíaca y 3,9% para accidente cerebrovascular. De acuerdo al score de Framingham, 10% de los pacientes presentaron RCV alto o moderado y el 90% restante un riesgo ligero y bajo. El 32,3% de los pacientes presentó disfunción diastólica según ecocardiograma. Del total de pacientes incluidos, 53 pacientes se realizaron ecografía carotídea. De ellos el 7,5% presentó GIM aumentado y 18,4% presentó placas carotídeas. En el estudio de asociación, se encontró una asociación entre la presencia de un score moderado o alto de RCV y la presencia de disfunción diastólica ($p=0,02$, $OR=16,23$ (1,81-144,9)). Además se observó una correlación positiva y significativa ($r=0,541$ y $p=0,001$) entre los valores del score de Framingham y el valor de la media del GIM.

Conclusión: La presencia de un GIM aumentado y de una disfunción diastólica están asociados a un RCV alto o moderado medido por el score de Framingham en pacientes con LES.

Declaración de conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

013 INDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO (INL) Y PLAQUETA-LINFOCITO (IPL) COMO BIOMARCADOR DE NEFRITIS LÚPICA

Rodrigo Acosta¹, Astrid Paats¹, Marcos Vazquez¹, Jonathan Losanto¹, Karin Baumann¹, Teresa Martinez², Isabel Acosta¹.

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital

de Clínicas, Departamento de Reumatología. Asunción, Paraguay.

²Laboratorios Curie.

Introducción: En relación al Lupus Eritematoso Sistémico (LES) se han publicado recientemente algunos estudios que han sugerido que estos índices pueden constituirse posibles biomarcadores inflamatorios en el LES.

Objetivo: Determinar la asociación entre el INL, el IPL y la Nefritis Lúpica en el LES.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional y analítico de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES, según los criterios del ACR/EULAR 2019, del Departamento de Reumatología de un hospital de referencia. El estudio se realizó de marzo del 2018 a diciembre del 2019. Se les realizó el cuestionario clínico y sociodemográfico, analítica laboratorio (hemograma, PCR ultrasensible (US), antiDNA, afectación renal).

El INL se determinó como el recuento de neutrófilos di-

vidido por el recuento de linfocitos, mientras que el IPL se determinó como el recuento de plaquetas dividido por el recuento de linfocitos.

Para el análisis de asociación se utilizó el test de Chi2 y para el análisis de correlación el test de correlación de Pearson. El análisis de la curva ROC se realizó para determinar la sensibilidad y especificidad de INL y IPL en la predicción de Nefritis Lúpica (NL). La significación estadística se definió como $P < 0.05$.

Este estudio fue financiado por el CONACYT en su convocatoria de PROCIENCIA 2015.

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes con diagnóstico de LES, de los cuales 85,4% eran del sexo femenino, con una media de $34,89 \pm 12,50$ años. El 52,4% de los pacientes tenían antiDNA positivo, PCR US de $3,60 \pm 4,8$ mg/dl. En cuanto al INL se obtuvo un valor de la media de $2,47 \pm 1,65$ (0,541- 9,0) y un valor de la media de IPL de $88,39 \pm 50,10$ (33,8 – 347,0).

Al determinar la asociación de INL y IPL con la presencia de Nefritis, no se observó una relación estadísticamente significativa con los valores del INL ($p = 0.741$) y el IPL ($p = 0.165$).

No se constató asociación con la presencia de anti DNA positivo y PCR US elevada. Basados en la curva de ROC, el mejor valor de cut-off para nuestra cohorte de Lupus Paraguay (Py) capaz de predecir pacientes con NL es para valores del INL $\geq 3,511$ con una sensibilidad igual a 71,4% y especificidad igual a 8,8%; y para el IPL $\geq 88,73$ con sensibilidad igual a 85,7% y especificidad igual a 35,3%.

Conclusión: El INL y IPL son biomarcadores útiles y accesibles para identificar pacientes con Nefritis Lúpica en pacientes con LES de la cohorte Lupus Py, pero poco específicos.

Conflictos de intereses: Ninguno de los autores presenta conflicto de intereses.

014 HALLAZGOS ECOCARDIOGRÁFICOS Y ECOCAROTÍDEOS EN PACIENTES CON LUPUS Y SU RELACIÓN CON EL SX METABÓLICO

Rodrigo Acosta¹, Karin Baumann¹, Astrid Paats¹, Nelson Ortiz¹, Teresa Martínez³, Osmar Centurión², Gabriela Ávila¹, Sonia Cabrera-Villalba¹, Isabel Acosta¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Reumatología. Asunción, Paraguay.

²Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Cardiología. Asunción, Paraguay.

³Laboratorios Curie.

Introducción: Entre las alteraciones ecocardiográficas

relacionadas con el Síndrome Metabólico se citan las alteraciones estructurales y funcionales como la disfunción sistólica o diastólica subclínica del ventrículo izquierdo (VI). Constituyen además un factor de riesgo cardiovascular, esto sumado a la actividad del LES supone un proceso inflamatorio crónico, que desencadena en una aterosclerosis acelerada y por tanto mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares.

Objetivos: Establecer alteraciones ecocardiográficas y el grosor de la íntima-media carotídea en pacientes con síndrome metabólico y LES.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, de corte transversal y analítico. Muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES del Departamento de Reumatología de un hospital de referencia. Marco temporal de octubre del 2018 a octubre del 2019. Se les realizó el cuestionario clínico y sociodemográfico, marcadores serológicos y medidas antropométricas. Además de estudios de imagen (ecografía carotídea y la ecocardiografía doppler) para la medición del grosor íntima-media carotídea y evaluar aterosclerosis subclínica.

Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS versión 23. El análisis de asociación se utilizó el test de X2 y el test de correlación de Spearman. Se consideró una significancia.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico, con una media de edad de $31,06 \pm 11,9$ años. El 84% eran del sexo femenino con una media de $89,78 \pm 19,4$ meses de tiempo de evolución de la enfermedad.

Las alteraciones ecocardiográficas más frecuentemente encontradas en nuestra población fueron, valvulopatías 23% (insuficiencia mitral y aórtica), disfunción diastólica 17% e hipertrofia del VI en un 13%, no habiéndose encontrado asociación estadísticamente significativa en pacientes con síndrome metabólico.

En cuanto al análisis de las ecografías carotídeas, se observó una media del grosor íntima-media carotídea (GIM) en la población estudiada de $0,6 \pm 0,1$ mm, valor similar al analizar por separado este mismo parámetro en pacientes con o sin síndrome metabólico ($0,56 \pm 0,14$ vs $0,63 \pm 0,18$ mm, respectivamente).

Se constataron placas incipientes en el 18% de los pacientes con síndrome metabólico, aunque éstas no condicionaban una estrechez carotídea. No se constató asociación significativa entre la presencia del síndrome metabólico y el GIM en ninguna de sus porciones, ni con la presencia de placas.

Conclusión: No se constató asociación estadística-

mente significativa entre el síndrome metabólico y el grosor aumentado de la íntima-media carotídea, ni entre el síndrome metabólico y las alteraciones ecocardiográficas.

Conflicto de intereses: Ninguno de los autores presenta conflicto de intereses.

015 INDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO (NLR) Y PLAQUETA-LINFOCITO (PLR) COMO INDICADOR DE INFLAMACIÓN EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

Rodrigo Acosta¹, Astrid Paats¹, Marcos Vazquez¹, Jonathan Losanto¹, Karin Baumann¹, Teresa Martinez², Isabel Acosta¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Reumatología. Asunción, Paraguay.

²Laboratorios Curie.

Introducción: El índice neutrófilo/linfocito (NLR) y plaqueta/linfocito (PLR) han sido utilizados como marcadores de inflamación y pronóstico en varias enfermedades sistémicas tales como infarto de miocardio, diabetes mellitus, cáncer, enfermedades cardiovasculares, entre otras.

Estudios previos han demostrado que NLR y PLR están asociados con Psoriasis y Artritis Reumatoide.

Objetivo: Determinar la asociación entre NLR, PLR y la actividad de la enfermedad en pacientes con LES.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional y analítico, corte transversal. Muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES, según los criterios del ACR/EULAR 2019, del Departamento de Reumatología de un hospital de referencia. Marco temporal de marzo del 2018 a diciembre del 2019. Se les realizó el cuestionario clínico y sociodemográfico, analítica laboratorial (hemograma, PCR ultrasensible (US), antiDNA, afectación renal) y medición del SLEDAI 2k. En nuestro estudio agrupamos los pacientes según sus valores de SLEDAI en baja actividad ≤ 9 y alta actividad en >9 . El Índice neutrófilo/linfocito (NLR) se determinó como el recuento de neutrófilos dividido por el recuento de linfocitos, mientras que el índice plaquetas/linfocito (PLR) se determinó como el recuento de plaquetas dividido por el recuento de linfocitos.

Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS versión 23.

El análisis de la curva ROC se realizó para determinar la sensibilidad y especificidad de NLR y PLR en la predicción de las altas puntuaciones SLEDAI-2K.

La significación estadística se definió como $P < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes con diagnóstico de LES, de los cuales 85,4% eran del sexo femenino, con una media de $34,89 \pm 12,50$ años. En cuanto al SLEDAI se encontró una media de $3,65 \pm 4,5$. En nuestro Grupo 1 (SLEDAI < 9) entraron 76 pacientes (92,7%), y Grupo 2 (SLEDAI > 9) 6 (7,3%). El 52,4% de los pacientes tenían antiDNA+. PCR US de $3,60 \pm 4,8$. En cuanto al NLR se obtuvo $2,47 \pm 1,65$ (0,541-9,0) y PLR de $88,39 \pm 50,10$ (33,8 - 347,0). El Grupo 1 tenía un NLR de $1,49 \pm 0,17$ y PLR $44,99 \pm 5,16$; mientras que el Grupo 2, NLR de $2,65 \pm 1,08$ y una PLR de $82,65 \pm 33,74$. Al correlacionar NLR y PLR con características clínicas de pacientes con LES, las puntuaciones SLEDAI-2K se correlacionaron positivamente con NLR ($r = 0.339$, $P = 0.003$), PLR ($r = 0.256$, $P = 0.026$). NLR y IPL con PCR US también hubo una correlación positiva, aunque muy débil en el caso de NLR ($r=0,060$ $P=0,607$) y PLR ($r=0,76$ $p= 0,513$). Las curvas de ROC de NLR y PLR en relación a puntajes de SLEDAI-2k: NLR positivo si es mayor o igual que 2,28 con sensibilidad igual a 66,7% y especificidad igual a 17,1%. Y para PLR positivo si es mayor o igual que 103,492 con sensibilidad igual a 83,3% y especificidad igual a 32,9%.

Conclusión: El aumento de NLR y PLR es una característica intrínseca del LES, y pueden ser dos nuevos marcadores inflamatorios que podrían usarse para evaluar la actividad de la enfermedad en pacientes con LES. Nuestro estudio demostró que NLR y PLR aumentaron en pacientes con LES, y positivamente correlacionados con puntajes de SLEDAI-2K. Son herramientas tradicionales, simples y de bajo costo.

Conflicto de intereses: Ninguno de los autores presenta conflicto de intereses.

016 CRIPTOCOCOSIS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Magali Jarolin¹, Luis Sanchez¹, Dora Montiel¹, Estela Torres¹

¹Centro Médico Nacional, Departamento de Medicina Interna, Itaugua, Paraguay.

Introducción: Cryptococcus neoformans es hongo encapsulado, típico patógeno oportunista. El factor predisponente más común, es la infección avanzada por VIH con recuento de linfocitos CD4+ menor a 200/ μ l. Otros factores de riesgo reportados son la cirrosis hepática, linfoma y sarcoidosis. Las infecciones dise-

minadas y la criptococcemia son raras en sujetos con dichas comorbilidades. Se presentan dos casos de pacientes con LES que debutan con infecciones severas por *Cryptococcus neoformans*.

Caso 1: Mujer, 23 años, ama de casa, acude por dolor abdominal difuso, disnea y fiebre de 15 días de evolución, 3 meses de evolución de dolores articulares en manos, rodillas y pies, edema bupalpebral y en articulaciones, caída de cabello, metrorragia y coloración violácea de dedos de la mano. Lab: leucocitos 9500/mm³ (n:80%), Hb: 6.1 g/dl, VSG: 120mm, creat: 1.35 mg/dl, urea: 75 mg/dl, bilirrubina total: 4.25 mg/dl (Bd: 3.00), GOT: 344 ui/l, GPT: 57 ui/l, TTPA: 52 seg, Coombs dir: (+). Orina: 30 gr/campo. VIH (-), ANA: 1/2560, patrón homogéneo, anti-DNA: 1/160. C3, C4 consumidos. Ecografía abdominal: líquido libre en cavidad, hepatomegalia y esplenomegalia. Ecocardiografía: leve derrame pericárdico. Cultivo de líquido ascítico (resultado post-mortem): *Cryptococcus neoformans*. Tras 5 días de internación, bajo triple tratamiento antibiótico y pulsos de metilprednisolona, se produce el deceso de la paciente, atribuido a un shock séptico. No se llevó a cabo la intervención quirúrgica.

Caso 2: Varón, 16 años, acude por cuadro de 2 meses de evolución de lesiones eritematosas en región malar y tronco, dolor de rodilla, úlceras bucales, caída de cabello, fiebre y pérdida de 11 kg, IMC 12,4; presentó leucopenia, neutropenia, linfocitosis, anemia severa. Perfil renal normal. PCR: 3,1 mg/dl. VSG: 120mm. Orina simple: proteínas (++) , hematíes 20 por campo (dismórficos). Test de Coombs directo (+++). ANA (+) 1/2560 patrón moteado, anti DNA (+) 1/10. Proteinuria de 24hs: 1152 mg/dl. Hemocultivo: *Cryptococcus neoformans* 1:2 muestras. LCR normal. Antígeno para *Cryptococcus*: (+) 1/128. VIH (-). Se impone el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico y criptococcemia. Se realizó pulsos de metilprednisolona, además de tratamiento con anfotericina y fluconazol.

Conclusiones: La peritonitis criptococcica ha sido descrita hasta ahora sólo en dos grupos de pacientes, aquellos que reciben diálisis peritoneal y en aquellos con enfermedad hepática subyacente (cirrosis), no así en individuos con LES. La meningoencefalitis es la manifestación más común de la criptococosis, mientras que la criptococcemia se reporta sólo en 10-30% de los pacientes con infección por *Cryptococcus*. El diagnóstico temprano y la rápida instauración del tratamiento antifúngico parenteral permitieron la resolución del caso 2.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no presentar conflictos de intereses.

017 LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN PACIENTES CON HIV

Luis Sanchez¹, Magali Jarolin¹, Dora Montiel¹, Estela Torres¹

¹Hospital Nacional de Itaugua, Departamento de Medicina Interna. Itaugua, Departamento Central, Paraguay.

Introducción: Hay muy pocos casos reportados de HIV y de LES concomitantes. La distinción de las dos enfermedades es un desafío diagnóstico porque son frecuentes las artralgias y la presencia de autoanticuerpos en pacientes con HIV y puede haber pruebas positivas falsas para la infección por VIH en pacientes con LES.

Caso 1: Mujer de 56 años con diagnóstico de infección por el HIV en el año 2008, tratada en forma regular con AZT-3TC-nevirapina, con CD4 de 350 de inicio, controles posteriores en ascenso y carga viral indetectable. En junio 2018 presenta artralgias de pequeñas y grandes articulaciones, caída de cabello, eritema malar. Laboratorio: ANA 1/320 patrón moteado, antiDNA 1/10, anti Ro positivo >200, anti La positivo 74, C3 y C4 normales. Control CD4 550, carga viral indetectable. Recibe tratamiento con hidroxiquina y protector solar, con regresión de la sintomatología. Pasaje hace un año a tenofovir, entricitavina, efavirenz.

Caso 2: Mujer de 35 años, horticultora, consulta por lesión a nivel malar. Posteriormente se diseminan afectando sobre todo las zonas fotoexpuestas. Se acompaña de artralgias, caída de cabello, aftas orales, niega fiebre. Conocida con el diagnóstico de infección por HIV desde el año 2010. Desconoce otra patología de base. Examen Físico: eritema violáceo en todo el rostro, a excepción de párpados, compromiso de oreja, aftas orales. En escote, placas eritematosas. En tronco, placas eritematosas que predominan en la parte superior. En brazos, placas eritematosas de forma circular, con centros erosionados.

Acude para control luego de 1 semana con empeoramiento de las lesiones, extendiéndose a todo el rostro. La biopsia es compatible con el diagnóstico clínico de fotosensibilidad.

GB 1829, Hb 13 g/dl, Hto 41%, plaquetas 95.000, ANA 1/640 patrón moteado, antiDNA 1/10, Ac anti Ro 200, Ac SM 200, Ac RNP 200, C3 y C4 consumidos. CD4 2001, CV indetectable.

Se plantea que la fotosensibilidad es debido a lupus eritematoso sistémico por lo que es tratada con prednisona e hidroxiquina. Reinicia antirretrovirales con nuevo esquema de lopinavir/ ritonavir y truvada.

Conclusión: Ambas pacientes presentaron LES después de la infección HIV, con buena evolución. El

LES puede ocurrir a pesar de la pérdida de inmunocompetencia causada por la infección VIH. Por otra parte, el LES y la infección VIH se influyen mutuamente a través de mecanismos inmunológicos que determinan manifestaciones indeseables. La influencia exacta de la infección por VIH en el LES y viceversa es difícil de determinar debido a la rareza de la situación. Algunos reportes indican que la infección por el VIH puede mejorar las manifestaciones del LES, especialmente cuando el recuento de CD4 es bajo.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

018 BACTEREMIA A *LEUCONOSTOC* EN PACIENTE LÚPICO EN TERAPIA INTENSIVA ADULTOS

Fredy Gómez¹, Jorge Cabral¹, Marcelo Pederzani¹, Federico Fretes¹, Hugo Bianco¹, Belinda Figueredo¹

¹Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Ciencias Médicas. Hospital de Clínicas. Departamento de Cuidados Intensivos Adultos. San Lorenzo, Paraguay.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, de curso crónico, que puede afectar a cualquier órgano. La nefropatía lúpica es una de sus complicaciones más graves y puede progresar a enfermedad renal terminal con necesidad de hemodiálisis o diálisis peritoneal.

Dentro de las complicaciones asociadas a esta enfermedad y su tratamiento, sobresalen las infecciones como un fenómeno frecuente, complejo y con graves consecuencias para el paciente.

Las infecciones a *Leuconostoc* son inusuales y no se consideraban especies patógenas, hasta que fueron aisladas en pacientes inmunocomprometidos y en portadores de dispositivos intravasculares, en los que producían bacteriemia y sepsis.

El presente caso cumple con varios de estos factores de riesgo.

Caso Clínico: Paciente de sexo femenino de 26 años con diagnóstico de LES y nefritis lúpica en diálisis peritoneal desde hace dos años. Tratada desde hace 14 años con micofenolato, hidroxycloquina 200 mg/día y prednisona 5 mg/día. Acudió por cuadro febril y dolor abdominal de 2 semanas de evolución. Se realizó paracentesis donde se encontró líquido ascítico de aspecto turbio, diagnosticándose peritonitis primaria, que se trató localmente con Ceftazidima y Vancomicina intraluminal de forma ambulatoria. Regresó a la Urgencia por alteración del estado de conciencia. La tomografía de cráneo simple no aportó datos de valor. Paciente presentó paro cardiorrespiratorio, fue reanimada, intubada

y trasladada a la Unidad de Cuidados de Intensivos Adultos, recibió cuidados neurocríticos post paro, se retiró catéter de diálisis peritoneal, se tomaron cultivos y se continuó con el mismo esquema antibiótico por vía parenteral. Retornó hemocultivo positivo a *Leuconostoc* mesenteroides dextranicum resistente a vancomicina, sensible a ampicilina, la que recibió por 15 días. Permaneció intubada por 18 días y por intubación prolongada se realizó traqueostomía. Recibió hemodiálisis diaria, presentó mejoría clínica y fue dada de alta a sala de clínica médica.

Conclusión: Los pacientes con colagenopatías son susceptibles a infecciones debido a varios factores intrínsecos y extrínsecos. El reconocimiento y tratamiento oportuno de estas infecciones son esenciales para disminuir la mortalidad, como ocurrió en este caso. Se debe pensar en esta y otras bacterias oportunistas en procesos infecciosos en este grupo de pacientes.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

019 LUPUS EN GEMELAS

Magali Jarolin¹, Luis Sánchez¹, Dora Montiel- Jarolin¹, Estela Torres¹, Verónica Taboada¹.

¹Centro Médico Nacional, Departamento de Medicina Interna. Itauguá, Paraguay.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad multisistémica crónica autoinmune, de causa desconocida que se caracteriza por una amplia variedad de manifestaciones clínicas y producción de autoanticuerpos. El lupus eritematoso en gemelas es raramente reportado en la literatura.

Caso clínico 1: Mujer de 20 años, debutó la enfermedad a la edad de 13 años con nefritis lúpica, la biopsia renal arrojó una clase III A. Fue tratada con pulsos de metilprednisolona y pulsos mensuales por 6 meses de ciclofosfamida, siguió con azatioprina como tratamiento de mantenimiento, droga que suspendió hace un año. Se encontraba asintomática clínica y laboratorialmente, con hidroxycloquina 200 mg/día. En diciembre 2021, tras quedar embarazada, a las 12 semanas, presenta una recaída de la enfermedad con afectación renal, fue tratada con pulsos de metilprednisolona, seguido de prednisona oral, con pérdida del embarazo, posteriormente siguió el tratamiento de inducción y mantenimiento con micofenolato con remisión de la enfermedad, 6 meses después, noviembre 2022 presenta nueva recaída de la enfermedad con cifras de urea 176 mg/dl, y creatinina 4.21 mg/dl, disminución de la diuresis, proteinuria de 24 horas 16556 mg/24hs, clea-

rancia de creatinina 10 ml/min, orina simple: proteínas (+++), leucocitos 6-10/c, hematíes mayor de 75/c, 60% hematíes dismórficos, albúmina 2.7 g/dl, proteínas totales 4 g/dl. Es tratada con pulsos de metilprednisolona, ciclofosfamida, hemodiálisis, con persistencia de la urea y creatinina elevadas con pasaje a la cronicidad (urea 150 mg/dl, creatinina 4,42 mg/dl (enero 2023)). Presentó además infección de catéter de hemodiálisis a estafilococos áureos, e infección urinaria a E. Coli.

Caso clínico 2: Mujer de 20 años, a los 19 años en diciembre 2021, cursando el último mes del embarazo, debuta la enfermedad con afectación renal, oliguria, edema generalizado, urea de 29 mg/dl, creatinina 1.25 mg/dl, albúmina 2,6 g/dl, proteínas totales 5,3 g/dl, proteinuria de 24hs 8443.42 mg/24 horas, clearance de creatinina 30 ml/min, ecografía renal: riñones aumentados de tamaño. El producto fue un recién nacido de término sano. La paciente fue tratada con pulsos de metilprednisolona y pulsos mensuales de ciclofosfamida como tratamiento de inducción, y micofenolato en tratamiento de mantenimiento, con remisión de la enfermedad.

Conclusión: Las dos hermanas debutaron la enfermedad con un lupus grave, ambas con nefritis lúpica, la primera tras la recaída progresa a la cronicidad, la segunda con buena respuesta con corticoides, ciclofosfamida en tratamiento de inducción y micofenolato en tratamiento de mantenimiento.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no presentar ningún conflicto de interés.

020 LUPUS - LA GRAN SIMULADORA

Rossana Mabel Vera Duarte¹, Lourdes Carolina Vázquez Jiménez¹, Marcelo Barrios Gini¹, Lilian Beatriz Gómez Molinas¹, Astrid Paats Nicora², Fernando Héctor Daponte González¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Nefrología Adultos, San Lorenzo, Paraguay.

²Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Reumatología, San Lorenzo, Paraguay.

Introducción: Los anticuerpos antinucleares (ANA) son considerados el distintivo serológico de las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS); el ensayo de inmunofluorescencia indirecta (IFI) en células HEp-2 es el método estandarizado para la detección de ANA, recomendado y considerado como Gold standard por el Colegio Americano de Reumatología en 2010. La presencia de ANA también en individuos sin enfermedad.

Caso Clínico: Paciente de sexo femenino de 21 años de edad, sin patologías de base, que acude por un cuadro de 3 semanas de evolución de dolor abdominal generalizado, náuseas y vómitos, fiebre de 40°C con escalofríos, disminución de la diuresis, secreción vaginal blanquecina abundante no fétida. Además, caída abundante de pelo más de lo habitual. Refiere período menstrual regular, no utiliza métodos anticonceptivos.

• Exploración: llama la atención, taquicárdica, mucosas secas y palidez de piel y mucosas.

• Laboratorios y pruebas complementarias: Hb 7,2, Hto 22%, urea 158, creatinina 7,43, OS: sangre++ Leucocitos 30-35/campo. Proteinuria 295 mg/24 horas. Volumen 300 ml/24hs. ANA: positivo 1:320, patrón citoplasmático fibrilar filamentar, antiDNA negativo, C3 normal, C4 11 (VN: 15-45mg/dl), serologías virales negativas, BHCG negativo, haptoglobina inferior a 0,026 (VN:0,32 a 1,97 g/dl), test de Coombs indirecto negativo, bilirrubina indirecta normal, ferritina 2638, frotis de sangre periférica esquistocitos aislados, plaquetas 102000, serie blanca sin elementos inmaduros, hemocultivos por 2 y urocultivos negativos. Ecocardiograma: FE 69%, derrame pericárdico leve. Ecografía abdominal: colección líquida en fosa iliaca derecha. Biopsia renal: aspecto morfológico de glomerulonefritis membranoproliferativa, injuria tubular compatible con necrosis tubular aguda en regeneración, nefroangioesclerosis benigna leve a moderada.

Conclusión: Una prueba positiva de anticuerpos antinucleares (ANA) no indica, por sí sola, la presencia de una enfermedad autoinmune. Algunos ANA parecen no estar relacionados con el desarrollo de trastornos autoinmunes. Muchas personas sanas o con otras patologías tendrán una prueba positiva de ANA.

Conflicto de intereses: En el presente trabajo los autores no presentan conflictos de interés.

021 ANGIOEDEMA ADQUIRIDO SECUNDARIO A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Cynthia Gisela Holt Martínez¹, Isabel Acosta Colmán¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Reumatología, San Lorenzo, Paraguay.

Introducción: El angioedema generalmente conduce a un edema sin fovea en la cara, los labios, la boca, la lengua, las extremidades y los genitales. También puede afectar las vías respiratorias y la mucosa intestinal, provoca obstrucción de las vías respiratorias y estenosis intestinal.

El angioedema puede ocurrir en pacientes con niveles séricos disminuidos o función anormal de la proteína

reguladora del complemento, inhibidor de C1 (C1-INH). Se han definido formas hereditarias y adquiridas de deficiencia de C1-INH.

Debe sospecharse angioedema en cualquier paciente con presentaciones clínicas típicas y antecedentes de exposición a nuevos fármacos o ataques previos similares. Los miembros de la familia con antecedentes similares también deben ser interrogados para encontrar formas hereditarias de angioedema.

Se han reportado pocos casos de angioedema adquirido en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), algunos de ellos cursaron con amnios, los cuales debieron ser intubados e ingresados en UCI por obstrucción de vía aérea.

Caso Clínico: Paciente de sexo femenino de 26 años de edad quien acude al Departamento de Reumatología por cuadros de angioedema de repetición de 2 años de evolución, además de eso se asocia al cuadro artralgiás ocasionales. Al examen físico se constata adenomegalias y edemas de párpado unilateral (figura 1.). En el laboratorio llama la atención el test de ANA positivo y de anticuerpos antifosfolípidos positivos (ver tabla 1). Se realizan también estudios en relación al angioedema, ver tabla 1. Con todos estos datos se llega al diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) asociado a un angioedema adquirido secundario, se inicia el tratamiento con antihistamínicos, corticoides e inmunosupresor con inmunosupresión con azatioprina, la paciente unos meses después refiere una mejoría del cuadro, se procede a la reducción de las dosis de corticoides hasta retirarlos y actualmente se mantiene sin crisis de angioedema.

Figura 1: Edema de párpado unilateral lado izquierdo



Tabla 1. Resultados de análisis laboratoriales específicos.

Análisis	Valores encontrados	
C3	80 mg/dl (88-201 mg/dl)	▼
C4	10 mg/dl (15-45 mg/dl)	▼
Anticardiolipina IgG	mayor que 120 U/ml	Positivo
B2 glicoproteína IgG	mayor que 100 U/ml	Positivo
ANA	1:320	Positivo
AntiDNA	-	Negativo
Anticoagulante lúpico	-	Positivo
Nivel de C1q*	-	▼
Función de C1q- INH*	-	Normal

*Estos dosajes se realizaron posterior a tratamiento de 15 días con corticoides y azatioprina 150 mg

Conclusión: El angioedema no es una presentación frecuente en lupus, pero es una manifestación en la que se debe considerar a esta patología entre los diagnósticos diferenciales. Las formas atípicas de presentación del Lupus pueden llevar a un retraso en el diagnóstico y a un inicio de la terapia específica. Aunque el paciente no cumpla del todo los criterios de clasificación, la sospecha clínica es muy importante para decidir iniciar el tratamiento.

Conflicto de intereses: ninguno por declarar.

022 BIOMARCADORES DE ACTIVIDAD EN LA NEFRITIS LÚPICA

Astrid Paats¹, Rodrigo Acosta¹, Marcos Vázquez¹, Karin Baumann¹, Anthon Torres², Sonia Cabrera¹, Gabriela Ávila¹, Osmar Centurión³, Paloma de Abreu², Ma. Teresa Martínez de Filártiga⁴, Isabel Acosta-Colmán¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Reumatología, San Lorenzo, Paraguay.

²Investigador independiente.

³Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Cardiología, San Lorenzo, Paraguay.

⁴Laboratorio Curie, Asunción, Paraguay.

Introducción: La nefritis lúpica (NL) es una de las manifestaciones más graves del Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y afecta aproximadamente al 50% de los pacientes. Su manejo presenta varios desafíos, entre ellos, la detección de biomarcadores de actividad sin recurrir a una biopsia renal. Las citocinas, moléculas de adhesión, factores de crecimiento y otros han sido estudiados como posibles biomarcadores de actividad, tanto en sangre como en orina.

Objetivos: Relacionar la presencia de concentraciones elevadas en sangre de biomarcadores serológicos (i.e. TNF- α , TGF- β , E-selectina, VCAM y IL-6) con el diagnóstico de nefritis lúpica activa.

Métodos: Es un estudio prospectivo, observacional, analítico, de corte transversal, en pacientes con diagnóstico de LES que acudieron a controles en el Depar-

tamento de Reumatología entre los meses de octubre del 2018 a octubre del 2019. Se realizó un interrogatorio conforme a un cuestionario que incluía variables epidemiológicas (i.e. sexo, edad) y clínicas (i.e. historia de afectación renal, actividad de la nefritis lúpica). Fueron considerados pacientes con nefritis lúpica activa: 1) Aquellos con un diagnóstico reciente de NL que se encontraban en etapa de inducción o 2) Aquellos en recaída, definida como: a) aumento de la creatinina en 30% o b) aumento de la proteinuria a más de 500 mg/24hs o más del doble del valor previo, confirmado por un segundo laboratorio o c) sedimento urinario activo (más de 10 GR o GB por campo o presencia de cilindros celulares). A todos los pacientes se les tomó una muestra de sangre de 10 ml en el laboratorio y se realizó dosaje de biomarcadores (i.e. IL-6, E-selectina, VCAM, TNF- α , endotelina y TGF- β) por inmunoensayo enzimático (EIA). Este proyecto fue financiado por el CONACYT en su convocatoria PROCIENCIA 2015. Para el análisis descriptivo, se utilizaron medias y DE, frecuencias y porcentajes. Para el estudio de asociación de variables cualitativas, el test de Chi cuadrado con su OR e IC respectivo. Para el estudio de comparación entre medias de las concentraciones de los biomarcadores se utilizó la prueba T de student.

Resultados: Fueron incluidos 83 pacientes, de los cuales el 85,5% eran mujeres, con un valor de la media de la edad de 34,65 \pm 12,49 años. El 53% presentaba afectación renal (44/83). De estos, el 20,45% (9/44) se encontraba con nefritis lúpica activa.

El valor de las medias de las concentraciones de los biomarcadores serológicos en pacientes con NL activa vs. No activa se observa en la tabla 1. Al comparar las medias de las concentraciones de estos biomarcadores se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,028$) entre las medias de las concentraciones de VCAM en NL activa (997,1 \pm 285,21) y no activa (784,72 \pm 249,96), tal y como se observa en la tabla 1.

Tabla 1. Asociación entre valores de biomarcadores y presencia de NL activa.

	Concentración sérica de biomarcadores (media \pm DE)		p	Frecuencia de concentraciones elevadas de biomarcadores (n%)		p
	NL inactiva	NL activa		NL inactiva	NL activa	
IL-6 (pg/ml)	3,18 \pm 2,86	6,59 \pm 6,89	0,181	11,42%	44,44%	0,022
E-selectina (ng/ml)	53,82 \pm 21,75	49,85 \pm 15,08	0,594	9,09%	0%	0,323
VCAM (ng/ml)	784,72 \pm 249,96	997,1 \pm 285,21	0,028	27,27%	60%	0,057
TNF- α (pg/ml)	12,2 \pm 4,42	12,09 \pm 2,7	0,938	6,06%	20%	0,184
Endotelina (ng/ml)	1,76 \pm 0,88	1,56 \pm 0,41	0,507	21,21%	10%	0,425
TGF- β (pg/ml)	30729,12 \pm 14326,87	38724,3 \pm 17762,96	0,151	0%	0%	-

En el análisis de asociación entre variables cualitativas se observó una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de IL-6 elevada ($p=0,022$, OR 3,6, IC 1,23-10,48) y la presencia de NL activa (tabla 1). Los pacientes con IL-6 elevada poseen un riesgo 3,6 veces mayor de presentar NL activa.

Conclusión: Encontramos dos potenciales biomarcadores de nefritis lúpica activa en nuestra cohorte: las concentraciones elevadas de IL-6 y de VCAM.

Declaración de Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

023 BIOMARCADORES SEROLÓGICOS EN SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON LES

Astrid Paats¹, Karin Baumann¹, Rodrigo Acosta¹, Nelson Ortíz¹, Anthon Torres², Gabriela Ávila¹, Sonia Cabrera-Villalba¹, Paloma de Abreu², Osmar Centurión³, María Teresa Martínez de Filártiga⁴, Isabel Acosta-Colmán¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Reumatología, San Lorenzo, Paraguay.

²Investigador independiente.

³Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Cardiología, San Lorenzo, Paraguay.

⁴Laboratorio Curie, Asunción, Paraguay.

Introducción: Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado que los pacientes con Lupus eritematoso sistémico (LES) tienen un riesgo aumentado de morbilidad y mortalidad por enfermedad cardiovascular. Sin embargo, ni los factores de riesgo tradicionales ni la inflamación secundaria a la actividad de la enfermedad pueden explicar por sí solos estos hallazgos.

Objetivos: Relacionar la presencia de concentraciones elevadas de biomarcadores serológicos (i.e. Homocisteína, PCR US, VSG, Apo B, Ac Tisular P, Serpin E1, TNF- α , TGF- β , E-selectina, VCAM e IL-6) con el diagnóstico de síndrome metabólico (SM) en pacientes con LES.

Métodos: Es un estudio prospectivo, observacional, analítico de corte transversal en pacientes con diagnóstico de LES, que acudieron a controles en el Departamento de Reumatología de octubre del 2018 a octubre del 2019. Se realizó un interrogatorio conforme a variables epidemiológicas (i.e. sexo, edad, etc.) y clínicas (i.e. presencia de factores de riesgo CV tradicionales). El SM fue definido según los criterios de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) 2010. A todos los pacientes se les tomó una muestra de sangre de 10 ml y se realizó dosaje de biomarcadores por inmuno-

ensayo enzimático (EIA) y parámetros de laboratorios necesarios para clasificarlos (i.e. Triglicéridos (TAG), HDL, glicemia). Para el análisis descriptivo, se utilizaron medias y DE, frecuencias y porcentajes. Para el estudio de asociación de variables cualitativas, el test de Chi cuadrado con su OR e IC respectivo. Para el estudio de comparación entre medias de las concentraciones de los biomarcadores en pacientes con SM y sin SM se utilizó la prueba T de student. Este proyecto fue financiado por el CONACYT en su convocatoria PROCIENCIA 2015.

Resultados: Fueron incluidos 76 pacientes, de los cuales el 85% eran mujeres, con un valor de la media de la edad de $34,77 \pm 12,55$ años. El valor de la media del SLEDAI fue de $3,725 \pm 4,58$. La frecuencia con la cual se presentaron cada uno de los criterios para SM fue la siguiente: Circunferencia abdominal >94 cm en varones o >88 cm en mujeres en el 100% de los pacientes (76/76), PAS >130 mmHg o PAD >85 mmHg o uso de medicación antihipertensiva en 67,1% (51/76), HDL <40 mg/dl en varones o <50 mg/dl en mujeres en 57,89% (44/76), TAG >150 mg/dl o medicación hipolipemiente en 26,31% y glicemia ≥ 100 mg/dl en 9,21% (7/76). El 35,5% (27/76) de los pacientes cumplieron los criterios del SM.

El valor de las medias de las concentraciones de los biomarcadores serológicos en pacientes con SM vs. No SM se observa en la Tabla 1. Al comparar las medias se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,001$) entre las medias de las concentraciones del t-PA en pacientes con SM ($4520,18 \pm 1979,92$) y sin SM ($3102,34 \pm 1603,61$), así como en las medias de las concentraciones del PAI-1 ($p=0,034$), en pacientes con SM ($6,00 \pm 3,99$) y sin SM ($4,07 \pm 3,03$).

Tabla 1. Valores de las medias de concentración sérica de biomarcadores inflamatorios en pacientes con LES.

	Síndrome metabólico (media \pm DE)	NO síndrome metabólico (media \pm DE)	P
Apo B (ng/ml)	459,66 \pm 274,88	431,44 \pm 308,31	0,683
Homocisteína (μ mol/L)	8,99 \pm 4,39	9,58 \pm 4,22	0,575
PCR US (mg/L)	5,20 \pm 286	2,86 \pm 3,06	0,101
E-SELECTINA (ng/ml)	56,35 \pm 19,64	46,59 \pm 22,74	0,065
t-PA (pg/ml)	4520,18 \pm 1979,92	3102,34 \pm 1603,61	0,001
VCAM (ng/ml)	746,74 \pm 291,50	765,87 \pm 329,47	0,802
TNF alfa (pg/ml)	12,14 \pm 2,16	12,10 \pm 4,06	0,965
Endotelina (ng/ml)	1,83 \pm 1,11	1,75 \pm 0,90	0,722
TGF beta (pg/ml)	41053,00 \pm 51052,80	34890,57 \pm 18748,12	0,450
PAI-1 (ng/ml)	6,00 \pm 3,99	4,07 \pm 3,03	0,034
IL-6 (pg/ml)	3,31 \pm 2,23	4,58 \pm 4,36	0,096
VSG 1° hora	29,70 \pm 15,15	36,45 \pm 26,95	0,173

En el análisis de asociación entre variables cualitativas, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la presencia de biomarcadores séricos elevados en sangre y la presencia de SM.

Conclusión: Se constataron diferencias significativas entre las medias de los valores de las concentraciones séricas del t-PA y del PAI-1 en pacientes con o sin SM en pacientes con LES.

Declaración de Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

024 PREVALENCIA DE ALTERACIONES EN HOLTER DE 24 HS EN LES Y CONTROLES

Astrid Paats¹, Carmen Montiel¹, Rodrigo Acosta¹, Sonia Cabrera-Villalba¹, Gabriela Ávila¹, Ma. Teresa Martínez de Filártiga², Paloma de Abreu³, Osmar Centurión⁴, Isabel Acosta-Colmán¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Reumatología, San Lorenzo, Paraguay.

²Laboratorio Curie, Asunción, Paraguay.

³Investigador independiente.

⁴Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Cardiología, San Lorenzo, Paraguay.

Introducción: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune inflamatoria que afecta el corazón en un 50% de los casos. Las alteraciones del ritmo más frecuentes en estos pacientes son la taquicardia sinusal, la fibrilación auricular y las extrasístoles auriculares. Estas pueden suceder en el contexto de actividad de la enfermedad, miocarditis, vasculitis, infiltración por tejido fibroso o tejido de granulación o uso de drogas.

Objetivo: Determinar la prevalencia y el tipo de alteraciones del ritmo presentes en pacientes con LES mediante el monitoreo por Holter de 24 horas en relación a individuos sanos.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional. Fueron incluidos 81 pacientes con LES y 38 controles que consultaron o fueron citados en el Departamento de Reumatología de un hospital de referencia, de marzo del 2018 a agosto del 2019. Todos los pacientes y controles se realizaron un Holter de 24 horas. Las variables estudiadas fueron: presencia de taquicardia o bradicardia sinusal, taquiarritmias auriculares o ventriculares, extrasístoles auriculares o ventriculares, pausas y bloqueos AV o de rama.

Resultados: Se realizaron 81 estudios de Holter de 24 horas en los pacientes con LES y 38 en los controles sanos. Los hallazgos se citan en la tabla 1. La alteración más frecuentemente identificada en pacientes con LES fue la taquicardia sinusal en el 20,99% (17/81) tal y como se observa en la tabla 1. No se encontraron diferencias estadísticamente signifi-

cativas en la frecuencia de taquicardia sinusal, arritmias y extrasístoles auriculares o ventriculares, pausas o bloqueos, entre los pacientes con LES y los controles sanos.

Tabla 1. Frecuencia de alteraciones del ritmo en LES y controles sanos.

	LES	Controles	p
Taquicardia sinusal	20,99% (17/81)	13,51% (5/37)	0,33
Extrasístoles auriculares	3,7% (3/81)	8,11% (3/37)	0,37
Extrasístoles ventriculares	7,41% (6/81)	5,26% (2/38)	1
Arritmias auriculares	0% (0/81)	0% (0/38)	-
Arritmias ventriculares	0% (0/81)	0% (0/38)	-
Pausas	0% (0/81)	0% (0/38)	-
Bloqueos	1,23% (1/81)	2,63% (1/37)	-

Conclusión: La taquicardia sinusal es la alteración más frecuentemente encontrada en pacientes con LES, seguida por extrasístoles ventriculares, no obstante, esta frecuencia no varía de forma significativa en relación al grupo de individuos sanos estudiados.

Declaración de Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

025 EVENTOS ADVERSOS DE LAS VACUNAS ANTI COVID-19 EN PACIENTES PARAGUAYOS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Cynthia Gisela Holt¹, Eric Hernán Benegas Sosa¹, Liz Marite Cañiza Bareiro¹, Anahí Soledad Romero Rojas¹, Claudia Belén Vallejos Fleitas¹, Guillermo Nicolás Aguirre Bordón¹, Daniel Hernán Robledo Franco¹, Ana Giselle Jourdan Baez¹, Jennifer Iris Vache Genes¹, Isaias Roberto Meza Ávila¹, Luis Nicolás González Cárdenas¹, Astrid Pasts Nicora¹, Marcos Vázquez¹, Isabel Acosta Colman¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Reumatología. San Lorenzo, Paraguay.

Introducción: El COVID-19 es una enfermedad causada por el coronavirus SARS-Cov 2 cuyo brote inicial tuvo lugar en noviembre de 2019 en Wuhan, China, pasando a ser declarada poco tiempo después como emergencia de salud pública de importancia internacional por la OMS, desde entonces, se inició el desarrollo de múltiples vacunas con el objetivo de hacerle frente. Los eventos adversos de la vacuna contra el COVID-19 difieren de persona en persona, variando desde molestias locales en el sitio de inoculación hasta síntomas sistémicos que afectan la capacidad del individuo de realizar actividades diarias, en este contexto resulta relevante conocer los efectos adversos que se pueden presentar en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de eventos adversos (EA) de la vacunación contra el COVID-19 en pacientes con LES que acuden a centros médicos de Asunción, Paraguay.

Materiales y métodos: El estudio realizado fue observacional, descriptivo, de corte transversal. Se incluyeron 131 pacientes con Lupus, que recibieron al menos una dosis de vacuna anti-COVID-19. Se realizó una encuesta, que permitió la recolección de datos a través de llamadas telefónicas o mensajería instantánea. Cada investigador disponía de una hoja de cálculo que relaciona los códigos con el nombre del paciente encuestado. Una vez terminada la llamada y si el paciente estuvo de acuerdo para participar en el estudio se generó un código.

Resultados: El 88,5% de los individuos eran del sexo femenino, la edad promedio fue de 33,93 ± 11,102 años. De estos, el 94,3% recibió su primera dosis, el 86,3% la segunda dosis, 39,7% la tercera dosis y el 2,3% la cuarta dosis. Del total de pacientes vacunados, al 39,38% le fueron administrados Sputnik-V, 26,02% Pfizer, 16,43% AstraZeneca, 13,35% Moderna, 4,1% Covaxin y Hayat Vax al 0,68%. De 292 dosis administradas, se registraron 103 EA, el 79,6% dentro de los primeros 5 días y el resto dentro de los próximos 5 días. El 44,03% presentó el EA después de la primera dosis, el 32,11% después de la segunda dosis y el 23,85% después de la tercera dosis.

La duración media de los síntomas fue de 7,49 ± 9,877 días. El más importante efecto secundario fue dolor en el sitio de inoculación, seguido de fiebre y fatiga.

El empeoramiento del Lupus debido a la administración de la vacuna anti COVID-19 se observó en el 9,93% de los casos.

Figura 1. Plataforma de vacunas anti COVID-19 aplicadas a los pacientes con LES.

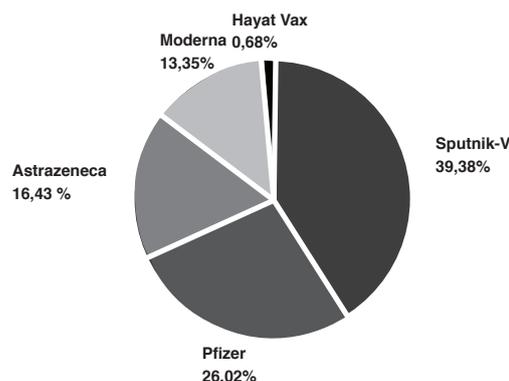
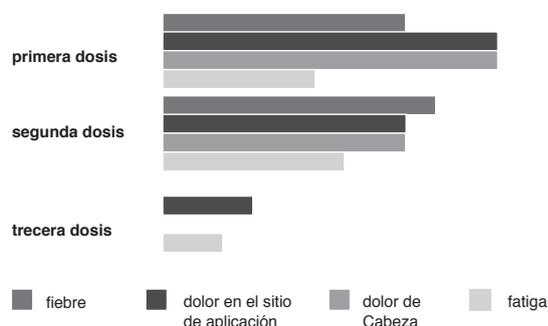


Figura 2. Frecuencia de eventos adversos en los primeros 5 días posteriores a la vacunación anti COVID-19 en pacientes con LES.



Conclusión: Se registraron efectos leves. Se concluye que la vacunación contra el COVID-19 es segura para las personas con LES.

Conflicto de intereses: ninguno.

026 EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DIAGNOSTICADOS DE DENGUE EN LA EPIDEMIA DEL 2020

Bruno Ibarra¹, Cynthia Holt¹, Eric Benegas¹, Alejandra Rojas², Cynthia Bernal², Astrid Paats¹, Vannia Valinotti¹, Acosta-Colmán Isabel¹

¹Universidad Nacional de Asunción. Hospital de Clínicas. Departamento de Reumatología. San Lorenzo, Paraguay.

²Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud. San Lorenzo, Paraguay.

Introducción: El Dengue es una virosis endémica en el Paraguay, en los últimos años se ha reportado su probable papel en la fisiopatología de las enfermedades autoinmunes, pudiendo desencadenar o exacerbarlas.

Objetivos: Evaluar la evolución de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) con diagnóstico de dengue en el periodo de tiempo entre enero de 2020 a marzo de 2020.

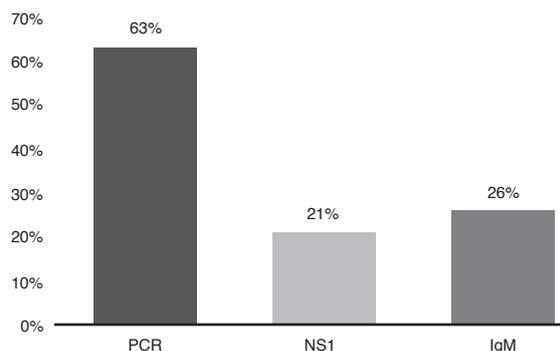
Métodos: Estudio observacional, analítico de corte longitudinal, el tamaño de la muestra fue de 19 pacientes con LES, diagnosticados de dengue en etapa febril en el período de enero a marzo del año 2020. Se recabaron datos mediante un registro electrónico con datos específicos de las características clínicas antes del dengue y las características evolutivas del dengue en los pacientes con LES. Se realizó la determinación del antígeno NS1 a través de pruebas rápidas inmunocromatográficas y previo a la reacción de rRT-PCR se realizó la extracción del ARN viral. Se determinó el índice de anticuerpos IgG e IgM anti-DENV. Se utilizó el programa SPSS para el análisis de datos. Para determi-

nar si el haber tenido dengue influyó sobre la actividad de la enfermedad medido por SLEDAI, se realizó una comparación entre medias de los SLEDAI antes y a los tres meses de haber padecido el dengue mediante la prueba t para muestras relacionadas y se consideró como una p estadísticamente significativa los valores menores a 0,05.

Resultados: La media de edad fue de $32,10 \pm 13,83$ años, el 84% correspondió al sexo femenino y el 98% provienen del departamento central. El 42% (8/19) de los pacientes refieren haber padecido previamente dengue. Del total de pacientes, 15 pacientes presentaron una confirmación laboratorial ya sea por la detección del antígeno NS1, la PCR o la serología, tal y como se observa en el gráfico 1, los demás fueron incluidos en esta cohorte por nexo epidemiológico.

El DENV-4 fue el serotipo más frecuente en un 64% (9). El valor de la media del tiempo de evolución del dengue fue de $3,84 \pm 1,259$ y los síntomas predominantes fueron la fiebre en un 74% (14/19) y las mialgias en un 63% (12/19). En relación con la evolución de los pacientes, 42% (8/19) fueron hospitalizados, 5,2% (1/19) ingresaron a UCI y no se presentaron pacientes fallecidos. La media de SLEDAI al inicio de la infección por Dengue fue de 2,5 puntos y a los tres meses fue de 3 puntos, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables ($p=0,451$).

Gráfico 1. Pruebas positivas de la población en estudio (PCR, NS1, IgM).



Conclusión: La evolución del dengue en pacientes con LES fue favorable en los pacientes incluidos en este estudio. La PCR fue el método diagnóstico que con mayor frecuencia pudo detectar un resultado positivo en la etapa febril del dengue en pacientes con LES. El serotipo DENV-4 fue con mayor frecuencia detectado. Aunque se registró ingresos hospitalarios incluso en UCIA, no se registró fallecimiento por dengue en pacientes con LES.

Declaración de conflictos de interés: Los autores declaran que no existe ningún tipo de conflicto de interés.

027 BIOMARCADORES CLÍNICOS, INMUNOLÓGICOS Y GENÉTICOS ASOCIADOS A DIFERENTES FENOTIPOS DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN PACIENTES PARAGUAYOS

Isabel Acosta Colmán¹, Zoilo Morel¹, Ana Ayala Lugo², Valerie Jolly², Patricia Langjahr³, Ivalena de Guillén², Marcos Vázquez¹, Jonathan Losanto¹, Cynthia Gisela Holt Martínez¹, Eric Benegas¹, Astrid Paats¹, María Teresa Martínez de Filartiga⁴, María Eugenia Acosta²

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Reumatología, San Lorenzo, Paraguay.

²Universidad Nacional de Asunción, Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud, Laboratorio de Genética Molecular, San Lorenzo, Paraguay.

³Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Químicas, San Lorenzo, Paraguay.

⁴Laboratorio Curie, Asunción, Paraguay.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad compleja, crónica y autoinmune, de etiología desconocida, que se caracteriza por presentar diferentes anomalías inmunológicas y una clínica heterogénea lo que dificulta en muchas ocasiones el diagnóstico de esta patología. En los últimos años se ha llegado a un consenso internacional de la necesidad de identificar y validar biomarcadores que con precisión puedan predecir no solo la susceptibilidad a padecer esta enfermedad, sino que también los fenotipos específicos y la actividad de la misma. Estos biomarcadores permitirían al médico optar por la terapéutica más individualizada para cada paciente con LES. Un biomarcador puede definirse como un signo físico o celular, bioquímico, molecular o una alteración genética que puede reconocer y/o monitorizar un proceso biológico normal o anormal y que puede tener utilidad en el diagnóstico y el pronóstico del LES.

Objetivos: Identificar correlaciones entre biomarcadores clínicos, inmunológicos y genéticos con las manifestaciones clínicas del LES en pacientes paraguayos.

Métodos: Estudio retrospectivo de datos de historias clínicas y de la base de datos de estudios inmunológicos y genéticos de pacientes con LES de la cohorte Lupus Paraguay. Se realizó un análisis descriptivo basado en el tipo de variable (i.e. clínica e inmunológica). Se calculó la frecuencia de alelos HLA (DPA1, DPB1, DQA1, DQB1 y DRB1). Se realizó un análisis de regresión logística univariante entre cada una de las variables y la presencia/ausencia de cada uno de los fenotipos. Se calcularon para todas las variables los odds ratio (OR), el intervalo de confianza del 95% (IC 95%) y el valor p. Las asociaciones con un valor p inferior a 0,05 se consideraron estadísticamente significativas.

Resultados: Se incluyeron 104 pacientes con LES,

86% mujeres con un valor medio de edad de 32,80 ± 10,36 años. Se identificó una asociación entre anti-dsDNA y la presencia del fenotipo renal (p: 0.00001, OR: 49 IC 15-157,) y anti-dsDNA con la ausencia del fenotipo articular (p: 0.001, OR:0.17 IC 0,62-0,46) y hematológico. (p: 0,027, OR: 0,28 IC 0,09-0,86). El isotipo IgM RF se asoció con la ausencia del fenotipo renal (p: 0,019 , OR 0,20 , IC 0,05-0,76). El HLA DQB1* 02:02 (coeficiente: 2,52 (1,05-6,97) p: 0,038) y el HLA DRB1* 07:01 (coeficiente: 2.49 (1.06- 5.86) p-value: 0.035) resultaron asociados al fenotipo cutáneo. Se identificó una asociación entre la edad de inicio de la enfermedad y la presencia del fenotipo articular significativa (coeficiente: 1.046 (IC 95%, [1.001, 1.093] p-value=0.0443). No se identificaron otras asociaciones con las demás variables estudiadas.

Gráfico 1. Asociación entre los alelos del gen *HLA DQB1* y los distintos fenotipos analizados.

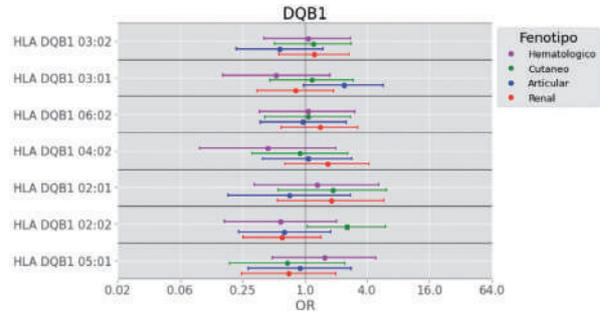
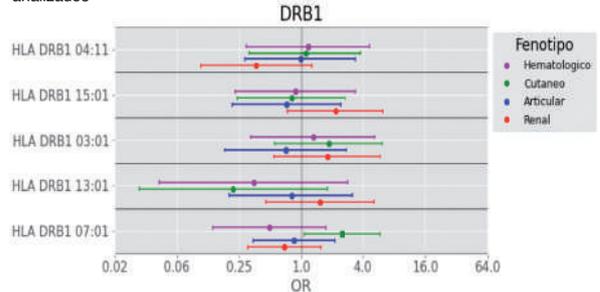


Gráfico 2. Asociación entre los alelos del gen *HLA DRB1* y los distintos fenotipos analizados.



Conclusión: Se identificaron posibles biomarcadores clínicos, inmunológicos y genéticos de fenotipos del lupus eritematoso sistémico. Este estudio requiere validación en una cohorte independiente que incluya un mayor número de pacientes y de otras etnias.

Conflicto de Intereses: los autores no tienen conflictos de intereses.

028 CORRELACIÓN DESCRIPTIVA DE LOS DIFERENTES FENOTIPOS CLÍNICOS ESPECÍFICOS EN LOS PACIENTES CON LES ATENDIDOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Cynthia Holt¹, Eric Venegas¹, Isabel Acosta Colmán¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Dpto de Reumatología, Asunción, Paraguay.

Introducción: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad con una clínica heterogénea. Difícilmente un paciente es igual a otro y se presenta con un único fenotipo y la mayoría de las veces presentan varios fenotipos concomitantes y estos pueden ir variando con la evolución de la enfermedad. Es por todo esto que es importante tener en mente los diversos fenotipos y las asociaciones más frecuentes entre ellos para realizar un diagnóstico precoz y un manejo adecuado del paciente.

Objetivos: Describir la correlación de diferentes fenotipos clínicos específicos en los pacientes con LES atendidos en un centro de referencia.

Materiales y Métodos: Es un estudio observacional descriptivo de corte transversal retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de LES que fueron atendidos en un centro de referencia en el período comprendido de enero del 2015 a marzo del 2017. Se realizó un cuestionario clínico para el registro de diversos posibles fenotipos presentados por el paciente hasta el momento de ingreso al registro. Estos pacientes forman parte de la cohorte Lupus Paraguay, una cohorte que registra datos epidemiológicos, clínicos asociados a muestras de suero y ADN almacenadas en el Biobanco IMID-PY. Para definir los fenotipos se utilizaron las definiciones incluidas en los criterios de clasificación del grupos SLICC del 2012 y del EULAR/ACR 2019. Para ilustrar la correlación de los genotipos se realizó un gráfico de correlación descriptiva.

Resultados: Se incluyeron 104 pacientes con LES, el 86% de sexo femenino, con un valor de la media de la edad de 32,80 ± 10,36 años, procedentes en el 97% de los casos de zonas urbanas, el 45,5% de los pacientes proceden de Gran Asunción. Se identificaron 8 fenotipos, siendo el más frecuente el renal en el 49% (51/104) de los pacientes, seguido por el articular en el 29% (30/104) pacientes y el cutáneo en el 27% (28/104) pacientes tal y como se observa en el gráfico 1. En relación a la coexistencia de un fenotipo se pudo observar que 34% (35/104) presentó más de un fenotipo. Los pacientes con fenotipo cardiaco también presentaban en un 75% un fenotipo renal, los que presentaban fenotipo pulmonar presentaban coexistencia con el fenotipo articular en el 50% de los casos, los que presentaban fenotipo cutáneo presentaban fenotipo renal en un 49,2 % y los que presentaban fenotipo neurológico en un 33% presentaban un fenotipo hematológico tal y como se puede observar en el gráfico 2.

Gráfico 1. Fenotipos clínicos de LES identificados en los pacientes incluidos. N de Fenotipos: 155. ■ Número de pacientes

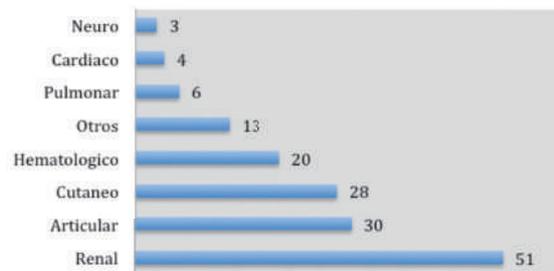
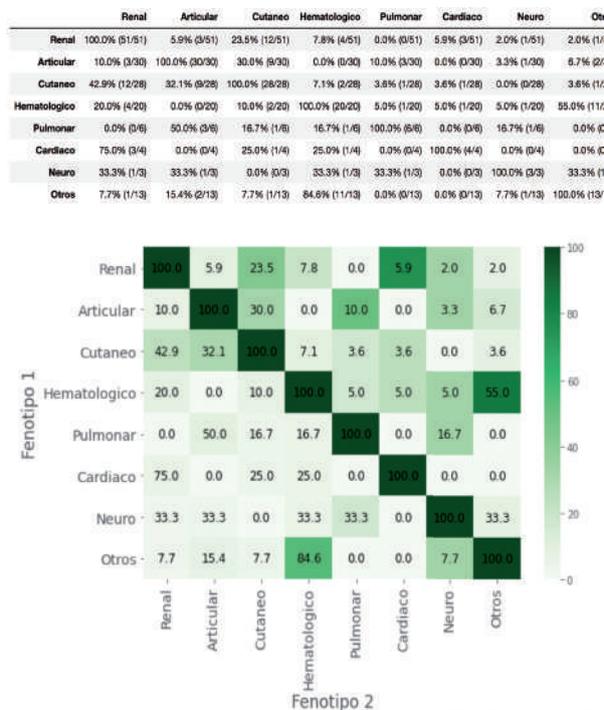


Gráfico 2. Correlación descriptiva de fenotipos en pacientes con LES.



Conclusión: Un porcentaje importante de pacientes presentó coexistencia de más de un fenotipo es por eso que el LES es considerada una de las patologías más complejas estudiadas en la historia de la medicina.

Conflictos de Intereses: Los autores niegan conflictos de interés

029 ASOCIACIÓN DE POLIMORFISMOS DEL GEN DEL RECEPTOR DE VITAMINA D CON FENOTIPOS CLÍNICOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE LA COHORTE DE LUPUS DE PARAGUAY

Marcos Vázquez¹, Ana Ayala², Valerie Jolie², María Eugenia Acosta², Sonia Cabrera Villalba¹, Margarita Duarte¹, Marcia Melo¹, Gabriela Avila¹, María Teresa Martínez de Filártiga³ Isabel Acosta Colmán¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Departamento de Reumatología. San Lorenzo, Paraguay.

²Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud. San Lorenzo, Paraguay.

³Laboratorio Curie.

Introducción: En la literatura se han descrito varios genes que se han asociado con la susceptibilidad al desarrollo del lupus eritematoso sistémico, entre los que se destaca el receptor de vitamina D VDR, como gen candidato cuyos polimorfismos están relacionados al inicio, así como a las manifestaciones clínicas; tal es el caso del SNP rs4760648 y el riesgo de desarrollar nefritis.

Objetivos: Analizamos los polimorfismos del gen VDR, las concentraciones de vitamina D y las manifestaciones clínicas.

Metodología: Estudio de asociación de los polimorfismos de los genes VDR (SNPs rs731236, rs7975232, del VDR con las manifestaciones clínicas. Este estudio incluyó pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Los datos de los pacientes incluidos fueron proporcionados por el Departamento de Reumatología, y las muestras asociadas por el BIOBANCO IMID PY. Para la extracción de ADN, se utilizó el kit PureLink® Genomic DNA, de acuerdo con el protocolo establecido en el IMID-PY BIOBANK. El genotipado se realizó mediante tecnología basada en Taqman real-time PCR (Life Technologies, EE. UU.) Se determinaron los niveles séricos de 25-OH Vit D por quimioluminiscencia (Abbott), se consideró deficiencia de vitamina D a valores inferiores a 20 ng/ml, mientras que valores entre 21-29 ng/ml se consideraron insuficiencia.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes con LES. La distribución por sexo de los pacientes fue del 88% para mujeres y del 12% para hombres. El valor medio de edad de los pacientes fue de 38,71 ± 9,7 años. En los pacientes la distribución por fenotipos clínicos fue predominantemente cutáneo 51%, articular 55%, hematológico 14%, renal 34%, neurológico 5%, cardíaco 1%, pulmonar 2%, más de 1 manifestación clínica 51%. El valor medio de la concentración de vitamina D fue de 25,92 ng/ml. Se encontró diferencia significativa entre las medias de los pacientes con afectación renal ($p = 0,03$).

Conclusión: No se encontró asociación entre los polimorfismos del gen VDR y los fenotipos clínicos de los pacientes de la cohorte Lupus Py. Se encontró una diferencia significativa entre las medias de los pacientes con afectación renal.

Tabla 1. Genotipo VDR rs731236 y fenotipos clínicos.

Fenotipos	A N (%)	A/G N (%)	G N (%)	OR (IC95%)	P-value*
Cutáneo					
NO	16 (42.1%)	25 (55.6%)	6 (35.3%)	1	0.2694
SI	22 (57.9%)	20 (44.4%)	11 (64.7%)	0.59 (0.24 - 1.41)	
Articular					
NO	16 (42.1%)	19 (42.2%)	8 (47.1%)	1	0.9334
SI	22 (57.9%)	26 (57.8%)	9 (52.9%)	1 (0.41 - 2.41)	
Hematológico					
NO	31 (81.6%)	39 (86.7%)	14 (82.4%)	1	0.8033
SI	7 (18.4%)	6 (13.3%)	3 (17.6%)	0.69 (0.2 - 2.32)	
Renal					
NO	25 (65.8%)	28 (62.2%)	11 (64.7%)	1	0.9426
SI	13 (34.2%)	17 (37.8%)	6 (35.3%)	1.16 (0.47 - 2.93)	
Neurológico					
NO	36 (94.7%)	44 (97.8%)	15 (88.2%)	1	0.3051
SI	2 (5.3%)	1 (2.2%)	2 (11.8%)	0.44 (0.01 - 5.62)	
Cardiológico					
NO	38 (100%)	45 (100%)	16 (94.1%)	No se puede calcular por los 0's	0.0849
SI	0 (0%)	0 (0%)	1 (5.9%)		
Pulmonar					
NO	37 (97.4%)	45 (100%)	16 (94.1%)	No se puede calcular por los 0's	0.3162
SI	1 (2.6%)	0 (0%)	1 (5.9%)		
más 1 manifestación					
NO	19 (50%)	23 (51.1%)	5 (29.4%)	1	0.2789
SI	19 (50%)	22 (48.9%)	12 (70.6%)	0.96 (0.4 - 2.29)	

Tabla 2. Genotipo VDR rs7975232 y fenotipos clínicos.

Fenotipos	A N (%)	A/C N (%)	C N (%)	OR (IC95%)	P-value*
Cutáneo					
NO	30 (49.2%)	8 (42.1%)	9 (45%)	1	0.8474
SI	31 (50.8%)	11 (57.9%)	11 (55%)	1.32 (0.46 - 3.91)	
Articular					
NO	28 (45.9%)	8 (42.1%)	7 (35%)	1	0.6914
SI	33 (54.1%)	11 (57.9%)	13 (65%)	1.16 (0.41 - 3.43)	
Hematológico					
NO	51 (83.6%)	16 (84.2%)	17 (85%)	1	0.9888
SI	10 (16.4%)	3 (15.8%)	3 (15%)	0.98 (0.19 - 3.78)	
Renal					
NO	39 (63.9%)	11 (57.9%)	14 (70%)	1	0.7334
SI	22 (36.1%)	8 (42.1%)	6 (30%)	1.29 (0.43 - 3.73)	
Neurológico					
NO	58 (95.1%)	19 (100%)	18 (90%)	No se puede calcular por los 0's	0.3582
SI	3 (4.9%)	0 (0%)	2 (10%)		
Cardiológico					
NO	60 (98.4%)	19 (100%)	20 (100%)	No se puede calcular por los 0's	0.724
SI	1 (1.6%)	0 (0%)	0 (0%)		
Pulmonar					
NO	60 (98.4%)	19 (100%)	19 (95%)	No se puede calcular por los 0's	0.51
SI	1 (1.6%)	0 (0%)	1 (5%)		
más 1 manifestación					
NO	28 (45.9%)	9 (47.4%)	10 (50%)	1	0.9499
SI	33 (54.1%)	10 (52.6%)	10 (50%)	0.94 (0.33 - 2.73)	

Conflictos de interés: Los autores no presentan conflictos de interés.

030 MIOPATÍA VACUOLAR TÓXICA INDUCIDA POR HIDROXICLOROQUINA EN UN PACIENTE LÚPICO.

Sany Fiorella Gómez González¹, Nadia Araceli Ruiz Navratil¹

¹Hospital Central de Instituto de Previsión Social, Servicio de Clínica Médica I. Asunción, Paraguay.

Introducción: La hidroxicloroquina es un fármaco inmunomodulador utilizado en el tratamiento de enfermedades reumatológicas, un efecto adverso infrecuente es la miotoxicidad por alteración en la degradación enzimática de las vacuolas. No se han reportado casos en nuestro país ni en la región. Afecta a músculos proximales de las extremidades, pudiendo incluir musculatura respiratoria, deglutoria y axial. Es reversible al suspender el fármaco, el período de mejoría varía de semanas a meses con debilidad muscular residual en gran parte de los pacientes.

Caso clínico: Paciente masculino de 44 años, portador de lupus eritematoso cutáneo crónico diagnosticado en 2018, en tratamiento con hidroxicloroquina 200 mg/día y prednisona 5 mg/día, acude por cuadro de 1 mes de evolución de mialgias que alcanzan intensidad 6/10 en la escala del dolor y debilidad muscular proximal 5/6 en escala de fuerza, además fenómeno de Raynaud y áreas de necrosis seca en dedos de ambas manos. En laboratorio: CK Total 5586 U/L, LDH 935 U/L, GOT 373 U/L, ANA 1/1280 patrón citoplasmático granular fino denso AC-19, aldolasa 52.6 U/L, AntiRNP positivo, resto de marcadores reumatológicos negativos. Mialgias se acentúan y no ceden con opioides, debilidad progresa hasta musculatura distal quedando encamado. Servicio de Reumatología sugiere aumento de dosis de prednisona, pulsos de metilprednisolona, ante no mejoría recibe azatioprina e inmunoglobulina ante sospecha de miopatía inflamatoria idiopática. Resonancia magnética informa polimiositis inflamatoria en etapa aguda. Electromiografía: patrón miopático con inestabilidad de membrana. Biopsia de muslo concluye miopatía vacuolar por hidroxicloroquina. Fondo de ojo sin

signos de toxicidad. Se decide suspender hidroxicloroquina, con disminución del dolor, aumento de fuerza muscular y descenso significativo de enzimas musculares. Paciente logra caminar de manera independiente a los 3 meses, pero con debilidad muscular residual.

Conclusión: La exposición prolongada a hidroxicloroquina puede resultar en una miopatía con un amplio espectro de presentación clínica por lo que debe considerarse como diagnóstico diferencial en casos similares. La poca prevalencia podría relacionarse al escaso número de publicaciones viendo así la necesidad de nuevos estudios sobre este tipo de miopatías.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Figura 1: Se observan áreas necrosis secas en pulpejos, hemorragia subungueal, zonas de descamación fina y máculas hipocrómicas.



ÁREA TEMÁTICA

03 Miscelánea

031 PAQUIMENINGITIS Y VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA

Dardo Eriberto Spessot¹

¹Hospital Central Formosa. Formosa, República Argentina.

Introducción: Las Vasculitis Asociadas a ANCA (VAA) afectan vasos de pequeños y medianos tamaños, comprometiendo múltiples sistemas orgánicos. Incluye GPA, PAM y GEPV. La incidencia es 20 casos por millón de habitantes, frecuente entre 55-75 años. Su diagnóstico no es fácil y deben diferenciarse de otras enfermedades autoinmunes, infecciones y neoplasias. Actualmente se consigue remisión en 75-93%. Presentamos un caso de Paquimeningitis Hipertrófica Crónica (PHC) asociada a VAA que mejora con tratamiento inmunosupresor.

Caso Clínico: Femenina, 58 años, con cefalea progresiva de 6 meses de evolución, hipoacusia, astenia, pérdida de peso 5 kg, parestesias de ambos MI. Hto 26 %, VSG 68 mm, PCR 34,31 mg/l, GB 7.200/mm³, uremia 33 mg/dl, creatininemia 0,80 mg/dl, orina sin hematuria, ni proteinuria. Resto del laboratorio normal. ANCAp (IFI) ++. TAC de cerebro: colección subdural en convexidad frontal derecha de 4 mm. Pequeña área focal en porción superior de caja timpánica derecha y celdillas mastoideas bilaterales, inflamatorias. RNM de cerebro: colección subdural que presenta restricción en secuencia de difusión, con engrosamiento meníngeo (paquimeningitis) en hemisferio cerebral derecho asociado a otomastoiditis. Con contraste, realce de paquete fascioacústico derecho. Engrosamiento de celdillas etmoidales bilaterales. PL: normal. LCR: directo y cultivos negativos. BAAR y cultivo negativo. CMV, JC, Herpes I y II (PCR) no detectables. TAC de tórax: infiltrado intersticioalveolar basal izquierdo y lóbulo medio. BAL directo, cultivo de gérmenes comunes y BAAR negativos. Biopsia de duramadre: bacteriológico y cultivo negativo. Baciloscopia y cultivo de BAAR negativos. EMG: polineuropatía mixta, simétrica, de MI. MPO (Elisa) 89,3 U/ml. Audiometría evidenció hipoacusia neurosensorial.

Conclusión: Los anticuerpos C-ANCA/anti-PR3 y P-ANCA/anti-MPO tienen una sensibilidad de 72% y una especificidad de 98% en el diagnóstico de pacientes

con VAA. Las manifestaciones neurológicas pueden aparecer en cualquier momento, aunque son más frecuentes en estadios avanzados. Afecta en un 20-75% al sistema nervioso periférico y en un 2 a 8% al sistema nervioso central. Pueden ser debidas a vasculitis (infartos, hemorragias), daño hipofisario o a PHC como este caso. La PHC es un engrosamiento focal o difuso de la duramadre debido a infecciones, neoplasias, sarcoidosis u otras enfermedades autoinmunes. El síntoma más frecuente de la PHC es cefalea crónica, además pueden presentarse neuropatías craneales. Más afectados son II, III, IV y VI, excepcional el VIII par como este caso. La cefalea se interpretó como consecuencia de la afección meníngeo, evidenciada por un engrosamiento de duramadre que refuerza con el contraste y la hipoacusia por vasculitis y compresión del VIII par. Recibió prednisona y rituximab presentando al tercer mes ausencia de cefaleas, mejoría de hipoacusia y normalizó MPO-ANCA. Los síntomas neurológicos son manifestaciones graves de las VAA por lo que el diagnóstico etiológico precoz y tratamiento adecuado son esenciales para lograr la remisión y evitar daño crónico con empeoramiento de la calidad de vida.

Conflictos de interés: No hay conflicto de intereses.

032 PREVALENCIA DE DEFICIENCIA E INSUFICIENCIA DE VITAMINA D EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Marcos Vázquez¹, Astrid Paats¹, Sonia Cabrera-Villalba¹, Gabriela Ávila¹, María Eugenia Acosta², Ivalena de Guillén², Rodrigo Acosta¹, Zoilo Morel¹, Ma. Teresa Martínez de Filártiga³, Isabel Acosta-Colmán¹.

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Reumatología, Unidad de Sistémicas, San Lorenzo, Paraguay.

²Universidad Nacional de Asunción, Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud, San Lorenzo, Paraguay.

³Laboratorio Curie, Asunción, Paraguay.

Introducción: Existen reportes de deficiencia e insuficiencia de vitamina D en varias enfermedades reumáticas autoinmunes y esto ha sido inversamente correlacionado con la susceptibilidad a padecer este tipo de

enfermedades, a los diferentes fenotipos y a la actividad de la enfermedad de base.

Objetivos: Calcular la prevalencia de la deficiencia e insuficiencia de vitamina D en 4 enfermedades reumáticas diferentes y determinar si los niveles de vitamina D difieren según la patología reumática de base y en relación a los controles sanos.

Métodos: Es un estudio observacional de corte transversal donde fueron incluidos 339 pacientes y 75 controles. Entre los pacientes, 143 tenían diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES), 97 de Artritis Reumatoide (AR), 48 de Esclerosis Sistémica (ES) y 51 de psoriasis. Los niveles en plasma de 25-OH-VD fueron cuantificados mediante Architect assay. La deficiencia de vitamina D (VD) fue definida como niveles en plasma < 20 ng/mL y la insuficiencia como niveles entre 20 y 30 ng/mL. El test de ANOVA fue utilizado para comparar niveles plasmáticos de VD entre las cohortes.

Resultados: En pacientes con enfermedades reumáticas, 29,8% (101/339) presentó deficiencia de VD y 43% (146/339) insuficiencia de VD. En total, los pacientes con niveles de VD menores a 30 ng/mL alcanzaron 72,8% (247/339). Entre los controles, 38,7% (29/75) presentó deficiencia de VD y 44% (33/75) insuficiencia de VD. El valor de la media de la concentración plasmática de VD en pacientes con LES fue $25,54 \pm 9,19$ ng/mL, en ES fue $25,31 \pm 9,18$ ng/mL, en AR fue $26,13 \pm 8,81$ ng/mL y en psoriasis $22,92 \pm 7,29$ ng/mL. En el grupo control, el valor de la media de la concentración plasmática de VD fue $24,4 \pm 12,9$ ng/mL. Al comparar los valores de las medias de concentración de VD entre las cuatro cohortes y el grupo control, no encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p=0,156$).

Conclusión: La frecuencia de deficiencia e insuficiencia de VD es similar en pacientes con LES, AR, ES y psoriasis, así como entre pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes y controles sanos.

Declaración de conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

033 TERAPIA BIOLÓGICA EN PSORIASIS UNGUEAL. SERIE DE CASOS.

Sara Elisa Ocampos Montiel¹, Claudia Romina Contreras¹, Arnaldo Aldama Caballero¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Hospital de Clínicas, Cátedra de Dermatología. San Lorenzo, Paraguay.

²Universidad Nacional de Asunción, Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud, San Lorenzo, Paraguay.

³Laboratorio Curie, Asunción, Paraguay.

Introducción: La Psoriasis ungueal es considerada clásicamente una de las manifestaciones más difíciles de tratar de la enfermedad. Se correlaciona con mayor riesgo de desarrollar artritis psoriásica.

Se presentan 4 casos clínicos de pacientes con afectación ungueal importante, que desarrollaron artritis psoriásica, y su buena evolución posterior al inicio de terapia biológica en un hospital de referencia.

Caso Clínico 1: Varón de 23 años de edad, comerciante; con diagnóstico de psoriasis en placas leve desde 2018 que recibió tratamiento con lacas de clobetasol, consulta por persistencia de fragilidad, cambio de coloración y debilidad en uña de manos. Se realizan infiltraciones con triamcinolona alcanzando mejoría parcial, desarrolla posteriormente artritis psoriásica en manos por lo que inicia metotrexate con escasa respuesta. Importante afectación de calidad de vida. Se decide inicio de infliximab con buena evolución posterior.

Caso Clínico 2: Varón de 27 años con dolores articulares persistentes desde los 17 años de edad y consumo crónico de corticoides secundariamente. Diagnosticado con psoriasis pustulosa y espondilitis anquilosante desde el 2017. Consulta por enrojecimiento y lesiones pustulosas en piernas además de engrosamiento y deformidad de uñas de pies y manos, con dolor e inflamación en varias articulaciones. Se inicia metotrexate y se realiza esquema descendente de corticoides, por mejoría parcial se decide además iniciar biosimilar de infliximab con buena evolución articular y ungueal.

Caso Clínico 3: Mujer de 23 años de edad con diagnóstico de artritis psoriásica desde el 2019. Consulta por 1 año de lesiones en uñas acompañada de dolores articulares, utilizó tratamiento tópico con escasa mejoría. Por exacerbación de dolores articulares inicia terapia sistémica con metotrexate a 25 mg/semanal y en un segundo tiempo se añade adalimumab con resolución completa de dolores articulares y lesiones ungueales. **Caso Clínico 4:** Mujer de 61 años de edad diagnosticada con psoriasis ungueal y artritis psoriásica desde el 2019 en Estados Unidos. Realizó tratamiento con secukinumab por 2 años. Actualmente sin tratamiento. Consulta por empeoramiento de lesiones ungueales y exacerbación de dolores articulares (cuello, cadera y hombros). Se inicia metotrexate 15 mg/semanales + tratamiento tópico con respuesta escasa. Se agrega adalimumab y presenta remisión de dolores articulares con mejoría de lesiones en uñas.

Conclusión: La Psoriasis ungueal puede afectar hasta en un 80% a pacientes con psoriasis cutánea y en un 6% de los casos puede ser la única manifestación. Se correlaciona con mayor riesgo de desarrollar artritis

psoriásica, una enfermedad más grave y un inicio más precoz y se asocia a un importante deterioro funcional y a una disminución de la calidad de vida. El desarrollo de la terapia inmunológica y de los nuevos biológicos ha revolucionado el tratamiento de la psoriasis.

Figura 1. Casos 1,2,3 y 4 previo inicio de terapia biológica.



Figura 2. Casos 1, 2 y 3 Luego de inicio de terapia biológica.



Declaración de conflictos de interés: Los autores no presentan conflicto de intereses en la realización de este trabajo.

034 TRASPLANTE DE CÉLULAS MADRE EN UN PACIENTE CON ESCLEROSIS SISTÉMICA CON COMPROMISO CUTÁNEO RÁPIDAMENTE PROGRESIVO

Evelyn Leiva¹, Paola Pussineri¹, Alexis Pineda¹, Astrid Paats¹, Yanira Yinde¹, Sonia Cabrera-Villalba¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Reumatología. San Lorenzo, Paraguay.

Introducción: La Esclerosis Sistémica es una enfermedad crónica autoinmune con inflamación sistémica, fibrosis y daño vascular, afecta piel, aparatos y sistemas internos. El trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas se ha utilizado en el tratamiento de trastornos autoinmunes refractarios a inmunosupresión convencional, como una posible intervención para la Esclerosis sistémica con compromiso cutáneo rápidamente progresivo.

Presentación del Caso: Paciente masculino, 27 años, médico. Antecedente de Linfoma no Hodgkin a los 15 años, completó 6 sesiones de quimioterapia con remisión completa y alta hematológica. Consulta por cuadro de 1 mes de evolución de artralgias inflamatorias en pequeñas articulaciones de manos, niega disfagia, disnea y fenómeno de Raynaud u otros síntomas sistémicos.

Al examen físico presentaba 21 articulaciones dolorosas y 19 tumefactas. No Raynaud, ni esclerodactilia. Escor de Rodnan modificado de 0. Se inició tratamiento con prednisona 15 mg/día, con descenso paulatino. Laboratorio con ANA +1/1280 patrón homogéneo, anti-Scl70 positivo (184,6/25). Resto del perfil ENA negati-

vos. Radiografía de manos y pies sin erosiones. Se inició hidroxicloroquina 400 mg/día. Se realizó ecografía de articulaciones de manos, pies y rodillas con Power Doppler (PD) donde se constatan tenosinovitis y derrames articulares en diversas articulaciones y PD positivo. La tomografía computarizada de alta resolución (TACAR) sin infiltrados ni fibrosis. Test de la caminata donde recorrió 530 metros, 78,2% del valor teórico y ecocardiografía transtorácica sin alteraciones.

Ante artritis persistente, se agrega metotrexato. A los 4 meses del diagnóstico, inicia esclerosis en manos, Raynaud, score de Rodnan modificado 4. En la espirometría se constata un patrón sugerente de restricción (FVC 76 ml, FEV1 76 ml, relación FEV1/FVC 100%). Capilaroscopia con patrón de esclerodermia en actividad, se agrega sildenafil y nifedipino. Por la persistencia de la afectación cutánea y pulmonar se añade micofenolato de mofetilo en dosis ascendente hasta 3 gr/día. Persiste afectación cutánea, ascenso del score de Rodnan modificado a 20 puntos. En la nueva TACAR de tórax se observa leve infiltrado en vidrio esmerilado en ambas bases y DLCO con moderada disminución, 51,8%.

Debido a la rápida progresión y pobre respuesta al tratamiento con inmunosupresores convencionales, se decidió en conjunto con Hematología y Neumología realizar el trasplante de células madres hematopoyéticas autólogas (HCST). Posteriormente se pudo evaluar el compromiso cutáneo con disminución del Rodnan a 17 puntos. Paciente en seguimiento hasta la fecha de publicación del presente artículo, con buena evolución clínica.

Conclusión: Debido a la rápida progresión cutánea, pulmonar y escasa respuesta al tratamiento convencional se decidió optar por el trasplante de HSC, se consideró la aplicación del mismo debido a la ventana clínica en la que se encontraba el paciente y con base en las evidencias brindadas por los últimos ensayos controlados en este tipo de pacientes.

Conflicto de interés: ninguno.

035 COVID-19 EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS REUMATOLÓGICAS. ANÁLISIS DEL REGISTRO BIOBADAGUAY

Paloma De Abreu Trigueros¹, Evelyn Leiva², Sonia Cabrera Villalba^{2,3}, Paola Pusineri², Angelica Amarilla³, Mariela Zarza³, Patricia Melgarejo⁴, Lourdes Roman⁵, Zoilo Morel Ayala⁶, Gabriela Ávila Pedretti², 3 en representación del Grupo BIOBADAGUAY.

¹Sociedad Paraguaya de Reumatología. Asunción, Paraguay.

²Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas,

Hospital de Clínicas, Departamento de Reumatología. San Lorenzo, Paraguay.

³Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Reumatología. Asunción, Paraguay.

⁴Hospital de Villarrica, Instituto de Previsión Social, Reumatología. Villarrica, Paraguay.

⁵Hospital de Villa Elisa, Reumatología. Villa Elisa, Paraguay.

⁶Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Reumatología Pediátrica. Asunción, Paraguay.

Introducción: Se ha postulado que los pacientes con patologías reumáticas presentarían un mayor riesgo de contraer COVID-19 debido a la misma patología, así como por los tratamientos que reciben. Al momento actual, existe limitada información sobre la frecuencia de pacientes sudamericanos con enfermedades reumatológicas y COVID-19.

Objetivo: Analizar la frecuencia y las características clínicas de pacientes reumatológicos paraguayos con COVID-19.

Métodos: Se han incluido en el estudio a pacientes paraguayos del registro BIOBADAGUAY y a controles. BIOBADAGUAY es el registro paraguayo-uruguayo de acontecimientos adversos (AA) en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias bajo tratamiento con terapias biológicas (TB) (<https://biobadaguay.ser.es>). Los controles son pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide (AR) sin tratamiento biológico. Para el análisis se han registrado variables clínico-epidemiológicas (i.e. edad, sexo, comorbilidades, diagnóstico, tratamiento) y relacionadas con el COVID-19 (i.e. número de reinfecciones, evolución clínica, vacunación). Para este trabajo se han incluido solo a los casos con un test positivo de PCR para SARS-CoV2.

Resultados: Un total de 832 pacientes han sido incluidos (696 con TB y 136 controles). De estos, 116 (13,9%) han tenido un episodio de COVID-19 (72 con TB y 44 controles). Se objetivó que 22 pacientes tuvieron un segundo episodio y 9 pacientes un tercer episodio de infección. Las principales características de los pacientes con COVID-19 se presentan en la tabla 1. Los diagnósticos más frecuentes fueron artritis reumatoide (n=93, 80,2%), espondilitis anquilosante (n=6, 5,2%), espondiloartritis indiferenciada (n=5, 4,3%), artritis psoriásica (n=4, 3,4%), artritis idiopática juvenil (n=2, 1,7%), y vasculitis (n=2, 1,7%). Se registró un caso (0,8%) en pacientes con enfermedad de Still, espondiloartritis enteropática, esclerosis sistémica y poliartritis seronegativa respectivamente. 46 (39,6%) pacientes presentaban al menos una comorbilidad (tabla 1). En relación a la evolución clínica se objetivó que 101 (87,0%) fueron no graves, 31 (26,7%) graves y 1 mortal (0,8%). 189 (90,9%) pacientes recibieron vacu-

nación y el número medio de dosis fue de 2.5 dosis. De éstos, 55 (26,4%) desarrollaron la enfermedad antes de la vacunación.

Tabla 1. Características clínico epidemiológica de los pacientes con COVID-19 (n =116)

Edad, media (DE)	53,1 ±14,5
Mujer, n (%)	91 (78,4)
Comorbilidades, n (%)	46 (39,6)
Hipertensión, n (%)	27 (23,3)
Diabetes, n (%)	6 (5,2)
Patología pulmonar, n (%)	1 (0,8)
Dislipemia, n (%)	3 (2,5)
Cáncer, n (%)	2 (1,7)
Obesidad, n (%)	23 (19,8)
Fumador, n (%)	5 (4,3)
Tratamiento	
Metotrexato, n (%)	65 (56,0)
Leflunomida, n (%)	53 (45,7)
Glucocorticoides, n (%)	25 (21,5)
Hidroxicloroquina, n (%)	15 (12,9)
Sulfasalazina, n (%)	3 (2,5)
AntiTNF, n (%)	52 (44,8)
No anti-TNF, n (%)	20 (17,2)

DE: Desviación estándar

Conclusiones:

En este estudio se analizó la frecuencia de COVID-19 y su evolución en pacientes paraguayos con enfermedades reumatológicas. En esta cohorte se constató que la mayoría de los casos presentó una evolución clínica no grave.

Conflicto de Interés: Casa Boller–Roche con productos biológicos para enfermedades reumáticas en el mercado apoya económicamente el registro según un acuerdo de colaboración que garantiza la independencia del registro.

036 SUPERVIVENCIA DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS CONSIDERANDO EL MOTIVO DE DISCONTINUACIÓN. ANÁLISIS DEL REGISTRO BIOBADAGUAY.

Gabriela Avila^{1,2}, Sonia Cabrera-Villalba^{1,2}, Patricia Melgarejo³, Lourdes Roman⁴, Zoilo Morel⁵, Roger Rolón¹, Mariela Zarza¹, Macarena Soto Estevez⁶, Evelyn Leyva², Angelica Amarilla¹, Paola Pusineri², Clyde Parodi², Carolina Díaz⁷, Belen Acevedo⁶, Alejandro Fernandez⁷, Vannia Valinotti¹, Paloma DE Abreu Trigueros⁸

¹Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Reumatología. Asunción, Paraguay.

²Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Reumatología. San Lorenzo, Paraguay.

³Hospital de Villarrica, Instituto de Previsión Social, Reumatología. Villarrica, Paraguay.

⁴Hospital de Villa Elisa, Reumatología. Villa Elisa, Paraguay.

⁵Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Reumatología Pediátrica. Asunción, Paraguay.

⁶Instituto Nacional de Reumatología, Reumatología. Montevideo, Uruguay.

⁷COSEM, Reumatología. Montevideo, Uruguay.

⁸Sociedad Paraguaya de Reumatología. Asunción, Paraguay.

Introducción: El análisis global la supervivencia de las terapias biológicas (TB) brinda una visión general de la efectividad y tolerabilidad de estos agentes. Pero el análisis estratificado considerando los motivos de discontinuación permite un análisis más preciso de la supervivencia de estos agentes.

Objetivo: Analizar la supervivencia de las TB del registro BIOBADAGUAY considerando los motivos de discontinuación

Métodos: BIOBADAGUAY es el registro paraguayo-uruguayo de acontecimientos adversos (AA) en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias bajo tratamiento con TB. La metodología utilizada está disponible en <https://biobadaguay.ser.es>. La población de estudio para el presente análisis estuvo formada por pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs), espondiloartritis (EsP) y artritis idiopática juvenil (AIJ) incluidos en el Registro BIOBADAGUAY hasta diciembre del 2022. Se analizó la supervivencia considerando los motivos de discontinuación (i.e. ineficacia, acontecimiento adverso, remisión) mediante el modelo de Kaplan-Meier. Los hazard ratios (HR) se calcularon utilizando el modelo de regresión de Cox.

Resultados: Se incluyó un total de 1378 tratamientos, de los cuales 581 (42,2%) fueron discontinuados. La supervivencia global considerando el diagnóstico fue de 405,7 (IC 95% 336,0-472,7) semanas para la AR; 503,3 (IC 95% 282,1-611,6) para la APs, 541,6 (IC 95% 409,6-541,6) para la EsP y 162,3 (IC 95% 134,7-194,7) para la AIJ. Al comparar la supervivencia entre los diferentes diagnósticos, el diagnóstico de AIJ se asoció con una menor supervivencia ($p < 0,05$; HR=1,83 [IC 95% CI 1,47– 2,28]). No se objetivó una diferencia significativa al analizar la discontinuación por ineficacia entre los diferentes diagnósticos. En cambio, la AR fue el diagnóstico que se asoció a una mayor discontinuación por acontecimientos adversos ($p < 0,005$; HR = 2,1 [IC 95% 1,39– 3,21]). De forma interesante, el diagnóstico de AIJ se asoció significativamente a discontinuación por remisión ($p < 0,005$, HR = 10,7 [95% CI 5,91 – 19,36]).

Conclusiones: La supervivencia de las TB demostró diferentes patrones considerando los motivos de discontinuación en cada una de las entidades analizadas.

Conflicto de Interés: Casa Boller – Roche con productos biológicos para enfermedades reumáticas en el mercado

apoya económicamente el registro según un acuerdo de colaboración que garantiza la independencia del registro.

037 ECTASIA VASCULAR ANTRAL GÁSTRICA COMO MANIFESTACIÓN GASTROENTEROLÓGICA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO

Paola Pusineri¹, Angelica Amarilla², Justino Toledo¹, Luis Huespe³, Agustina Maidana², Yanira Yinde^{1,2}.

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Reumatología. San Lorenzo, Paraguay.

²Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Reumatología. Asunción, Paraguay.

³Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Gastroenterología. Asunción, Paraguay.

Introducción: La ectasia vascular antral gástrica (GAVE) es una causa poco frecuente de hemorragia digestiva. Descrita principalmente en pacientes con cirrosis hepática e hipertensión portal, aunque además en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas, principalmente la esclerosis sistémica en la que se manifiesta en alrededor de 5-6% de los casos y se caracteriza por anemia persistente y hallazgos característicos en la endoscopia digestiva alta (EDA). Se describe el caso de una paciente con enfermedad mixta del tejido conectivo en la que durante el estudio de anemia se constata hallazgos compatibles con GAVE.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 55 años, portadora de tiroiditis de Hashimoto y dislipidemia, en seguimiento ambulatorio por Reumatología por diagnóstico de enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC), en mantenimiento durante 3 años con mofetilo de compromiso pulmonar, en planes de suspensión por remisión sostenida, no recibe corticoides. En consulta de control refiere meses de evolución de astenia, fatiga, disnea de esfuerzo, palidez de piel y mucosas. Niega lesiones en piel, tos, disfagia, cuadro infeccioso reciente y exteriorización de sangrados. Se constata caída progresiva de la hemoglobina en los últimos meses con características compatibles con anemia ferropénica. Se pauta suplementación con hierro oral.

Se realiza EDA en contexto de estudio de la anemia: se aprecia antro con eritema intenso distribuido en bandas, de aspecto vascular que confluyen en el píloro (compatible con watermelon stomach). A la anatomía patológica, los hallazgos eran compatibles con ectasia vascular antral además de cambios de gastritis crónica leve no activa. No se observa *H. pylori*. Durante la endoscopia se realiza ligadura con bandas elásticas y

se pauta omeprazol a doble dosis, posterior a lo cual continúan síntomas de síndrome anémico y sin mejoría de valores de hemoglobina, por lo que recibe sacarato de hierro de forma endovenosa.

La paciente se encuentra actualmente en planes de ablación endoscópica mediante coagulación con argón plasma.

Conclusión: GAVE es una rara manifestación digestiva en la esclerosis sistémica y otras enfermedades del tejido conectivo, su sospecha debe ser alta en pacientes de mayor edad y anemia crónica persistente ya que conlleva importante morbimortalidad asociada, además de presentar una evolución paralela a otros compromisos orgánicos y falta de respuesta al tratamiento inmunosupresor.

Conflictos de interés: ninguno.

038 TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES CON PSORIASIS DE UN SERVICIO DE DERMATOLOGÍA

Claudia Romina Contreras¹, Noemi Da Ponte¹, Justino Toledo², Yanira Yinde², Arnaldo Aldama¹.

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra y Servicio de Dermatología, San Lorenzo, Paraguay.

²Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Servicio de Reumatología, San Lorenzo, Paraguay.

Introducción: La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica inmunomediada asociada a múltiples comorbilidades, siendo la artritis psoriásica una de las más importantes. El tratamiento de la psoriasis moderada-grave y la artritis psoriásica ha experimentado un gran cambio en los últimos 20 años, debido a la introducción de los agentes biológicos que se han desarrollado gracias al mejor entendimiento de la etiopatogenia de la enfermedad y que se indican en pacientes refractarios a tratamientos sistémicos tradicionales (1,2). El acceso a los biológicos en Paraguay continúa siendo difícil y los agentes disponibles son limitados.

Objetivo: Describir la frecuencia de prescripción, las características clínicas y el tipo de terapia biológica de los pacientes con psoriasis que acudieron al consultorio de un servicio de Dermatología y que utilizaron dichas medicaciones.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Se estudiaron todas las fichas de los pacientes con psoriasis que consultaron desde mayo del 2022 a enero de 2023.

Resultados: Se incluyeron 76 pacientes con psoriasis, 9 recibieron tratamiento con terapia biológica, siendo 7 agentes biológicos biosimilares. El grupo tratado con biológicos tenía edad media de 44 años (DE \pm 17 años), 3 eran del sexo femenino y 6 del sexo masculino. Las indicaciones para el uso de biológico fueron: psoriasis en placa extensa en 5, psoriasis pustulosa en 2 y psoriasis ungueal en 2 casos. La artritis psoriásica se encontró en 6 pacientes.

En cuanto a la terapia biológica recibida: 5 recibieron adalimumab, 3 infliximab, y 1 ustekinumab. En cuanto a los tratamientos previos de estos pacientes, 9 pacientes habían recibido metotrexato. 5 pacientes presentaron una respuesta clínica excelente (PASI 100) y mantenida en el tiempo, 1 paciente presentó falla de respuesta secundaria y está en planes de cambio de terapia biológica.

Imagen 1. Paciente de 27 años con psoriasis pustulosa y artritis psoriásica. Antes y 6 semanas luego del tratamiento con el biosimilar de infliximab, logrando un PASI 90 (mejoría del 90%).



Imagen 2. Paciente de 52 años con psoriasis pustulosa. Antes y 6 semanas luego del inicio del tratamiento con el biosimilar de adalimumab, logrando un PASI 100 (mejoría del 100%).



Conclusiones: El 11% de los pacientes con psoriasis recibió terapia biológica, siendo la mayoría agentes biosimilares, presentando muy buena respuesta clínica (PASI 90 y 100) y sostenidas en el tiempo. Un paciente presentó falla de respuesta secundaria. El acceso en nuestro país a los agentes biológicos todavía es muy limitado, dificultando el tratamiento de los pacientes con psoriasis moderada-severa y/o artritis psoriásica que

no responden a tratamientos sistémicos convencionales. Mejorar el acceso a este tipo de tratamientos constituye un reto de salud pública para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Conflictos de interés: Los autores no presentan conflictos de intereses.

039 FIEBRE POR CHIKUNGUNYA

Luis Sánchez¹, Magali Jarolin¹, Dora Montiel – Jarolin¹

¹Hospital Nacional, Departamento de Medicina Interna, Itaugua, Paraguay.

Introducción: El dengue, el chikungunya y el zika son enfermedades virales que se encuentran circulando en el Paraguay.

Caso clínico: Mujer de 67 años, refiere fiebre de 38° de 24 hs de evolución, acompañada de dolor en articulaciones de las manos con signos inflamatorios, dolor corporal y cefalea. Niega náuseas, vómitos, rash cutáneo, prurito. Niega cuadro similar anterior. Refiere haber estado en Pedro Juan Caballero en el mes de diciembre. Al examen físico: temperatura de 38°C, dolor con signos inflamatorios en carpo, metacarpo, interfalángica proximal bilateral, resto del examen clínico sin hallazgos patológicos. Laboratorio: Glóbulos blancos 5.190 por mm³, neutrófilos 83 %, linfocitos 9%, monocitos 7%, hemoglobina 12.9 g/dL, hematocrito 38.7%, plaquetas 168000 por mm³, eritrosedimentación 1^a hora 10 mm, urea 26 mg/dL, creatinina 0.81 mg/dL, sodio 132 mEq/L, potasio 4.2 mEq/L, cloruros 98 mEq/L, hepatograma: GPT 35 U/L, GOT 28 U/L, fosfatasa alcalina 65 U/L, bilirrubina total 0.65 mg/dL, bilirrubina directa 0.24 mg/dL, bilirrubina indirecta 0.41 mg/dL, proteínas totales 6.4 g/dL, albúmina 3.8 g/dL, orina: color amarillo claro, densidad 1.013, pH 6.0, proteínas no detectable, glucosa no detectable, cuerpos cetónicos no detectable, L: 0-5/c, H: 5-10/c. Dengue NS1 antígeno, sangre, negativo (método: inmunocromatografía). RT-PCR en tiempo real CHIKUNGUNYA VIRUS: Se detecta presencia de ARN de Chikungunya virus (CHIKV), detección de SARS-CoV-2: hisopado nasofaríngeo e hisopado faríngeo negativo. La paciente recibió tratamiento sintomático con paracetamol, permaneció febril por 48 hs, disminución de las artralgias al cuarto día de enfermedad, astenia y dorsalgias durante 2 semanas.

Conclusión: Nuestra paciente presentó buena evolución con disminución de la sintomatología al tercer día de la enfermedad, la astenia marcada, artritis simétrica de muñecas, interfalángica proximal, dorsalgia fueron los síntomas predominantes, el tratamiento fue sintomático con paracetamol.

Conflictos de interés: Los autores declaran no presentar conflicto de intereses.

040 DERMATOMIOSITIS EN UN PACIENTE CON SÍNDROME MIELODISPLÁSICO

Clyde Parodi¹, Evelyn Leiva¹, Justino Toledo¹, Yanira Yinde¹, María Isabel Acosta¹

¹Hospital Nacional, Departamento de Medicina Interna, Itaugua, Paraguay.

Introducción: La Dermatomiositis (DM) consiste en una afección inflamatoria crónica, afecta músculos y piel. Las anomalías musculares afectan principalmente a los grupos axiales y proximales, se caracterizan por debilidad que puede llegar a la postración e insuficiencia respiratoria. Las lesiones en piel pueden ir desde eritema en rostro hasta nódulos y pápulas e incluso áreas de vasculitis necrotizante.

Es de primordial relevancia, que cuando se encuentren pacientes con dermatomiositis, se descarte la presencia de neoplasia maligna subyacente en estadios tempranos para lograr intervenciones efectivas en cuanto al pronóstico.

Presentación del Caso: Paciente masculino, 63 años, abogado. Antecedente de bicitopenia (anemia y plaquetopenia) en 2019, diagnóstico de Gammapatía Monoclonal de significado incierto, tratamiento con transfusiones.

Cuadro inicia en marzo 2022, con 2 semanas de evolución de edema bpalpebral, eritema facial, disfagia y debilidad de miembros superiores e inferiores progresivo. CK total 8000. Recibe metilprednisolona 1gr/día 3 días e Inmuglobulina Humana 180 gr durante 3 días con mejoría de disfagia y debilidad muscular (Fuerza muscular (FM) 3/5 en miembros superiores y 4/5 en miembros inferiores), continúa con prednisona a 1 mg/k. CK total al alta 1200. En Biopsia de Médula Ósea (BMO), hallazgo de Síndrome Mielodisplásico (SMD), resto de screenig oncológico sin hallazgos. Serologías virales negativas. Tomografía axial computarizada de Tórax, abdomen y pelvis con contraste endovenoso normal. Biopsia de piel que informa probable Dermatomiositis.

Por parte de reumatología se inicia micofenolato mofetilo (MMF) hasta 2 gr/día, descenso progresivo de prednisona y esquema mensual con Inmuglobulina Humana a 2gr/kp. Se realizó endoscopia digestiva alta que constata pangastritis congestiva, colonoscopia con pólipos adenomatosos en colon descendente. Se indica rituximab 2 gr por persistencia de disfagia y mala evolución de compromiso cutáneo, aumenta dosis de MMF 3gr/día. En controles de laboratorio CK total en rango. Pruebas de función respiratorias normales.

En estudios prebiológicos retorna anticore Hepatitis B positivo, por lo que el Dpto de Hepatología indica profilaxis con Tenofovir antes de recibir biológico. Electromiografía de 4 miembros compatible con patrón miopático con inestabilidad de membrana. Proteínograma electroforético normal. En seguimiento por hematología se constató persistencia de monocitosis desde el inicio del cuadro. Se realizó nueva punción de médula ósea con citometría de flujo que informa cambios de mielodisplasia en la serie granulocítica y monocítica, no incremento de blastos (no pudiendo descartar una Leucemia Mielomonocítica Crónica). FISH panel para SMD todos negativos. Finalmente, hematología decide que teniendo en cuenta que se trata de una posible LMMC de características mielodisplásicas se inicia tratamiento con azacitidina.

Conclusión: La descripción de este caso muestra que la dermatomiositis puede ser de difícil diagnóstico y manejo terapéutico más aún cuando se encuentra asociada a una neoplasia oculta. Esto resalta la importancia de la búsqueda sistemática de patologías asociadas en este grupo de pacientes.

Conflicto de interés: Ninguno.

041 UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA ECOGRAFÍA DE GLÁNDULA SALIVAL EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

Teresa Chávez¹, Félix Ordano¹

¹Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Reumatología. Asunción, Paraguay.

Introducción: El Síndrome de Sjögren primario es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por un proceso inflamatorio que afecta fundamentalmente a las glándulas exocrinas, pero que también puede afectar a otros órganos. Para el diagnóstico, la ecografía podría considerarse una herramienta útil, dado que los pacientes que presentan alteraciones ecográficas glandulares cursan con perfil inmunológico alterado (positividad para anticuerpos anti-Ro, ANA, anti-La), siendo la serología un criterio diagnóstico junto con la biopsia glandular.

Objetivo: Determinar la utilidad diagnóstica de la ecografía glandular en el síndrome de Sjögren primario de un centro de referencia de reumatología.

Materiales y métodos: Estudio observacional de corte transversal. Se incluyó a pacientes adultos con seguimiento en un centro de referencia y con sospecha de Síndrome de Sjögren primario durante el periodo de oc-

tubre del 2020 a octubre del 2021. En todos los casos se realizó ecografía y biopsia de glándulas salivales, previa firma del consentimiento informado. Se registraron variables epidemiológicas, clínicas, de imagen (i.e. ultrasonido) y el resultado anatomopatológico de las biopsias de glándulas salivales. Para el análisis de las variables cualitativas se utilizaron medidas de porcentaje y frecuencias, para las variables cuantitativas se utilizaron promedio y desvío estándar.

Resultados: Se incluyeron a 40 pacientes con diagnóstico de Síndrome de Sjögren constado por biopsia de glándulas salivales, la edad promedio de los pacientes fue $47,9 \pm 10,8$ años. De los cuales 27,5% tuvo entre 30 y 39 años, 27,5% entre 40 y 49 años, 22,5% de 50 a 59 años y 22,5% entre 60 y 69 años. De ellos 97,5% fueron mujeres. 97,5% de las ecografías resultaron compatibles con Síndrome de Sjögren. De las alteraciones ecográficas compatibles con síndrome de Sjögren, en 52,0% se presentó como imágenes hipoeoicas, heterogéneas, atrófica; 26,0% se informó como tamaño disminuido, contorno irregular, heterogénea; en 20,0% fueron de tamaño disminuido e inhomogéneas, todas ellas de aspecto inflamatorio crónico.

Conclusión: En esta serie de pacientes, se pudo constatar que la edad media fue de 47,9 años y que la mayoría fueron mujeres. En un alto porcentaje de los casos confirmados de Síndrome de Sjögren por anatomía patológica, se logró confirmar el diagnóstico por ecografía de glandular salival, lo que demuestra la gran utilidad diagnóstica de esta.

Conflicto de interés: Ninguno.

042 ACONTECIMIENTOS ADVERSOS CON TERAPIAS BIOLÓGICAS: DATOS DEL REGISTRO PARAGUAYO – URUGUAYO DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS CON TERAPIAS BIOLÓGICAS BIOBADAGUAY

Paloma de Abreu¹, Sonia Cabrera^{2,7}, Patricia Melgarejo³, Lourdes Román⁴, Zoilo Morel⁵, Roger Rolón², Angelica Amarilla², Mariela Zarza², Vannia Valinotti², Cristina Brunengo⁶, Macarena Soto⁶, Evelyn Leiva⁷, Paola Pusineri⁷, Clyde Parodi⁷, Sandra Consani⁸, Cynthia Vega⁹, Maggi Zanotti¹, M.^a Isabel Acosta⁷, Alejandro Fernández Morales⁸, Carolina Díaz Cuña⁸, Yanira Yinde⁷, Agustina Maidana², Gabriela Ávila Pedretti^{2,7} en representación del grupo Biobadaguay.

¹Sociedad Paraguaya de Reumatología, Asunción, Paraguay

²Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Facultad de Medicina, Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Reumatología, Asunción, Paraguay

³Hospital Regional de Villarrica, Reumatología, Villarrica, Paraguay
⁴Hospital de Villa Elisa, Reumatología, Villa Elisa, Asunción
⁵Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Facultad de Medicina, Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Reumatología Pediátrica, Asunción, Paraguay.
⁶Instituto Nacional de Reumatología, Montevideo, Uruguay
⁷Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Reumatología, San Lorenzo, Paraguay
⁸COSEM, Reumatología, Montevideo, Uruguay
⁹Hospital Pediátrico Niños de Acosta Ñu, Reumatología Pediátrica, San Lorenzo, Paraguay

Introducción: BIOBADAGUAY es el registro paraguayo-uruguayo de acontecimientos adversos (AA) en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias bajo tratamiento con terapias biológicas (TB).

Objetivos: analizar la frecuencia y la gravedad de AA en pacientes en tratamiento con TB incluidos en el registro BIOBADAGUAY.

Método: estudio observacional, prospectivo de duración indeterminada para verificar la eficacia, la seguridad y la supervivencia de las TB. La metodología utilizada está disponible en <https://biobadaguay.ser.es>. Para el presente estudio se analizaron: variables epidemiológicas, clínicas, TB recibida, el tipo y gravedad del AA. La tasa de incidencia (IR) por 1000 pacientes por año y la razón de tasa de incidencia (IRR) mediante regresión de Poisson (valor de significación nominal 0,05).

Resultados: se analizaron 1104 pacientes con TB, entre el 2016 y 2022. Se observaron 1365 AA, 1191 (87.2%) de carácter leve, 161 (11.8%) graves y 13 (0.9%) mortales. La incidencia global de AA fue 251.75 (238.6-265.8), 219.7 (207.4-232.5) para leves y 32.1 (27.5-37.2) para graves. La infección fue el AA más frecuente, la incidencia global fue de 138.4 (126.69-265.47), de 121.8 (112.7-131.5) en leves y (27.48-37.2%) en graves. Al analizar la IR de AA en función del diagnóstico, la AR se asoció a una mayor IR de

AA globales y graves comparada con otros diagnósticos (IRR=1.35 [95% CI, 1.1-1.7] p=0.0088) (IRR=1.72 [95% CI, 1.2-2.5] p=0.006), respectivamente. La artritis psoriásica (APSo) y la espondilitis anquilosante (EA) se asociaron a una menor IR global de AA (IRR=0.57 [95% CI, 0.4-0.9] p=0.007) y (IRR=0.66 [95% CI, 0.5-1] p=0.04), respectivamente. El uso de corticoides se asoció a un IR mayor de AA globales (IRR=1.46 [95% CI, 1.2-1.8] p=0.0009). Se analizó la IR en función de la gravedad, se observó que segundos y posteriores ciclos de tratamiento de TB se asoció a una mayor IR global e IR leve de AA comparada con el primer ciclo de tratamiento. El tratamiento con antiTNF se asoció con una menor IR de AA globales y mortales comparada con los no-antiTNF (tabla 1).

Conclusiones: Los AA fueron en su mayoría leves y el más frecuente la infección. La AR presentó una mayor IRR de AA globales y graves, mientras APSo, EA y uso de antiTNF a una menor IRR globales. Segundos y posteriores ciclos de tratamiento, y el uso de corticoides se asoció a un IRR mayor de AA globales.

Conflicto de interés: Casa Boller-Roche apoya económicamente al proyecto según un acuerdo de colaboración que garantiza la independencia del registro.

043 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON SARCOIDOSIS QUE ACUDEN A UNA CONSULTA REUMATOLÓGICA

Ana María Laterza Duarte¹, Margarita Duarte¹

¹Centro Privado de Reumatología, Asunción, Paraguay.

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad sistémica de etiología desconocida, caracterizada por la presencia de granulomas de células epitelioideas no caseosos con infiltrados de linfocitos T CD4+ y monocitos. Para confirmar el diagnóstico es necesario que se encuentren afectados dos o más órganos o sistemas, y descartar procesos infecciosos como la Tuberculosis.

Materiales y métodos: Presentamos un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes que acuden a una consulta reumatológica, entre el año 2002 y el 2019. Fueron seleccionados aquellos con diagnóstico de sarcoidosis confirmado por anatomía patológica compatible con granulomas no caseificantes y en quienes se descartaron otras causas de enfermedad granulomatosa.

Resultados: 10 pacientes llenaron los criterios de inclusión, presentando biopsias de ganglios mediastinales (8), piel (1) o hígado (1), mostrando granulomas de

Tabla 1. Tasa de incidencia de acontecimientos adversos en función de la gravedad.

	Primer ciclo		Ciclos posteriores	
	Tasa de incidencia	Tasa de incidencia	Razón de tasa de incidencia	P
Global	233.22 (219.28, 247.80)	339.2 (303.1, 378.3)	1.45 (1.14, 1.85)	0.0024
Leve	201.27 (188.34, 214.85)	306.50 (272.29, 343.82)	1.52 (1.18, 1.197)	0.0014
	No-antiTNF		AntiTNF	
	Tasa de incidencia	Tasa de incidencia	Razón de tasa de incidencia	P
Global	306.31 (276.92, 337.98)	234.63 (220.09, 249.88)	0.77 (0.61, 0.97)	0,0262
Mortal	6.17 (2.66, 12.16)	1.21 (0.39, 2.83)	0.20 (0.06, 2.83)	0.0043

Follow-up 1000/patient year: first cycle:1044, follow cycles: 0,949, no-antiTNF: 1.296, antiTNF: 4.13

células gigantes no caseificados, con tinciones para BAAR y hongos negativas. Con relación al sexo, 5 fueron mujeres y 5 varones, con edad promedio de 47 años (rango de 29 a 72 años) en el momento del diagnóstico. 50% de ellos demostraron afectación pulmonar, diagnosticada por medio de radiografía de tórax o tomografía de tórax de alta resolución; 2 de ellos se encontraban en estadio 2, 2 en estadio 3, 1 en estadio 4. 9 pacientes mostraban compromiso ganglionar, constituyendo al 90% de los sujetos estudiados.

Del total de pacientes, 4 presentaban compromiso osteoarticular, en forma de tendinitis de tibial posterior (1), granuloma de cuerpo vertebral (1), erosiones en carpo (1), sinovitis en carpo (1). En todos los casos, excepto en el compromiso vertebral, se disponen de biopsias de esas áreas que confirman lesiones granulomatosas a esos niveles. En estos pacientes también se evidencia la presencia de eritema nodoso, coincidiendo con las lesiones osteoarticulares.

30% de los pacientes presentó síntomas sistémicos como cansancio, sudoración nocturna, pérdida de peso, fiebre y dolores óseos difusos. En uno de estos casos había hipercalcemia severa (17 mg/dl) y en otro, hipercalcemia moderada. 3 pacientes presentaron hipercalcemia. 3 pacientes presentaron hipercalcemia.

Además de las afecciones citadas con anterioridad, en 3 de los pacientes se detectaron afecciones orgánicas poco comunes, como afección nerviosa, vasculitis de grandes vasos (1) vasculitis de pequeños vasos (1), compromiso miocárdico (1), ascitis y compromiso renal (1).

Conclusión: Las manifestaciones reumatológicas en sarcoidosis no son infrecuentes, siendo las más comunes el compromiso sistémico, la afectación osteoarticular y las vasculitis. Si bien es una patología de baja prevalencia en una consulta reumatológica, el pleomorfismo de su presentación clínica nos obliga a tenerla siempre en cuenta en el diagnóstico de un paciente con afectación de múltiples órganos y sistemas.

Conflicto de intereses: No hay conflictos de intereses que declarar.

044 PRIMER INFORME DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN, TRATAMIENTO, CONTROL Y ASISTENCIA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE Y ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES Y SISTÉMICAS

Aldo Ojeda¹, Juan Fernando Borja², Nelson Ortiz², Elías Rojas⁵, Rodrigo Acosta⁵, Johana Coronel³, Teresa Chávez³, Pedro Baback⁸, Víctor Martínez^{9,9}, Patricia Melgarejo⁶, Marco Franco⁴, Armando Mallorquin⁷, Pedro Delgado¹⁰, Cynthia Vega¹¹, Lourdes Román³

¹Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Trasmisibles, Asunción, Paraguay.

²Hospital Nacional de Itaugua, Consultorio de Reumatología, Itaugua, Paraguay.

³Hospital General de Villa Elisa, Villa Elisa, Paraguay.

⁴Hospital General de Luque, Consultorio de Reumatología, Luque, Paraguay.

⁵Hospital Distrital de Ñemby, Consultorio de Reumatología, Ñemby, Paraguay.

⁶Hospital Regional de Villa Rica, Consultorio de Reumatología, Villa Rica, Paraguay.

⁷Hospital Regional de Villa Hayes, Consultorio de Reumatología, Villa Hayes, Paraguay.

⁸Hospital Regional de Encarnación, Consultorio de Reumatología, Encarnación, Paraguay.

⁹Hospital Distrital de San Ignacio, Consultorio de Reumatología, San Ignacio Misiones, Paraguay.

¹⁰Hospital Regional de Concepción, Consultorio de Reumatología, Concepción, Paraguay.

¹¹Hospital Pediátrico Acosta Ñu, Consultorio de Reumatología pediátrica, Hospital día, San Lorenzo, Paraguay.

Introducción: Introducción: En el marco de la ley N° 6711, se crea el programa nacional de detección temprana, tratamiento, control y asistencia a pacientes con artritis reumatoide y enfermedades reumáticas autoinmunes y sistémicas, con el cual se accede al presupuesto para el uso de fármacos biológicos utilizados para el tratamiento de diversas enfermedades autoinmunes.

Objetivos: Determinar los datos epidemiológicos y los diagnósticos de los pacientes que accedieron a terapia biológica durante el periodo 2021-2022.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, analítico, de corte transversal, se incluyeron pacientes de diferentes hospitales dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), se determinaron variables epidemiológicas (sexo, edad, hospital de procedencia) y clínicas (i.e. diagnóstico y tratamiento), los datos se analizaron con el spssv23; las variables cualitativas se expresan en frecuencias y porcentajes y las cuantitativas en medias con el desvío estándar.

Resultados: Se incluyeron 236 pacientes, 72,9% son de sexo femenino, la edad promedio es de 44,7 ± 16,9 años, el 30,5% son pacientes del Hospital Nacional de Itaugua, el 20,3% del Hospital General de Villa Elisa, el 14% del Hospital Distrital de Ñemby, el 8,5% al Hospital General de Luque, el 8,1% al Hospital Regional de Encarnación, el 5,9% al Hospital Pediátrico de Acosta Ñu, el 5,5 % al Hospital Regional de Villarrica, el 3,8% al Hospital Regional de Villa Hayes, el 2,5% al Hospital Distrital de San Ignacio y el 0,8% al Hospital Regional de Concepción. En cuanto a los fármacos biológicos utilizados, el Adalimumab fue indicado en un 39,4%, Infliximab 31,4% y Tocilizumab en un 29,2%. La mayoría de los pacientes tenían diagnóstico de artritis reumatoide (AR), (47,8%), espondiloartropatía (5%), artritis

psoriásica (7%), el resto de los pacientes presentaban otros diagnósticos.

Conclusión: En esta primera cohorte de pacientes con acceso a la terapia biológica, se observó una mayor frecuencia de sexo femenino, el fármaco más indicado fue adalimumab, y el diagnóstico más común fue AR.

Conflictos de interés: Ninguno de los autores presenta conflictos de interés.

045 CARACTERIZACIÓN Y MORTALIDAD DE PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS DEL PARAGUAY

Jessica Figueredo¹; Iris Colmán¹; Federico Fretes¹; Marcelo Pederzani¹; Lorena Fontclara¹; Hugo Bianco¹; Belinda Figueredo¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Cuidados Intensivos Adultos. San Lorenzo, Paraguay.

Introducción: Las enfermedades reumatológicas no son infrecuentes en la población general. Este grupo de pacientes suele requerir hospitalización por diversas causas y hasta un tercio puede ingresar a la unidad de cuidados intensivos (UCI). El pronóstico puede ser desfavorable, sobretodo en presencia de compromiso renal.

Objetivo: El objetivo de nuestro estudio fue caracterizar a los pacientes reumatológicos ingresados a cuidados intensivos y determinar la mortalidad.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas de los pacientes con enfermedades reumatológicas ingresados al Departamento de Cuidados Intensivos Adultos de enero de 2021 hasta diciembre de 2022.

Resultados: Veintinueve pacientes con enfermedades reumatológicas ingresaron en los dos años de estudio. Con una mediana de edad de 37 años (RIC 22,5), veintitrés fueron mujeres (79,31%). Veinte pacientes tenían lupus eritematoso sistémico (68,9%); cinco, artritis reumatoide (17,2%) y los cuatros pacientes restantes tenían Enfermedad mixta del tejido conectivo, Síndrome de Sjögren, Síndrome de Superposición y Vasculitis de Churg Strauss, cada uno de ellos (3,44%). Las comorbilidades más frecuentes fueron: hipertensión arterial (55%) y nefropatía (41,3%). Las causas de ingreso a la UCI fueron médicas (62%) y quirúrgicas (38%). Entre las médicas, la insuficiencia respiratoria

fue el principal motivo (44%), seguido por shock (27%) e infecciones sobreagregadas (11,1%). La puntuación media de APACHE II (Age and Chronic Health Evaluation) fue 17 ± 10 ; SOFA al ingreso (Sequential Organ Failure Assessment): $6 \pm 8,5$; y en los pacientes lúpicos, SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Measure): $10,6 \pm 8,3$. Recibieron asistencia respiratoria mecánica (ARM) 19 pacientes (65,5%) con una mediana de días de ARM de 6 (RIC 9). Utilizaron drogas vasoactivas 65,5% y hemodiálisis 17,2%. Se administró metilprednisolona a 10 de los pacientes (37,9%), además 4 de ellos requirieron ciclofosfamida y 3 inmunoglobulinas. Durante su hospitalización desarrollaron falla renal aguda (44,8%) y sobreinfecciones (41,3%), de los cuales en 6 se aislaron Gram positivos en sangre. La mediana de estancia en UCI fue de 6 días (RIC:10) y la mortalidad del 37,9% (once pacientes).

Conclusiones: En nuestro estudio la población fue principalmente de mujeres jóvenes con varias comorbilidades, que ingresaron graves a terapia, la mayoría por causas médicas. Dos tercios requirieron ARM y drogas vasoactivas. Presentaron complicaciones como la falla renal aguda y sobreinfecciones. Pese a todo esto, la mediana de internación fue sólo de 6 días y la mortalidad sólo un poco mayor que la correspondiente a su score de gravedad.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

046 ¿ES SÓLO AZÚCAR?

Lilian Beatriz Gómez Molinas¹, Fernando Héctor Da Ponte González¹, Lourdes Carolina Vázquez Jiménez¹, Marcelo Ramón Barrios Gini¹, Rossana Mabel Vera Duarte¹, Astrid Paats Nicora²

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Nefrología Adultos, San Lorenzo, Paraguay.

²Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Reumatología, San Lorenzo, Paraguay.

Introducción: Introducción: La nefritis lúpica afecta a más de la mitad de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Su presencia aumenta la mortalidad y la morbilidad, entre otros motivos por el riesgo de enfermedad renal crónica con necesidad de tratamiento sustitutivo en alrededor de un 25% de los pacientes y es la primera causa de enfermedad sistémica con afectación renal secundaria.

Caso Clínico: Paciente femenina de 58 años de edad, conocida portadora de DM2 desde 2017 en tratamiento

con Insulina NPH 10-0-6 + Metformina 850 mg 0-1-0, y LES desde mayo 2021 en tratamiento con Hidroxicloroquina 200mg/d + PDN 5mg/d. Acude a consultorio de nefrología por cuadro de 2 meses de evolución de orina espumosa, refiere no haber abandonado medicación de base y buen control metabólico en el último mes, niega cuadro infeccioso previo. Al examen físico llama la atención piel y mucosas ligeramente pálidas, normohidratadas, edema de MMII Godet (++) hasta tercio superior de las piernas sin cambios en la coloración ni temperatura, sin lesiones exantemáticas, descamativas ni infecciosas en todo el cuerpo. En analítica laboratorial se constata Hb 10, Hto 31%, GB 6750, N:65%, Glc:197, U: 49, Cr: 0.9, OS: Prot (+++) Leu 1-3/c Hem 0, Urocultivo: negativo, Alb:2.3, anti DNA: 1:40, C3: 72, C4: 25, Orina 24 hs: Proteinuria 1445 mg/24 hs. Se realiza una ecografía renal que informa riñones normales por lo que se realiza una punción biopsia renal (PBR) cuya anatomía patológica informa: muestra con 26 glomérulos, en los cuales se observa tanto en microscopía óptica como en inmunofluorescencia, cambios sugestivos a nefropatía diabética (glomeruloesclerosis intercapilar difusa y nodular de la nefropatía diabética) descartando cambios de nefritis lúpica. Con este resultado, se llega al diagnóstico de nefropatía diabética, descartando nefritis lúpica (NL).

Conclusión: La biopsia renal aporta información imprescindible para identificar la clase según la clasificación, ayudar a establecer un pronóstico y planificar el tratamiento. Todo paciente con LES y proteinuria >0.5 g/24 hs., debe realizarse una PBR para descartar o confirmar una NL. La diabetes mal controlada es una causa de proteinuria, pero en un paciente con LES no se debe descartar una NL, aunque así sea diabético.

Conflicto de intereses: El presente trabajo no generó conflicto de intereses.

047 SEGUIMIENTO ECOGRÁFICO DE 2 PACIENTES CON MORFEA EN TRATAMIENTO CON FOTOTERAPIA UVB DE BANDA ESTRECHA Y METOTREXATO.

Andrea Mongelós¹, Romina Acosta¹, Rosalba Riveros¹, Romylda Giardina¹, Beatriz Di Martino¹, Arnaldo Aldama¹

¹Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Ciencias Médicas. Hospital de Clínicas. Departamento de Dermatología. San Lorenzo, Paraguay.

Introducción: La Morfea (esclerodermia localizada) es un trastorno inflamatorio que afecta principalmente a la dermis y grasa subcutánea y evoluciona en última instancia a una esclerosis de tipo cicatricial. La moda-

lidad de fototerapia ultravioleta B de banda estrecha (UVB nb) se utiliza para el tratamiento de la morfea y se realiza en pacientes que continúan desarrollando nuevas lesiones, para inhibir la progresión de la enfermedad, lo que generalmente ocurre dentro de 10 a 20 sesiones de fototerapia. Con la ecografía dermatológica se observa la ecogenicidad total de la lesión, la hipoecogenicidad de la hipodermis y el aumento de vascularización de la dermis profunda que se correlacionan con aumento de la actividad de las placas. Una vez que no se determinen signos de actividad en pacientes que han recibido al menos 40 sesiones se podría suspender la fototerapia.

Casos clínicos:

Caso 1: varón de 49 años de edad, área urbana, presenta cuadro de un año de evolución de placas hiperpigmentadas, escleróticas, de límites netos, bordes regulares, ovaladas, de distribución difusa, la menor de 2x3 cm de diámetro, la mayor de 5x10 cm en cara anterior de antebrazos, abdomen, espalda y pierna derecha. (Imagen 1A-1C).

Caso 2: niña de 7 años de edad presenta cuadro de 3 años de evolución de placas hiperpigmentadas, escleróticas, de límites netos, bordes irregulares, de distribución lineal, en hemicuerpo izquierdo y abdomen (1D-1G). Consultó con reumatólogo quien inició metotrexato 15 mg/semanal desde hace 1 año.

Tabla 1.

Estudios	Caso Clínico 1	Caso Clínico 2
Biopsia de piel	Dermis aumentada de espesor debido a presencia de numerosos haces de colágeno ensanchados. Se observa esclerosis. Hallazgo histológicos compatibles con morfea en fase esclerótica tardía. No se observa depósito de mucina dérmica. (Imagen 1H-1I)	
Fototerapia UVB nb	30 sesiones	20 sesiones
Ecografía pre fototerapia	Aumento en el espesor y alteraciones en la ecogenicidad de la dermis, no aumento de la vascularización en las zonas estudiadas.	Muslo y dorso de pie izquierdos: hipoecogenicidad de la dermis y aumento de espesor de la misma. Región supra mamaria: hipoecogenicidad de la demis e hipodermis con vascularización al doppler.
Ecografía post fototerapia	No se constatan alteraciones en la ecogenicidad a nivel de la dermis, se observa disminución del espesor a nivel de la misma.	Estudios laboratoriales »xn rango. Radiografía de tórax normal. Esófagograma: reflujo gastroesofágico. Escanometría: asimetría de miembros inferiores con diferencia de 0.79 cm.
Otros estudios	Estudios laboratoriales en rango. Radiografía de tórax normal.	
Escala de Rodnan	17/51 puntos	20/51 puntos
Tratamiento	Metotrexato 15 mg/semanal + ácido fólico 5 mg/semanal + sesiones, trisemanales de fototerapia con UVB nb.	Metotrexato 15 mg/semanal + ácido fólico 5 mg/semanal + clobetasol 0,05% crema + calcipotriol — unguento + sesiones trisemanales de fototerapia con UVB nb.

Figura 1. Examen físico (1A,1B,1C,1D,1E,1F,1G). Cortes histológicos (1H,1I).



Evolución: ambos pacientes presentaron buena evolución y disminución de la actividad a nivel de algunas placas, dichos cambios fueron demostrados por ecografía dermatológica.

Conclusión: La ecografía dermatológica acompañada de la clínica constituye una herramienta importante tanto para el diagnóstico como el seguimiento de pacientes con morfea.

Conflicto de intereses: Los autores no presentan conflicto de intereses en la realización de este trabajo.

048 ESTUDIO DE LOS GENES VDR Y VDBP COMO GENES CANDIDATOS DE SUSCEPTIBILIDAD PARA DESARROLLAR ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS EN PACIENTES PARAGUAYOS

Isabel Acosta Colmán¹, Marcos Vazquez¹, Sonia Cabrera Villalba², Ana Ayala³, Valerie Jolie³, Maria Eugenia Acosta³, Ivalena De Guillen³, Astrid Paats¹, Margarita Duarte¹, Sara Marsal⁴, Antonio Julia⁴, Romina Contreras⁵, Zoilo Morel⁶, Gabriela Avila Pedretti¹, Teresa Martinez de Filartiga⁶

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Unidad de Sistémicas del Dpto de Reumatología, San Lorenzo, Paraguay

²Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas Unidad de Artropatía Inflamatoria del Dpto de Reumatología, San Lorenzo, Paraguay

³Universidad Nacional de Asunción, Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud, San Lorenzo, Paraguay

⁴Universidad Autónoma de Barcelona, Hospital Vall D'Hebron, Grup de Recerca de Barcelona

⁵Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Dermatología del Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay.

⁶Labratorio Curie, Asunción, Paraguay

Introducción: En la última década, los polimorfismos del gen VDR (i.e. VDR, VDBP) han sido más enfáticamente estudiados en las IMIDs (Immune Mediated Inflammatory Diseases) en diferentes poblaciones, pero los resultados reportados no han sido aún concluyentes.

Objetivos: Identificar asociaciones entre SNPs de los genes VDR y VDBP con la susceptibilidad de padecer una IMIDs.

Metodología: Estudio de asociación de polimorfismos de los genes VDR y VDBP con la susceptibilidad a padecer IMID en población paraguaya. En este estudio se incluyeron un total de 299 pacientes con IMIDs (i.e. Lupus Eritematoso Sistémico (LES), Esclerodermia (ES), Artritis Reumatoide (AR), y Psoriasis cutánea (PSO) y 100 controles hipernormales (CO) de la misma población. Para la extracción de ADN se utilizó el kit PureLink® Genomic DNA, de acuerdo con el protocolo establecido en el BIOBANCO IMID-PY. El genotipado se realizó mediante la tecnología basada en la PCR a tiempo real Taqman (Life Technologies, EEUU). El análisis estadístico se realizó con el software de lenguaje estadístico Rv3.0.1 (www.R-project.org). Para realizar el estudio individual de cada SNP con el riesgo de desarrollar la enfermedad se realizó el test de asociación alélica mediante el test χ^2 y un estudio de asociación genotípico. Se utilizó un modelo de regresión logística para identificar posibles confusores (i.e. edad y sexo) de las asociaciones encontradas. Para la validación de los resultados se analizaron estos SNPs en una cohorte independiente española gracias al Grupo de Recerca de Reumatología de Barcelona (GRR-VHIR). La cohorte española fue genotipada previamente mediante la plataforma de genotipado de genoma completo Quad610 de Illumina.

Resultados: Se incluyeron 399 individuos, 100 controles y 299 pacientes (99 AR, 100 LES, 50 ES, y 50 PSO). El 76% fueron del sexo femenino, con un valor de la media de la edad de $43,7 \pm 14$. Se genotiparon 4 SNPs, rs731236, rs7975232, rs2228570, rs4588. En la tabla 1 observamos el análisis de asociación (alélica y genotípico) de las 4 SNPs diferenciadas por enfermedad. Se constató una asociación significativa con el VDR, rs731236 (p alélica 0,03, OR: 0,64) para LES, rs731236 (p alélica 0,049 y p genotípico 0.042 OR: 0,6) y rs797523 (p genotípico 0.016, OR:1,21) para psoriasis, y rs797523 (p alélica 0.012 y genotípico 0.0064) para ES. No se constató asociación entre los demás SNPs estudiados y las demás patologías incluidas. Se llevó a cabo el análisis de validación en una población independiente de origen español, donde encontramos asociación significativa ($P < 0.05$) para rs731236

con LES. En población española, el alelo G tiene una frecuencia del 40.5% en controles (n=1134) mientras que en pacientes LES (n=833) tiene una frecuencia del 37.1%. El OR= 0.86 sigue por tanto, el mismo sentido que en la asociación original: G es un alelo protector, mientras que A es un alelo de riesgo

Tabla 1. Genotipado de las 4 SNPs diferenciadas por enfermedad en relación al grupo control.

laSNP	laENF	Beta	X2.5.	X97.5.	P. value
rs7311236	SLE	-0.0947208	-2.7075421	2.5181006	0.9427833
rs7311236	RA	-0.7420364	-3.1610662	1.6769933	0.5438728
rs7311236	SS	0.0134286	-3.8812422	3.9080994	0.9944871
rs7311236	CTRL	-2.5355889	-5.1549301	0.0837522	0.0575755
rs7311236	PS	-1.7848335	-4.6307953	1.0611282	0.2131749
rs2228570	SLE	-0.4227593	-2.9687902	2.1232717	0.7424207
rs2228570	RA	0.9596972	-1.7947257	3.7141200	0.4906845
rs2228570	SS	3.1778493	-0.1068890	6.4625876	0.0575921
rs2228570	CTRL	-0.5597443	-3.6697586	2.5502699	0.7207045
rs2228570	PS	2.8456822	-0.1283642	5.8197287	0.0602956
rs7975232	SLE	0.8947877	-3.2444800	1.4549047	0.4515582
rs7975232	RA	2.3942867	0.0764620	4.7121114	0.0430506
rs7975232	SS	3.9395908	0.0097604	7.8694211	0.0494579
rs7975232	CTRL	2.2485467	-0.3919175	4.8890110	0.0938720
rs7975232	PS	0.7977674	-1.5295843	3.1251192	0.4936743
rs4588	SLE	-0.2553024	-3.2542679	2.7436630	0.8661663
rs4588	RA	1.7961961	-1.2171434	4.8095355	0.2395146
rs4588	SS	1.8310241	-2.9795015	6.6415496	0.4471149
rs4588	CTRL	0.0826534	-2.9708122	3.1361190	0.9570994
rs4588	PS	-1.3114702	-4.3550917	1.7321512	0.3902583

Conclusión: Se han identificado dos asociaciones significativas entre el alelo G del SNPs rs731236 y el alelo C del rs7975232 del gen VDR y la ausencia de una IMIDs. El alelo A del rs731236 es un alelo de riesgo para desarrollar LES y Psoriasis. La asociación del rs731236 del VDR fue validada en una cohorte independiente.

Conflictos de interés: Los autores no refieren conflictos de intereses.

