

## ÁREA TEMÁTICA

### 07 Misceláneas

#### 048 CUANDO LAS MANOS ARDEN: ERITROMELALGIA EN UNA PACIENTE JOVEN. A PROPÓSITO DE UN CASO

María Alicia Quiñónez Rivas<sup>1</sup>, Nelly Colman<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Reumatología, San Lorenzo, Paraguay.

**Introducción:** La Eritromelalgia es una enfermedad vascular poco común, se manifiesta con enrojecimiento, calor y dolor en las extremidades, especialmente en manos, pies; en raras ocasiones en rostro, orejas y rodillas. Puede ser invalidante y se asocia a una alteración importante de la calidad de vida.

**Caso clínico:** Paciente de sexo femenino, 30 años, sin antecedentes patológicos, acude por cuadro de 3 años de evolución de episodios de dolor en manos, intenso, con sensación de ardor, frecuente, con varios episodios al día (4 a 6 en promedio), de 2 a 3 minutos de duración. Se acompaña de eritema palmar marcado que mejora totalmente transcurrido el tiempo. Reconoce algunos desencadenantes como el calor, con frecuencia ocurre cuando va al gimnasio, lo que le obliga a detener su entrenamiento hasta ceder el episodio. Recientemente, presenta eritema, edema y dolor en ambos párpados inferiores, en dos oportunidades que ceden espontáneamente. Presenta dolor corporal generalizado, frecuente, se acompaña de trastornos del sueño (conciliación y a veces de mantenimiento), cansancio crónico. Niega tumefacción articular, rigidez matinal. Acude a varios facultativos, quienes la medican con AINES sin mejoría alguna, por lo que es derivada a consultorio de reumatología. EF: Mucosa yugal húmeda. No presenta dolor articular ni signos de sinovitis. Presenta dolor (alodinia) a la palpación de partes blandas (cervical, tórax, extremidades). Analítica: ANA+ 1:80, Anti Ro+ 60/20, Vitamina D 10/30, CK total, aldolasa y rutina laboratorial en rango. Evaluación oftalmológica: Se descarta ojo seco con maniobras específicas. Paciente con diagnóstico clínico de eritromelalgia, además presenta cuadro compatible con fibromialgia, presentando laboratorio coincidente con Enfermedad del Tejido Conectivo (ETC), Síndrome de Sjögren, pero sin datos de sequedad, donde la principal sintomatología que motivó la consulta fue la eritromelalgia. No se descarta que en el seguimiento podría

cumplir con criterios para ETC. Se inicia tratamiento con Hidroxicloroquina 200 mg/día, Pregabalina 75 mg/día, Vitamina D a dosis alta, junto con medidas físicas: evitar la exposición al calor y ejercicios extenuantes. Al mes y medio de iniciado el tratamiento, refiere mejoría clínica.

**Conclusión:** La eritromelalgia es poco común, compleja y discapacitante. Puede ser primaria o asociada a enfermedades del tejido conectivo, traumatismos, estrés. Existen terapias tópicas, sistémicas y quirúrgicas en la actualidad, sin embargo, la respuesta a estos tratamientos es variable y difícilmente conduce a una remisión completa.

**Declaración de conflictos de interés:** Las autoras declaran no tener conflictos de intereses.

#### 049 RIESGO DE TUBERCULOSIS DURANTE EL TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS Y SINTÉTICAS DIRIGIDAS EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS: DATOS COMBINADOS DE CINCO PAÍSES DE LATINOAMÉRICA

Paloma de Abreu Trigueros<sup>1</sup>, Sonia Cabrera Villalba<sup>1</sup>, Gabriela Ávila Pedretti<sup>1</sup>, Mariela Zarza Torres<sup>1</sup>, Angelica Amarilla<sup>1</sup>, Astrid Paats<sup>1</sup>, Evelyn Leiva<sup>1</sup>, Raquel Aramda<sup>1</sup>, Zoilo Morel Ayala<sup>1</sup>, Vijaya Rivera Terán<sup>2</sup>, Ieda Laurindo<sup>3</sup>, Deshire Alpizar Alpizar Rodríguez<sup>2</sup>, José Jiram Torres-Ruiz<sup>2</sup>, Guillermo Pons-Estel<sup>4</sup>, María J Haye Salinas<sup>4</sup>, María Agustina Alfaro<sup>4</sup>, Verónica Saurit<sup>4</sup>, Erika Catay<sup>4</sup>, Gustavo Medina<sup>4</sup>, Barbara Stadler Kahlow<sup>3</sup>, Jose Roberto Miranda<sup>3</sup>, Ana Cristina Medeiros-Ribeiro<sup>3</sup>, Manoel Bertolo<sup>3</sup>, Marco Antonio Araujo<sup>3</sup>, Hellen Mary Da Silveira<sup>4</sup>, Ángel Castillo Ortiz<sup>2</sup>, Fedra Irazoque Palazuelos<sup>2</sup>, Omar Eloy Muñoz Monroy<sup>2</sup>, Sandra Carrillo Vázquez<sup>2</sup>, Cristina Brunengo<sup>5</sup>, Darwin Cordovilla<sup>5</sup>, Pilar Garino<sup>5</sup>, Pamela Velázquez<sup>5</sup>, Carolina Isnardi<sup>4</sup>

<sup>1</sup>En representación del grupo Biobadaguay, Sociedad Paraguaya de Reumatología, Asunción, Paraguay.

<sup>2</sup>En representación de Biobadamex, Colegio Mexicano de Reumatología Ciudad de México, México.

<sup>3</sup>En representación de Biobadabrasil, Sociedad Brasileña de Reumatología, Brasilia, Brasil.

<sup>4</sup>En representación de Biobadasar, Sociedad Argentina de Reumatología, CABA, Argentina.

<sup>5</sup>En representación de Biobadaguay, Sociedad Uruguaya de Reumatología, Montevideo, Uruguay.

**Introducción:** En Latinoamérica hay una elevada carga de incidencia de tuberculosis (TB). Los pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias inmunomediadas (IMID) que reciben tratamientos inmunosupresores presentan un mayor riesgo de desarrollar TB.

**Objetivos:** Determinar frecuencia de tuberculosis (TB) bajo tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales, sintéticos dirigidos y biológicos (FAMEsc/sd/b), en pacientes con enfermedades inmunomediadas (IMID) en 4 registros BIOBADA en cinco países latinoamericanos.

**Método:** Se recopilaron datos de cuatro registros BIOBADA de Latino América, incluyendo Argentina, Brasil, México, Paraguay y Uruguay (estos dos últimos incluidos en el mismo registro). Para el análisis se incluyeron pacientes que habían recibido uno o múltiples cursos de tratamiento con FAMEsc (controles) y FAMEb/sd. Se evaluó la historia de exposición a TB, radiología de tórax, screening de infección latente de TB (LBTI) y tratamiento profiláctico de LBTI antes de cada curso de tratamiento. El análisis estadístico fue descriptivo.

**Resultados:** Se incluyeron datos de 12477 pacientes que recibieron un total de tratamientos 19516 (14527 (74,7%) con FAMEb/sd y 4989 (25,6%) con FAMEsc (controles). Del total de tratamientos se detectaron 105 casos de TB (15 FAMEsc, 90 FAMEb/sd), de ellos, 57 (54,3%) TB pulmonar, 22 (21,0%) TB sin especificar localización, 19 (18,1%) TB latente, 5 (4,8%) TB diseminada y 2 (1,9%) TB peritoneal. En la tabla 1 se muestra el tipo de TB según país de residencia. El 64,8% eran mujeres con una edad media de  $51,7 \pm 11,3$  años. El diagnóstico más frecuente fue la artritis reumatoide (AR) en un 71,4% (75), seguido de la espondilitis anquilosante (EA) 18,1% (19) y la artritis psoriásica (APSo) 10,5% (11). La mediana (intervalo intercuartílico) de exposición al tratamiento al desarrollo de TB fue de 20 (8-46) meses, el 84,8% fue posterior a los 6 meses del inicio del tratamiento. De los FAMEb/sd, el 81,1% (73/90) fueron inhibidores de factor de necrosis tumoral (iTNF), 10% (9/90) inhibidores de la interleucina 6 (iIL6), 5,6% (5/90) rituximab (RTX), 3,6% (3/90) abatacept (ABT), (tabla 2). En los controles, el metotrexato (MTX) fue el fármaco más frecuente en un 66,7%; y en los FAMEb/sd, el MTX se usó como tratamiento concomitante en un 60%. En controles los corticoides se administraron en un 53,3%, y en un 40% en los FAMEb/sd. El 9,5%

**Tabla 1** Tipos de tuberculosis según país de residencia.

	Argentina (n=46)	Brasil (n=49)	México (n=3)	Paraguay (n=5)	Uruguay (n=2)	Total (n=105)
Tuberculosis sin especificar	6 (13%)	13 (26,5%)	0 (0,0%)	2 (40,0%)	1 (50,0%)	22 (21,0%)
Tuberculosis diseminada	2 (4,3%)	2 (4,1%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (4,8%)
Tuberculosis latente	8 (17,4%)	10 (20,4%)	0 (0,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	19 (18,1%)
Tuberculosis pulmonar	29 (63,0%)	24 (49,0%)	1 (33,3%)	2 (40,0%)	1 (50,0%)	57 (54,3%)
Tuberculosis peritoneal	1 (2,2%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,9%)

**Tabla 2** Tipos de tuberculosis según fármacos recibidos.

	Abatacept (n=3)	Controles (n=15)	iIL-6 (n=9)	iTNF (n=73)	Rituximab (n=5)	Total (n=105)
Tuberculosis sin especificar	0 (0,0%)	2 (13,3%)	6 (66,7%)	13 (17,8%)	1 (20,0%)	22 (21,0%)
Tuberculosis pulmonar	3 (100%)	8 (53,3%)	3 (33,3%)	42 (57,5%)	1 (20,0%)	57 (54,3%)
Tuberculosis diseminada	0 (0,0%)	1 (6,7%)	0 (0,0)	4 (5,5%)	0 (0,0)	5 (4,8%)
Tuberculosis latente	0 (0,0%)	4 (26,7%)	0 (0,0)	12 (16,4%)	3 (60,0%)	19 (18,1%)
Tuberculosis peritoneal	0 (0,0%)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,7%)	0 (0,0)	2 (1,9%)

iIL-6: inhibidor de la interleucina 6, iTNF: inhibidores del factor de necrosis tumoral

(10/105), tenían historia previa de tuberculosis. El 14,3% tenían probabilidad de contacto alta, el 24,8% mediana, 51,4 % baja y 9,5% se registró como desconocido. El 72,4% (76/105) presentaron cribaje de infección TB latente (LTBI) previo al inicio del tratamiento, de ellos el 68,4% (52/76) fue negativo y el 30,3% (23/73) positivo y de estos el 87% recibieron quimioprofilaxis para LTBI.

**Conclusiones:** Describimos los casos de TB en pacientes con IMID en una cohorte de cinco países latinoamericanos. TB fue más frecuente entre los pacientes con iTNF y ocurrió en la mayoría de los casos después de las 6 semanas del inicio del tratamiento. Esto podría deberse a un fallo en el cribaje de LTBI, incumplimiento del tratamiento o reexposición. Esto sugiere que quizás sería necesario revisar los protocolos de detección de LTBI.

**Conflictos de interés:** ninguno.

# 050 SEGURIDAD DE TERAPIAS BIOLÓGICAS Y SINTÉTICAS DIRIGIDAS EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS INMUNO MEDIADAS: DATOS COMBINADOS DE CINCO PAÍSES DE LATINOAMÉRICA

Paloma de Abreu Trigueros<sup>1</sup>, Sonia Cabrera Villalba<sup>1</sup>, Gabriela Ávila Pedretti<sup>1</sup>, Lourdes Román Ruíz<sup>1</sup>, Angelica Amarilla<sup>1</sup>, Vannia Valinotti<sup>1</sup>, Paola Punsineri<sup>1</sup>, Laura Martínez<sup>1</sup>, Deshire Alpizar-Rodríguez<sup>2</sup>, Vijaya Rivera<sup>2</sup>, Ieda Laurindo<sup>3</sup>, Guillermo Pons-Estel<sup>4</sup>, María Haye<sup>4</sup>, Agustina Alfaro<sup>4</sup>, Verónica Saurit<sup>4</sup>, Erika Catay<sup>4</sup>, Gustavo Medina G<sup>4</sup>, Barbara Stadler<sup>3</sup>, José Miranda<sup>3</sup>, Manoel Bertolo<sup>3</sup>, Ana Medeiros-Ribeiro<sup>3</sup>, Helen Da Silveira<sup>3</sup>, Marco Araujo<sup>3</sup>, Ángel Castillo<sup>2</sup>, Fedra Irazoque<sup>2</sup>, Omar Muñoz-Monroy<sup>2</sup>, Sandra Carrillo<sup>2</sup>, Angelica Peña<sup>2</sup>, Cordovilla D<sup>5</sup>, Brunengo C<sup>5</sup>, Sandra Consani<sup>5</sup>, Carolina Díaz<sup>5</sup>, Isnardi C.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>En representación del grupo Biobadaguay, Sociedad Paraguaya de Reumatología, Asunción, Paraguay.

<sup>2</sup>En representación de Biobadamex, Colegio Mexicano de Reumatología, Ciudad de México, México.

<sup>3</sup>En representación de Biobadabrasil, Sociedad Brasileña de Reumatología, Brasilia, Brasil.

<sup>4</sup>En representación de Biobadasar, Sociedad Argentina de Reumatología, CABA, Argentina.

<sup>5</sup>En representación de Biobadaguay, Sociedad Uruguaya de Reumatología, Montevideo, Uruguay.

**Introducción:** Los fármacos biológicos y sintéticos dirigidos modificadores de la enfermedad (FAME-b/sd) desempeñan un papel crucial en el tratamiento de enfermedades reumáticas inflamatorias inmunomediadas (ERII). Además, en los últimos años se han introducido biosimilares y drogas sintéticas dirigidas genéricas.

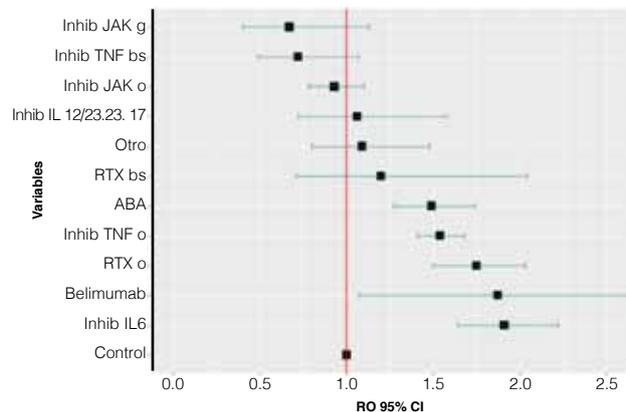
**Objetivo:** Determinar la frecuencia y gravedad de los eventos adversos (EA) en pacientes con ERII bajo tratamiento con FAME-b/sd de cuatro Registros BIOBADA de cinco países de América Latina.

**Método:** Se recopilieron datos de los registros BIOBADA, incluyendo Argentina, Brasil, México, Paraguay y Uruguay. Para este análisis, se incluyeron pacientes con ERII que habían iniciado al menos un fármaco biológico o sintético dirigido hasta octubre de 2023. Para los EA, se registró el tipo de EA, el desenlace y su gravedad. El análisis estadístico fue descriptivo, para el análisis de asociación se usó la prueba T de Student, ANOVA, regresión logística múltiple.

**Resultados:** Se incluyeron datos de un total de 12477 pacientes, 76.5% de sexo femenino, con una edad media de 48,2 ± 15,3 años, un tiempo medio de evolución de la enfermedad al inicio del tratamiento de 6,8 ± 8,5 años. El diagnóstico más común fue la artritis reumato-

**Tabla 1** Tipos de Eventos adversos más frecuentes.

	Expuestos n=14209	Controles n=3039	Total n=17248	p
Infecciones, n (%)	2646 (18,6)	753 (24,8)	3299 (19,7)	0,0002
Manifestaciones respiratorias, n (%)	1684 (11,9)	149 (4,9)	1833 (10,6)	0,0098
Manifestaciones cutáneas, n (%)	1615 (11,4)	174 (5,7)	1789 (10,4)	0,0216
Manifestaciones musculoesqueléticas, n (%)	899 (6,3)	238 (7,8)	1137 (6,6)	0,4077
Manifestaciones renales, n (%)	1018 (7,2)	111 (3,7)	1129 (6,5)	0,1659
Manifestaciones gastrointestinales, n (%)	883 (6,2)	240 (7,9)	1123 (6,5)	0,3457
Manifestaciones metabólicas, n (%)	756 (5,3)	166 (5,5)	922 (5,3)	0,9173
Procedimientos médicos/quirúrgicos, n (%)	498 (3,5)	127 (4,2)	625 (3,6)	0,7070
Manifestaciones del sistema nervioso, n (%)	427 (3,0)	139 (4,6)	566 (3,3)	0,3655
Lesiones traumáticas / intoxicaciones, n (%)	389 (2,7)	101 (3,3)	490 (2,8)	0,7457
Manifestaciones hematológicas, (n%)	348 (2,4)	129 (4,2)	477 (2,8)	0,2970
Manifestaciones cardíacas, n (%)	328 (2,3)	81 (2,7)	409 (2,4)	0,8325
Manifestaciones hepatobiliares, n (%)	305 (2,1)	102 (3,4)	407 (2,4)	0,4601
Neoplasias benignas y malignas, n (%)	183 (1,3)	99 (3,3)	282 (1,6)	0,2524



i: inhibidor; JAK: janus kinase; g: genérico; TNF: factor de necrosis tumoral (tumor necrosis factor); bs: biosimilar; IL: interleuquinas; RTX: rituximab; ABA: abatacept; o: original; OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza

**Figura 1** Análisis multivariado de asociación entre las diferentes drogas y el desarrollo de al menos un evento adverso (referencia grupo control).

idea (AR) (70,7%), seguido de la espondiloartritis axial (8,4%). La distribución de pacientes por países fue Argentina 6448 (51,7%), Brasil 3526 (28,2%), México 1120 (9,0%), Paraguay 993 (7,5%) y Uruguay 450 (3,6%). Se registraron 19516 tratamientos, 14527 (74,4%) con FAME-b/sd y 4989 (25,6%) controles. Dentro del primer grupo, las drogas más frecuentes fueron los inhibidores originales del TNF (iTNFo) (62,5%), los inhibidores de la interleuquina-6 (iIL6) (8,3%), el rituximab original (RTXo) (8,0%) y los inhibidores originales de JAK (6,5%), mientras que en el segundo grupo fue el me-

totrexato (66,8%). Se reportaron un total de 17248 EA en 7004 (35,9%) tratamientos, 5674/14527 (39,1%) de los tratamientos con FAME-b/sd y 1330/4989 (26,7%) de los controles ( $p < 0,001$ ). Del total de EA reportados 3039 fueron del grupo control y 14209 del grupo de FAME-b/sd (tabla 1). La distribución del total de EA por países fue: Argentina 6213 (36%), Brasil 9140 (53,0%), México 222 (1,3%), Paraguay 1355 (7,8%) and Uruguay 318 (1,9%). El 13,1% de los eventos en los controles y el 14,4% de los EA de los tratamientos con FAME-b/sd fueron considerados graves, y 1,3% y 0,8%, respectivamente, mortales ( $p = 0,02$ ). Los EA más frecuentes fueron las infecciones (19,1%), las manifestaciones respiratorias y/o torácicas (10,6%) y las de piel y partes blandas (10,4%). En el análisis multivariado, usando como referencia los tratamientos controles, aquellos con iIL6, belimumab, iTNFo, RTXo y abatacept estuvieron significativamente asociados con un mayor riesgo de desarrollar EA. Asimismo, un mayor tiempo de evolución de la enfermedad al inicio del tratamiento ( $OR = 1,1$ , IC 95% 1,01-1,02;  $p < 0,001$ ), la hipertensión arterial ( $OR = 1,1$ , IC 95% 1,1-1,2;  $p < 0,001$ ) y el hábito tabáquico ( $OR = 1,2$ , IC 95% 1,1-1,3;  $p < 0,001$ ) mostraron el mismo efecto (Figura 1).

**Conclusiones:** Describimos la seguridad en la vida real con terapias dirigidas en cuatro registros BIOBADA en cinco países de América Latina, siendo comparable a la encontrada en otras cohortes.

**Conflictos de interés:** ninguno.

## 051 SUPERVIVENCIA DE FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE ENFERMEDAD BIOLÓGICOS Y SINTÉTICOS DIRIGIDOS EN PACIENTES CON ARTRITIS INFLAMATORIA: DATOS DE CINCO PAÍSES DE LATINOAMÉRICA

Deshire Alpizar<sup>1</sup>, Paloma de Abreu Trigueros<sup>2</sup>, Gabriela Ávila Pedretti<sup>2</sup>, Sonia Cabrera Villalba<sup>2</sup>, Clyde Parodi<sup>2</sup>, Astrid Paats<sup>2</sup>, Claudia Coronel<sup>2</sup>, Sanny Gómez<sup>2</sup>, Roger Rolón<sup>2</sup>, Vijaya Rivera V<sup>1</sup>, Ieda Laurindo<sup>4</sup>, Guillermo Pons-Estel G<sup>3</sup>, Maina de la Vega<sup>3</sup>, María Haye<sup>3</sup>, Mercedes de la Sota<sup>3</sup>, Ida Exeni<sup>3</sup>, Graciela Gómez<sup>3</sup>, Nicolas Alvarado<sup>3</sup>, Marcelo pinheiro<sup>4</sup>, Roberto Ranza<sup>4</sup>, Glaudio Castro<sup>4</sup>, Vander Fernades<sup>4</sup>, Claiton Brenol<sup>4</sup>, Marco Araujo<sup>4</sup>, David Vega<sup>1</sup>, Iris Colunga<sup>1</sup>, Sandra Sicsik<sup>1</sup>, Miguel Ángel Saavedra<sup>1</sup>, Julio Casasola<sup>1</sup>, Cristina Brunengo<sup>5</sup>, Darwin Cordovilla<sup>5</sup>, Sofía Rostán<sup>5</sup>, Alejandro Fernández<sup>5</sup>, Carolina Isnardi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>En representación de Biobadamex, Colegio Mexicano de Reumatología, Ciudad de México, México.

<sup>2</sup>En representación del grupo Biobadaguay, Sociedad Paraguaya de Reumatología, Asunción, Paraguay.

<sup>3</sup>En representación de Biobadasar, Sociedad Argentina de Reumatología, CABA, Argentina.

<sup>4</sup>En representación Biobadabrasil, Sociedad Brasileña de Reumatología, Brasilia, Brasil.

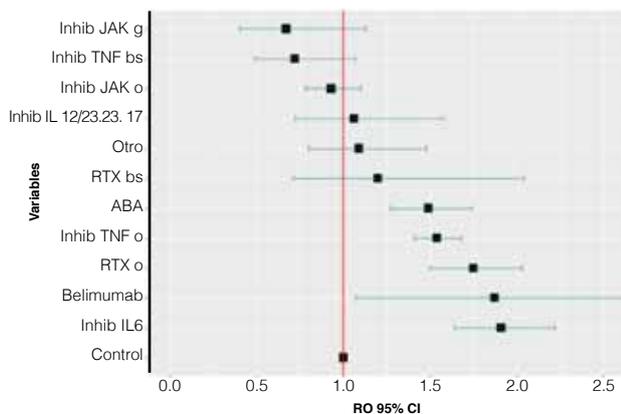
<sup>5</sup>En representación de Biobadaguay, Sociedad Uruguaya de Reumatología, Montevideo, Uruguay.

**Introducción:** La supervivencia de los fármacos biológicos y sintéticos dirigidos modificadores de la enfermedad (FAME-b/sd) se ha descrito como un indicador de la efectividad y seguridad del tratamiento.

**Objetivo:** Describir la supervivencia de los FAME-b/sd en pacientes con artritis inflamatoria inmunomediada (AII) de cinco países de Latinoamérica, utilizando datos de los registros BIOBADA.

**Método:** Se recopilieron datos de los registros BIOBADA de Argentina, Brasil, México, Paraguay y Uruguay. Para este análisis, se incluyeron todos los pacientes con artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis axial (EspAax) que hubieran iniciado al menos un fármaco biológico o molécula pequeña hasta octubre de 2023. La supervivencia de los fármacos se definió como el tiempo desde el inicio hasta la interrupción del tratamiento, muerte o pérdida de seguimiento y se analizó mediante gráficos de Kaplan-Meier, análisis de long rank. Se registraron las razones de la discontinuación.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 7098 pacientes y 12553 tratamientos: 5448 (43,4%) de Argentina, 4826 (38,4%) de Brasil, 1085 (8,7%) de México, 706 (5,6%) de Paraguay y 488 (3,9%) de Uruguay. La AR fue la enfermedad más frecuente (5458, 76,9%), seguida por EspAax (946, 13,3%) y APs (694, 9,8%). Se reportaron un total de 7821 (62,3%) discontinuaciones del tratamiento. La duración del tratamiento fue de media 8,9 años (DE 8.6). Las causas más frecuentes de discontinuación fueron la falta de efectividad (3056, 39,1%) y el desarrollo de eventos adversos (1439, 18,4%). Considerando los FAME-b, los más frecuentemente discontinuados fueron abatacept (735 de 1065, 69,6%), rituximab original (RTXo) (489 de 722, 67,7%), e inhibidores de TNF originales (iTNFo) (5279 de 8088, 65,3%). Los inhibidores de JAK originales fueron discontinuados en 420 de 908 (46,3%) de los casos y el genérico en 39 de 102 (38,2%). Tomando como referencia a los iTNFo, los riesgos de suspensión de abatacept, RTXo y JAK genérico fueron significativamente mayores. Los inhibidores de IL-6, IL-12/23, 23 y 17 y de JAKo mostraron el efecto contrario. Asimismo, los tratamientos en pacientes con EspAax fueron discontinuados menos frecuentemente (Figura 1).



i: inhibidor; JAK: janus kinase; g: genérico; TNF: factor de necrosis tumoral (tumor necrosis factor); bs: biosimilar; IL: interleuquinas; RTX: rituximab; ABA: abatacept; o: original; OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza

**Figura 1** Análisis multivariado de asociación entre las diferentes drogas y el desarrollo de al menos un evento adverso (referencia grupo control).

**Conclusiones:** Este análisis muestra diferencias en la supervivencia de los FAME-b/sd en pacientes latinoamericanos con AI según el tratamiento y el diagnóstico. Se realizarán análisis longitudinales adicionales para identificar variables predictoras.

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

## 052 PATRONES DE INICIO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS Y PEQUEÑAS MOLÉCULAS EN PACIENTES CON ARTRITIS INFLAMATORIA: DATOS COMBINADOS DE CINCO PAÍSES DE LATINOAMÉRICA

Deshire Alpizar<sup>1</sup>, Paloma de Abreu Trigueros<sup>2</sup>, Gabriela Ávila Pedretti<sup>2</sup>, Sonia Cabrera Villalba<sup>2</sup>, Clyde Parodi<sup>2</sup>, Astrid Paats<sup>2</sup>, Claudia Coronel<sup>2</sup>, Sanny Gómez<sup>2</sup>, Roger Rolón<sup>2</sup>, Vijaya Rivera V<sup>1</sup>, Ieda Laurindo<sup>4</sup>, Guillermo Pons-Estel G<sup>3</sup>, Maina de la Vega<sup>3</sup>, María Haye<sup>3</sup>, Mercedes de la Sota<sup>3</sup>, Ida Exeni<sup>3</sup>, Graciela Gómez<sup>3</sup>, Nicolas Alvarado<sup>3</sup>, Marcelo pinheiro<sup>4</sup>, Roberto Ranza<sup>4</sup>, Glaudio Castro<sup>4</sup>, Vander Fernades<sup>4</sup>, Claiton Brenol<sup>4</sup>, Marco Araujo<sup>4</sup>, David Vega<sup>1</sup>, Iris Colunga<sup>1</sup>, Sandra Sicsik<sup>1</sup>, Miguel Ángel Saavedra<sup>1</sup>, Julio Casasola<sup>1</sup>, Cristina Brunengo<sup>5</sup>, Darwin Cordovilla<sup>5</sup>, Sofía Rostán<sup>5</sup>, Alejandro Fernández<sup>5</sup>, Carolina Isnardi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>En representación de Biobadamex, Colegio Mexicano de Reumatología, Ciudad de México, México.

<sup>2</sup>En representación del grupo Biobadaguay, Sociedad Paraguaya de Reumatología, Asunción, Paraguay.

<sup>3</sup>En representación de Biobadasar, Sociedad Argentina de Reumatología, CABA, Argentina.

<sup>4</sup>En representación Biobadabrasil, Sociedad Brasileña de Reumatología, Brasilia, Brasil.

<sup>5</sup>En representación de Biobadaguay, Sociedad Uruguaya de Reumatología, Montevideo, Uruguay.

**Introducción:** La disponibilidad de fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs) biológicos (-b) y sintéticos dirigidos (-sd) varía entre los países de Latinoamérica, lo cual afecta la prescripción médica. Además, en los últimos años se han introducido biosimilares y drogas genéricas.

**Objetivo:** Describir los patrones de inicio de FAMEs-b/sd en pacientes con artritis inflamatoria en cinco países de Latinoamérica y comparar la situación entre ellos.

**Método:** Se recopilaron datos de cuatro registros BIOBADA (Eventos Adversos de Terapias Dirigidas en Enfermedades Reumáticas) de Latinoamérica, que incluyeron pacientes de Argentina, Brasil, México, Paraguay y Uruguay (estos dos últimos incluidos en el mismo registro). Para este análisis, se incluyeron pacientes con artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis axial (EspAax) que habían iniciado al menos un FAME-b o -sd hasta octubre de 2023. Se realizó un cuestionario para evaluar la fecha y el número de biosimilares y moléculas pequeñas genéricas comercializadas en cada país. El análisis estadístico fue descriptivo.

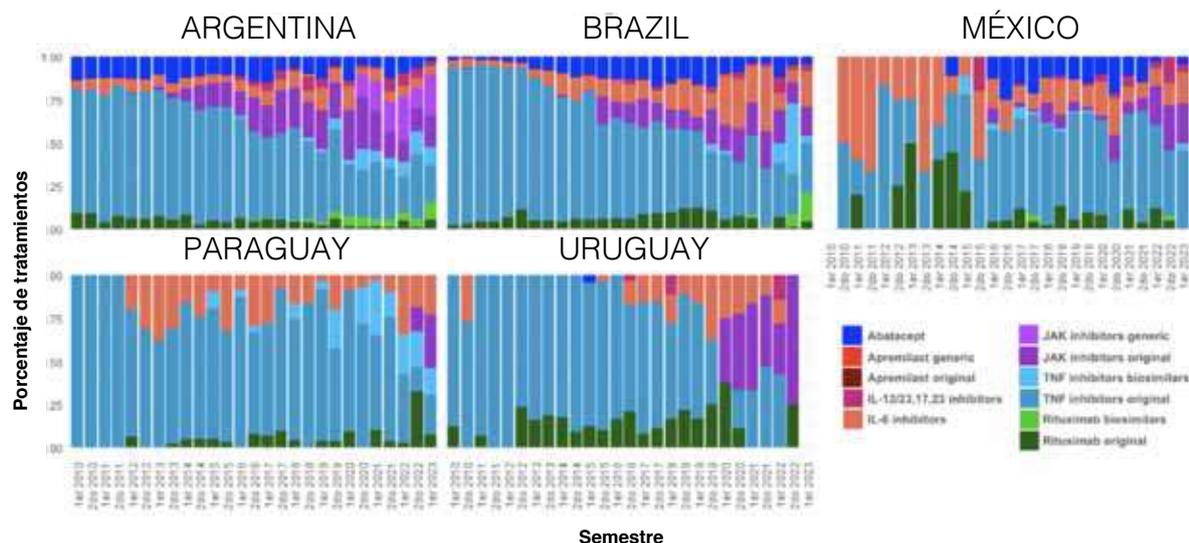
**Resultados:** Se incluyeron un total de 7098 pacientes y 12553 tratamientos: 5448 (43,4%) de Argentina, 4826 (38,4%) de Brasil, 1085 (8,7%) de México, 706 (5,6%) de Paraguay y 488 (3,9%) de Uruguay. El 74,8% eran mujeres, con una edad media de 50,7 años (DE 13,3). La AR fue la enfermedad más frecuente en un 76,9% (5458), seguida por EspAax en un 13,3% (946) y APs

**Tabla 1** Disponibilidad de fármacos en cada país.

	Argentina	Brasil	México	Paraguay	Uruguay
Disponibilidad de FAME-bo	1999	2002	1998	2005	2008
Disponibilidad de FAME-bs	2019	2015	2012	2016	2019
Disponibilidad de FAME-sdo	2013	2013	2014	2020	2013
Disponibilidad de FAME -sdg	2020	-	-	-	-
Abatacept					
Inhibidor de IL-6		*	*	*	*
Inhibidor de IL-12/23					
Inhibidor de IL-17					**
Inhibidor de IL-23		***			
Inhibidor TNF original					
Inhibidor TNF biosimilar	****	****	*****	*****	*****
Rituximab original					
Rituximab biosimilar					
Inhibidor JAK original					
Inhibidor JAK genérico					

FAME: fármaco modificador de la enfermedad; bo: biooriginal; bs: biosimilar; sdo: sintético dirigido original; sdg: sintético dirigido genérico; IL: interleucina; TNF: factor de necrosis tumoral; JAK: janus kinase.

\* sarilumab no disponible; \*\* ixekizumab no disponible; \*\*\* risankizumab no disponible; \*\*\*\* biosimilares de adalimumab, etanercept e Infliximab disponibles; \*\*\*\*\* biosimilar de Infliximab disponible; \*\*\*\*\* biosimilar de adalimumab e Infliximab disponible



**Figura 1** Frecuencia de iniciación de cada grupo de tratamiento en el tiempo.

en un 9,8% (694). Los biosimilares fueron introducidos en México en 2012, en Brasil en 2015 y en Argentina en 2019, incluyendo biosimilares de inhibidores del TNF (iTNF) y RTX. En Paraguay y Uruguay solo se han comercializado biosimilares de inhibidores del TNF desde 2016 y 2019, respectivamente. Los Inhibidores del JAK original fueron introducidos en 2013 en Argentina, Brasil, y Uruguay, en 2014 en México y en Paraguay en el 2020. Los genéricos de inhibidores de JAK están disponibles solo en Argentina desde 2020 (tabla 1). Argentina y México tienen una mayor variedad de fármacos. Los iTNF fueron los más utilizados en todos los países, especialmente como primera línea de tratamiento. Abatacept se utilizó en un 8,6% de los tratamientos, inhibidores de JAK (iJAK) original en un 7,4% e IL-6i en un 8,3%, y su frecuencia aumenta como segunda y tercera línea de tratamiento. La frecuencia de uso de los iTNF original disminuyó gradualmente con la introducción de nuevos fármacos en cada país. El uso de iJAK ha aumentado con el tiempo desde su lanzamiento. En Argentina se observó un claro aumento en el uso de tofacitinib genérico desde 2020, mientras que la frecuencia de nuevos regímenes con iJAK originales disminuyó (figura 1).

**Conclusiones:** La disponibilidad de FAMES-b/sd difiere entre los países de Latinoamérica. Los iTNF son los más utilizados. La inclusión de nuevos fármacos, biosimilares y genéricos ha modificado el patrón de tratamiento.

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

## 053 SEGURIDAD DE TERAPIAS BIOLÓGICAS Y SINTÉTICAS DIRIGIDAS EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS: DATOS DEL REGISTRO BIOBADAGUAY

Paloma de Abreu Trigueros<sup>1</sup>, Sonia Cabrera Villalba<sup>2,3</sup>, Patricia Melgarejo Paniagua<sup>4</sup>, Teresa Chávez<sup>2</sup>, Mariela Zarza Torres<sup>5</sup>, Angélica Amarilla Ortiz<sup>2</sup>, Lourdes Román Ruíz-Díaz<sup>6</sup>, Vannia Valinotti<sup>2</sup>, Astrid Paats<sup>7</sup>, Alexis Pineda<sup>8</sup>, Evelyn Leiva<sup>9</sup>, Zoilo Morel Ayala<sup>10</sup>, Roger Rolón Campuzano<sup>2</sup>, Raquel Aranda<sup>3</sup>, Paola Pusineri<sup>3</sup>, Paola Jara Gómez<sup>2</sup>, Laura Martínez<sup>3</sup>, Claudia Coronel<sup>3</sup>, Sany Gómez González<sup>2</sup>, Santiago Ferreira Maidana<sup>3</sup>, Darwin Cordovilla<sup>11</sup>, Clyde Parodi<sup>3</sup>, Cynthia Vega Balbuena<sup>12</sup>, Carolina Díaz<sup>13</sup>, Sandra Consani<sup>13,14</sup>, Pilar Garino<sup>14</sup>, Sofía Rostán<sup>14</sup>, Alejandro Fernández<sup>13</sup>, Pamela Velázquez<sup>15</sup>, Cristina Brunengo<sup>16</sup>, Pedro Babak<sup>17</sup>, Agustina Maidana<sup>2</sup>, Yanira Yinde<sup>3</sup>, Gabriela Ávila Pedretti<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Sociedad Paraguaya de Reumatología, Asunción, Paraguay.

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

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

<sup>4</sup>Hospital Regional de Villarrica, Departamento de Reumatología, Villarrica, Paraguay.

<sup>5</sup>Hospital del Ineram, Departamento de Reumatología, Asunción, Paraguay.

<sup>6</sup>Hospital de Villa Elisa, Departamento de Reumatología, Villa Elisa, Asunción, Paraguay.

<sup>7</sup>Complejo Santo Domingo, Departamento de Reumatología, Asunción, Paraguay.

<sup>8</sup>Hospital Nacional de Itauguá, Departamento de Reumatología, Itauguá, Paraguay.

<sup>9</sup>Hospital de Nemby, Departamento de Reumatología, Nemby, Paraguay.

<sup>10</sup> Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Facultad de Medicina, Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Reumatología Pediátrica, Asunción, Paraguay.

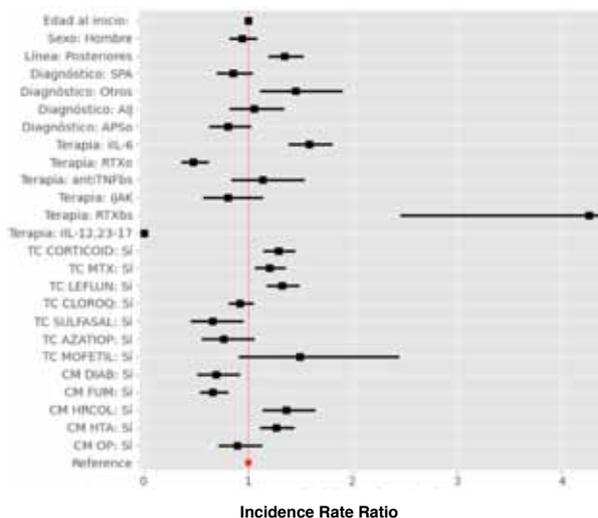
- <sup>11</sup> Hospital Evangélico, Departamento de Reumatología, Montevideo, Uruguay.  
<sup>12</sup> Hospital Pediátrico Niños de Acosta Ñu, Reumatología Pediátrica, San Lorenzo, Paraguay.  
<sup>13</sup> COSEM Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales, Departamento de Reumatología, Montevideo, Uruguay.  
<sup>14</sup> Hospital Maciel, Departamento de Medicina Interna, Montevideo, Uruguay.  
<sup>15</sup> Hospital Escuela del Litoral Departamento de Reumatología Paysandú, Uruguay.  
<sup>16</sup> Instituto Nacional de Reumatología, Departamento de Reumatología, Montevideo, Uruguay.  
<sup>17</sup> Hospital Regional de Encarnación, Departamento de Reumatología, Encarnación, Paraguay.

**Introducción:** Los registros de pacientes bajo tratamiento de terapias dirigidas nos permiten realizar evaluaciones reales sobre la eficacia y seguridad de este grupo de fármacos en la práctica clínica.

**Objetivos:** Determinar la frecuencia y gravedad de los acontecimientos adversos (AA) en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias inmunomediadas bajo tratamiento con fármacos biológicos, sintéticos dirigidos sintéticos convencionales modificadores de la enfermedad (FAME-b/sd/sc) en el registro paraguayo-uruguayo de acontecimientos adversos con terapias dirigidas en enfermedades reumáticas: BIOBADAGUAY.

**Método:** Estudio observacional, prospectivo de duración indeterminada para verificar la eficacia, la seguridad y la supervivencia de los FAME-b/sd. La metodología

utilizada está disponible en <https://biobadaguay.ser.es>. Se analizaron: variables epidemiológicas, clínicas, fármaco recibido, el tipo y gravedad del AA. La tasa de incidencia (IR) por 1000 pacientes-año (intervalo de confianza (IC) del 95%) y la razón de tasa de incidencia (IRR) mediante regresión de Poisson (valor de significación nominal 0,05).



i: inhibidor; JAK: janus kinase; g: genérico; o: original; bs: biosimilar; TNF: factor de necrosis tumoral (tumor necrosis factor); IL: interleuquinas; RTX: rituximab; SPA: espondiloartritis, AJ: artritis idiopática juvenil; APSO: artritis psoriásica; TC: tratamiento concomitante; CM: comorbilidad; Referencia: sexo: mujer; línea: primera; diagnóstico: artritis reumatoide; terapia: antiTNF original.

**Figura 1** Tricospicosis: se observa fondo eritematoso, vasos tortuosos y agrandados, megacapilares y abundantes costras blancas.

**Tabla 1** Acontecimientos adversos globales por tratamiento: frecuencia y gravedad.

Tipos de Acontecimiento adverso	FAME-b/sd		Controles		Todos	
	Totales	Graves	Totales	Graves	Totales	Graves
Infecciones n (%)	942 (55,7)	98 (50,8)	108 (75,0)	5 (38,5)	1050 (51,2)	103 (50,0)
Procedimientos médicos/quirúrgicos n (%)	70 (4,1)	13 (6,7)	1 (0,7)	0 (0)	71 (3,9)	13 (6,3)
Manifestaciones cutáneas n (%)	68 (4,0)	4 (2,1)	1 (0,7)	0 (0)	69 (3,8)	4 (1,9)
Manifestaciones gastrointestinales n (%)	60 (3,59)	6 (3,1)	3 (2,1)	0 (0)	63 (3,4)	6 (2,9)
Manifestaciones hematológicas n (%)	59 (3,5)	3 (1,5)	6 (4,2)	1 (7,7)	65 (3,45)	4 (1,9)
Manifestaciones del sistema nervioso n (%)	52 (3,1)	2 (1,0)	1 (1,4)	0 (0)	53 (2,9)	2 (1,0)
Lesiones traumáticas/ intoxicaciones n (%)	51 (3,0)	7 (3,6)	0 (0)	0 (0)	53 (2,9)	7 (3,4)
Manifestaciones vasculares n (%)	49 (2,9)	16 (8,3)	3 (2,1)	2 (15,4)	52 (2,8)	18 (8,7)
Manifestaciones metabólicas n (%)	48 (2,8)	4 (2,1)	0 (0)	1 (7,7)	49 (2,7)	5 (8,4)
Manifestaciones hepáticas n (%)	46 (2,7)	2 (1,0)	10 (6,9)	0 (0)	56 (3,0)	2 (1,0)
Manifestaciones inmunológicas n (%)	39 (2,3)	11 (5,7)	0 (0)	0 (0)	39 (2,1)	11 (5,3)
Manifestaciones musculoesqueléticas n (%)	37 (2,2)	7 (3,6)	0 (0)	0 (0)	37 (2,0)	7 (3,4)
Exploraciones complementarias n (%)	23 (1,4)	0 (0)	2 (1,4)	0 (0)	23 (1,2)	0 (0)
Manifestaciones respiratorias n (%)	22 (1,3)	3 (1,5)	0 (0)	0 (0)	22 (1,2)	3 (1,5)
Manifestaciones oculares n (%)	22 (1,3)	2 (1,0)	1 (0,7)	0 (0)	23 (1,2)	2 (1,0)
Neoplasias n (%)	19 (1,1)	8 (4,1)	3 (2,1)	3 (23,1)	22 (1,2)	11 (5,3)
Manifestaciones ginecológicas n (%)	17 (1,0)	2 (1,0)	1 (0,7)	0 (0)	18 (1,0)	2 (1,0)
Manifestaciones cardíacas n (%)	14 (0,8)	3 (1,5)	1 (0,7)	1 (7,7)	15 (0,8)	4 (1,9)
Manifestaciones renales n (%)	13 (0,8)	1 (0,5)	2 (1,4)	0 (0)	15 (0,8)	1 (0,5)
Trastornos generales y lugar administración n (%)	13 (0,8)	1 (0,5)	0 (0)	0 (0)	13 (0,7)	1 (0,5)
Manifestaciones psiquiátricas n (%)	10 (0,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (0,5)	0 (0)
Manifestaciones otorrinolaringológicas n (%)	9 (0,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	9 (0,5)	0 (0)
Manifestaciones endocrinas n (%)	6 (0,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (0,3)	0 (0)
Manifestaciones gestacionales/perinatales n (%)	3 (1,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (0,2)	0 (0)
Total n (%)	1692 (100)	193 (100)	144 (100)	13 (100)	1836 (100)	206 (100)

**Resultados:** Se analizaron un total de 1289 pacientes (1078 con FAME-b/sd y 211 (controles) con (FAME-sc), el 78,7% (989) fueron mujeres. La edad al inicio del primer tratamiento fue de  $44,6 \pm 16,7$  años. El diagnóstico más frecuente fue la artritis reumatoide (AR) 885 (68,7%). La duración de la enfermedad al inicio del tratamiento fue de  $7,4 \pm 8,2$  años. Se administraron un total de 1633 líneas de tratamiento (1421 (87,0%) FAME-b/sd y 212 (13%) en controles). Se registraron un total de 1893 AA, 1615 (88,0%) de carácter leve, 206 (11,2%) graves y 15 (0,82%) mortales. La infección fue el AA más frecuente en un 55,2% (1050) en su mayoría de carácter leve en un 89,7% (tabla 1). La IR global de AA en FAME b/sd fue de 295,1 (IC 95% 281,2-309,5) y la de controles 108,2 (IC 95% 91,2- 127,5). Al analizar la IR en función de la gravedad los FAME-b/sd se asociaron a mayor IR de AA globales, leves y graves en comparación con los controles IRR global=2,7 [95% CI 2,2-2,4];  $p=9,9 \cdot 10^{-20}$ ), (IRR leve=2,6 [95% CI 2,1-3,3];  $p=7,4 \cdot 10^{-18}$ ), (IRR grave=3,4 [95% CI 1,7-6,7];  $p=0,0004$ ). Al analizar la IR en función de la gravedad según línea de tratamiento se observó que segundos y posteriores líneas de tratamiento de FAME-b/sd se asociaron a una mayor IR de AA globales comparada con la primera línea de tratamiento (IRR=1,3 [95% CI 1,0-1,6];  $p=0,03$ ). En el análisis multivariante por tipo de tratamiento y tomando como referencia los anti-TNF originales, se encontró un mayor riesgo de AA globales con los inhibidores de la interleucina 6 (iIL-6) y el rituximab biosimilar (RTXbs), mientras que el RTX original se asoció a un menor riesgo. En el análisis multivariante en función del diagnóstico usando como referencia la AR, las espondiloartritis (SPA) presentaron menor riesgo de AA globales. Asimismo, segundas y posteriores líneas de tratamiento, la hipertensión, la hipercolesterolemia, el tratamiento concomitante con corticoides y con leflunomida mostraron el mismo efecto (Figura 1).

**Conclusiones:** la incidencia de AA, predominantemente leves y con las infecciones como AA más frecuente, marca la necesidad de monitoreo riguroso y constante en estos pacientes.

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

## 054 PATRONES DE USO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS Y SINTÉTICOS DIRIGIDOS EN PACIENTES CON ARTRITIS INFLAMATORIA: DATOS DEL REGISTRO BIOBADAGUAY

Paloma de Abreu Trigueros<sup>1</sup>, Sonia Cabrera Villalba<sup>2,3</sup>, Angelica Amarilla Ortiz<sup>2</sup>, Vannia Valinotti<sup>2</sup>, Teresa Chávez<sup>2</sup>, Mariela Zarza Torres<sup>4</sup>, Lourdes Román

Ruiz-Díaz<sup>5</sup>, Patricia Melgarejo Paniagua<sup>6</sup>, Astrid Paats<sup>7</sup>, Alexis Pineda<sup>8</sup>, Evelyn Leiva<sup>9</sup>, Zoilo Morel Ayala<sup>10</sup>, Roger Rolón Campuzano<sup>2</sup>, Sany Gómez González<sup>2</sup>, Santiago Ferreira Maidana<sup>3</sup>, Laura Martínez<sup>3</sup>, Claudia Coronel<sup>3</sup>, Raquel Aranda<sup>3</sup>, Paola Pusineri<sup>3</sup>, Paola Jara Gómez<sup>2</sup>, Darwin Cordovilla<sup>11</sup>, Clyde Parodi<sup>3</sup>, Cynthia Vega Balbuena<sup>12</sup>, Carolina Díaz<sup>13</sup>, Sandra Consani<sup>13,14</sup>, Pilar Garino<sup>14</sup>, Sofía Rostán<sup>14</sup>, Alejandro Fernández<sup>13</sup>, Pamela Velázquez<sup>15</sup>, Cristina Brunengo<sup>16</sup>, Pedro Babak<sup>17</sup>, Agustina Maidana<sup>2</sup>, Yanira Yinde<sup>3</sup>, Gabriela Ávila Pedretti<sup>2,3</sup>.

<sup>1</sup>Sociedad Paraguaya de Reumatología, Asunción, Paraguay.

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

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

<sup>4</sup>Hospital del Ineram, Departamento de Reumatología, Asunción, Paraguay.

<sup>5</sup>Hospital de Villa Elisa, Departamento de Reumatología, Villa Elisa, Asunción, Paraguay.

<sup>6</sup>Hospital Regional de Villarrica, Departamento de Reumatología, Villarrica, Paraguay.

<sup>7</sup>Complejo Santo Domingo, Departamento de Reumatología, Asunción, Paraguay.

<sup>8</sup>Hospital Nacional de Itauguá, Departamento de Reumatología, Itauguá, Paraguay.

<sup>9</sup>Hospital de Nemby, Departamento de Reumatología, Nemby, Paraguay.

<sup>10</sup>Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Facultad de Medicina, Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Reumatología Pediátrica, Asunción, Paraguay.

<sup>11</sup>Hospital Evangélico, Departamento de Reumatología, Montevideo, Uruguay.

<sup>12</sup>Hospital Pediátrico Niños de Acosta Ñu, Reumatología Pediátrica, San Lorenzo, Paraguay.

<sup>13</sup>COSEM Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales, Departamento de Reumatología, Montevideo, Uruguay.

<sup>14</sup>Hospital Maciel, Departamento de Medicina Interna, Montevideo, Uruguay.

<sup>15</sup>Hospital Escuela del Litoral Departamento de Reumatología Paysandú, Uruguay.

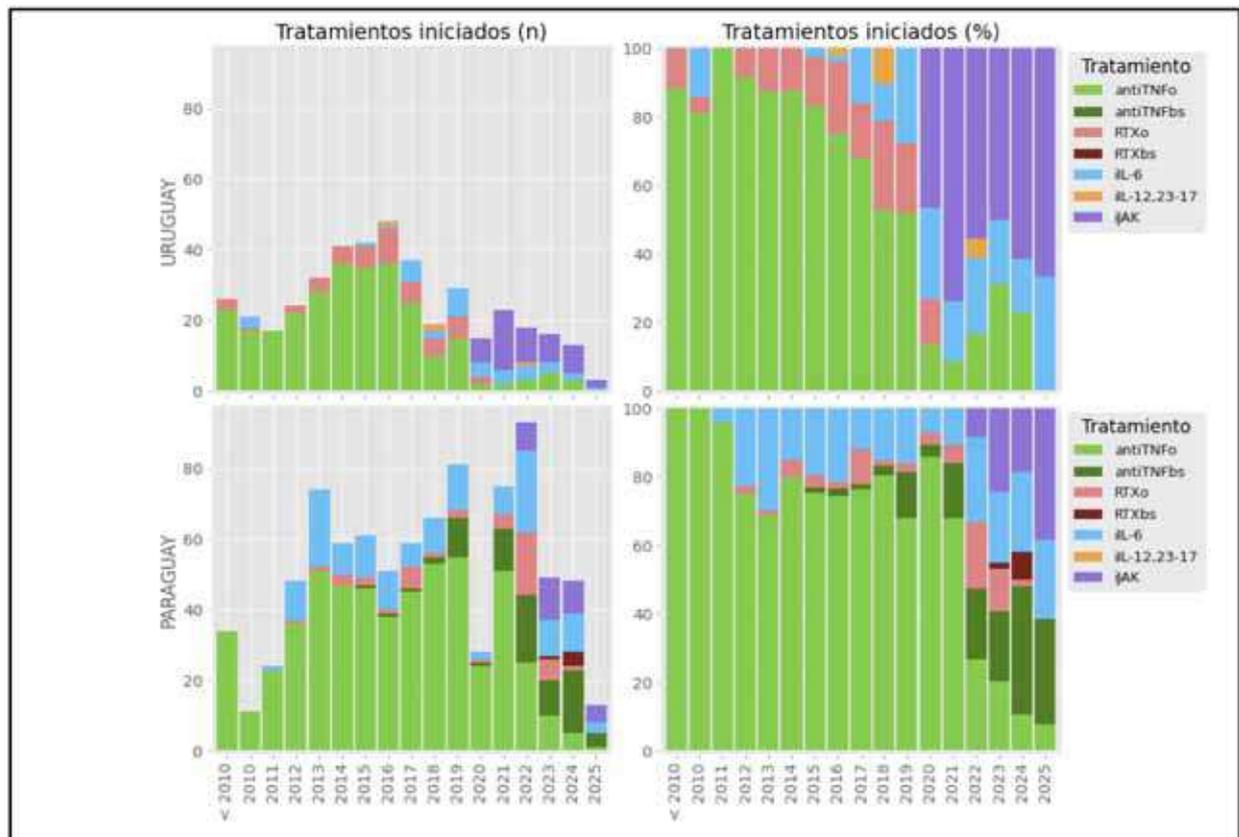
<sup>16</sup>Instituto Nacional de Reumatología, Departamento de Reumatología, Montevideo, Uruguay.

<sup>17</sup>Hospital Regional de Encarnación, Departamento de Reumatología, Encarnación, Paraguay.

**Introducción:** La disponibilidad de fármacos modificadores de la enfermedad biológicos y sintéticos dirigidos (FAMEb/sd) ha variado en el tiempo debido a diferentes periodos de aprobación de su uso y comercialización. A ello se suma que en los últimos años se han introducido biosimilares y drogas genéricas que han impactado en los patrones de prescripción y uso clínico.

**Objetivos:** Describir los patrones de inicio de FAMES-b/sd en pacientes con artritis inflamatoria en Paraguay y Uruguay y comparar la situación entre ellos.

**Método:** Se analizaron datos del registro BIOBADAGUAY de Paraguay y Uruguay, se incluyeron pacientes con artritis reumatoide (AR), artritis idiopática juvenil



o: original, bs: biosimilar, anti TNF: inhibidor del TNF, RTX: rituximab, IL-6: inhibidor de la interleucina 6, iIL-12, 23-17: inhibidor de las interleucinas 12, 23 y 27, iJAK: inhibidor de las Janus kinase.

**Figura 1** Frecuencia de iniciación de cada grupo de tratamiento en el tiempo.

**Tabla 1** Frecuencia de utilización de cada grupo de fármacos según países.

	Todos	Paraguay	Uruguay
antiTNFo	834 (64,2%)	555 (63,5%)	279 (65,8%)
antiTNFbs	80 (6,2%)	80 (9,1%)	0 (0,0%)
RTXo	97 (7,5%)	47 (5,4%)	50 (11,8%)
RTXbs	5 (0,4%)	5 (0,6%)	0 (0,0%)
iIL-6	192 (14,8%)	153 (17,5)	39 (9,2%)
iIL-12, 23-27	4 (0,3%)	0 (0,0%)	4 (0,9%)
iJAK	86 (6,6%)	34 (3,9)	52 (13,3%)
Total	1298 (100%)	874 (100%)	424 (100%)

o: original, bs: biosimilar, anti TNF: inhibidor del TNF, RTX: rituximab, IL-6: inhibidor de la interleucina 6, iIL-12, 23-17: inhibidor de las interleucinas 12, 23 y 27, iJAK: inhibidor de las Janus kinase.

(AIJ), artritis psoriásica (APSo) y espondiloartritis inflamatorias (SPA) que habían iniciado un FAMEb o un FAMEsd hasta finales de marzo de 2025. Se evaluaron las fechas de inicio de fármacos originales y biosimilares en cada país. El análisis estadístico fue descriptivo.

**Resultados:** Un total de 965 pacientes (656 (68,0%) de Paraguay y 309 (32,0%) de Uruguay) y 1298 tratamientos (874 (67,3%) de Paraguay y 424 (32,7%) de Uruguay). El 75% (724) fueron mujeres con una edad media al inicio de tratamiento de 43,8 años (SD 16,9).

La AR fue la enfermedad más frecuente (675/69,9%) seguida de la SPA (139/ 14,4%). Los inhibidores del TNF originales (antiTNFo) fueron los primeros usados en Uruguay y Paraguay desde 2004 y 2005 respectivamente, posteriormente el rituximab en 2007 en Uruguay y en 2012 en Paraguay, y los inhibidores de la IL-6 en 2010 en Uruguay y en 2011 en Paraguay. Los biosimilares (bs) solo se usaron los del antiTNFbs (2015) y de RTXbs (2023) en Paraguay. Los inhibidores de Janus kinase (iJAK) se registraron en Uruguay en 2020 y en Paraguay en 2022. Los antiTNF fueron los más utilizados en ambos países especialmente como primera línea de tratamiento. En la tabla 1 se muestra la frecuencia de cada grupo de tratamiento según países. La frecuencia de uso de antiTNFo disminuyó gradualmente desde la introducción de los nuevos fármacos en cada país. El uso de los iJAK ha aumentado gradualmente desde su lanzamiento en ambos países (Figura 1).

**Conclusiones:** La disponibilidad de fármacos en ambos países fue similar. En nuestra cohorte solo se registraron tratamientos con fármacos biosimilares en Paraguay. Los antiTNF han sido los más utilizados. La

inclusión de nuevos fármacos biosimilares e iJAK han modificado el patrón de uso de los tratamientos.

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

## 055 COMPLICACIONES INFECCIOSAS ASOCIADAS A INMUNOSUPRESIÓN PROLONGADA EN ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS SISTÉMICAS: ANÁLISIS CLÍNICO

Miguel Angel Montiel Alfonso<sup>1,2</sup>, Jorge Catalino Avalos Larroza<sup>1,2</sup>, Mauricio Dos Santos García<sup>1,2</sup>, Santiago Troche Von Glasenapp<sup>1,2</sup>, José García Machado<sup>1,2</sup>, Elder García Morínigo<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Departamento de Medicina Interna, Servicio de Clínica Médica I. Asunción, Paraguay.

<sup>2</sup>Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Facultad de Ciencias de la Salud. Dirección de Postgrado. Asunción, Paraguay.

**Introducción:** Las infecciones representan una de las principales complicaciones en pacientes con enfermedades reumatológicas sistémicas bajo tratamiento inmunosupresor, contribuyendo significativamente a la morbilidad y mortalidad. Identificar factores clínicos y terapéuticos asociados a estas infecciones resulta clave para mejorar las estrategias de vigilancia, prevención y manejo oportuno.

**Objetivo:** Evaluar las complicaciones infecciosas y sus factores asociados en pacientes con enfermedades reumatológicas sistémicas bajo tratamiento inmunosupresor.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo de pacientes con enfermedades reumatológicas sistémicas internados entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2024. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años bajo tratamiento inmunosupresor. Se analizaron variables clínicas, terapéuticas y microbiológicas, y su asociación con complicaciones infecciosas.

**Resultados:** Se incluyeron 134 pacientes (edad media: 51 años; 72% mujeres). El diagnóstico más frecuente fue lupus eritematoso sistémico (42%), seguido de artritis reumatoide (22%). Los inmunosupresores más utilizados fueron metotrexato, azatioprina y ciclofosfamida. Al momento del ingreso, el 38% de los pacientes recibía tratamiento con corticoides y el 26% con hidroxiclороquina de forma concomitante. Las infecciones más prevalentes fueron del tracto urinario, respiratorias y de piel y partes blandas. En el 58% de los casos se identificaron patógenos no oportunistas, sien-

do *Escherichia coli* el más frecuente. Las infecciones oportunistas se confirmaron en el 13% de los pacientes y se asociaron significativamente con inmunosupresión prolongada (>5 años) y uso crónico de corticoides. En los casos restantes, el tratamiento fue empírico, sustentado en hallazgos clínicos y paraclínicos compatibles con infección, sin aislamiento microbiológico. El 26% de los pacientes bajo profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol presentó menor incidencia de infecciones respiratorias por gérmenes oportunistas. El 22% requirió ingreso a unidad de terapia intensiva, en su mayoría con comorbilidades cardiovasculares o bajo tratamiento biológico. La mortalidad intrahospitalaria fue del 13% y la tasa de reinternación relacionada alcanzó el 32%. Conclusiones: Las complicaciones infecciosas en pacientes con enfermedades reumatológicas sistémicas bajo tratamiento inmunosupresor muestran una estrecha relación con la duración e intensidad del esquema terapéutico. En particular, el uso prolongado de corticoides se asocia con un aumento del riesgo de infecciones bacterianas comunes. En contraste, la implementación de estrategias de profilaxis antimicrobiana se vincula con una reducción en la incidencia de infecciones graves. Estos hallazgos resaltan la importancia de un monitoreo clínico individualizado y del uso racional de medidas preventivas para optimizar los desenlaces en esta población vulnerable.

**Conflicto de Intereses:** Declaramos no presentar conflicto de intereses pertinentes.

## 056 TRIPLE AMENAZA AUTOINMUNE: ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA EN PACIENTE CON LES, ESCLERODERMIA Y ARTRITIS REUMATOIDEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Verónica Clotilde Rodríguez Rodríguez<sup>1</sup>, María Belén Torres Caballero<sup>1</sup>, Paula Antonella Aquino Vignola<sup>1</sup>, Rudy Rancell Rolón Ramírez<sup>1</sup>, Tomás Gabriel Insfrán Coronel<sup>1</sup>, Miguel Ángel Valdés Faría<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Asunción, Paraguay.

**Introducción:** El fenómeno de Raynaud constituye una manifestación vasoespástica común en enfermedades autoinmunes sistémicas, caracterizado por episodios de isquemia digital reversible en respuesta al frío o al estrés. Su presencia puede anticipar la aparición de enfermedades del tejido conectivo, especialmente esclerodermia, y se reporta con menor frecuencia en el lupus eritematoso sistémico (LES) y la artritis reumatoidea (AR). Sin embargo, cuando ocurre en el contexto de un síndrome de superposición, su comportamiento clínico puede ser más agresivo y refractario al trata-

miento convencional, progresando hacia isquemia crítica e incluso amputación digital.

**Caso clínico:** Mujer de 44 años con antecedentes de LES, esclerodermia, AR, fibrosis pulmonar y esteatosis hepática, en tratamiento con inmunosupresores. Consulta por dolor quemante y cianosis distal en ambos miembros inferiores de un mes de evolución, con necrosis del 4º dedo del pie izquierdo en la última semana. Ingresa afebril, hemodinámicamente estable, con cambios isquémicos distales bilaterales y signos de vasculopatía severa. Presenta anemia inflamatoria, perfil inmunológico positivo (ANA 1:1280, anti-DNA 1:1280), hipocomplementemia y capilaroscopia con áreas avasculares. Evoluciona con infección urinaria y neumonía intrahospitalaria, ambas resueltas con antibióticos. Se realiza amputación del 4º y 5º dedo del pie izquierdo. Ecocardiograma muestra disfunción sistólica leve a moderada con FE 41%. Al alta, se concluye diagnóstico de síndrome de superposición (LES, AR, esclerodermia) complicado con isquemia arterial distal por fenómeno de Raynaud severo e insuficiencia cardíaca con FE reducida. Se instauro tratamiento inmunosupresor y vasodilatador con seguimiento por reumatología, cardiología y cirugía vascular.

**Conclusión:** Este caso ilustra la gravedad del fenómeno de Raynaud en pacientes con enfermedades autoinmunes superpuestas, con evolución hacia isquemia severa y amputación digital. La identificación precoz y el abordaje multidisciplinario son fundamentales para evitar complicaciones irreversibles.

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

## 057 MÁS ALLÁ DE LO ESPERADO. REPORTE DE UN CASO

Aranda Raquel<sup>1</sup>, Benítez Jose<sup>2</sup>, Ojeda Mario<sup>3</sup>, Paats Astrid<sup>1</sup>, Ovando Fatima<sup>4</sup>, Baumann Karin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Reumatología, Asunción, Paraguay.

<sup>2</sup>Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Imágenes, Asunción, Paraguay.

<sup>3</sup>Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Servicio de Ortopedia y Traumatología, Asunción, Paraguay.

<sup>4</sup>Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Infectología, Asunción, Paraguay.

**Introducción:** La muñeca es una localización poco frecuente de infecciones crónicas. Afecta frecuentemente a pacientes con enfermedad articular preexistente lo que dificulta el diagnóstico y suele retrasarlo.

**Presentación del Caso:** Paciente masculino, 67 años, agricultor, antecedente de cirugía de Síndrome del túnel carpiano izquierdo hace dos años. Cuadro de dos años de evolución de dolor y tumefacción articular en muñeca izquierda, a la que se agregó imposibilidad de la flexo-extensión. Consulta con facultativo, le solicitan estudios entre los que llama la atención PCR y VSG elevada, FR positivo. La ecografía articular informa presencia de tofo en muñeca izquierda. Primera biopsia de partes blandas de muñeca informa proceso inflamatorio crónico. No se observaron microorganismos con coloraciones de rutina, PAS ni Ziehl Neelsen, cultivos del líquido articular negativos, sin signos histológicos de malignidad, es derivado a Reumatología. Paciente es reevaluado. Se toma muestra del líquido de fístula a nivel de la muñeca, no se constata presencia de cristales y los cultivos resultan negativos. Nueva ecografía de muñeca izquierda informa tumoración de partes blandas en el espacio cubitocarpiano y radiocarpiano, con aumento de la vascularización al Doppler. En radiografía, desestructuración del carpo izquierdo, así como de la zona distal de cúbito y radio. La RMN contrastada informa tumoración con componente líquido irregular heterogéneo interno, delimitada por una gruesa pared multilobulada, ocasionando compromiso de estructuras óseas y blandas en la muñeca. Se plantea cuadro infeccioso crónico. En nueva biopsia, tanto ósea como de partes blandas y cartilago, informa inflamación granulomatosa compatible con tuberculosis. Osteomielitis de etiología Tuberculosa. El paciente inicia tratamiento antibiótico y antibacilar con mejoría.

**Conclusión:** La osteomielitis que afecta muñeca presenta prevalencia baja (3%), escasos signos inflamatorios y las manifestaciones generales están presentes en el 30% de los casos. Constituyendo su diagnóstico en ocasiones un desafío.

**Conflicto de intereses:** Los autores no presentan conflictos de intereses.

## 058 MASTITIS GRANULOMATOSA IDIOPÁTICA: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Laura Martínez<sup>1</sup>, Raquel Aranda<sup>1</sup>, Alicia Quiñonez<sup>1</sup>, Yanira Yinde<sup>1</sup>, Karin Baumann<sup>1</sup>

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

**Introducción:** Enfermedad mamaria inflamatoria benigna, de etiología desconocida, en ocasiones con relación a infección por *Corynebacterium*. Por lo general, unilateral, más frecuente en mujeres jóvenes hispanas.

Se presenta como una masa inflamatoria periférica solitaria y dolorosa o múltiples masas periféricas con abscesos, inflamación o ulceración de la piel subyacente. Con un tiempo de resolución que varía de 5 a 20 meses, constituyendo así un desafío diagnóstico y terapéutico.

**Caso Clínico:** Mujer de 44 años, con dos hijos, último parto por cesárea en el 2019, sin patología de base, que presenta cuadro de 4 meses de evolución de dolor y signos inflamatorios en zona periareolar de la mama izquierda, con áreas induradas que presentan secreción purulenta. Esta lesión progresa en el último mes abarcando la totalidad del cuadrante inferoexterno de la mama izquierda. La ecografía informa signos de mastitis asociada a colecciones. El cultivo de la secreción de las lesiones resulta negativo. Se solicita perfil inmune ANCA p y c, ANA, anti DNA negativos, C3 y C4 en rango. serologías virales negativas. La paciente recibe tratamiento ATB por 14 día sin mejoría y es sometida a cuadrantectomía debido a severidad de la lesión. La tinción de Gram, cultivo bacteriano, tinción y cultivo de bacilos acidorresistentes, tinción y cultivo de hongos resultaron negativos. La biopsia informa lesiones granulomatosas no necrotizantes compatibles con Mastitis Granulomatosa y se inicia tratamiento con prednisona 1 mg/kg/día con descenso gradual y metotrexate, con mejoría del cuadro.

**Conclusión:** Ante una lesión inflamatoria en la mama deben plantearse diversos diagnósticos diferenciales; TBC, cáncer de mama, granulomatosis con poliangeítis, histoplasmosis, sarcoidosis, además de incluir la mastitis granulomatosa. El tratamiento de la mastitis granulomatosa varía según la gravedad del caso e incluye AINES, corticoides, metotrexate. Según la literatura, en casos refractarios se podría plantear el uso de anti TNF (Infliximab o adalimumab).

**Conflicto de intereses:** ninguno.

## 059 REPORTE DE CASO CLÍNICO: SÍNDROME UÑA-ROTULA

Sebastián Alderete<sup>1</sup>, Raquel Aranda<sup>1</sup>, Astrid Paats<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Reumatología, San Lorenzo, Central, Paraguay.

**Introducción:** El síndrome Uña-Rótula u osteo-onico-displasia hereditaria (HOOD, por sus siglas en inglés), es un trastorno autosómico dominante poco frecuente, que se caracteriza por anomalías óseas en los miembros y en la pelvis, anomalías en la uña y falanges distales y enfermedad renal. Al ser trastorno autosómico dominante con penetración genética com-

pleta, puede haber una variación en la expresión dentro de una misma familia. Dentro de su presentación clínica habitual se caracteriza por hipoplasia o aplasia de rótula, displasia ungueal, subluxación de cabeza del radio y nefropatía.

**Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 61 años, vendedora ambulante, acude a consulta por dolor en región lumbar bilateral de tipo mecánico, episódico, de baja intensidad. EF: ambos codos en flexo, no tumefactos, pero levemente dolorosos a la palpación y movilización, además de limitación para la pronosupinación; ambas rodillas con crujido, la derecha con dolor a flexión y desplazamiento lateral de la rótula, sin tumefacción; uñas del 1er dedo de ambas manos con hundimiento lineal longitudinal (Fig. 1A). Laboratorio de rutina normal, reactantes de fase aguda normales, Factor reumatoide y anti-CCP negativos. Densitometría ósea: L1-L3 -1,5 d 1,006. CFI -1,8 d 0,788. CFD -1,3 d 0,862. Cabe mencionar que la paciente nunca tuvo fracturas. En Radiografías: rodillas: disminución leve del espacio articular con presencia de osteofitos, se observa rótula derecha hipoplásica, lateralizada externamente; columna lumbar: osteofitos, no se observa disminución de altura vertebral, anterolistesis L4 sobre L5, disminución de la altura del disco L4-L5; codos: disminución importante del espacio articular y osteofitos bilaterales; panorámica de pelvis: astas iliacas (Fig 1B). Teniendo en cuenta la sospecha diagnóstica, se solicita evaluación por oftalmología para descartar glaucoma y cataratas, como principales complicaciones oftalmológicas de esta patología, además proteinuria en orina de 24 hs con clearance de creatinina en búsqueda de afección renal. Así también, se solicita evaluación por otorrinolaringología por casos relacionados a hipoacusia neurosensorial. Como dato de valor es importante señalar la presencia de múltiples familiares (madre, hermanos y sobrinos) con clínica similar (codos en flexo y distrofia ungueal).



**Figura 1** a. En la siguiente imagen se observan lesiones ungueales típicas y el codo en flexo de la paciente. b Rótula de rodilla derecha hipoplásica y lateralizada externamente, disminución del espacio articular de articulación femorotibial y astas en huesos iliacos.

**Conclusión:** El síndrome de uña-rótula es un síndrome poco frecuente, con características clínicas que pueden simular patologías más frecuentes como artritis o artrosis. El conocimiento de la patología es fundamental para la sospecha, la confirmación del diagnóstico, la consejería genética a las familias y el screening de complicaciones asociadas.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## 060 CUANDO LAS CONVULSIONES NO SON EPILEPSIA: ENCEFALITIS AUTOINMUNE EN UN ADULTO JOVEN. REPORTE DE CASO CLÍNICO

David Fernando Romero Galeano<sup>1</sup>, Andrea Celeste Ferreira Benitez<sup>1</sup>, Pedro Pablo Melgarejo Ferreira<sup>1</sup>, Nerea Patricia Rodríguez Tellez<sup>2</sup>, Adela Raquel Aranda Duarte<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Reumatología, San Lorenzo, Central, Paraguay.

**Introducción:** Las convulsiones en la esfera de los pacientes jóvenes son siempre un desafío, ya que para poder estudiar la misma se tienen que descartar varios diagnósticos diferenciales desde causas benignas y autolimitadas hasta entidades neurológicas graves, metabólicas, infecciosas, autoinmunes, o incluso paraneoplásicas. La dificultad no radica únicamente en la amplitud de diagnósticos diferenciales, sino también en las limitaciones inherentes al momento de considerar causas inusuales: sesgo cognitivo, baja sospecha inicial, falta de marcadores específicos, o acceso limitado a estudios complementarios imagenológicos.

**Caso Clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 26 años, adulta funcional que presentaba crisis convulsivas repetitivas de corta duración dos meses previos al ingreso, luego cefalea progresiva y persistente. Al ingreso al servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel, presentó intensificación de los movimientos involuntarios de tipo tónico-clónicos generalizados de aproximadamente 40 minutos de duración, sin cianosis ni liberación de esfínteres. Al examen físico del ingreso, la paciente se presentó somnolienta, poco conectada con el medio externo, pupilas intermedias reactivas a la luz, lenguaje no conservado. Durante su hospitalización, persistió con alteración significativa del nivel de conciencia, no recuperando el estado basal previo a la internación. Se realizaron estudios exhaustivos como tomografía simple de cráneo sin datos llamativos, estudio de líquido cefalorraquídeo en primera instancia sin datos de valor, resonancia magnética nuclear en donde se observan lesiones hiperintensas

en T2 y FLAIR, varias lesiones cortico sub corticales y periventriculares, la de mayor tamaño en cápsula interna derecha. Por su parte, el electroencefalograma describe predominio de ondas lentas theta generalizadas. Tras el retorno en LCR del panel encefálico autoinmune, positivo para anticuerpo anti NMDA, confirmando la sospecha diagnóstica de encefalitis autoinmune. Intrainternación recibió corticoterapia e Inmuglobulina con respuesta clínica favorable.

**Conclusión:** La encefalitis autoinmune es un trastorno que afecta frecuentemente a adultos jóvenes y niños, predominando en el sexo femenino. Existe una serie de síntomas típicos asociados con este trastorno, los cuales en conjunto definen un síndrome particular. Entre ellos se incluyen: trastornos psiquiátricos, trastornos del sueño, deterioro cognitivo, convulsiones, etc. Se destaca la importancia del diagnóstico temprano de esta entidad debido a las importantes secuelas neurológicas si no se instaura el tratamiento oportuno precoz.

**Conflicto de interés:** Los autores no presentan conflictos de interés con el caso presentado.

## 061 PSORIASIS Y CHIKUNGUNYA: EXPERIENCIA CLÍNICA DURANTE LA EPIDEMIA EN PARAGUAY

Judith Nelsi, Montiel Centurión<sup>1</sup>, María Eulalia Daiub Franco<sup>1</sup>, Melissa Ramírez Ferreira<sup>1</sup>, Natali Duarte Fariña<sup>1</sup>, Braulio Mauricio Fleitas Goiriz<sup>1</sup>, Aramí María Centurion Villalba<sup>1</sup>, Claudia Romina Contreras<sup>1</sup>, Rosalba Elizabeth Riveros Rivarola<sup>1</sup>, Romylda Dalisse Giardina<sup>1</sup>, Arnaldo Aldama Caballero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Cátedra y Servicio de Dermatología, San Lorenzo, Paraguay

**Introducción:** Tras la infección por Chikungunya, algunos pacientes sin antecedentes de patologías dermatológicas pueden desarrollar enfermedades cutáneas como psoriasis u otras dermatosis. Por otro lado, en individuos con afecciones previas de la piel, como dermatitis atópica, psoriasis o liquen plano, se ha documentado una posible exacerbación del cuadro clínico. Esta exacerbación parece relacionarse con la respuesta inmunológica generada por el virus, que podría actuar como desencadenante o amplificador del proceso inflamatorio preexistente.

**Objetivos:** Describir las características clínicas, asociación temporal y evolución de pacientes con psoriasis que presentaron exacerbación de su dermatosis durante la epidemia de Chikungunya.

**Métodos:** estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, de pacientes con antecedente de infección por Chikungunya y psoriasis de octubre 2022 a septiembre de 2023.

**Resultados:** Fueron incluidos en este estudio 35 pacientes del servicio, de los cuales 19 (54,2%) fueron del sexo masculino. La edad promedio de los participantes fue de 46,9 años ( $\pm 16,96$ ). La mayoría de los pacientes, 27 (77%), provenían del departamento Central. En 23 casos (65,7%), el diagnóstico se realizó por criterios epidemiológicos, según el contexto clínico, el nexa y la situación epidemiológica vigente. El período promedio entre la infección aguda por Chikungunya y el empeoramiento de la psoriasis fue de 4 semanas. Entre las comorbilidades distintas a la psoriasis, se identificaron: obesidad en 10 pacientes (31,2%), hipertensión arterial en 8 (25%), artropatía psoriásica en 5 (15,2%) y DM2 en 3 (9,3%). Además, se observó un caso con linfoma no Hodgkin y otro con cirrosis autoinmune. En los 35 pacientes con psoriasis, la forma de exacerbación más frecuente fue la psoriasis en placas, observada en 22 pacientes (62,8%), seguida de la forma guttata, en 11 pacientes (31%). Se reportaron dos casos graves: psoriasis pustulosa generalizada y una eritrodermia psoriásica como forma de debut. Con respecto al tratamiento previo a la infección, 12 pacientes (34%) estaban en tratamiento con fototerapia y/o tópicos, y 4 (11%) con otras terapias; sin embargo, la mayoría, 17 pacientes (48,6%), no recibía tratamiento al momento de la infección. En estos 17 pacientes sin tratamiento previo, se inició fototerapia UVB de banda estrecha (UVB-nb) asociada a medidas tópicas. En 14 de ellos, se combinó UVB-nb con metotrexato. En el paciente con cirrosis hepática, se optó por UVB-nb asociado a etanercept. En el paciente con eritrodermia psoriásica, se indicó ciclosporina. Dos pacientes abandonaron el seguimiento.

**Conclusión:** La infección por Chikungunya puede agravar la psoriasis en pacientes con diagnóstico previo y, en algunos casos, asociarse al inicio de la enfermedad. La exacerbación se presentó en promedio a las 4 semanas del cuadro viral agudo. Predominó la forma en placas, aunque se documentaron presentaciones graves. El manejo con fototerapia UVB-nb sola o combinada con tratamiento sistémico mostró buena respuesta. Estos hallazgos destacan el papel del Chikungunya como modulador inmunológico y la necesidad de seguimiento dermatológico en este contexto.

**Declaración de conflicto de interés:** Los autores declaran no tener conflicto de interés.

## 062 MORFEA: CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES TRATADOS CON FOTOTERAPIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA (2024-2025)

Braulio Mauricio Fleitas<sup>1</sup>, María Eulalia Daiub<sup>1</sup>, Rosalba Riveros<sup>1</sup>, Romylda Giardina<sup>1</sup>, Judith Montiel<sup>1</sup>, Claudia Duarte<sup>1</sup>, Ana Buongermini<sup>1</sup>, Arnaldo Aldama<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Cátedra de Dermatología, San Lorenzo, Paraguay.

**Introducción:** La morfea esclerodermiforme es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por fibrosis cutánea, de curso variable y potencial compromiso funcional. El tratamiento oportuno con inmunomoduladores y fototerapia permite frenar su progresión.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, demográficas y terapéuticas de una serie de pacientes con morfea atendidos en un hospital de referencia paraguayo.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo, retrospectivo, basado en la revisión de fichas de pacientes con morfea que reciben fototerapia, entre enero de 2024 y mayo 2025. Se incluyeron pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico de morfea. Se analizaron variables clínicas, demográficas, terapéuticas y de repercusión funcional.

**Resultados:** Se identificaron 11 pacientes, 81,8 % mujeres, con edad mediana al diagnóstico de 13 años (rango 3–67). El subtipo más frecuente fue la morfea circunscrita (63,6 %), seguido de la lineal (27,3 %) y generalizada (9,1 %). La demora diagnóstica fue de 2 años (rango 1–14). El 27,3 % presentó limitación funcional articular o discrepancia de longitud. El 30 % refirió prurito. Todos los pacientes presentaban actividad ecográfica al diagnóstico. El 81,8 % recibió tratamiento sistémico, siendo metotrexato el fármaco más utilizado (100 % de los casos con tratamiento sistémico), y el 90,9 % recibió terapia tópica. La fototerapia NB-UVB fue empleada en todos los casos.

**Conclusión:** Encontramos un predominio femenino y pediátrico, con elevada frecuencia de formas circunscritas. La ecografía resultó útil para confirmar actividad en todos los casos. La mayoría de los pacientes requirió tratamiento sistémico precoz. A pesar del acceso a un centro especializado, persiste una demora diagnóstica significativa. Estos hallazgos subrayan la importancia del reconocimiento temprano, la evaluación ecográfica y el abordaje terapéutico integral para reducir secuelas funcionales. En un país como Para-

guay, donde no existen estadísticas nacionales publicadas sobre morfea, esta serie representa un aporte inicial valioso para comprender su comportamiento clínico y orientar decisiones terapéuticas adaptadas al contexto local.

**Conflicto de interés:** Ningún autor presenta conflicto de interés.

## 063 REPORTE DE CASO: SÍNDROME DE SUSAC EN MUJER JOVEN. DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

Santiago Ferreira-Maidana<sup>1</sup>, Leticia Delgado<sup>2</sup>, Nelly Colman<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Fundación Visión, Fernando de la Mora, Paraguay.

**Introducción:** El síndrome de Susac (SS) es una rara microangiopatía autoinmune que se manifiesta con encefalopatía, vasculitis ocular y pérdida auditiva neurosensorial. Su detección temprana es clave para evitar secuelas irreversibles.

**Caso clínico:** Paciente femenina de 28 años, sin antecedentes patológicos conocidos, en consumo de anticonceptivos orales (ciproterona/etinilestradiol), consulta por acúfenos severos bilaterales de 24 días de evolución, asociados a hipoacusia bilateral, cefalea holocraneal pulsátil sin respuesta a analgésicos, náuseas, vómitos y fotofobia. Diez días antes del ingreso se agrega disminución de la agudeza visual, primeramente, en ojo izquierdo (OI) y, a las 48 horas, en el ojo derecho (OD). La evaluación oftalmológica reveló vasculitis oclusiva 360°, edema macular, hemorragias peripapilares y papiledema. La audiometría fue normal, con acúfenos severos grado V. El líquido cefalorraquídeo presentó características normales, y los estudios inmunológicos y serológicos descartaron vasculitis sistémica, enfermedades del tejido conectivo e infecciones. La resonancia magnética encefálica y medular contrastada no mostró alteraciones. Se inició tratamiento con metilprednisolona (1 g/día por 5 días), con mejoría clínica parcial, seguido de ciclofosfamida mensual durante 6 meses. Posteriormente, durante el mantenimiento con azatioprina 150 mg/día (al segundo mes), presentó una nueva recaída con afectación visual izquierda, acúfenos y cefalea. La evaluación mostró agudeza visual de 20/200 en OI y 20/20 en OD; visión de colores 0/8 en OI, con sospecha de neuritis retrobulbar, recibió rituximab (2 g) y micofenolato. Cuatro meses más tarde, presentó un nuevo episodio de

cefalea y alteración visual, evidenciándose recurrencia de la vasculitis periférica. Se administró nuevamente rituximab (2 g), con respuesta favorable.

**Conclusión:** Este caso representa una forma severa, progresiva y recurrente del SS. Corresponde a la forma clásica de presentación: mujeres jóvenes, edad media de 28 años y un curso recurrente-remite en los primeros años, que, a pesar del tratamiento intensivo, presentó múltiples recaídas. Dado que la tríada completa se observa al inicio solo en el 30 %, la sospecha clínica resulta clave para un tratamiento precoz y poder reducir secuelas neurológicas, auditivas y visuales. Aunque no existen guías específicas, se aplicó un abordaje inmunosupresor intensivo basado en la evidencia disponible.

**Conflicto de intereses:** Ninguno.

## 064 IMPACTO DEL USO PROLONGADO DE CORTICOIDES EN LA PROGRESIÓN DE ENFERMEDADES ARTICULARES QUE DERIVAN EN ARTROPLASTIAS TOTALES DE CADERAS EN MENORES DE 65 AÑOS

Nancy Mariela Moreno Martínez<sup>1</sup>, Valeria Stephanie Ortiz Torres<sup>1</sup>, Eric Benegas<sup>1</sup>, Carlos Barboza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Cátedra de Ortopedia y Traumatología, San Lorenzo, Paraguay.

**Introducción:** Introducción: Los glucocorticoides (GC) son medicamentos comúnmente utilizados para tratar diversas enfermedades. Su uso prolongado, especialmente, en una población cada vez más longeva, puede provocar efectos adversos en varios órganos. La relación entre el uso de corticoides y la osteonecrosis fue inicialmente observada en pacientes sometidos a trasplante renal que recibían tratamientos inmunosupresores o inmunoblivos. Desde entonces, numerosos estudios han respaldado esta asociación, estableciendo claramente un vínculo causal entre ambos. Este grupo de fármacos está relacionado con la necrosis ósea avascular, aparte de y los efectos que provoca al disminuir el proceso inflamatorio celular ocasionando dos procesos, el primero es la lipogénesis que incrementa los lípidos en sangre y bloquea el flujo de pequeños vasos, por lo cual la cabeza femoral es susceptible. La segunda causa es el aumento de la presión arterial, produce una vasoconstricción ocasionando que las células privadas de suministros de oxígenos mueran.

**Objetivo:** establecer el impacto del uso prolongado de corticoides en la progresión de enfermedades articula-

res que derivan en artroplastias totales de caderas en menores de 65 años.

**Métodos:** retrospectivo, analítico de corte transversal, muestreo no probabilístico a conveniencia de una población enfocada de 68 pacientes con coxartrosis de cadera post operados de artroplastia total de cadera con prótesis total de cadera no cementada menores de 65 años sin patologías reumatológicas conocidas en el periodo de abril 2023 a febrero 2025.

**Resultados:** Se reclutaron 65 pacientes, siendo 77.94% del sexo masculino; agrupando la edad en rangos, el 42,64% corresponde de 55 a 64 años. Se agrupó el consumo de corticoides en rangos, siendo por 1 a 2 años del 56.7%. Ningún paciente acudió de forma temprana a modo de constatar con estudios de imágenes una necrosis avascular, no obstante, en el 86.15% se observa en las imágenes radiográficas signos crónicos sugerentes que progresaron en una coxartrosis. Todos los pacientes fueron operados de artroplastia total de cadera, el 3,07% tipo minihip, el 4,61% híbrida y el 92,30% no cementada convencional.

**Conclusión:** El uso prolongado de glucocorticoides se asocia de manera significativa con el desarrollo de necrosis avascular de la cabeza femoral, lo cual acelera la progresión de enfermedades articulares como la coxartrosis, especialmente en pacientes jóvenes. Este estudio evidencia que, en personas menores de 65 años sin enfermedades reumatológicas previas, el consumo crónico de corticoides está vinculado con la necesidad de una artroplastia total de cadera a edades tempranas, destacando la importancia de un control riguroso en la indicación, dosificación y duración de estos fármacos para prevenir complicaciones musculoesqueléticas severas.

**Conflicto de intereses:** no existe conflicto de interés.

## 065 REPORTE DE CASO: MONOARTRITIS TUBERCULOSA RADIOCARPIANA

Santiago Ferreira-Maidana<sup>1</sup>, Fátima Ovando<sup>1</sup>, Aldo Ojeda<sup>1</sup>

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

**Introducción:** La tuberculosis osteoarticular representa entre el 10 al 35 por ciento de las manifestaciones extraarticulares de la enfermedad, aunque la artritis tuberculosa radiocarpiana ocurre en menos del 1% de la afectación osteoarticular. En este contexto, la punción articular cobra especial relevancia como herramienta

diagnóstica fundamental ante la presencia de monoartritis, permitiendo un diagnóstico precoz y dirigido.

**Caso clínico:** Mujer de 70 años, tabaquista de larga data (índice tabáquico: 37,5 paquetes/año), sin antecedentes patológicos conocidos, consulta por un cuadro de tres años de evolución de artritis en la articulación radiocarpiana izquierda, con limitación de los arcos de movimiento (Figura 1). Niega otras artralgias. Entre los síntomas extraarticulares, refiere tos con expectoración esporádica. Niega fiebre, síndrome seco, ojo rojo doloroso, pérdida de peso, rigidez matutina, disnea o lesiones cutáneas. Ecografía de manos: Distensión de la cápsula articular del carpo. Hipertrofia sinovial grado 3 con señal Doppler grado 3. Erosiones e irregularidades de la cortical ósea en radiocarpiana e intercarpiana, incluyendo apófisis estiloides del cúbito. Radiografía de manos: Presencia de erosiones en apófisis del cúbito. En la rutina laboratorial destaca una PCR de 21 mg/L, sin otras alteraciones relevantes. El análisis citoquímico del líquido articular evidenció leucocitos entre 35 y 40, hematíes entre 2 y 4 por campo, sin elementos fúngicos ni bacterianos. La tinción de Ziehl-Neelsen resultó positiva (+++). No cristales.



**Figura 1** Artritis en la articulación radiocarpiana izquierda, con limitación.

**Conclusión:** Actualmente, el retraso diagnóstico de la artritis tuberculosa oscila entre 16 y 19 meses<sup>3</sup>. El diagnóstico precoz es fundamental para evitar secuelas a largo plazo, lo que resalta la importancia de la punción articular como herramienta clave para un diagnóstico certero en casos de monoartritis.

**Conflicto de intereses:** Ninguno.

## 066 PERFIL REUMATOLÓGICO DE PACIENTES CON URTICARIA CRÓNICA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ALERGIA

Mauricio Enrique Jesús Olmedo Camarmagnola<sup>1</sup>,  
Silvia Araceli Pavón Hermosa<sup>1</sup>, Rilci Araceli Acosta  
Sánchez<sup>1</sup>, Analía Jazmín Chamorro Flores<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Medicina Interna, Asunción, Paraguay.

**Introducción:** La urticaria crónica espontánea es una afección que persiste durante más de seis semanas y ocurre en ausencia de un factor desencadenante identificable y resulta de la activación patógena de células cebadas y basófilos. Se plantea la posible etiología autoinmune hasta en 40 % de los pacientes, seguida de infecciones subclínicas y factores psicológicos.

**Objetivo:** Describir el perfil reumatológico de pacientes con urticaria crónica atendidos en el Servicio de Alergia de enero 2024 a marzo 2025.

**Metodología:** Estudio observacional, retrospectivo de corte transversal, en donde se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de urticaria crónica atendidos en el Servicio de Alergia.

**Resultados:** Se incluyó a 50 pacientes con urticaria crónica, la edad media fue de  $37,8 \pm 16,3$  años, 74% fueron mujeres, se encontró antiTPO aumentado en 68% de los casos, de los cuales 70% fueron de sexo femenino, 22% ANA positivo, mediana de IgE 120 UI/ml, 8% con TSH por encima de los niveles de referencia.

**Conclusión:** El marcador de autoinmunidad más frecuente fue la antitiroperoxidasa, con predominio por el sexo femenino.

**Conflictos de interés:** este estudio no presenta conflicto de intereses.

## 067 RESPUESTA CLÍNICA A BORTEZOMIB EN SÍNDROME DE EVANS REFRACTARIO: PRIMER CASO EN PARAGUAY, SEGUIMIENTO AL PRIMER AÑO

Santiago Ferreira-Maidana<sup>1</sup>, Isabel Acosta-Colman<sup>1</sup>,  
Alba Armoa<sup>2</sup>, José Zarza<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Hematología, San Lorenzo, Paraguay.

**Introducción:** El síndrome de Evans (SE) es una en-

fermedad autoinmune caracterizada por la coexistencia de anemia hemolítica autoinmune (AHA) y púrpura trombocitopénica inmune (PTI), de curso crónico, recaídas frecuentes y respuesta variable al tratamiento.

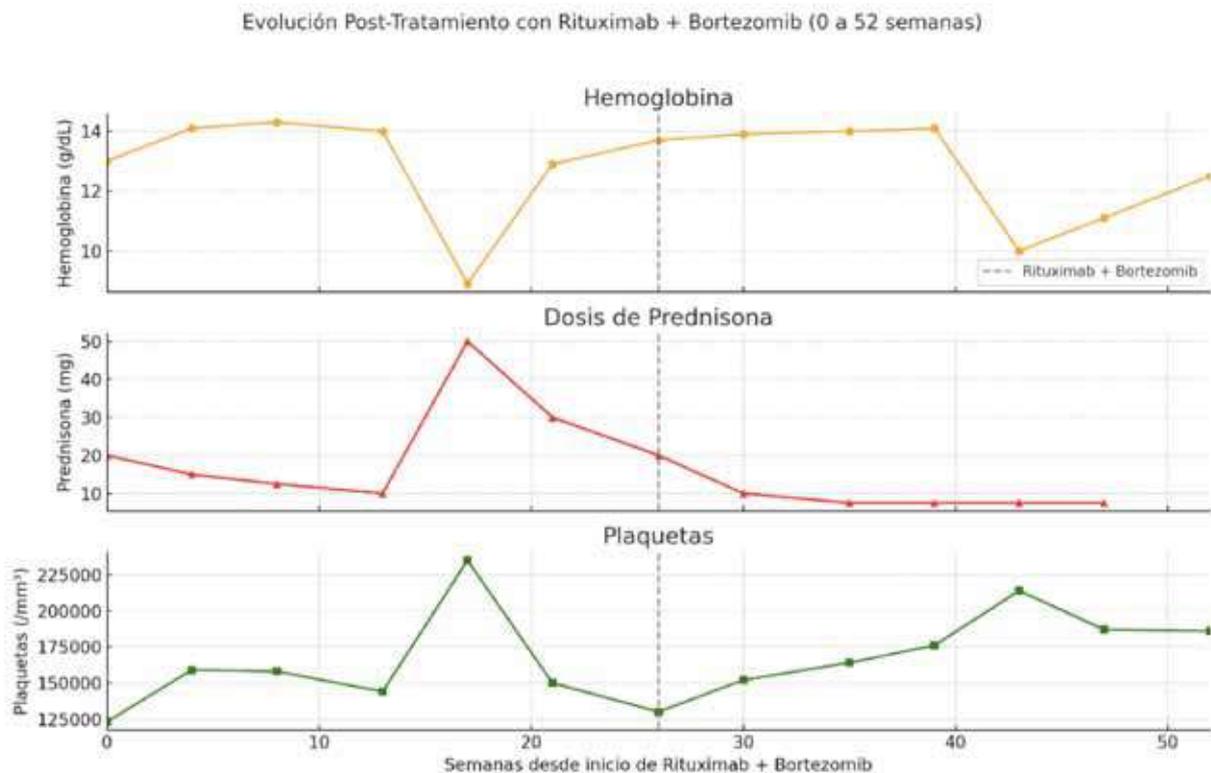
**Caso clínico:** Mujer de 54 años, con obesidad mórbida, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 e hipotiroidismo. Debutó con gingivorragia, equimosis y petequias, constatándose una trombocitopenia autoinmune severa, con un recuento plaquetario de  $40.000/\text{mm}^3$ , que respondió inicialmente a corticoterapia. Dos años después, presentó una anemia hemolítica severa, con descenso de hemoglobina (Hb) hasta 3,5 g/dL. Se realizó un aspirado de médula ósea que evidenció hipocelularidad, hiperplasia eritroide marcada, diseritropoyesis severa y cambios megaloblásticos moderados en las series eritroide y mielóide, sin infiltrado por elementos ajenos a la médula. Recibió tratamiento con IGIV y pulsos de metilprednisolona. Posteriormente, ante una trombocitopenia severa (recuento plaquetario de  $4.000/\text{mm}^3$ ), se indicó un primer esquema con vincristina (2 mg semanales) y rituximab (800 mg semanales) por cuatro dosis, con mantenimiento mediante azatioprina ajustada al peso (hasta 200 mg/día) y prednisona en altas dosis (hasta 75 mg/día). Durante el seguimiento, presentó nuevas recaídas hematológicas, en especial al reducir la dosis de corticoides o ante infecciones. Se rotó el inmunosupresor a micofenolato mofetil (2 g/día), manteniéndose con corticoterapia a altas dosis. Ante nueva recaída severa (Hb 2,5 g/dL), recibió inmunoglobulina sin respuesta, se repitió el esquema con vincristina y rituximab, continuando con micofenolato y prednisona (hasta 150 mg/día), sin lograr la remisión sostenida.

Durante la evolución, se identificó una prueba de antiglobulina directa (PAI) positiva, lo que dificultó la compatibilidad transfusional. Ante las recaídas frecuentes, el requerimiento persistente de altas dosis de corticoides y la aparición de múltiples infecciones graves, incluyendo bacteriemia por *Acinetobacter baumannii*, neumonía por *Pseudomonas aeruginosa*, infecciones urinarias recurrentes y condilomas perianales, se planteó la posibilidad de realizar una esplenectomía. Sin embargo, dicha opción fue descartada posteriormente, tras un episodio de MINOCA y una disección aórtica tipo B.

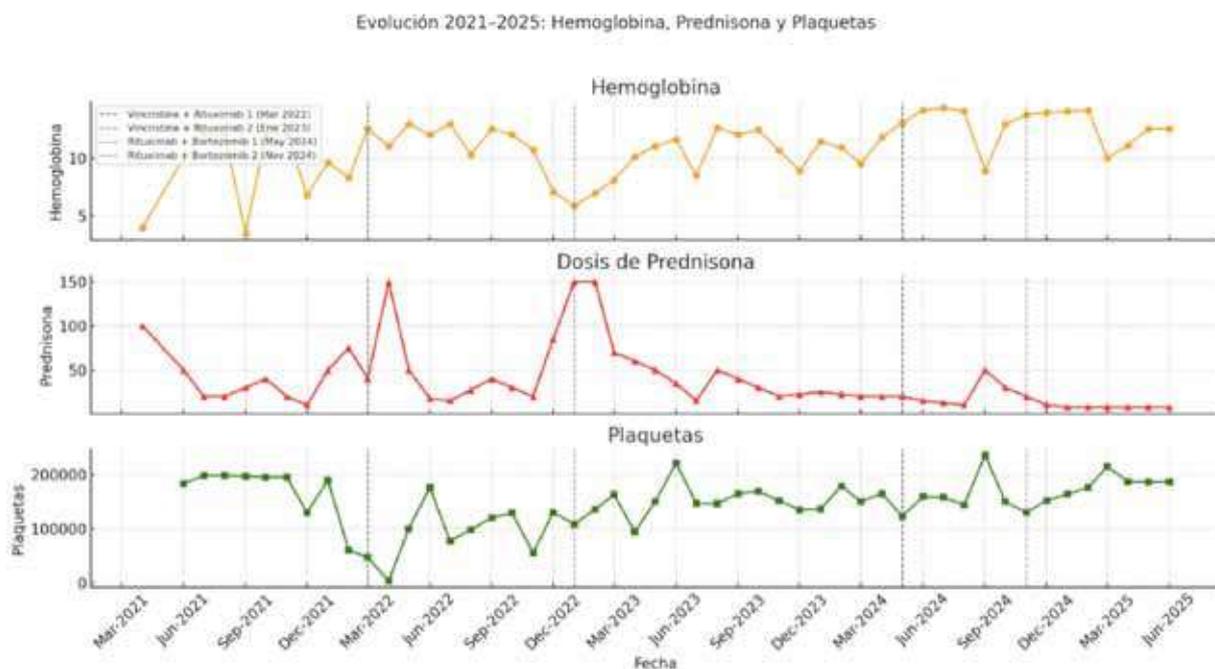
En mayo de 2024, se inició tratamiento con rituximab ( $375 \text{ mg}/\text{m}^2$ , día 1) y bortezomib ( $1,3 \text{ mg}/\text{m}^2$ , días 1, 4, 8 y 11), esquema que se repitió en noviembre del mismo año. Aunque el esquema terapéutico planificado incluía una repetición del ciclo a los tres meses y posteriormente Rituximab 500 mg cada tres meses por 6

meses (2), no pudo completarse debido a la aparición de condilomas compatibles con neoplasia intraepitelial anal de alto grado y un nuevo cuadro infeccioso. Figura 1 y 2.

**Conclusión:** El manejo del SE refractario constituye una entidad desafiante, especialmente en aquellos con comorbilidades y contraindicaciones. En este caso, el esquema de Rituximab con Bortezomib demostró ser



**Figura 1** Evolución de parámetros clínicos tras tratamiento con rituximab y bortezomib. Se muestran los valores de hemoglobina, plaquetas y dosis de prednisona a lo largo de 52 semanas. El tratamiento combinado se indica con línea vertical.



**Figura 1** Evolución de hemoglobina, plaquetas y prednisona entre 2021 y 2025. Se muestran los principales parámetros clínicos en relación con los distintos esquemas inmunosupresores recibidos. Las líneas punteadas marcan los ciclos de vincristina + rituximab y rituximab + bortezomib, observándose mejoría sostenida tras este último.

una alternativa eficaz tras el fracaso de terapias convencionales, logrando un mayor control de la enfermedad, con reducción de corticoides y con ello menor tasa de efectos adversos. Si bien la respuesta fue buena, faltaría observar una evolución a largo plazo de dicha terapia.

**Conflicto de intereses:** Ninguno.

## 068 PRESENTACIÓN CLÍNICA Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA DE LA ÓRBITA: REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS

Raquel Aranda<sup>1</sup>, Yanira Yinde<sup>1</sup>, Nelly Colman<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Reumatología, Asunción, Paraguay.

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria orbitaria (EIO) representa un conjunto de afecciones inflamatorias no infecciosas que afectan la órbita. Generalmente, la EIO aguda se presenta con proptosis, alteración de

la motilidad extraocular, dolor, eritema y quemosis, y representa un diagnóstico de exclusión. Puede afectar varias estructuras oculares como músculos extraoculares, glándula lagrimal, grasa orbitaria, nervio óptico. Es importante descartar enfermedades sistémicas como Sarcoidosis, Poliangeitis microscópica y otras enfermedades del tejido conectivo.

**Caso clínico:** Se reporta el caso de 6 pacientes con enfermedad inflamatoria de la órbita (Tabla 1), evaluados en un servicio de Reumatología entre 2022 y 2025. La edad media fue de 42 años (rango 22–62), con predominio femenino (5/6). Todos los pacientes consultaron por tumoración orbitaria unilateral, dolor ocular en 4/6 pacientes, otros síntomas presentes fueron diplopía (1/6), visión borrosa (1/6), ptosis (1/6) y cefalea (1/6). La proptosis fue el signo clínico presente en el 100 % de los pacientes. El tiempo promedio desde el inicio de los síntomas hasta la primera consulta en Reumatología fue de 19 meses.

**Tabla 1** Pacientes con enfermedad inflamatoria de la órbita. n:6

	#1	#2	#3	#4	#5	#6
Edad en años	62	29	22	47	40	54
Sexo	F	M	F	M	F	F
Procedencia	Caazapá	Gran Asunción	Gran Asunción	Gran Asunción	Gran Asunción	Central
APP	HTA	No	No	No	Enf. ocular por igg4 en OI HTA	HTA
Tabaquismo	No	No	No	No	No	No
Síntomas iniciales	Tumor y dolor ocular en OI.	Tumor, dolor y visión borrosa.	Tumor y dolor en OD	Tumor y diplopía en OD	Tumor y Lagrimeo en OD	Tumor, Ptosis palpebral y dolor OD Cefalea
Hallazgos clínicos	Proptosis en OI	Proptosis en OD	Proptosis leve	Proptosis OD	Proptosis e hiperemia conjuntival en OD	Proptosis OD Eritema OD
Tiempo de inicio de síntomas hasta la consulta en Reumatología	4 AÑOS	2 años	3 años	3 meses	3 meses	2 meses
Patología Autoinmune de base	No	No	No	No	Enf ocular por igg4 por OI	Linfoma Orbitario
Estudios por imagen	TC	RMC cc	TC	TC RMC cc	TC	RM TC
Laboratorio relevante	ANA 1:160 PNGG	ECA neg IgG en rango Anca c - Anca p -	Ro - Anca - SAF +	Ana 1:80 Anca c - Anca p -	Ana -	Ana - Anca - Anti DNA -
Diagnóstico diferencial considerado	Linfoma (descartado)	EO - IgG4 Sarcoidosis Linfoma (Descartados)	Linfoma (descartado)	Vasculitis (descartado)	Orbitopatía tiroidea (descartado)	Linfoma y Vasculitis (descartados)
Biopsia	Realizado (hiperplasia folicular + infiltrado inflamatorio)	Realizado (infiltrado inflamatorio)	Realizado (Hallazgos sugerentes de Dacrioadenitis)	No	Realizado (INH + para Igg4 )	Realizado (Dacrioadenitis crónica inespecífica)
Corticoterapia	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Inmunosupresor recibido	CyC MTX	MMF	MTX AZA	MTX CyC MMF	MTX	CyC MTX
Evolucion	Sin mejoría.	Mejoría total	Remisión	Mejoría parcial	Mejoría parcial	Mejoría total

Abreviaturas: F: femenino; M: masculino; EO-IgG4: enfermedad ocular por IgG4; HTA: hipertensión arterial; SAF: síndrome antifosfolípido; OD: ojo derecho; OI: ojo izquierdo; TC: tomografía computarizada; RM c.c.: resonancia magnética con contraste; ANA: anticuerpos antinucleares; ECA: enzima convertidora de angiotensina; ANCA c/p: anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos tipo c/p; Anti-DNA: anticuerpos anti-ADN; IHQ: inmunohistoquímica; MTX: metotrexato; AZA: azatioprina; MMF: micofenolato de mofetil; CyC: ciclofosfamida.

Los estudios por imágenes revelaron engrosamiento de tejidos orbitarios, afectación muscular o dacrioadenitis. Tres pacientes eran portadores de Hipertensión Arterial primaria y una paciente con diagnóstico previo de enfermedad ocular por IgG4 en el ojo contralateral. Se realizó biopsia orbitaria en 5/6 de los casos, encontrándose en su mayoría infiltrado inflamatorio crónico, hiperplasia folicular, dacrioadenitis y en 1 caso hallazgos compatibles con enfermedad relacionada a IgG4 (1 caso con inmunohistoquímica positiva). Se realizó el diagnóstico de EIO idiopática en 5 pacientes y asociada a IgG4 en 1 solo caso, en el que se descartó afectación de otros órganos. Todos los pacientes recibieron corticoterapia en dosis decrecientes en un promedio de 6 meses, e inmunosupresores (metotrexato, azatioprina, micofenolato o ciclofosfamida), actualmente se mantiene el tratamiento de inmunosupresión en 5/6 de los casos, y una remisión total sin inmunosupresión actual.

**Conclusión:** La enfermedad inflamatoria orbitaria representa un desafío diagnóstico debido a su presentación clínica variable y su similitud con neoplasias, vasculitis e infecciones. La biopsia orbitaria constituye una herramienta fundamental para el diagnóstico y, siempre que se pueda, debería realizarse. El tratamiento actual se basa en el uso de corticoides e inmunosupresores, siendo crucial el diagnóstico precoz. Como se observa en esta serie, la demora en el diagnóstico puede conducir a complicaciones como daño estructural irreversible y pérdida de la visión.

**Conflicto de interés:** Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## 069 SUPERVIVENCIA TERAPÉUTICA SEGÚN MOTIVO DE DISCONTINUACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS: ANÁLISIS DEL REGISTRO BIOBADAGUAY

Paloma de Abreu Trigueros<sup>1</sup>, Sonia Cabrera Villalba<sup>2,3</sup>, Angelica Amarilla Ortiz<sup>2</sup>, Vannia Valinotti<sup>2</sup>, Teresa Chávez<sup>2</sup>, Mariela Zarza Torres<sup>4</sup>, Lourdes Román Ruiz-Díaz<sup>5</sup>, Patricia Melgarejo Paniagua<sup>6</sup>, Astrid Paats<sup>7</sup>, Alexis Pineda<sup>8</sup>, Evelyn Leiva<sup>9</sup>, Zoilo Morel Ayala<sup>10</sup>, Roger Rolón Campuzano<sup>2</sup>, Sany Gómez González<sup>2</sup>, Santiago Ferreira Maidana<sup>3</sup>, Laura Martínez<sup>3</sup>, Claudia Coronel<sup>3</sup>, Raquel Aranda<sup>3</sup>, Paola Pusineri<sup>3</sup>, Paola Jara Gómez<sup>2</sup>, Darwin Cordovilla<sup>11</sup>, Clyde Parodi<sup>3</sup>, Cynthia Vega Balbuena<sup>12</sup>, Carolina Díaz<sup>13</sup>, Sandra Consani<sup>13,14</sup>, Pilar Garino<sup>14</sup>, Sofía Rostán<sup>14</sup>, Alejandro Fernández<sup>13</sup>, Pamela Velázquez<sup>15</sup>, Cristina Brunengo<sup>16</sup>, Pedro Babak<sup>17</sup>, Agustina Maidana<sup>2</sup>, Yanira Yinde<sup>3</sup>, Gabriela Ávila Pedretti<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Sociedad Paraguaya de Reumatología, Asunción, Paraguay.

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

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

<sup>4</sup>Hospital del Ineram, Departamento de Reumatología, Asunción, Paraguay.

<sup>5</sup>Hospital de Villa Elisa, Departamento de Reumatología, Villa Elisa, Asunción, Paraguay.

<sup>6</sup>Hospital Regional de Villarrica, Departamento de Reumatología, Villarrica, Paraguay.

<sup>7</sup>Complejo Santo Domingo, Departamento de Reumatología, Asunción, Paraguay.

<sup>8</sup>Hospital Nacional de Itauguá, Departamento de Reumatología, Itauguá, Paraguay.

<sup>9</sup>Hospital de Nemby, Departamento de Reumatología, Nemby, Paraguay.

<sup>10</sup>Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Facultad de Medicina, Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Reumatología Pediátrica, Asunción, Paraguay.

<sup>11</sup>Hospital Evangélico, Departamento de Reumatología, Montevideo, Uruguay.

<sup>12</sup>Hospital Pediátrico Niños de Acosta Ñu, Reumatología Pediátrica, San Lorenzo, Paraguay.

<sup>13</sup>COSEM Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales, Departamento de Reumatología, Montevideo, Uruguay.

<sup>14</sup>Hospital Maciel, Departamento de Medicina Interna, Montevideo, Uruguay.

<sup>15</sup>Hospital Escuela del Litoral Departamento de Reumatología Paysandú, Uruguay.

<sup>16</sup>Instituto Nacional de Reumatología, Departamento de Reumatología, Montevideo, Uruguay.

<sup>17</sup>Hospital Regional de Encarnación, Departamento de Reumatología, Encarnación, Paraguay.

**Introducción:** La retirada de las terapias biológicas y sintéticas dirigidas en pacientes con enfermedades reumatológicas puede deberse a múltiples causas, siendo las más frecuentes la ineficacia, la remisión clínica y los acontecimientos adversos. Comprender los factores asociados a cada motivo de discontinuación es esencial para optimizar las decisiones terapéuticas. **Objetivos:** Analizar la supervivencia terapéutica según el motivo de discontinuación e identificar factores asociados a la retirada por ineficacia, remisión o acontecimientos adversos en pacientes registrados en BIOBADAGUAY.

**Metodología:** Se analizaron tratamientos del registro paraguayo-uruguayo BIOBADAGUAY de terapias dirigidas con seguimiento de acontecimientos adversos (<https://biobadaguay.ser.es>). Se incluyeron tratamientos correspondientes a pacientes con artritis reumatoide (AR), espondiloartritis (EsP), artritis psoriásica (APSo) y artritis idiopática juvenil (AIJ), registrados hasta diciembre de 2024. Se analizaron 744 eventos de discontinuación. La supervivencia se estimó mediante curvas de Kaplan-Meier y los factores asociados se evaluaron mediante modelos de regresión de Cox.

**Resultados:** De los 744 retiros, 219 (29.4%) fueron por ineficacia, 48 (6.5%) por remisión y 154 (20.7%) por acontecimientos adversos. En relación a la ineficacia,

el diagnóstico de AR se asoció con mayor riesgo de suspensión (HR=1.421;  $p=0.02$ ), mientras que RTX mostró una tendencia hacia menor riesgo (HR=0.628;  $p=0.08$ ). No se hallaron asociaciones significativas con otros fármacos. En la retirada por remisión, la AIJ presentó el mayor riesgo (HR=17.327;  $p<0.005$ ), mientras que la AR se asoció con menor probabilidad de retiro por remisión (HR=0.084;  $p<0.005$ ). No se registraron eventos de retiro por remisión en pacientes tratados con iJAK. Considerando la suspensión del tratamiento por acontecimientos adversos, la AR mostró un mayor riesgo de suspensión (HR=1.902;  $p<0.005$ ), mientras que EsP se asoció con menor riesgo (HR=0.464;  $p=0.01$ ). El uso de inhibidores de IL-6 se relacionó con mayor riesgo de suspensión (HR=1.744;  $p<0.005$ ), a diferencia de anti-TNF, RTX e iJAK, que no mostraron diferencias significativas. En el análisis multivariado, los factores asociados a la retirada por ineficacia fueron el número de ciclos (HR=1.32; IC 95% 1.11–1.58;  $p<0.005$ ) y el uso de corticoides (HR=1.50; IC 95% 1.03–2.17;  $p=0.03$ ). Para la retirada por remisión, AIJ (HR=9.69;  $p<0.005$ ) y mayor número de comorbilidades (HR=2.43;  $p=0.05$ ) fueron predictores independientes. En la retirada por acontecimientos adversos, se asociaron significativamente el uso de inhibidores de IL-6 (HR=1.58; IC 95% 1.06–2.36;  $p=0.03$ ) y la hipertensión arterial (HR=1.66; IC 95% 1.01–2.73;  $p=0.05$ ).

**Conclusion:** Los resultados evidencian que el motivo de discontinuación de las terapias biológicas y sintéticas dirigidas varía según el diagnóstico, el tipo de fármaco y las características clínicas del paciente. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de un abordaje individualizado al momento de iniciar y mantener terapias dirigidas en enfermedades reumatológicas.

**Conflictos de interés:** ninguno.

## 070 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, TERAPÉUTICAS Y COMORBILIDADES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIDROSADENITIS SUPURATIVA EN UN SERVICIO DE DERMATOLOGÍA

Braulio Mauricio Fleitas Goiriz<sup>1</sup>, Aramí María Centurió Villalba<sup>1</sup>, María Eulalia Daiub Franco<sup>1</sup>, Andrea Belén Mongelos Ortiz<sup>1</sup>, Rosalba Elizabeth Riveros Rivarola<sup>1</sup>, Arnaldo Benjamín Feliciano Aldama Caballero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Cátedra de Dermatología, San Lorenzo, Paraguay.

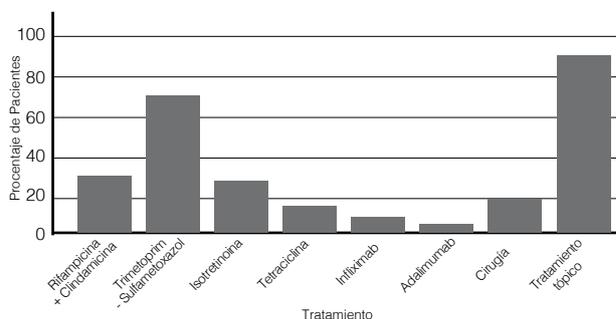
**Introducción:** La hidrosadenitis supurativa (HS) es una dermatosis inflamatoria crónica y recidivante que afecta sobre todo a mujeres jóvenes, genera dolor, supuración y un marcado deterioro psicosocial. La gravedad

se define por la escala de Hurley; los estadios avanzados requieren terapias sistémicas de alto costo (adalimumab, infliximab). Además, la HS se asocia a resistencia a la insulina, obesidad y al síndrome de oclusión folicular, lo que demanda un manejo multidisciplinario. Ante la carencia de datos nacionales, este estudio describe, en un periodo de 29 meses, las características clínicas y la terapéutica aplicada, detallando la epidemiología de los pacientes con medicación biológica en un servicio de Dermatología

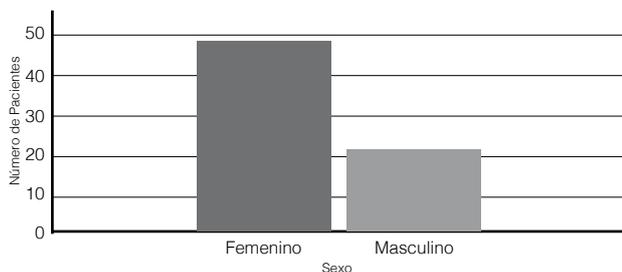
**Objetivo general:** Describir las características clínicas, terapéuticas y comorbilidades de una serie de pacientes con hidrosadenitis supurativa atendidos en el servicio de Dermatología del Hospital de Clínicas.

**Método:** Estudio observacional, descriptivo, corte transversal, retrospectivo. El muestreo fue no probabilístico, casos consecutivos. La población incluida son pacientes de cualquier edad y sexo, diagnosticados con hidrosadenitis por clínica en un Servicio de Dermatología, de enero de 2023 a mayo del 2025. La recolección y procesamiento fue a través de Microsoft Excel 365®. Las variables estudiadas fueron sexo, edad, comorbilidades, regiones anatómicas afectadas, severidad, tratamiento empleado.

**Resultados:** Se incluyeron 62 pacientes con el diagnóstico de hidrosadenitis supurativa. Predominio de pacientes jóvenes ( $25,90 \pm 10,06$  años) y de sexo femenino (79,03 %). En la mayoría de los casos solamente se encuentra afectada una región anatómica (32,26 %). Alta proporción de uso de isotretinoína (75,81 %) y trimetoprim-sulfametoxazol (59,68 %), con un 42 % que recibió rifampicina + clindamicina. El uso de biológicos fue bajo (infliximab 3,23 %; adalimumab 9,68 %). El 62,90 % de la muestra correspondió a Hurley III, reflejando predominio de enfermedad severa. El 61,29 % tenía al menos una patología asociada, siendo la resistencia a la insulina y el síndrome de oclusión folicular las más frecuentes.



**Figura 1** Porcentaje de Pacientes que recibieron cada tratamiento.



**Figura 2** Distribución de Pacientes por Sexo.

**Conclusión:** En esta serie de 62 pacientes con hidrosadenitis supurativa (edad media 25,9 años; 79 % mujeres), más del 60 % presentó enfermedad avanzada (Hurley III). A pesar de ello, sólo el 3,2 % recibió infliximab y el 9,7 % adalimumab, evidenciando una brecha entre la gravedad clínica y el acceso a biológicos. Las comorbilidades metabólicas (resistencia a la insulina 12,9 %, síndrome de oclusión folicular 11,3 %, obesidad 8,1 %) reforzaron la necesidad de un abordaje integral. Estos hallazgos subrayan la urgencia de optimizar la prescripción de terapias biológicas y de implementar un manejo multidisciplinario para mejorar los resultados en pacientes con enfermedad severa.

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

## 071 SUPERVIVENCIA DE TERAPIAS BIOLÓGICAS Y SINTÉTICAS DIRIGIDAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS: ANÁLISIS DEL REGISTRO BIOBADAGUAY

Paloma de Abreu Trigueros<sup>1</sup>, Sonia Cabrera Villalba<sup>2,3</sup>, Angelica Amarilla Ortiz<sup>2</sup>, Vannia Valinotti<sup>2</sup>, Teresa Chávez<sup>2</sup>, Mariela Zarza Torres<sup>4</sup>, Lourdes Román Ruiz-Díaz<sup>5</sup>, Patricia Melgarejo Paniagua<sup>6</sup>, Astrid Paats<sup>7</sup>, Alexis Pineda<sup>8</sup>, Evelyn Leiva<sup>9</sup>, Zoilo Morel Ayala<sup>10</sup>, Roger Rolón Campuzano<sup>2</sup>, Sany Gómez González<sup>2</sup>, Santiago Ferreira Maidana<sup>3</sup>, Laura Martínez<sup>3</sup>, Claudia Coronel<sup>3</sup>, Raquel Aranda<sup>3</sup>, Paola Pusineri<sup>3</sup>, Paola Jara Gómez<sup>2</sup>, Darwin Cordovilla<sup>11</sup>, Clyde Parodi<sup>3</sup>, Cynthia Vega Balbuena<sup>12</sup>, Carolina Díaz<sup>13</sup>, Sandra Consani<sup>13,14</sup>, Pilar Garino<sup>14</sup>, Sofía Rostán<sup>14</sup>, Alejandro Fernández<sup>13</sup>, Pamela Velázquez<sup>15</sup>, Cristina Brunengo<sup>16</sup>, Pedro Babak<sup>17</sup>, Agustina Maidana<sup>2</sup>, Yanira Yinde<sup>3</sup>, Gabriela Ávila Pedretti<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Sociedad Paraguaya de Reumatología, Asunción, Paraguay.

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

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

<sup>4</sup>Hospital del Ineram, Departamento de Reumatología, Asunción, Paraguay.

<sup>5</sup>Hospital de Villa Elisa, Departamento de Reumatología, Villa Elisa, Asunción, Paraguay.

<sup>6</sup>Hospital Regional de Villarrica, Departamento de Reumatología, Villarrica, Paraguay. <sup>7</sup>Complejo Santo Domingo, Departamento de Reumatología, Asunción, Paraguay.

<sup>8</sup>Hospital Nacional de Itauguá, Departamento de Reumatología, Itauguá, Paraguay.

<sup>9</sup>Hospital de Ñemby, Departamento de Reumatología, Ñemby, Paraguay.

<sup>10</sup> Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Facultad de Medicina, Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Reumatología Pediátrica, Asunción, Paraguay.

<sup>11</sup>Hospital Evangélico, Departamento de Reumatología, Montevideo, Uruguay.

<sup>12</sup>Hospital Pediátrico Niños de Acosta Ñu, Reumatología Pediátrica, San Lorenzo, Paraguay.

<sup>13</sup>COSEM Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales, Departamento de Reumatología, Montevideo, Uruguay.

<sup>14</sup>Hospital Maciel, Departamento de Medicina Interna, Montevideo, Uruguay.

<sup>15</sup>Hospital Escuela del Litoral Departamento de Reumatología Paysandú, Uruguay.

<sup>16</sup>Instituto Nacional de Reumatología, Departamento de Reumatología, Montevideo, Uruguay.

<sup>17</sup>Hospital Regional de Encarnación, Departamento de Reumatología, Encarnación, Paraguay.

**Introducción:** El desarrollo de las terapias biológicas y sintéticas dirigidas, ha revolucionado el tratamiento de las enfermedades reumatológicas. Sin embargo, la duración del tratamiento en la práctica clínica puede verse influenciada por múltiples factores, entre ellos la eficacia y seguridad del fármaco, las características clínicas y sociodemográficas del paciente, así como el acceso y la disponibilidad de estas terapias dentro de los distintos sistemas de salud. En este contexto, la evaluación de la retención terapéutica a través de estudios basados en datos de vida real constituye una herramienta clave para comprender el uso y desempeño de estas estrategias terapéuticas.

**Objetivo:** Analizar la supervivencia de las terapias biológicas y sintéticas dirigidas registradas en BIOBADAGUAY e identificar factores asociados a su discontinuación.

**Metodología:** BIOBADAGUAY es el registro paraguayo-uruguayo de acontecimientos adversos en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias bajo tratamiento con terapias dirigidas (<https://biobadaguay.ser.es>). Para el presente trabajo se incluyeron tratamientos utilizados en pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs), espondiloartritis (EsP) y artritis idiopática juvenil (AIJ) incluidos en el Registro BIOBADAGUAY hasta diciembre del 2024. Se estimaron curvas de Kaplan-Meier y se calcularon hazard ratios (HR) mediante modelos de Cox.

**Resultado:** El análisis de supervivencia estratificado por diagnóstico, objetivó que la mediana de supervi-

uencia fue mayor en los pacientes con EsP (314.6 semanas; IC 95%, 248.9–422.0), y que la AIJ presentó la menor mediana de supervivencia (149.0 semanas; IC 95%, 119.9–190.6). En el análisis multivariado, la AIJ se asoció significativamente a un mayor riesgo de discontinuación del tratamiento (HR=1.626; IC 95% 1.309–2.019;  $p<0.005$ ), comparado con el resto de diagnósticos. El diagnóstico de EsP mostró una tendencia no significativa hacia una mejor supervivencia (HR=0.812; IC 95% 0.655–1.005;  $p=0.06$ ). Al analizar la supervivencia considerando los fármacos, se objetivó la mayor mediana de supervivencia en el grupo tratado con inhibidores de IL-6 (367.9 semanas; IC 95% 186.7–421.7), seguido de rituximab (RTX: 269.6 semanas; IC 95% 189.1–316.4) y anti-TNF (256.4 semanas; IC 95%, 207.3–284.4). En el caso de los inhibidores de JAK (iJAK), no se alcanzó la mediana de supervivencia, aunque se estimó una supervivencia al 80% de 195.4 semanas (IC 95%, 57.7–195.4). En el análisis multivariado, el diagnóstico de artritis idiopática juvenil (AIJ) mostró tendencia hacia un mayor riesgo de suspensión (HR=1.296; IC 95% 0.969–1.734;  $p=0.08$ ), sin alcanzar significancia estadística en el modelo ajustado.

**Conclusiones:** Los resultados del análisis de supervivencia muestran que la retención de terapias está influida por múltiples factores, incluyendo el diagnóstico subyacente, el tipo de agente biológico y las características clínicas de los pacientes. Estos hallazgos refuerzan la importancia de los estudios observacionales basados en evidencia de vida real para evaluar la efectividad terapéutica a largo plazo en condiciones de uso rutinario, más allá de los ensayos clínicos controlados.

**Conflicto de interés:** Los autores no declaran conflictos de interés.