

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 trasversal. 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, Perla Britos², Evelyn Leiva¹, Justino Toledo¹, Yanira Yinde¹, María Isabel Acosta¹

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

²Departamento de Hematología, Hospital de Clínicas, San Lorenzo, 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 hipoeogenicidad 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:

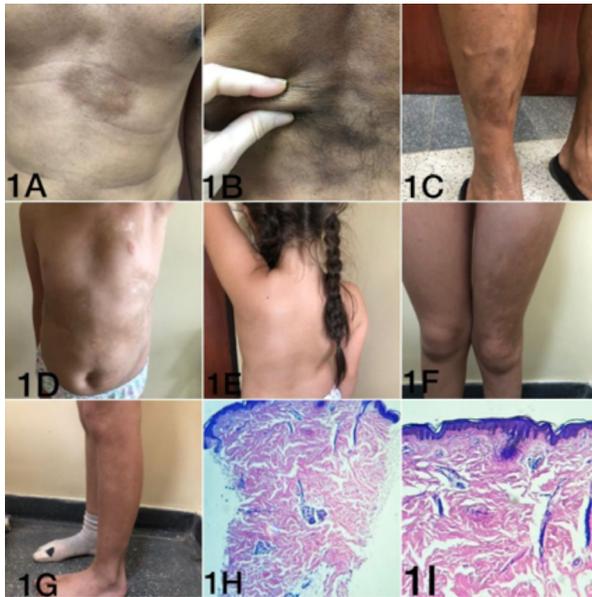
Caso 1: varón de 49 años de edad, área urbana, presenta cuadro de un año de evolución de placas hiperpigmentadas, escleróticas, de límites netos, bordes regulares, ovaladas, de distribución difusa, la menor de 2x3 cm de diámetro, la mayor de 5x10 cm en cara anterior de antebrazos, abdomen, espalda y 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: hipoeogenicidad de la dermis y aumento de espesor de la misma. Región supra mamaria: hipoeogenicidad 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.

SNP	IMID	Alelo Menor	Alelo Mayor	MAF Control	MAF Caso	OR	IC.L	IC.H	P.Alélico	P.Genotipo
rs731236	SLE	G	A	0.5	0.4	0.64	0.42	0.97	0.035	0.08
rs731236	RA	G	A	0.5	0.41	0.69	0.46	1.05	0.071	0.12
rs731236	SS	G	A	0.5	0.42	0.71	0.42	1.18	0.18	0.37
rs731236	PS	G	A	0.5	0.38	0.6	0.36	1.01	0.049	0.042
rs2228570	SLE	A	G	0.36	0.38	1.14	0.74	1.74	0.6	0.45
rs2228570	RA	A	G	0.36	0.31	0.83	0.53	1.28	0.4	0.56
rs2228570	SS	A	G	0.36	0.36	1.02	0.6	1.73	1	0.057
rs2228570	PS	A	G	0.36	0.39	1.16	0.68	1.96	0.61	0.83
rs797523	SLE	C	A	0.36	0.32	0.82	0.53	1.26	0.4	0.072
rs797523	RA	C	A	0.36	0.29	0.72	0.46	1.12	0.14	0.064
rs797523	SS	C	A	0.36	0.22	0.49	0.27	0.88	0.012	0.0064
rs797523	PS	C	A	0.36	0.41	1.21	0.72	2.03	0.45	0.016
rs4588	SLE	T	G	0.23	0.27	1.24	0.77	2	0.42	0.48
rs4588	RA	T	G	0.23	0.22	0.93	0.56	1.53	0.81	0.84
rs4588	SS	T	G	0.23	0.21	0.89	0.47	1.65	0.77	0.76
rs4588	PS	T	G	0.23	0.29	1.37	0.76	2.43	0.26	0.53

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.