

ÁREA TEMÁTICA

01 Artritis Reumatoide

001 ARTRITIS REUMATOIDE: MÁS ALLÁ DE LAS ARTICULACIONES

Sonia Cabrera-Villalba^{1,2}, Lourdes Román³, Paola Pusineri², Raquel Aranda², Santiago Ferreira², Vannia Valinotti¹, Astrid Paats², Paola Jara¹, Angélica Amarilla¹, Mariela Zarza^{1,3}, Evelyn Leiva¹, Teresa Chavez^{1,3}, Sebastián Alderete², Gabriela Avila-Pedretti^{1,2}, Paloma De Abreu⁴

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

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

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

⁴Sociedad Paraguaya de Reumatología, Asunción, Paraguay.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica, autoinmune y sistémica, que afecta preferentemente a las articulaciones. Sin embargo, puede cursar con manifestaciones extraarticulares (MExA), las cuales se asocian a un peor pronóstico de la enfermedad.

Objetivo: Describir la frecuencia de las manifestaciones extraarticulares en pacientes con AR y analizar su relación con las características clínicas de la enfermedad.

Métodos: Estudio descriptivo, analítico, transversal, de una cohorte de pacientes con AR. Se evaluaron variables epidemiológicas (i.e. sexo, edad, escolaridad, procedencia), clínicas (i.e. duración de la enfermedad, MExA como enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), nódulos reumatoides, ojo seco, entre otras), comorbilidades, articulaciones comprometidas, actividad de la enfermedad (DAS28), tratamiento recibido, así como variables laboratoriales y radiográficas. Las variables cualitativas se expresan en frecuencias y porcentajes, y las cuantitativas en medias con desvío estándar. Se aplicó el test t de Student o el Chi cuadrado, según corresponda. Además el análisis multivariado por regresión logística binaria para identificar asociaciones entre variables. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS V. 23.0.

Resultados: Se incluyeron 430 pacientes, 87% eran mujeres, en su mayoría procedentes de Gran Asunción (56,5%). La edad promedio fue de $56,1 \pm 14,2$ años, con una media de duración de la enfermedad de $12,03 \pm 8,9$ años. El 69,3 % estaba con metotrexato y el 33,7% con terapia biológica. 146 pacientes (34,2%) presentaron al menos una manifestación extraarticular, siendo las más frecuentes: ojo seco (60,3%), nódulos reumatoides (26,7%), EPID (25,3%). La media de número de MExA fue de $1,2 \pm 0,4$, rango de 0-3. Al analizar la relación entre la presencia de MExA y las características de la AR, se encontró que los pacientes con AR con MExA tenían mayor edad ($58,1 \pm 12,7$ vs. $55,1 \pm 14,8$ años; $p = 0,03$), mayor promedio de duración de enfermedad ($14,7 \pm 9,1$ vs. $10,7 \pm 8,4$ años; $p < 0,001$), fundamentalmente más de 10 años de evolución (63,77 % vs. 41,98 %; $p < 0,001$). Asimismo, presentaban menor escolaridad (básica) (45,95 % vs. 23,35 %; $p = 0,023$),

Tabla 1 Pacientes con Artritis Reumatoide con y sin manifestaciones extraarticulares.

Pacientes con AR	Manifestaciones Extraarticulares sí	Manifestaciones Extraarticulares no	p
Sexo Femenino n (%)	130/146 (89,04)	241/281 (85,8)	0,3
Edad actual, años, media $\pm$ DE	58,1 $\pm$ 12,7	55,1 $\pm$ 14,8	0,03
Duración de enfermedad, años, media $\pm$ DE	14,7 $\pm$ 9,1	10,7 $\pm$ 8,4	0,00
Duración de enfermedad			
<5 años n (%)	21/138 (15,2)	83/262 (31,7)	0,00
6-10 años n (%)	19/138 (13,8)	50/262 (19,1)	0,2
>10 años 198/400 n (%)	88/138 (63,8)	110/262 (41,9)	0,00
Procedencia			
Asunción n (%)	28/144 (19,4)	58/280 (20,7)	0,6
Gran Asunción n (%)	86/144 (59,7)	154/280 (55)	
Interior n (%)	30/144 (20,8)	68/280 (24,2)	
Escolaridad, media $\pm$, años	10,1 $\pm$ 4,9	11,6 $\pm$ 4,4	0,02
Escolaridad			
0-6 años	51/111 (45,9)	60/257 (23,4)	0,03
7-12 años	43/128 (33,6)	88/240 (36,7)	0,6
>12 años	36/128 (28,1)	98/240 (40,5)	0,01
FR + n, (%)	117/143 (81,8)	207/273 (75,8)	0,2
FR >3 VN n, (%)	89/123 (72,4)	153/244 (62,7)	0,2
anti-CCP + n (%)	108/141 (76,6)	203/265 (76,6)	0,9
anti-CCP >3 VN	89/123 (72,4)	166/231 (71,9)	0,9
Erosiones n(%)	56/135 (41,5)	93/265 (35,1)	0,2
IMC media $\pm$ DE	28,05 $\pm$ 7,1	29,32 $\pm$ 5,9	0,1
DAS 28 media $\pm$ DE	4,5 $\pm$ 1,5	3,07 $\pm$ 1,2	0,4
Tratamiento			
Metotrexato n (%)	106/146 (72,6)	190/281 (67,6)	0,3
Leflunomida n(%)	63/146 (43,2)	130/281 (46,3)	0,5
Terapia Biológica n (%)	58/146 (39,7)	87/281 (30,9)	0,07

DE: desviación estándar, FR factor reumatoide, anti-CCP: anti cuerpo anti péptido cíclico citrilinado, VN: valor normal, IMC: índice de masa corporal.

mayor frecuencia de hipertensión arterial (52,05 % vs. 40,88 %; $p = 0,02$) y uso más frecuente de rituximab (19,30 % vs. 3,45 %; $p = 0,02$). No se encontraron otras diferencias (Tabla 1). La duración de enfermedad fue un factor de riesgo de presentar MExA (OR: 1,044; IC 95%: 1,016–1,072; $p = 0,002$), no se encontraron otras asociaciones significativas.

Conclusiones: en la cohorte analizada se observó una frecuencia de 34,1% de MExA, siendo las más frecuentes el ojo seco, los nódulos reumatoides y EPID. Se identificó una asociación significativa entre la presencia de MExA y mayor edad, mayor duración de la enfermedad y menor nivel de escolaridad. La duración de la enfermedad se comportó como un factor de riesgo para el desarrollo de MExA. Estos hallazgos destacan la importancia de un control riguroso de la artritis reumatoide y la necesidad de realizar una búsqueda sistemática de manifestaciones extraarticulares en la práctica clínica.

Conflicto de interés: ninguno.

002 VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA COMO MANIFESTACIÓN SEVERA EN ARTRITIS REUMATOIDE

Rudy Rancell Rolón Ramírez¹, Verónica Clotilde Rodríguez Rodríguez¹, Paula Antonella Aquino Vignola¹, Cecilia Rosmary Méndez Fernández¹, Jorge Luis Cano González¹, Miguel Ángel Valdes Faria¹

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

Introducción: La vasculitis leucocitoclástica (VL) es una inflamación de pequeños vasos que puede manifestarse de forma secundaria a enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide (AR), así como a infecciones o fármacos. Su reconocimiento temprano es crucial para evitar secuelas graves.

Caso clínico: Mujer de 44 años, con antecedentes de AR diagnosticada hace 15 años que abandonó medicación dos años previos al ingreso, hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y síndrome de Cushing iatrogénico, acude por necrosis distal en dedos de manos y pies. Presentaba lesiones eritematosas dolorosas, que evolucionaron a coloración violácea y luego negruzca. Al examen físico, destacaban lesiones ulceradas en extremidades, equimosis y estrías rojo-vinosas. Laboratorios mostraron FR y anti-CCP positivos, perfil ANA y SAF negativos. Se descartaron causas infecciosas mediante hemocultivos, serologías y estudios por imágenes. La biopsia de piel confirmó vasculitis leucocitoclástica. Recibió tratamiento inmunosupresor con ciclofosfami-

da y metotrexato, tras profilaxis antiviral por IgM CMV reactiva. La evolución fue favorable, deteniéndose la progresión de las lesiones. Se realizó amputación distal de dedos afectados. Fue dada de alta en seguimiento por reumatología, dermatología y traumatología, con planes de continuar terapia inmunosupresora ambulatoria.

Conclusión: La vasculitis leucocitoclástica puede presentarse como manifestación severa en pacientes con AR, con riesgo de necrosis tisular si no se trata oportunamente. Este caso destaca la importancia de un enfoque multidisciplinario, diagnóstico precoz y tratamiento inmunosupresor ajustado, considerando siempre el estado inmunológico e infeccioso del paciente.

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

003 PRESENCIA DE HIPOTIROIDISMO EN UNA COHORTE DE PACIENTES PARAGUAYOS CON ARTRITIS REUMATOIDE

Vannia Valinotti¹, Angélica Amarilla¹, Evelyn Leiva^{1,3}, Mariela Zarza^{1,3}, Astrid Paats^{2,3}, Paola Pusineri¹, Santiago Ferreira², Paloma De Abreu⁴, Lourdes Román^{1,3}, Teresa Chávez^{1,3}, Raquel Aranda², Paola Jara¹, Sebastián Alderete², Sany Gomez¹, Gabriela Avila-Pedretti^{1,2}, Sonia Cabrera-Villalba^{1,2}

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

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

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

⁴Sociedad Paraguaya de Reumatología, Asunción, Paraguay.

Introducción: El diagnóstico de artritis reumatoide (AR) conlleva mayor riesgo de desarrollar patologías tiroideas, en especial hipotiroidismo. La coexistencia de estas entidades es sugerente de enfermedad articular más agresiva y peor pronóstico, además de implicancias directas sobre la respuesta inicial al tratamiento. Objetivo: Determinar la frecuencia de hipotiroidismo y los factores relacionados con su presencia en pacientes con AR.

Métodos: Estudio descriptivo y analítico de corte transversal de una cohorte de pacientes con AR establecida, según criterios ACR/EULAR 2010. Se determinaron variables epidemiológicas (i.e. sexo, edad) y clínicas (i.e. DAS28, duración de la enfermedad), laboratoriales (i.e. FR, anti CCP, dosaje de hormonas tiroideas, anti TPO) y radiográficas. Se determinó la presencia de hipotiroidismo según los criterios de la American Thy-

roid Association (ATA). Las variables cualitativas se expresan en frecuencias y porcentajes y las cuantitativas en medias con el desvío estándar. Se utilizó el T test de student o chi cuadrado según el tipo de variables. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS V.23.0.

Resultados: Se incluyeron un total de 430 pacientes con diagnóstico de AR, 87% mujeres, media de edad $56,04 \pm 14,17$ años, con una duración de enfermedad media de $12,03 \pm 8,89$ años. La media del dosaje de TSH de los pacientes incluidos fue de $2,62 \pm 2,13$ mUI/L. Del total, el 12,8% tenía diagnóstico confirmado de hipotiroidismo y, desde el punto de vista funcional, 0,8% presentaron hipotiroidismo primario, 7,9% hipotiroidismo subclínico y 1,2% hipotiroidismo central. En el análisis de asociación, se observó una relación significativa entre hipotiroidismo y la presencia de anticuerpos anti-TPO ($p < 0,00001$), lo cual sugiere una etiología autoinmune compartida. En tanto que, al analizar las características de la AR con la presencia o no de hipotiroidismo, se encontró tendencia a la relación entre hipotiroidismo subclínico con la edad ($p = 0,09$) y con la presencia de erosiones ($p = 0,08$); así como asociación entre hipotiroidismo primario y duración de la enfermedad ($p = 0,08$). Por su parte, la presencia de hipotiroidismo clínico se relacionó con una duración de la enfermedad menor a 5 años ($p = 0,01$) y una alta actividad de la enfermedad ($p = 0,007$); mientras que el hipotiroidismo subclínico se asoció con uso de glucocorticoides ($p = 0,05$).

Conclusiones: La presencia de hipotiroidismo en esta cohorte de pacientes con AR es similar a las descritas en otras series, y presenta una relación con menor duración de la enfermedad, alta actividad de la enfermedad y el uso de glucocorticoides.

Conflicto de interés: Ninguno.

004 CONSUMO DIARIO DE CALCIO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Paola Pusineri^{1,2}, Sonia Cabrera-Villalba^{1,2}, Claudia Coronel¹, Santiago Ferreira¹, Raquel Aranda¹, Sebastián Alderete¹, Alicia Quiñónez¹, Laura Martínez¹, Gabriela Ávila-Pedretti^{1,2}

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

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

Introducción: Los pacientes con Artritis Reumatoide (AR) son especialmente susceptibles a una mayor pérdi-

da mineral ósea, asociada al consumo prolongado de corticosteroides, inflamación crónica y sedentarismo. La ingesta diaria recomendada de calcio (IDR), según la Organización Mundial de la Salud, se estima entre 1000 y 1200 miligramos diarios para mantener el metabolismo óseo adecuado y prevenir la osteoporosis. Actualmente, la proporción de pacientes con AR que logra alcanzar la IDR no ha sido suficientemente caracterizada en la práctica clínica local.

Objetivo: Evaluar el consumo de calcio en pacientes con AR a través de la dieta y el cumplimiento de la ingesta diaria recomendada (IDR).

Métodos: Se recolectaron datos de 90 pacientes con diagnóstico de AR mediante una encuesta que evaluó el consumo diario estimado de calcio proveniente de diferentes grupos alimentarios: cereales, lácteos, carnes y suplementos. Se estableció un punto de corte de 1000 mg/día como referencia para el cumplimiento de la IDR. Se recolectaron además datos epidemiológicos (i.e. sexo, edad, menopausia) y clínicos (duración de enfermedad, densitometría ósea normal, osteopenia y osteoporosis). Para el análisis de los datos, se emplearon pruebas de chi-cuadrado para evaluar asociaciones, y pruebas t de Student y U de Mann-Whitney para la comparación de medias.

Resultados: se incluyeron 90 pacientes con AR, con una edad promedio de 57,3 años ($\pm 14,9$). El 84,7% fueron mujeres ($n = 76$). La media de la duración de enfermedad fue de 15,8 años ($\pm 9,8$). El 67% de los pacientes alcanzó la IDR de calcio. De ellos, 51 pacientes (86%) lo hicieron gracias al consumo de suplementos, mientras que sólo 8 pacientes (14%) lo lograron exclusivamente mediante alimentación. Asimismo, 19 pacientes alcanzaron la IDR únicamente a partir del consumo de lácteos. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de más de 400 mg/día de calcio proveniente de lácteos (2 porciones) y alcanzar la IDR ($\chi^2 = 18,22$; $p < 0,001$), así como entre el consumo de suplementos y alcanzar la IDR ($\chi^2 = 20,03$; $p < 0,001$). En el subgrupo de mujeres posmenopáusicas ($n = 46$), el 56,5% presentaba osteopenia u osteoporosis. Al comparar el consumo total de calcio entre las pacientes con y sin alteraciones en la densitometría ósea, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($t = 1,28$; $p = 0,219$).

Conclusiones: Una alta proporción de pacientes con AR alcanzó la IDR, aunque en la mayoría de los casos esto se logró mediante suplementos, sólo una pequeña proporción de pacientes alcanzó la IDR exclusivamente con la dieta. En mujeres postmenopáusicas, no se encontró relación significativa entre el consumo de calcio

y la presencia de alteraciones en la densitometría ósea. Se plantea ampliar el estudio a una muestra mayor para validar los hallazgos preliminares.

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

005 ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Martín Andrés Pérez Estigarribia¹, Elena Carmin Portillo Verón¹, Rilci Araceli Acosta Sánchez¹, Sandra Romina Bazán Montiel¹

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

Introducción: El síndrome de psicoterapia tiene un impacto negativo significativo en la calidad de vida de los pacientes crónicos al prolongar la duración de la enfermedad, la mortalidad y los costos asociados, y reducir el esfuerzo para tratar las enfermedades reumáticas.

Objetivo: Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión, en pacientes con artritis reumatoide tratados en el servicio de reumatología de enero a diciembre 2024.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, transversal, para la valoración de la depresión y ansiedad se utilizó el cuestionario de HADS (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión).

Resultados: Se incluyó a un total de 95 pacientes en seguimiento por artritis reumatoidea, la edad promedio fue de $50,2 \pm 12,5$ años. Según franja etaria, 33,6% presentaron edades comprendidas entre 42 y 51 años, 21,0% de 52 a 61 años y 17,8% de 32 a 41 años. 84,2% fueron de sexo femenino. La frecuencia de ansiedad fue del 26,3% y 9,47% de depresión. Entre los pacientes en tratamiento con tocilizumab ($n=47$), el 14,8% presentaron depresión y 34,0% trastorno de ansiedad. De los pacientes en tratamiento con FAMES ($n=47$), 2,12% tuvieron depresión, 19,1% ansiedad. De los que recibieron adalimumab/etanercept ($n=15$), el 6,6% presentaron depresión y ningún caso de ansiedad.

Conclusión: La frecuencia de ansiedad y depresión fue elevada, se obtuvo mayor predominio en las mujeres. La mayor frecuencia de los casos se encontró en los tratados con Tocilizumab.

Conflicto de interés: no se declara conflicto de intereses.

006 VDRL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: FRECUENCIA, FALSOS POSITIVOS Y SU ASOCIACIÓN CON CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD

Santiago Ferreira-Maidana¹, Astrid Paats^{1,5,6}, Teresa Chávez^{2,3,6}, Mariela Zarza^{1,2,4,6}, Paola Jara^{2,6}, Angélica Amarilla^{2,6}, Lourdes Román^{2,3,6}, Paola Pusineri^{1,2,6}, Vannia Valinotti^{2,6}, Raquel Aranda¹, Evelyn Leiva^{1,2,6}, Sebastián Alderete¹, Claudia Coronel¹, Gabriela Avila^{1,2,6}, Paloma De Abreu⁶, Sonia Cabrera-Villalba^{1,2,6}

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

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

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

⁴Instituto de Enfermedad Respiratorias y del Ambiente, Asunción, Paraguay.

⁵Complejo Santo Domingo, Asunción, Paraguay.

⁶Sociedad Paraguaya de Reumatología, Asunción, Paraguay.

Introducción: La sífilis sigue siendo prevalente en Paraguay, sin tendencia al descenso según datos de la OPS. Conocida como “la gran imitadora”, puede presentar manifestaciones musculoesqueléticas similares a la artritis reumatoide (AR). A su vez, la AR puede generar falsos positivos en pruebas no treponémicas, por lo que es fundamental conocer la frecuencia real de sífilis y de falsos positivos en esta población.

Objetivo: Determinar la frecuencia de VDRL y VIH en pacientes con AR y su relación con las características de la enfermedad.

Métodos: Estudio observacional, analítico y transversal, realizado en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de AR (criterios ACR/EULAR 2010) y serología VDRL solicitada durante el año 2024. Se evaluaron variables sociodemográficas (i.e. sexo, estado civil, procedencia), clínicas (i.e. duración de enfermedad, forma de inicio, manifestaciones extraarticulares), laboratoriales (i.e. Factor Reumatoideo (FR), anti-CCP), radiográficas (erosiones) y tratamiento (fármacos anti-reumáticos modificadores de la enfermedad (FAMES) convencionales, biológicos, combinación). Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes, y las cuantitativas en medias $\pm$ desviación estándar. Para las comparaciones se aplicaron pruebas no paramétricas (Mann-Whitney), Chi cuadrado o Fisher según corresponda. Se utilizó IBM SPSS v30. Los pacientes con VDRL reactiva fueron reclasificados según FTA-ABS para el análisis, excluyendo a aquellos resultados pendientes.

Resultados: Se incluyeron 284 pacientes con AR, con una edad media de $55,2 \pm 13,8$ años, 87,3% eran mu-

Tabla 1 Distribución sociodemográfica y características clínicas según FTA-ABS en pacientes con artritis reumatoide y VDRL reactivo.

Variable	FTA-ABS positivo (n=8)	Manifestaciones Extraarticulares no	p
Edad años, media $\pm$ DE	57,9 $\pm$ 8,6	50,2 $\pm$ 7,3	0,23
Sexo masculino n (%)	5 (62,5)	2 (50,0)	0,59
Sexo femenino n (%)	3 (37,5)	2 (50,0)	0,59
Estado civil Soltero n (%)	2 (25,0)	1 (25,0)	0,31
Estado civil casado n (%)	5 (62,5)	2 (50,0)	0,31
Estado civil divorciado n (%)	1 (12,5)	1 (25,0)	0,31
Procedencia: Asunción n (%)	2 (25,0)	1 (25,0)	0,33
Procedencia: Central n (%)	4 (50,0)	2 (50,0)	0,33
Procedencia: Interior n (%)	2 (25,0)	1 (25,0)	0,33
Escolaridad años, media $\pm$ DE	9,5 $\pm$ 4,7	10,2 $\pm$ 5,1	0,79
FR positivo n (%)	7 (87,5)	4 (100)	0,46
FR >3 VN n (%)	6 (75,0)	4 (100)	0,30
Anti-CCP positivo n (%)	7 (87,5)	2 (50,0)	0,24
Anti-CCP >3 VN n (%)	6 (75,0)	2 (50,0)	0,26
Erosiones presentes n (%)	3 (37,5)	2 (50,0)	0,39
CDAI, media $\pm$ DE	9,3 $\pm$ 6,0	12,8 $\pm$ 7,3	0,28

DE: desviación estándar. FR: factor reumatoide, anti-CCP: anticuerpo anti-péptido cíclico citrulinado, >3 VN: Mayor a tres veces el valor normal. CDAI: Índice de Actividad Clínica de la Enfermedad.

jes, con una media de duración de enfermedad de 12 $\pm$ 8,94 años. La mayoría procedía de Central (58,5%). El 54,9% estaban casados y 30,3% solteros. La media de años de estudio fue de 11,36 $\pm$ 4,46 años. El 79,6% presentaba FR positivo (n=280) y el 78% (277) tenía anti-CCP positivo. El 36,7% tenía erosiones y 33,8% presentaba manifestaciones extraarticulares. El 56,3% recibía solo FAMES convencionales, 41,9% combinaba FAMES convencionales y biológicos. Según CDAI, el 43,7% tenía baja actividad, 28,9% estaba en remisión, 21,1% con actividad moderada y 6,3% con alta. Catorce pacientes (4,9%) tuvieron VDRL inicial reactivo, de los cuales 8 fueron confirmados por FTA-ABS (2,8%), 4 falsos positivos (1,4%) y 2 pendientes (Tabla 1). No hubo VIH positivos. Al comparar las características de la AR entre los pacientes con o sin VDRL reactivo se encontró una asociación significativa entre VDRL reactivo inicial y una mayor edad (p = 0,006). Sin embargo, al analizar los datos confirmados con FTA-ABS, no se observó asociación significativa con la edad, procedencia, estado civil, escolaridad, FR, anti-CCP, erosiones, manifestaciones extraarticulares, actividad de la enfermedad medida por CDAI y tratamiento.

Conclusiones: La frecuencia de VDRL reactivo fue baja en pacientes con AR y tratamiento inmunosupresor. Uno de cada 3 a 4 resultados reactivos no se debió a infección por sífilis, resaltando la necesidad de confirmar todo VDRL reactivo con una prueba treponémica. El VDRL reactivo se asoció a una mayor edad. Ningún paciente presentó VIH positivo.

Conflicto de Intereses: Ninguno.

007 SARCOPENIA EN ARTRITIS REUMATOIDE: FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

Santiago Ferreira-Maidana¹, Felicia Almada¹, Claudia Coronel¹, Sonia Cabrera-Villalba¹, Yanira Yinde¹

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

Introducción: La sarcopenia se caracteriza por pérdida de fuerza y masa muscular, afectando la funcionalidad y el pronóstico. Aunque asociada a edades avanzadas, puede presentarse precozmente en patologías crónicas como la Artritis Reumatoide (AR).

Objetivo: Determinar la frecuencia de sarcopenia en pacientes con AR, según criterios EWGSOP2 (European Working Group on Sarcopenia in Older People), y analizar su asociación con variables clínicas, actividad de la enfermedad y tratamiento recibido.

Métodos: Estudio observacional, transversal y analítico. En pacientes mayores de 18 años, diagnosticados con AR (ACR/EULAR 2010). Se excluyeron comorbilidades y deformidades que interfirieran en la evaluación del estudio y fichas incompletas. Se relevaron variables sociodemográficas (edad, sexo, índice de masa corporal [IMC], escolaridad, procedencia), clínicas (duración de enfermedad, manifestaciones extraarticulares), serológicas (Factor reumatoide [FR], anti-CCP, y valores >3 veces el valor normal [>3 VN]), radiográficas (erosiones), actividad de la enfermedad (índice CDAI) y tratamiento (uso y dosis de prednisona, uso de fármacos modificadores de la enfermedad [FAMES] y biológicos). La sarcopenia se clasificó según criterios EWGSOP2 en Sarcopenia probable (SP) (fuerza muscular baja medida con dinamómetro Camry EH101), Sarcopenia confirmada (SC) (fuerza muscular baja + masa muscular baja por bioimpedancia Omron HBF-514C) y Sarcopenia grave (SG) (confirmada + velocidad de marcha <0,8 m/s en test de 6 metros). Se usó SPSS v30 y pruebas de Chi², exacta de Fisher y U de Mann-Whitney (p<0,05).

Resultados: Se analizaron 67 pacientes, de los cuales el 77,6% eran mujeres, con una edad media de 52,8 $\pm$ 16,0 años y una duración promedio de enfermedad de 10,1 $\pm$ 7,5 años. El IMC promedio fue 27,0 $\pm$ 5,3 kg/m². Según los criterios EWGSOP2, 24 pacientes (35,8%) presentaron sarcopenia probable (SP), 5 (7,5%) sarcopenia confirmada (SC) y 1 (1,5%) sarcopenia grave (SG). En cuanto al patrón articular inicial, predominó el compromiso poliarticular en 49 pacientes (73,1%), oligoarticular en 16 (23,9%) y monoarticular en 2 (3,0%). El FR fue positivo en 48 pacientes (71,6%) y los anti-

Tabla 1 Perfil Sociodemográfico, clínico, Serológico y radiográfico según Sarcopenia Probable o Confirmada.

Variable	SP (n=24)	SC (n=5)
Edad media de años, DE	51,8±14,6 (p=0,642)	59,2±13,4 (p=0,221)
Sexo femenino (%)	79,2% (p=1,000)	60,0% (p=0,346)
IMC medio (kg/m²), DE	25,9±5,3 (p=0,127)	23,7±2,9 (p=0,195)
CDAI promedio, DE	13,5±8,1 (p=0,002)	10,8±5,4 (p=0,401)
Uso de prednisona (%)	72,2% (p=<0,001)	80,0% (p=0,705)
Dosis prednisona (mg), DE	6,9±3,3 (p=<0,001)	6,8±2,8 (p=0,944)
FR positivo (%)	66,7% (p=0,122)	100% (p=0,029)
FR >3VN (%)	62,5% (p=1,000)	100% (p=0,143)
Anti-CCP positivo (%)	70,8% (p=0,572)	80,0% (p=0,705)
Anti-CCP >3VN (%)	66,7% (p=1,000)	80,0% (p=0,481)
Erosiones (%)	33,3% (p=1,000)	20,0% (p=0,637)

DE: desviación estándar, FR: factor reumatoide, anti-CCP: anticuerpo anti-péptido cíclico citrulinado, >3 VN: Mayor a tres veces el valor normal. CDAI: Índice de Actividad Clínica de la Enfermedad.

cuerpos anti-CCP en 49 (73,1%). Se identificaron erosiones en 18 de los 53 pacientes con datos disponibles (34,0%). Las manifestaciones extraarticulares más frecuentes fueron ojo seco en 15 pacientes (22,4%) y enfermedad pulmonar intersticial en 4 (6,0%). En el análisis bivariado, se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de SC y la seropositividad para FR ($p = 0,029$). Respecto a la SP, se encontró asociación estadísticamente significativa con el CDAI ($p = 0,002$), el uso de prednisona y su dosis $6,9 \pm 3,3$ mg/día ($p < 0,001$), (Tabla 1). No se halló asociación con los grupos de tratamiento divididos por FAMES ni biológicos.

Conclusión: La sarcopenia probable fue frecuente (35,8%), mientras que la confirmada y grave fueron poco prevalentes. La SC solo se asoció con FR positivo. La SP se relacionó con mayor actividad (CDAI), uso de prednisona y su dosis. La frecuencia de SC fue menor a la reportada global y regionalmente; la SP fue similar a datos internacionales, pero menor a regionales. A nivel nacional, los valores fueron comparables, aunque en otras poblaciones.

Conflicto de intereses: Ninguno.

008 COMORBILIDADES Y SU ASOCIACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Lourdes María Graciela Roa Rolón¹, Silvia Araceli Pavón Hermosa¹, Rilci Araceli Acosta Sánchez¹, Analía Jazmín Chamorro Flores¹

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

Introducción: La mayoría de los pacientes portadores de artritis reumatoide (AR) padecen también otras enfermedades. Varios estudios analizan la prevalencia de

comorbilidades y su conexión con peores resultados, como se observa en los mayores índices de actividad inflamatoria (CDAI y DAS28).

Objetivo: Determinar la presencia de comorbilidades y su relación con la actividad de la enfermedad en pacientes con diagnóstico de AR, en seguimiento por consultorio de Reumatología, en el periodo comprendido de enero a diciembre de 2024.

Métodos: Estudio transversal, analítico, donde se incluyeron a todos los pacientes con AR en seguimiento. Resultados: Se incluyeron 311 casos, la edad media fue de 55,2 años, 56,6% procedentes de Central, 63,3% portan la enfermedad de 0 a 10 años, 64,0% presentó seropositividad para factor reumatoide, 62,1% anti CCP positivo, las manifestaciones extraarticulares y las erosiones correspondieron a 73 (23,5%) y 78 (25,1%) casos, respectivamente. De las manifestaciones clínicas, las erosiones articulares se encontraron en un 25,1%; sobre el tratamiento, 64,4% utilizó metotrexate; de las comorbilidades investigadas, la hipertensión arterial fue la más frecuente (44,4%); del nivel de actividad de la enfermedad, el 41,2% se encontraba en remisión según el DAS28, 48,9% en remisión según escala CDAI; relacionando las comorbilidades con el nivel de actividad, se reporta que la presencia de comorbilidades presentó una asociación significativa con el nivel de actividad con una $p=0,02$.

Conclusión: Se encontró asociación significativa entre la presencia de comorbilidades y el nivel de actividad de la enfermedad.

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

009 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y USO DE BIOMARCADORES COMO RESPUESTA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

María Natalia Acosta Pereira¹, Martín Andrés Pérez Estigarribia¹, Rilci Araceli Acosta Sánchez¹, Analía Jazmín Chamorro Flores¹

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

Introducción: La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica, inflamatoria y crónica, que se localiza de forma preferente en las articulaciones. Se caracteriza por la activación de diferentes poblaciones celulares sinoviales y la producción de mediadores proinflamatorios como citocinas, prostaglandinas y proteasas.

Objetivo: Determinar las características clínicas y el uso de biomarcadores como respuesta terapéutica en pacientes con artritis reumatoide atendidos en el consultorio externo de reumatología de enero 2024 a enero 2025.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide en tratamiento y seguimiento continuo, atendidos en el consultorio de reumatología por el periodo de 1 año.

Resultados: Se incluyó a un total de 95 pacientes en seguimiento por artritis reumatoide, la edad promedio fue de $50,2 \pm 12,5$ años. Según franja etaria, 33,6% presentaron edades comprendidas entre 42 y 51 años, 21,0% de 52 a 61 años y 17,8% de 32 a 41 años. 84,2% fueron de sexo femenino. En cuanto al tipo de terapéutica (n=47) 49,4% recibieron tocilizumab, (n=38) 40% tratamiento con FAMES, y (n=10) 10,6% tratamiento con adalimumab/etanercept. De las características serológicas previas al tratamiento, 75 (78,9%) pacientes presentaron factor reumatoide positivo y 79 (83,1%) anti CCP positivo. Posterior a 12 meses de tratamiento, se observó que 25 (33,3%) permanecía con factor reumatoide positivo y 10 (13,3%) anti CCP positivo.

Conclusión: La respuesta al tratamiento de las diferentes terapias se evidenció en un importante porcentaje a través de los biomarcadores.

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

010 COMORBILIDADES METABÓLICAS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE

Elena Carmín Portillo Verón¹, Evelin Auxiliadora Acosta Pavón¹, José Eduardo Mendieta Gómez¹, Sirley Elizabeth Blanco Montiel¹

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

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica que afecta predominantemente las articulaciones y se asocia con múltiples comorbilidades, entre ellas, las de origen metabólico. Condiciones como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la dislipidemia, tienen una prevalencia aumentada en la AR, contribuyendo significativamente al riesgo cardiovascular y al deterioro funcional.

Objetivo: Determinar la frecuencia de comorbilidades metabólicas en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, de una cohorte de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide según criterios de ACR EULAR 2010 que acudieron a consulta durante el periodo de julio a diciembre de 2024. Se incluyeron características sociodemográficas (edad, sexo, procedencia), clínicas (tiempo de duración de enfermedad, nivel de actividad) y antecedentes de enfermedades metabólicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia. Las variables cuantitativas fueron expresadas en frecuencias y porcentajes, en tanto que las cualitativas en medidas de desvío estándar. Se realizó asociación estadística con T student y chi cuadrado según el tipo de variable. Los datos fueron analizados en el programa PSPP.

Resultados: La población estudiada correspondió a 255 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, donde el 60% de los pacientes eran del sexo femenino. La edad de presentación fue de $56,7 \text{ años} \pm 13,6$ años, procedentes del área Central en un 42,5% de los casos. Se detectó la presencia de comorbilidades en un 60%, donde la más representativa fue la hipertensión arterial con 46,3% de los casos, seguida de la dislipidemia con el 27,5% y la diabetes mellitus con un 12,5%. En el análisis de asociación se encontró una relación estadísticamente significativa con respecto a la edad ($p=0.000$) y el tiempo de duración de la enfermedad ($p=0.0021$), no así con el sexo ($p=1.000$) ni el nivel de actividad de la enfermedad ($p=0.8409$).

Conclusiones: La presencia de comorbilidades metabólicas está presente en un gran porcentaje de la población de pacientes con artritis reumatoide, donde la edad y el tiempo de duración de la enfermedad son factores que influyen en su aparición. Es por ello que es necesario identificar estas enfermedades asociadas, haciendo hincapié en la hipertensión arterial que es la patología más frecuente.

Conflictos de interés: Ninguno.

011 INFLUENCIA DEL NIVEL EDUCATIVO Y PROCEDENCIA EN LOS NIVELES DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE

Elena Carmín Portillo Verón¹, Evelin Auxiliadora Acosta Pavón¹, Martín Andrés Pérez Estigarribia¹, Sandra Romina Bazán Montiel¹

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

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria que afecta sobre todo las articulaciones, que dependiendo del grado de actividad indican la necesidad de un mayor acompañamiento y control. Por tanto, factores socioculturales como el nivel educativo, así como sociodemográficos como la procedencia pueden jugar un papel fundamental en la adherencia y manejo de la enfermedad.

Objetivo: Analizar la relación entre nivel educativo y procedencia con los niveles de actividad de la enfermedad en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico, de corte transversal, de una población de 289 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide según criterios de ACR EULAR 2010 que acudieron a consulta en el período de noviembre 2024 a mayo de 2025. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, procedencia, tiempo de evolución de la enfermedad y nivel de actividad inflamatoria. Las variables cuantitativas fueron expresadas en frecuencias y porcentajes, en tanto que las cualitativas en medidas de desvío estándar. Para el análisis correlacional se utilizó las pruebas de chi Cuadrado y T de student, según corresponde. Los datos fueron sometidos al programa estadístico SPSS.

Resultados: Del total de pacientes reclutados con diagnóstico de artritis reumatoide, el 85,9% de los casos correspondió a mujeres, con una edad promedio de $56,2 \pm 14,4$ años. El tiempo medio de evolución desde el diagnóstico fue de $12,1 \pm 8,8$ meses, indicando una gran variabilidad en la progresión clínica. En cuanto al nivel educativo, los pacientes presentaban una escolaridad media de $11,1 \pm 4,3$ años, lo que sugiere un nivel educativo intermedio, con promedio de educación de secundaria completa. En tanto que, según procedencia, la mayor parte provenía del departamento Central con el 56%, seguida de Asunción con el 21% y 23% restante del área interior del país. Al clasificar a los pacientes según el nivel de actividad clínica, se observó que el 42% presentaba actividad moderada, 31% baja, 15% en remisión y 12% en actividad elevada. En cuanto a la correlación, no se encontró asociación estadísticamente significativa con el nivel educativo y la procedencia.

Conclusiones: En esta población estudiada no se encontraron asociaciones que reflejen el impacto de la educación y procedencia en los niveles de actividad inflamatoria, contrastando con estudios reportados a nivel internacional. Esto podría deberse a que existen más determinantes como el sistema de salud, acceso

a la medicación y el soporte social que impactarían en los controles de la enfermedad.

Conflictos de interés: No se reportan.

012 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA SEGURIDAD ENTRE LOS INHIBIDORES DEL JAK Y EL INHIBIDOR DE LA IL-6 EN UNA COHORTE DE PACIENTES PARAGUAYOS Y URUGUAYOS CON ARTRITIS REUMATOIDE

Paloma de Abreu Trigueros¹, Gabriela Ávila Pedretti^{2,3}, Teresa Chávez², Mariela Zarza Torres⁴, Angélica Amarilla Ortiz², Lourdes Román Ruiz-Díaz⁵, Vannia Valinotti², Astrid Paats⁶, Alexis Pineda⁷, Evelyn Leiva⁸, Patricia Melgarejo Paniagua⁹, Zoilo Morel Ayala¹⁰, Roger Rolón Campuzano², Laura Martínez³, Claudia Coronel³, Raquel Aranda³, Santiago Ferreira Maidana³, Paola Pusineri³, Paola Jara Gómez², Sany Gómez González², Darwin Cordovilla¹¹, Clyde Parodi³, Cynthia Vega Balbuena¹², Carolina Díaz¹³, Sandra Consani^{13,14}, Pilar Garino¹⁴, Sofía Rostán¹⁴, Alejandro Fernández¹³, Pamela Velázquez¹⁵, Cristina Brunengo¹⁶, Pedro Babak¹⁷, Agustina Maidana², Yanira Yinde³, Sonia Cabrera Villalba^{2,3}

¹Sociedad Paraguaya de Reumatología, Asunción, Paraguay.

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

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

⁴Hospital del Ineram, Departamento de Reumatología, Asunción, Paraguay.

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

⁶Complejo Santo Domingo, Departamento de Reumatología, Asunción, Paraguay.

⁷Hospital Nacional de Itauguá, Departamento de Reumatología, Itauguá, Paraguay.

⁸Hospital de Nemby, Departamento de Reumatología, Nemby, Paraguay.

⁹Hospital Regional de Villarrica, Departamento de Reumatología, Villarrica, Paraguay.

¹⁰Universidad Católica Nuestra señora de la Asunción, Facultad de Medicina, Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Reumatología Pediátrica, Asunción, Paraguay.

¹¹Hospital Evangélico, Departamento de Reumatología, Montevideo, Uruguay.

¹²Hospital Pediátrico Niños de Acosta Ñu, Reumatología Pediátrica, San Lorenzo, Paraguay.

¹³COSEM Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales, Departamento de Reumatología, Montevideo, Uruguay.

¹⁴Hospital Maciel, Departamento de Medicina Interna, Montevideo, Uruguay.

¹⁵Hospital Escuela del Litoral, Departamento de Reumatología, Paysandú, Uruguay.

¹⁶Instituto Nacional de Reumatología, Departamento de Reumatología, Montevideo, Uruguay.

¹⁷Hospital Regional de Encarnación, Departamento de Reumatología, Encarnación, Paraguay.

Introducción: Los inhibidores de las Janus quinasas (iJAK) y el inhibidor de la interleucina 6 (iIL-6) son terapias dirigidas utilizadas en artritis reumatoide, con perfiles de seguridad diferentes. La evidencia comparativa entre ambos es limitada, especialmente en población latinoamericana y en condiciones de vida real.

Objetivos: comparar la seguridad iJAK e iIL-6 en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide (AR) del registro BIOBADAGUAY.

Método: Se analizaron pacientes diagnosticados de AR del registro paraguayo-uruguayo de acontecimientos adversos (AA) con terapias dirigidas Biobadaguay (<https://biobadaguay.ser.es>), tratados con iIL-6 o iJAK. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, fármaco recibido, tipo y gravedad del AA. Las comparaciones se realizaron mediante test de Kruskal-Wallis (variables continuas) y Chi-cuadrado (categóricas). Se calcularon tasas de incidencia (IR) por 1000 pacientes-año (IC 95%) y razones de tasas (IRR) mediante regresión de Poisson ($p < 0,05$).

Resultados: Se analizaron un total de 217 pacientes (163 en tratamiento con iIL-6 y 75 en tratamiento con iJAK (13 tofacitinib, 65 upadacitinib). La mayoría fueron mujeres (87,7%) con una edad media al inicio del tratamiento de $49,7 \pm 12,8$ años. El grupo iIL-6 presentó mayor duración de enfermedad, mayor positividad para FR y anti-CCP, y mayor uso concomitante de

metotrexato, leflunomida e hidroxicloroquina ($p < 0,05$). Las características de los pacientes se muestran en la tabla 1. Se suspendieron un total de 92 tratamientos (83 iIL-6 y 9 iJAK), la causa más frecuente en iIL-6 fue el AA (37,3%) y en los iJAK la ineficacia (55,6%). No se encontraron diferencias significativas entre las causas de suspensión. Se registraron un total de 405 AA en su mayoría leves 354 (84,7%), 48 (11,8%) graves y 3

Tabla 1 Características de los pacientes por tratamientos recibidos.

Variable	Valor	Total	iJAK	iIL-6	p-value
Total pacientes		217	75	163	
Total tratamientos		252	78	174	
Edad (1° tratamiento)		$49,7 \pm 12,8$	$50,2 \pm 13,4$	$49,5 \pm 12,5$	0,6222
Duración enfermedad inicio		$9,1 \pm 8,6$	$7,7 \pm 8,8$	$9,7 \pm 8,5$	0,0201
DAS 28 basal		$5,2 \pm 1,2$	$5,2 \pm 1,4$	$5,2 \pm 1,1$	0,7151
Sexo	Hombre	31 (12,3%)	9 (11,5%)	22 (12,6%)	
	Mujer	221 (87,7%)	69 (88,5%)	152 (87,4%)	0,9684
Factor reumatoide	Positivo	175 (77,1%)	52 (67,5%)	123 (82,0%)	0,0246
Anti-CCP	Positivo	151 (72,9%)	49 (69,0%)	102 (75,0)	0,0055
Comorbilidades	HTA	71 (28,2%)	21 (26,9%)	50 (28,7%)	0,8853
	Hipercolesterolemia	27 (10,7%)	12 (15,4%)	15 (8,6%)	0,1661
	Fumador	17 (6,7%)	8 (10,3%)	9 (5,2%)	0,2240
	Diabetes	8 (3,2%)	2 (2,6%)	6 (3,4%)	1,0000
Tratamiento concomitante	Glucocorticoides	115 (45,6%)	15 (19,2%)	100 (57,5%)	0,0000
	Metotrexato	136 (54,0%)	31 (39,7%)	105 (60,3%)	0,0030
	Leflunomida	94 (37,3%)	13 (16,7%)	81 (46,6%)	0,00001
	Hidroxicloroquina	61 (24,2%)	10 (12,8%)	51 (29,3%)	0,0076

Anti-CCP: anticuerpo anti péptido citrulinado; iJAK: inhibidor del JAK; iIL-6: inhibidor de la interleucina 6; HTA: hipertensión arterial; DAS: disease activity score.

Tabla 2 Acontecimientos adversos globales por tratamiento: frecuencia y gravedad.

Tipos de acontecimientos adversos	Inhibidor IL-6		Inhibidor JAK		Todos	
	Graves	Totales	Graves	Totales	Graves	Totales
Infecciones n (%)	19 (43,2)	159 (42,9)	4 (100)	24 (70,6)	23 (48,0)	183 (45,2)
Procedimientos médicos/quirúrgicos n (%)	5 (11,4)	27 (7,28)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (10,4)	27 (7,2)
Manifestaciones metabólicas n (%)	1 (2,3)	22 (5,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	22 (5,4)
Manifestaciones Hematológicas n (%)	1 (2,3)	22 (5,9)	0 (0,0)	7 (20,6)	1 (2,1)	29 (7,2)
Manifestaciones vasculares n (%)	6 (13,6)	20 (5,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (12,5)	20 (4,9)
Manifestaciones del sistema nervioso n (%)	1 (2,3)	19 (5,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	19 (4,7)
Manifestaciones cutáneas n (%)	2 (4,5)	16 (4,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,2)	16 (3,9)
Manifestaciones hepáticas n (%)	1 (2,3)	15 (4,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	15 (3,7)
Manifestaciones musculoesqueléticas n (%)	2 (4,5)	13 (3,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,2)	13 (3,2)
Lesiones traumáticas/ intoxicaciones n (%)	2 (4,5)	10 (2,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,2)	10 (2,5)
Manifestaciones gastrointestinales n (%)	1 (2,3)	9 (2,4)	0 (0,0)	2 (5,8)	1 (2,1)	11 (2,7)
Manifestaciones respiratorias n (%)	0 (0,0)	5 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (1,2)
Manifestaciones inmunológicas n (%)	0 (0,0)	5 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (1,2)
Exploraciones complementarias n (%)	0 (0,0)	5 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (1,2)
Manifestaciones cardíacas n (%)	0 (0,0)	4 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (1,0)
Manifestaciones oculares n (%)	1 (2,3)	4 (1,1)	0 (0,0)	1 (3,0)	1 (2,1)	2 (0,5)
Manifestaciones endocrinas n (%)	0 (0,0)	4 (1,19)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (1,0)
Manifestaciones renales n (%)	0 (0,0)	3 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (0,7)
Manifestaciones otorrinolaringológicas n (%)	0 (0,0)	2 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,5)
Neoplasias n (%)	1 (2,3)	2 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	2 (0,5)
Manifestaciones gestacionales /perinatales n (%)	0 (0,0)	2 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,5)
Trastornos generales/ lugar aplicación n (%)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,2)
Manifestaciones ginecológicas n (%)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,2)
Manifestaciones psiquiátricas n (%)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	1 (0,29)
Total n (%)	44 (100)	371 (100)	4 (100)	34 (100)	48 (100)	405 (100)

(0,7%) mortales. La infección fue el AA más frecuente en un 45,2% (183) en su mayoría de carácter leve en un 86,3% del total de infecciones (tabla 2). Al analizar la IR global de AA el tratamiento con iJAK mostró una menor tasa de AA globales respecto a los iIL-6 (IRR=0,36 [95% CI, 0,2-0,6]); no hubo diferencia al analizar la IR por tipos de AA. El análisis multivariante usando como referencia los iIL-6, mostraron un mayor riesgo de AA las segundas y posteriores líneas de tratamiento (IRR=1,5 [95% CI, 1,2-1,9]; $p=0,0001$), el uso concomitante de corticoides (IRR=1,5 [95% CI, 1,2-1,9]; $p=0,0004$), el uso concomitante de LFM (IRR=1,4 [95% CI, 1,1-1,7]; $p=0,004$) y menor riesgo la terapia con iJAK (IRR=0,5 [95% CI, 0,3-0,7]; $p=0,0002$) y el uso concomitante de HCQ (IRR=0,7 [95% CI, 0,6-1,0]; $p=0,03$).

Conclusiones: las infecciones fueron la principal causa de AA siendo en su mayoría de carácter leve. Los iIL-6 mostraron una IR mayor tasa de AA globales pero no hubo diferencias entre los tipos de AA. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de estudios con mayor número de pacientes y seguimiento prolongado para confirmar su perfil de seguridad.

Conflictos de interés: ninguno.