

Herpes zóster en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas autoinmunes: un llamado a la acción. Novedades y reflexiones para mejorar la vacunación en grupos vulnerables

Herpes Zoster in Patients with Chronic Autoimmune Inflammatory Rheumatic Diseases: A Call to Action. New Insights and Reflections to Improve Vaccination in Vulnerable Populations

Francisco Nacinovich¹, Gustavo Citera², Guillermo J. Pons-Estel³, Rodrigo García Salinas⁴, Fernando Sommerfleck⁵, Marina Scolnik⁶, Matías Turienzo⁷, Analía Dellepiane⁸, Cecilia Asnal⁹, Damián Duarte Noé¹⁰

1. Sección Infectología, Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

2. Sección Reumatología, Instituto de Rehabilitación psicofísica (IREP), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

3. Reumatología, Centro Regional de Enfermedades Autoinmunes y Reumáticas (GO-CREAR), Grupo Oroño, Rosario, Santa Fe, Argentina

4. Reumatología, Unidad de Artritis y Espondiloartritis, Hospital Italiano de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina

5. Servicio de Reumatología, Sanatorio Julio Méndez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

6. Sección Reumatología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

7. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario CEMIC de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

8. Reumatología, Centro de Especialidades Médicas Caseros (CEMEC), Casilda, Santa Fe, Argentina

9. Servicio de Reumatología, Hospital Alemán, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

10. Servicio de Reumatología, Hospital Británico de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Recibido: 07/02/2026 - Aceptado: 24/02/2026

Autores de correspondencia:

Gustavo Citera

gustavocitera@gmail.com

Francisco Nacinovich

fnacinovich@icba.com.ar

Resumen

El herpes zóster (HZ) representa una complicación relevante en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas autoinmunes (ERICA), especialmente en aquellos tratados con glucocorticoides, terapias biológicas e inhibidores de JAK. Este trabajo revisa la evidencia actual sobre el riesgo, impacto clínico y prevención del HZ en esta población vulnerable. Los estudios analizados muestran que la vacuna recombinante contra herpes zóster (RZV) es eficaz y segura, reduciendo significativamente la incidencia de HZ y sus complicaciones, incluso en pacientes inmunocomprometidos. Sin embargo, las tasas de vacunación continúan siendo bajas debido a barreras de acceso, falta de indicación médica y escasa percepción del riesgo. Se destaca la necesidad de fortalecer la educación médica, promover estrategias de vacunación y desarrollar recomendaciones prácticas que permitan optimizar la prevención del HZ y mejorar la calidad de vida de los pacientes con ERICA.

Palabras clave: herpes zóster, vacunación, enfermedades reumáticas autoinmunes

Abstract

Herpes zoster (HZ) is a major complication in patients with autoimmune chronic inflammatory rheumatic diseases, particularly among those receiving glucocorticoids, biologic therapies, and JAK inhibitors. This article reviews current evidence regarding the risk, clinical impact, and prevention of HZ in this vulnerable population. Available studies show that the recombinant zoster vaccine (RZV) is effective and safe, significantly reducing the incidence of HZ and its complications, even in immunocompromised patients. However, vaccination coverage remains low due to limited access, lack of medical recommendation, and poor risk perception. The article highlights the need to strengthen medical education, promote vaccination strategies, and develop practical recommendations to optimize HZ prevention and improve quality of life in patients with autoimmune chronic inflammatory rheumatic diseases.

Keywords: herpes zoster, vaccination, autoimmune rheumatic diseases

“Si no lo aprendiste para demostrarlo con las obras, ¿para qué lo aprendiste?”

Epicteto (filósofo estoico)

“A medida que empiezas a andar fuera del camino, el camino aparece”

Yalal ad-Din Muhammad Rumi (poeta persa)

INTRODUCCIÓN

En comparación con la población general, los adultos mayores (debido a la inmunosenescencia) y las personas inmunocomprometidas (IC) tienen un riesgo incrementado de padecer herpes zóster (HZ) y sus complicaciones asociadas, que pueden ser debilitantes y potencialmente mortales. Las infecciones por el virus varicela-zóster (VVZ) son eventos frecuentes en individuos con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas autoinmunes (ERICA) tanto por su enfermedad de base *per se*, como por los tratamientos que reciben. La protección contra el HZ está relacionada especialmente con la inmunidad celular, lo que explica que la enfermedad sea más frecuente en las personas que viven con VIH,

trasplantados, pacientes con enfermedades oncohematológicas, aquellos que reciben glucocorticoides, agentes biológicos en general y en particular inhibidores de JAK/STAT, entre otras. En estos casos la incidencia puede ser 20 a 100 veces superior a la observada en inmunocompetentes; asimismo, estos tienen mayor riesgo de diseminación y compromiso visceral como neumonía, hepatitis, pancreatitis, y meningoencefalitis, entre otros¹⁻⁶ (ver Tabla 1).

En este manuscrito se comparten los aspectos discutidos entre un grupo de expertos reunidos especialmente para analizar las evidencias actuales y proponer estrategias que promuevan el acceso a la vacuna actualmente disponible.

Tabla 1. Riesgo de herpes zóster según tipo de tratamiento inmunomodulador en ERICA

Tratamiento inmunomodulador	Riesgo relativo de HZ	Riesgo de formas complicadas	Comentarios clínicos
Inhibidores de JAK (tofacitinib, baricitinib, upadacitinib)	Muy alto ($\approx 2-4\times$)	Alto	Formas diseminadas
Corticoides sistémicos (>10 mg/día)	Alto	Moderado-alto	Riesgo acumulativo
Anti-TNF	Moderado	Moderado	Menor que JAKi
Anti-IL-6	Moderado	Moderado	
Abatacept	Moderado	Moderado	
Rituximab/anti-CD20	Moderado-alto	Alto	
Anifrolumab	Emergente (alto)	Desconocido	Riesgo por definir

ERICA: enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas autoinmunes; HZ: herpes zóster; JAK: janus kinasa; JAKi: inhibidor de JAK; TNF: factor de necrosis tumoral; IL: interleuquina.

Tabla 2. Riesgo de herpes zóster y complicaciones en pacientes con ERICA

Factor/condición	Impacto sobre riesgo de HZ	Comentarios
Edad ≥ 50 años	↑	Inmunosenescencia
ERICA (AR, LES, PsA)	↑↑	Riesgo aumentado independiente del tratamiento
Glucocorticoides	↑↑	Riesgo dosis-dependiente
DMARD biológicos	↑↑	Especialmente anti-TNF
Inhibidores de JAK	↑↑↑	Mayor incidencia; formas diseminadas
Episodio de HZ previo	↑	Riesgo de recurrencia
HZ reciente	↑ eventos CV	IAM y ACV

ERICA: enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas autoinmunes; AR: artritis reumatoidea; LES: lupus eritematoso sistémico; PsA: artritis psoriásica; HZ: herpes zóster; DMARD: droga modificadora de la enfermedad; TNF: factor de necrosis tumoral; CV: cardiovascular; IAM: infarto agudo de miocardio; ACV: accidente cerebrovascular

ESTADO ACTUAL: ¿QUÉ SABEMOS DEL HZ Y SU IMPACTO EN PERSONAS CON ERICA?

Si bien el HZ puede ocurrir con cualquier droga modificadora de la enfermedad (DMARD) biológica o sintética, se ha visto que es más frecuente con los inhibidores de JAK (JAKi)^{1,2-6} (ver Tabla 2). En un estudio poblacional reciente se analizó la aparición temporal del HZ según diferentes condiciones de inmunocompromiso. Analizaron 9533 pacientes con 41 enfermedades diferentes que experimentaron HZ, con una mediana de tiempo transcurrido desde el episodio de HZ hasta el diagnóstico de la enfermedad subyacente de 3,8 años antes a 6,6 años después del diagnóstico. Los pacientes con ERICA, enfermedad inflamatoria intestinal y esclerosis múltiple experimentaron intervalos más largos (3,6 años) entre el diagnóstico de dichas afecciones y el primer episodio de HZ.⁷ Los pacientes con ERICA que además recibían JAKi no solo tenían más riesgo de sufrir HZ y sus complicaciones (como la neuralgia postherpética y sus consecuencias), sino que tenían más riesgo de expresar la enfermedad en forma diseminada.^{3,6}

Un aspecto relevante y que con frecuencia no es tenido suficientemente en cuenta es el impacto del HZ en el desarrollo de eventos cardio y cerebrovasculares. Un estudio de cohortes emparejadas, basado en registros nacionales, que incluyó a todos los adultos daneses ≥ 18 años con una hospitalización primaria relacionada con herpes zóster (1994–2023) analizó el riesgo de presentar un evento vascular (infarto agudo de miocardio o ictus) en 24.270 casos de HZ, con 72.810 participantes en total. Comparando aquellos con y sin HZ en el mismo grupo de edad, el mayor riesgo de un evento cardiovascular (CV) se encontró en especial en los individuos de 50–64 años (HR = 8,9; IC 95 %: 3,7–22; $p < 0,001$), lo que sugiere que el HZ podría actuar como un gatillo de eventos vasculares agudos. Además, la sobrevida en el mismo estudio se redujo significativamente a los 90 días en las personas hospitalizadas por HZ en comparación con los controles sin HZ, dentro de los mismos estratos de edad y score de Charlson.⁸

EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA: DATOS DEL MUNDO REAL

Un estudio reciente y retrospectivo evaluó la efectividad de la vacuna RZV (vacuna contra el HZ recombinante) en la prevención del HZ en adultos de 50 años o más con artritis reumatoidea (AR), enfermedad inflamatoria intestinal, lupus eritematoso sistémico (LES), esclerosis múltiple, psoriasis y artritis psoriásica (APs). Utilizando datos de la base Clinformatics® (2018–2021) se emparejaron 36.645 pacientes vacunados con dos dosis de RZV y 109.229 no vacunados. Los resultados mostraron que la vacunación redujo la incidencia de HZ de 12,9 a 4,3 casos por 1.000 años-persona, con una efectividad general del 66,3 %, variando entre 48,1 % para esclerosis múltiple y 77,2 % para psoriasis. Estos hallazgos respaldan que la RZV es eficaz para reducir el riesgo de HZ en esta población.⁹

En un análisis retrospectivo de cohortes emparejadas con pacientes de una prestadora de salud americana (grupo Kaiser) en 1926 pacientes ≥ 50 años con AR vacunados con 2 dosis de RZV, se observó que la efectividad para evitar el HZ fue de 60,7 % y para la neuralgia postherpética (NPH) de 88,7 %. Los brotes de la enfermedad 30 días posteriores a la vacunación fueron comparable en vacunados vs. no vacunados: 202,7 (IC 95 % 161,9-253,8) por cada 1000 personas-año, vs. 200,2 (IC95 % 165,2-242,7) respectivamente.¹⁰

En una experiencia en individuos con LES, la efectividad general ajustada fue 54 % (18-74) en aquellos con dos dosis de vacuna de la población que accedía a la misma a través de su seguro de salud y de 70 % (52-84) en aquellos vacunados del sistema Medicare. No se observó un riesgo aumentado de brotes de LES tras la administración de la vacuna (HR 0,91 IC95 % 0,72-1,94).¹¹

En un estudio del mundo real, en 132.672 pacientes con artritis inflamatoria (80 % AR) con una edad media de 60,4 años (71,9 % mujeres), 28.690 (21,6 %) pacientes recibieron ≥ 1 dosis de RZV. La evaluación posterior a la comercialización de la eficacia de la vacuna en beneficiarios de Medicare de más de 65 años reveló una eficacia de la vacuna del 64,1 % en personas inmunodeprimidas y del 68,0 % en pacientes con enfermedades autoinmunes. Es importante tener en cuenta que solo el 73,2 % recibió una segunda dosis de vacuna, necesaria para alcanzar la protección adecuada.¹²

Si bien en un subanálisis del estudio SELECT COMPARE con upadacitinib se observó, luego de dos dosis de RZV, una seroconversión del 88 % en semana 16 y del 71,4 % en semana 60, otros estudios mostraron tasas de seroconversión y respuestas de células T

inferiores en pacientes tratados con JAKi en comparación con los controles sanos. Cabe destacar que un estudio en 70 pacientes con AR tratados con abatacept, luego de dos dosis de RZV, ninguno de los pacientes tuvo respuesta celular y en la semana 60 solamente el 21,4 % de los pacientes mantenía un aumento de dos veces o más de anticuerpos contra la glicoproteína E. En relación a esto, se necesitan más estudios para investigar si la eficacia de la vacuna podría potenciarse mediante la interrupción a corto plazo de la medicación inmunosupresora, mejorar el *timing* de aplicación o considerar una dosis adicional.¹³⁻¹⁴

Un estudio observacional evaluó el riesgo de eventos CV mayores (MACE) en pacientes con AR, APs o espondiloartritis axial (EsPAX) que reciben tratamiento con JAKi y que habían recibido la RZV, en comparación con los que no la recibieron. Tras el emparejamiento adecuado, cada cohorte incluyó 1.756 pacientes. Los resultados mostraron que, si bien la RZV no reduce significativamente el riesgo de MACE, disminuyó sustancialmente la mortalidad por todas las causas de los pacientes con AR o EsPAX que recibían JAKi. El análisis de subgrupos reveló que esta reducción de la mortalidad fue estadísticamente significativa para las mujeres y las personas de 65 años o más. El análisis de sensibilidad demostró la consistencia de la eficacia de la vacuna hasta 7 años. Aunque no fueron estadísticamente significativos, los riesgos de IAM e insuficiencia cardíaca (IC) fueron menores en la cohorte vacunada. Finalmente, el riesgo de mortalidad por cualquier causa fue estadísticamente inferior en el subgrupo sin antecedentes de zóster (HR 0,59; IC 95 %: 0,41-0,86).¹⁵⁻¹⁶

Es importante tener en cuenta que la actividad de la enfermedad (especialmente en el LES) puede predecir la respuesta a la vacuna, observándose que una elevada actividad se correlacionaría con una menor seroconversión.¹⁷⁻²⁰

Finalmente, un grupo austríaco analizó la vacunación con la RZV en individuos seronegativos para VVZ (prueba de IgG específica para VVZ antes de recibir la vacuna) a los que se volvió a examinar con IgG VVZ al menos cuatro semanas después de su última dosis de vacuna RZV. En 34 pacientes (mediana de edad 52,5 años; 50 % mujeres) la mayoría tenían antecedentes de trasplante de células hematopoyéticas (79 %) o tratamiento farmacológico inmunosupresor de alto grado (21 %). Tras la vacunación, el 85 % (29 de 34) de los individuos seroconvirtieron con un aumento significativo del título ($p < 0,0001$). Administrar 3 dosis indujo un mayor título geométrico medio (GMT) en comparación con aquellos que recibieron las dos dosis recomendadas. Aun así, el 15 % permaneció seronegativo, lo cual podría explicarse por las gra-

Tabla 3. Efectividad y seguridad de la vacuna recombinante contra herpes zóster en ERICA

Población/estudio	Diseño	Resultado principal
Enfermedades autoinmunes ≥50 años (Clinformatics®)	Cohorte retrospectiva	Reducción de HZ del 66,3 %
AR >50 años (Kaiser Permanente)	Mundo real	EV HZ: 60,7 %; EV NPH: 88,7 %
LES (claims + Medicare)	Cohorte retrospectiva	EV ajustada 54-70 %; sin aumento de brotes
Medicare ≥65 años	Postcomercialización	EV 64,1 % en IC; 68 % en autoinmunes
Pacientes con JAKi vacunados vs. no vacunados	Cohorte emparejada	↓ mortalidad global; no ↓ MACE
LES activo	Ensayo clínico	Seguridad adecuada; menor respuesta con alta actividad
Inmunocomprometidos seronegativos VVZ	Serie prospectiva	Seroconversión 85 %; 3 dosis ↑ títulos

ERICA: enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas autoinmunes; HZ: herpes zóster; AR: artritis reumatoidea; LES: lupus eritematoso sistémico; EV: evento vascular; IC: insuficiencia cardíaca; JAKi: inhibidor de janus kinasa; MACE: evento cardiovascular mayor; VVZ: virus varicela zóster.

ves condiciones de inmunocompromiso y/o el fallo intrínseco de la vacuna antígeno-específica. No se notificaron acontecimientos adversos graves en los historiales de los respectivos pacientes.²¹ Este estudio plantea la necesidad de evaluar la conveniencia de implementar esta estrategia de vacunación en determinados grupos de pacientes severamente inmunocomprometidos y, eventualmente, considerar la administración de una tercera dosis de refuerzo. Los datos descriptos se resumen en la *Tabla 3*.

LA VACUNA: UNA HERRAMIENTA POCO UTILIZADA

A pesar de todo lo dicho, y contando con una vacuna segura y efectiva, las coberturas vacunales distan de ser las óptimas. Los pacientes con enfermedades que deprimen el sistema inmune ya sea de manera directa o indirecta a través de los tratamientos deben priorizar la vacunación con la RZV. Siempre que sea posible, se recomienda completar el esquema de vacunación antes de iniciar el tratamiento inmunosupresor, asegurando que la segunda dosis se aplique hasta 10 días previos al inicio del mismo. En caso de no poder administrar ambas dosis, la primera debe aplicarse al menos 10 días antes de comenzar el tratamiento. Para aquellos que ya han iniciado inmunosupresores, es posible vacunarse, procurando hacerlo durante los períodos de menor intensidad de la inmunosupresión.⁴⁻⁵

En un estudio observacional retrospectivo y transversal en un único centro entre marzo y julio de 2023, se evaluó la cobertura de vacunación antigripal, antineumocócica y contra el HZ en pacientes

con AR y EsPax, además de analizar la prevalencia de episodios de HZ y sus complicaciones.²² Se incluyeron 90 pacientes y se recogieron datos sobre vacunación y antecedentes de infección por el VVZ. El 88,9 % de los pacientes recibió al menos una dosis de la vacuna antigripal, el 82,2 % recibió vacuna antineumocócica conjugada 13-valente (PCV13) y el 58,9 % vacuna antineumocócica polisacárida 23-valente (PPSV23). Las mujeres y los pacientes de mayor edad mostraron mayores tasas de vacunación antigripal y PPSV23. Sin embargo, ningún paciente estaba vacunado contra el HZ debido a la falta de indicación médica. El 81,1 % de los pacientes reportó antecedentes de infección por VVZ y el 22,2 % al menos un episodio de HZ. La prevalencia de HZ fue similar a la población general y su forma más frecuente fue monometamérica, localizada en el tronco y de severidad leve. El 15 % de los episodios desarrolló NPH, mientras que solo el 35 % de los pacientes recibió tratamiento farmacológico. En esta serie algunos datos difieren de reportes internacionales, posiblemente debido a un subdiagnóstico que puede ocurrir en hospitales públicos, al mismo tiempo que el porcentaje tan bajo que recibió tratamiento por la NPH sea por las dificultades de acceso en el subsector público. Es llamativo el hecho de que varios de los pacientes con ERICA no fueron considerados como candidatos a la vacunación, habida cuenta de que todos ellos lo son. Aunque es posible que algunos de esos pacientes ya la hubieran recibido, resulta una oportunidad de mejora el insistir en esta estrategia entre los profesionales que asisten a pacientes con enfermedades autoinmunes.²²

RECOMENDACIONES PARA LA INMUNIZACIÓN CON VACUNA RECOMBINANTE PARA HERPES ZÓSTER EN PACIENTES CON ERICA

A modo de recuerdo, se transcribe el resumen del Consenso de recomendaciones de vacunas en adultos con ERICA⁵ (ver Cuadro 1).

Propuestas para el cambio

El panel de expertos detalla los aspectos relevantes de la discusión y las eventuales propuestas de cambio a implementar entre los médicos que asisten a los pacientes con diversas formas de ERICA, los decisores en salud, las sociedades científicas y los propios pacientes (ver Apéndice 1 y Tabla 4).

a. Para el personal de la salud

Parece evidente una falta de conocimiento sobre la incidencia, gravedad, complicaciones, hospitalizaciones y eventos CV asociados con la infección por HZ en pacientes con ERICA, tanto a nivel global como local. Existe una idea errónea de que el HZ o “culebrilla” es una enfermedad leve, lo que afecta la priorización de su vacunación entre médicos y pacientes. Existe una falta de conciencia entre los médicos

sobre la importancia de la vacunación, lo cual se ve agravado por preocupaciones en relación con el costo de las vacunas y la dificultad en el acceso a las que no están incluidas en el Calendario Nacional de Vacunación. Sería oportuno contar con una herramienta que permita definir e identificar a los pacientes con mayor riesgo y urgencia de vacunación.

El riesgo y la respuesta a las vacunas depende más del tratamiento base (por ejemplo, inhibidores de JAK, anti-TNF, anti-célula T o B) que de la patología específica; los pacientes bajo inhibidores de JAK tienen el doble de riesgo de padecer la enfermedad y sus eventuales complicaciones. Es crucial individualizar a los pacientes que necesitan vacunación, considerando momentos específicos para la vacunación.

Es importante obtener datos sobre la persistencia de la eficacia de las vacunas en poblaciones de pacientes con ERICA y promover la cobertura total por parte de los pagadores en pacientes de mayor riesgo como podrían ser lo que reciben inhibidores de JAK, anifrolumab, altas dosis de corticosteroides y diagnóstico de LES o vasculitis sistémica.

El concepto de que la vacuna es efectiva ya está establecido; sin embargo, faltaría un eslabón en

Cuadro 1. Recomendaciones para la inmunización con vacuna recombinante para herpes zóster en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas autoinmunes. Revista Argentina de Reumatología 2023; Vol. 34; N°3; Sup N° 2 (1-10)

Recomendaciones de la Sociedad Argentina de Reumatología y la Sociedad Argentina de Infectología para la vacunación con la VRHZ

Recomendación	Calidad de la evidencia	Fuerza de la recomendación
1. La VRHZ en pacientes con diagnóstico de ERICA, estén o no bajo tratamiento con agentes biológicos/IS, sería inmunogénica, induciendo respuestas aceptables tanto humorales como celulares	BAJA ⊕⊕⊕⊕	100 % débil a favor
2. En pacientes con diagnóstico de ERICA, este panel de expertos recomienda la VRHZ para prevenir episodios de herpes zóster y neuralgia posherpética	BAJA ⊕⊕⊕⊕ MODERADA ⊕⊕⊕⊕	100 % fuerte a favor
3. Este panel de expertos considera que la VRHZ es segura para usar en pacientes con ERICA, estén o no bajo tratamiento con agentes biológicos/IS	BAJA ⊕⊕⊕⊕	100 % fuerte a favor
4. Este panel de expertos considera que la VRHZ es más eficaz/efectiva que la vacuna a virus vivo atenuado	MODERADA ⊕⊕⊕⊕	100 % fuerte a favor
5. Este panel de expertos recomienda la vacunación con VRHZ en pacientes con diagnóstico de ERICA, independientemente de que hayan recibido la vacuna a virus vivo atenuado previamente	MODERADA ⊕⊕⊕⊕	86 % fuerte a favor
6. Este panel de expertos desaconseja fuertemente pensar en NO vacunar con la VRHZ a pacientes con ERICA para evitar una reactivación o brote de la enfermedad. De todas formas, cada caso debe analizarse en forma individual con un experto y vacunar preferentemente con enfermedad estable	BAJA ⊕⊕⊕⊕	100 % fuerte en contra

ERICA: enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas autoinmunes; HZ: herpes zóster; AR: artritis reumatoidea; LES: lupus eritematoso sistémico; EV: evento vascular; IC: insuficiencia cardíaca; JAKi: inhibidor de janus kinasa; MACE: evento cardiovascular mayor; VVZ: virus varicela zóster.

Apéndice 1.

Algoritmo propuesto para la vacunación contra herpes zóster en pacientes con ERICA, para identificar pacientes con mayor riesgo de herpes zóster y optimizar el momento de vacunación con la RZV.

Paso 1. Identificación del paciente con ERICA

Diagnóstico confirmado de ERICA (AR, LES, PsA, EspA, EII, otras).

Edad ≥ 18 años (prioridad creciente a partir de los 50 años).

Paso 2. Evaluación del riesgo individual de herpes zóster

Considerar alto riesgo si presenta uno o más de los siguientes:

Edad ≥ 50 años.

Tratamiento actual o planificado con:

Inhibidores de JAK.

Dosis moderadas–altas de glucocorticoides.

Terapias biológicas (anti-TNF, anti-célula B o T)

Inmunosupresión severa o combinada.

Antecedente personal de herpes zóster.

Alta actividad de la enfermedad (especialmente en LES).

Paso 3. Momento óptimo de vacunación

Antes de iniciar inmunosupresión

Completar esquema de 2 dosis de RZV siempre que sea posible

Aplicar la/s dosis al menos 10 días antes del inicio del tratamiento

Durante tratamiento inmunosupresor:

Vacunar en períodos de menor intensidad de inmunosupresión.

No demorar la vacunación en pacientes de alto riesgo

Paso 4. Consideraciones especiales

Inhibidores de JAK: vacunación prioritaria.

LES activo: vacunar preferentemente en fases de menor actividad, sin contraindicación formal.

Paso 5. Seguimiento

Verificar aplicación de la segunda dosis.

Monitorear eventos adversos y posibles brotes de la enfermedad de base.

Reforzar educación del paciente sobre beneficios y seguridad de la vacuna..

Tabla 4. Mensajes clave para decisores en salud y práctica clínica

Mensaje clave	Implicancia práctica
El HZ es más frecuente y grave en pacientes con ERICA	Requiere priorización preventiva
Los inhibidores de JAK confieren el mayor riesgo	Vacunación prioritaria en este subgrupo
El HZ se asocia a eventos cardiovasculares y mayor mortalidad	Impacto más allá de la infección
La vacuna RZV es eficaz y segura en ERICA	Debe integrarse a la práctica habitual
Las coberturas actuales son muy bajas	Existe una oportunidad inmediata de mejora
La indicación médica es el principal determinante	Educación y guías simplificadas son clave

ERICA: enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas autoinmunes; HZ: herpes zóster; JAK: janus kinasa; RZV: vacuna recombinante contra el herpes-zóster,

la cadena para la adopción de la vacunación como parte de la buena práctica clínica. La carga administrativa sería un inconveniente en el rol de los reumatólogos al solicitar la cobertura de vacunas a los pagadores y sistemas de seguridad social.

Es notoria la variabilidad en las recomendaciones por parte de los médicos especialistas y parecería que las guías disponibles (tanto nacionales como internacionales) no son adecuadamente consultadas. Tampoco se observa una consulta a los especialistas en vacunas.

Sería oportuno desarrollar recomendaciones más sencillas, según la enfermedad y en apenas una página, que se adapten fácilmente a los cambios dinámicos que se van obteniendo en relación a las vacunas, y que sean de fácil acceso y comprensión tanto para médicos como para los pacientes (*living documents*).

Sería conveniente evaluar la necesidad de dosis adicionales en ciertos casos de inmunosupresión severa, en los cuales podría ser necesario chequear la respuesta serológica a la vacuna.

Resultaría importante, además, contar con estudios locales para generar datos sobre riesgos y complicaciones, y un enfoque en la educación sobre la relevancia de las vacunas.

La educación continua y la promoción de la vacunación son esenciales. En este sentido, las asociaciones estratégicas entre las sociedades científicas y las compañías farmacéuticas en el campo de las enfermedades autoinmunes (a través de actividades educativas, colaboración con sociedades médicas y reuniones entre especialistas en enfermedades infecciosas y reumatólogos) adquiere relevancia para promover y mejorar la adopción de la vacunación como forma de potenciar las iniciativas en forma transversal.

La difusión de guías y la educación continua son cruciales para que los médicos especialistas se sientan responsables de prescribir vacunas, alentando también a los pagadores a cubrir la vacunación. Implementar recordatorios y herramientas (como aplicaciones y redes sociales) para garantizar la adherencia a las guías de vacunación, incluyendo por ejemplo la segunda dosis, podría promover el acceso y la demanda de las vacunas.

b. Para los pacientes

La educación continua y la promoción de la vacunación son esenciales, incluyendo el uso de material en salas de espera y la capacitación en vacunología.

El trabajo colaborativo con las asociaciones de pacientes y las sociedades científicas resulta una estrategia que debe ser promovida e incrementada, de modo de empoderar a los pacientes y darles a conocer las evidencias científicas y los beneficios de la vacunación.²³⁻²⁴

La percepción del riesgo de HZ por parte de los pacientes es mayor entre aquellos que reciben in-

hibidores de JAK pero no se extiende a otros tratamientos, a pesar de que muchos pacientes son vulnerables debido a su edad o incluso a otros factores de riesgo adicionales.

COMENTARIO FINAL

No hay dudas acerca del impacto del HZ en la población de pacientes con ERICA. Son evidentes los efectos invalidantes que es capaz de causar en individuos que ya padecen una enfermedad que los limita funcionalmente, los afecta psicológicamente y muchas veces restringe poderosamente sus actividades habituales tanto desde lo social y laboral, como en su desenvolvimiento en la vida cotidiana. Pero también hemos aprendido que es un fenómeno prevenible y (más recientemente) que las vacunas ejercen efectos relevantes no solamente para evitar las infecciones para las cuales han sido diseñadas, sino para disminuir eventos cardio y cerebrovasculares, en una población que (como los pacientes con ERICA en general) tienen un riesgo incrementado de enfermedad CV. En momentos desafiantes como los que transita nuestra sociedad, con una creciente reticencia a las vacunas y mayores dificultades para acceder a ellas, es crucial que la comunidad médica asuma un rol protagónico en su recomendación, tienda puentes constructivos con los decisores de salud y las compañías farmacéuticas, se potencie con iniciativas de otras sociedades científicas y empodere a las comunidades de pacientes para que conozcan las ventajas de las vacunas como herramienta de prevención y de mejora de la calidad de vida. Una muestra pequeña de esto ha sido el resultado de la reunión de este grupo de expertos que volcaron sus puntos de vista en esta publicación. Esperamos que sea inspirador para quienes hayan llegado hasta aquí.

Financiamiento: ninguno

Conflictos de interés: ninguno

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Furer V, Rondaan C, Heijstek M, van Assen S, Bijl M, Agmon-Levin N, et al. Incidence and prevalence of vaccine preventable infections in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases (AIIRD): a systemic literature review informing the 2019 update of the EULAR recommendations for vaccination in adult patients with AIIRD. *RMD Open*. 2019 Sep 19;5(2):e001041. doi: [10.1136/rmdopen-2019-001041](https://doi.org/10.1136/rmdopen-2019-001041)
2. Oleszko M, Zapolnik P, Kmiecik W, Czajka H. Herpes Zoster: Risk Factors for Occurrence, Complications, and Recurrence with a Focus on Immunocompromised Patients. *Diseases*. 2025, 13, 71. <https://doi.org/10.3390/diseases13030071>
3. Chen J, Ho CY, Tu YK, Lin YC, Hsia Y, Shantakumar S. A systematic review and meta-analysis of herpes zoster risk in adults with immunocompromised conditions and autoimmune diseases in Asia-Pacific. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2025, 21(1). <https://doi.org/10.1080/21645515.2025.2496048>

4. Comisión de Vacunas, SADI. Recomendaciones para la vacunación contra el herpes zoster 2023. Disponible en <https://www.sadi.org.ar/publicaciones/1613-recomendaciones-2023-de-vacunacion-contra-el-herpes-zoster>. Consultado el 07/01/2026
5. Bonvehí P, Citera G, Cosentino V, De la Vega MC, Larroude MS, Nacinovich F, et al. Recomendaciones para la inmunización con vacuna recombinante para herpes zóster en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas autoinmunes. *Revista Argentina de Reumatología*. Octubre-diciembre 2023, 34:Nº 3 (Suplemento Nº 2): 1-10.
6. Winthrop KL, Nash P, Yamaoka K, Mysler E, Khan N, Camp HS, et al. Incidence and risk factors for herpes zoster in patients with rheumatoid arthritis receiving upadacitinib: a pooled analysis of six phase III clinical trials. *Ann Rheum Dis*. 2022 Feb;81(2):206-213. doi: [10.1136/annrheumdis-2021-220822](https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2021-220822)
7. Reza Hosseini O y cols. Temporal timing of herpes zoster events in relation to diagnosis of immunocompromising conditions. Nordsælends hospital, Hillerød, Denmark. Abstract P3640; ECCMID 2025, Viena, Austria.
8. Eiberg MF y cols. The risk of vascular events following herpes zoster: a matched cohort study. Copenhagen University Hospital, North Zealand, Hillerød (Denmark), Danish Cancer Society, Statens Serum Institut - (Denmark). Abstract P0229; ECCMID 2025, Viena, Austria.
9. Constenla D, Lonnet G, Aris E, Ramsanjay RK, Servotte N, Mwakingwe-Omari A, et al. Real-world effectiveness of the adjuvanted recombinant zoster vaccine in ≥50-year-old adults with autoimmune diseases. *J Infect Dis*. 2025;jiaf395. doi: [10.1093/infdis/jiaf395](https://doi.org/10.1093/infdis/jiaf395)
10. Rayens E, Sy L, Qian L, Wu J, Ackerson B, Luo Y, et al. Vaccine effectiveness and safety of recombinant Zoster Vaccine in Rheumatoid Arthritis Patients in Population Aged 50 years and older. Ravens E y cols. Kaiser permanente. Abstract Number: 0977. ACR Convergence 2024 November 14–19, Washington, DC.
11. Klueberg S, Mayer SE, Spence OM, Oraich D, Seifert H, Ali O, et al. Effectiveness and Safety of the Recombinant Zoster Vaccine in Patients ≥18 Years of Age with Systemic Lupus Erythematosus or Multiple Sclerosis. Abstract Number: 0844. ACR Convergence 2024 November 14–19, Washington, DC.
12. Langan SM, Smeeth L, Margolis DJ, Thomas SL. Herpes Zoster Vaccine Effectiveness against Incident Herpes Zoster and Post-herpetic Neuralgia in an Older US Population: A Cohort Study. *Plos Med* 2013;10(4):e10001420.
13. Burmester GR, Deodhar A, Irvine AD, Panaccione R, Winthrop KL, Vleugels RA, et al. Safety Profile of Upadacitinib: Descriptive Analysis in Over 27,000 Patient-Years Across Rheumatoid Arthritis, Psoriatic Arthritis, Axial Spondyloarthritis, Atopic Dermatitis, and Inflammatory Bowel Disease. *Adv Ther*. 2025 Oct;42(10):5215-5237. doi: [10.1007/s12325-025-03328-y](https://doi.org/10.1007/s12325-025-03328-y)
14. Winthrop KL, Klaff J, Penn SK, Liu Y, García C, Mysler E, et al. Immunogenicity of adjuvanted recombinant zoster vaccine in patients with rheumatoid arthritis treated with upadacitinib: 60-week results from a randomised controlled trial substudy. *RMD Open*. 2025;11:e005521. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2025-005521>
15. Shih PC, Wang SI, Leong PY, Huo AP, Wei JCC. Recombinant Zoster Vaccine Reduces All-Cause Mortality, But Not Major Adverse Cardiovascular Events, in Patients With Immune-Mediated Inflammatory Diseases Receiving Janus Kinase Inhibitors: A Large-Scale Real-World Retrospective Cohort Study. *J Med Virol*. 2025 Mar;97(3):e70285. doi: [10.1002/jmv.70285](https://doi.org/10.1002/jmv.70285)
16. Curtis JR, Conrad DM, Krueger WS, Gara AP, Winthropet KL. Real-world data on the use of the Shingrix vaccine among patients with inflammatory arthritis and risk of cardiovascular events following herpes zoster. *Arthritis Res Ther*. 2025; 27, 108. <https://doi.org/10.1186/s13075-025-03565-0>
17. Park JK, Kim M, Jung JI, Kim JY, Jeong H, Park JW, et al. Immunogenicity, reactogenicity, and safety of two-dose adjuvanted herpes zoster subunit vaccine in patients with systemic lupus erythematosus in South Korea: a single-centre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Rheumatol*. 2024 Jun;6(6):e352-e360. doi: [10.1016/S2665-9913\(24\)00084-5](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(24)00084-5)
18. Mayer SE, Klueberg SA, Spence O, Oraichi D, Seifert H, Ali O, et al. Effectiveness and safety of the recombinant zoster vaccine in adult patients with systemic lupus erythematosus: a claims-based retrospective cohort study in the USA. *RMD Open*. 2025 Aug 7;11(3):e005839. doi: [10.1136/rmdopen-2025-005839](https://doi.org/10.1136/rmdopen-2025-005839)
19. Bijl M, Westra J, Mancuso S, Bearzi P, Giacomelli R, Conti F. Should we vaccinate during an active rheumatic disease? *Autoimmunity Reviews* 2024; 23 (1):103426,ISSN 1568-9972, <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2023.103426>
20. Leung J, Anderson TC, Dooling K, Xie F, Curtis JR, et al. Recombinant Zoster Vaccine Uptake and Risk of Flares Among Older Adults With Immune-Mediated Inflammatory Diseases in the US. *Arthritis Rheumatol*. 2022 Nov;74(11):1833-1841. doi: [10.1002/art.42261](https://doi.org/10.1002/art.42261)
21. Wessely A. Seroconversion after application of a recombinant herpes zoster vaccine in VZV seronegative immunocompromised adults. Abstract P5061. ECCMID 2025, Viena, Austria.
22. Valdez Donelli F, Barbich T, Ezquer A, Bravo A, Lalloppizzo C, Reyes Gómez C, et al. Estatus de vacunación contra influenza, neumococo y herpes zóster en pacientes con artritis reumatoide y espondiloartritis. *Rev. argent. reumatol*. 2024, vol.35, n.3, pp.55-64. <https://doi.org/10.47196/rar.v35i3.881>
23. Pier M, Wolbink G, Boekel L. Time to talk to adults with rheumatic diseases about herpes zoster vaccination. *Lancet Rheumatol*. 2024 Apr;6(4):e247-e251. doi: [10.1016/S2665-9913\(24\)00019-5](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(24)00019-5)
24. Abreu C, Martins A, Branco E, Rocha R, Sarmento A, Magro F. Vaccines - beliefs and concerns: the voice of patients with inflammatory immunomediated diseases. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2023 Aug 1;35(8):848-853. doi: [10.1097/MEG.0000000000002589](https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000002589)