

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 PRO-CIENCIA 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 laboratorial 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 laboratorial (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 PLR 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 bpalpebral 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 criptocóccica 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.

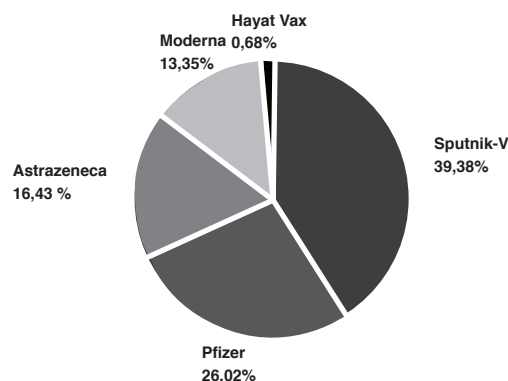
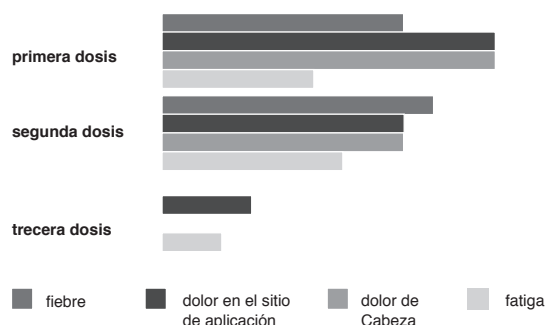


Figura 2. Frecuencia de eventos adversos en los primeros 5 días posteriores a la vacunación anti COVID-19 en pacientes con LES.



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.

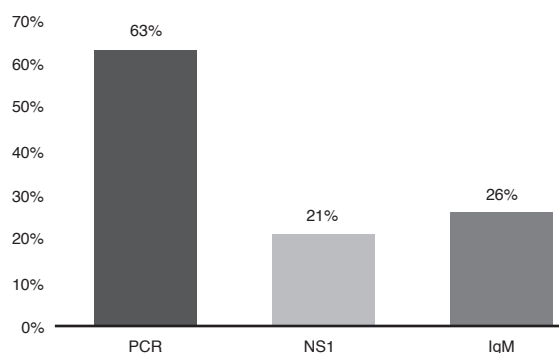
Métodos: Estudio observacional, analítico de corte longitudinal, el tamaño de la muestra fue de 19 pacientes con LES, diagnosticados de dengue en etapa febril en el período de enero a marzo del año 2020. Se recabaron datos mediante un registro electrónico con datos específicos de las características 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.

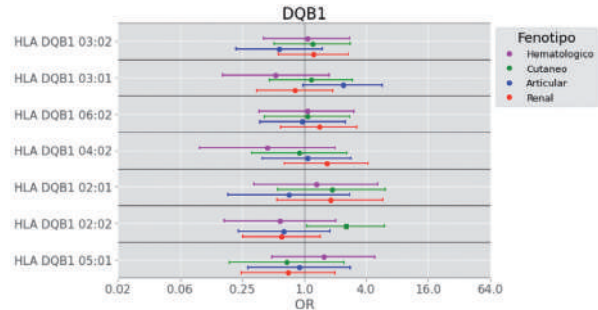
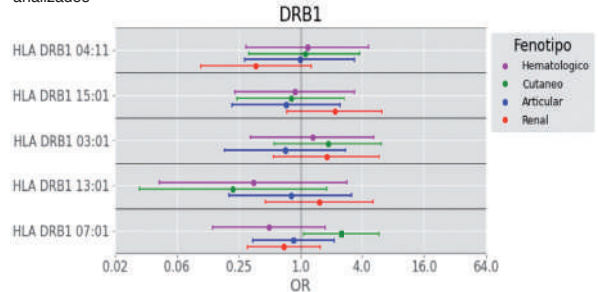


Gráfico 2. Asociación entre los alelos del gen *HLA DRB1* y los distintos fenotipos analizados.



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

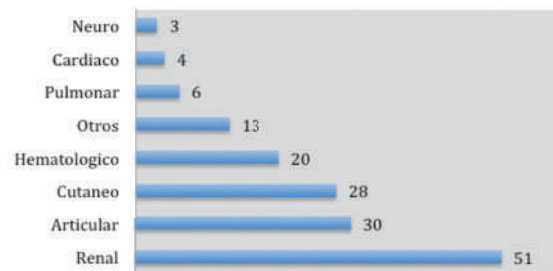
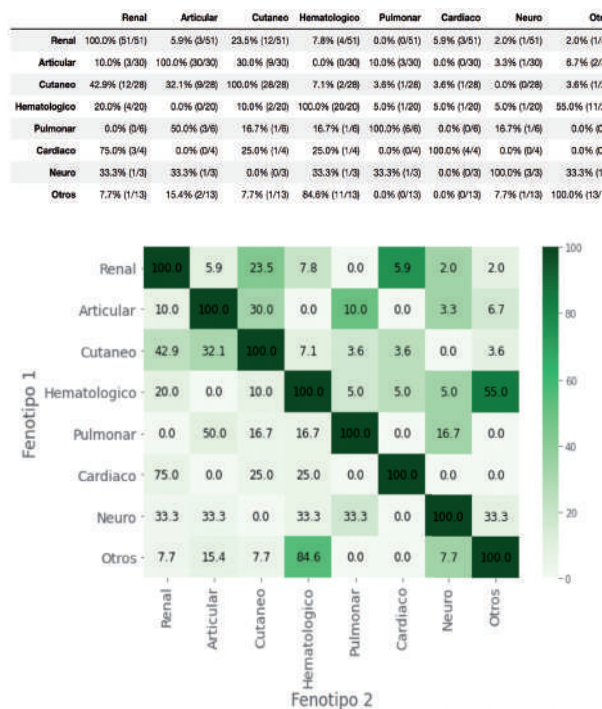


Gráfico 2. Correlación descriptiva de fenotipos en pacientes con LES.



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.

