

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

Año 35 • Volumen 35 • Nº 3 • Julio-septiembre de 2024 • ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)



• ARTÍCULOS ORIGINALES

Estatus de vacunación contra influenza, neumococo y herpes zóster en pacientes con artritis reumatoide y espondiloartritis

• CASOS CLÍNICOS

Enteritis lúpica como manifestación primaria de lupus eritematoso sistémico

Dermatomiositis del hallazgo usual al inusual.
Hallazgo tricoscópico y triple positividad de anticuerpos.
Presentación de un caso clínico

Enfermedad de Weber-Christian con compromiso orbitario refractaria a inmunosupresores convencionales y respuesta a adalimumab

Comité Editorial de la Revista Argentina de Reumatología

Equipo editorial SAR

Editor Jefe:

Darío Scublinsky:
MD, PhD, MSc, Prof.,
Universidad de Buenos
Aires. Hospital Fernández,
Ciudad Autónoma de
Buenos Aires, Argentina

Editores de Sección:

María Laura de la Torre:
Centro de Educación
Médica e Investigaciones
Clínicas “Norberto Quirno”
(CEMIC), Hospital y
Universidad, Ciudad
Autónoma de Buenos Aires,
Argentina

Ignacio Gandino: MD,
Hospital General de Agudos
Juan A. Fernández y
Hospital Italiano de Buenos
Aires, Ciudad Autónoma de
Buenos Aires, Argentina

Asistentes de Indexación:

Gabriela Tielas:
Bibliotecaria, Universidad
de Buenos Aires, Argentina

Micaela Vicente, Médica

Editores jefe anteriores:

Enrique Soriano Guppy:
expresidente de la Sociedad
Argentina de Reumatología
y de la Liga Panamericana
de Asociaciones de
Reumatología (PANLAR),
Hospital Italiano de Buenos
Aires, Ciudad Autónoma de
Buenos Aires, Argentina

Julio Hofman: expresidente
de la Sociedad Argentina
de Reumatología, Hospital
Interzonal General de
Agudos Eva Perón, Ciudad
Autónoma de Buenos Aires,
Argentina

José Maldonado Cocco:
MD, PhD, Profesor
de Reumatología,
Universidad de Buenos
Aires, Miembro destacado
del Colegio Americano
de Reumatología. Exjefe
de Servicio del IREP de
Buenos Aires, Argentina

Comité Editorial

Alarcón, Graciela (Perú,
EE.UU.)

Alba, Paula (Argentina)

Aletaha, Daniel (Alemania)

Amigo, Mary Carmen
(México)

Arturi, Alfredo (Argentina)

Babini, Alejandra (Argentina)

Balsa Criado, Alejandro
(España)

Baraliakos, Xenofon
(Alemania)

Canoso, Juan (México)

Casado, Gustavo (Argentina)

Catoggio, Luis J. (Argentina)

Cervera, Ricardo (España)

Citera, Gustavo (Argentina)

De la Vega, María Celina
(Argentina)

Espada, Graciela (Argentina)

García, Mercedes (Argentina)

Hofman, Julio (Argentina)

Martín, Mola Emilio (España)

Mysler, Eduardo (Argentina)

Paira, Sergio (Argentina)

Perandones, Carlos
(Argentina)

Pons-Estel, Bernardo
(Argentina)

Rosa, Javier (Argentina)

Rosemffet, Marcos (Argentina)

Rillo, Oscar (Argentina)

Schneeberger, Emilce
(Argentina)

Secco, Anastasia (Argentina)

Shoenfeld, Yehuda (Israel)

Soriano Guppy, Enrique
(Argentina)

Suárez Almazor, María E.
(EE.UU)

Unizony, Sebastián (EE.UU)

Venarotti, Horacio (Argentina)

Revisores de los últimos números (orden alfabético):

María Laura Acosta Felquer

Alberto Allievi

Rodolfo Nicolás Alvarado

Marcela Álvarez

Cecilia Asnal

Nora Aste

Diego Baenas

Rocío Barrios

Cecilia Battaglia

Alejandro Benitez

Ana María Beron

Andrea Braillard-Poccard

Eleonora Bresan

Alejandro Brigante

Emilio Buschiazzo

Sergio Carbia

Horacio Matías Castro

Javier Cavallasca

Santiago Catalán Pellet

Tomás Cazenave

Vanesa Cervetto

María de los Ángeles Correa

Vanesa Cosentino

Juan Enghelmayer

Graciela Espada

Mariana Fabi

Maximiliano Fenucci

Lucila García

María Marcela García

Marina García Carrasco

Carla Gobbi

Graciela Gómez

Gimena Gómez

Ramiro Gómez

Julio Got

Oscar Gut

Pía Izaguirre

Hugo Laborde

María José López Meiller

Sebastián Magri

Verónica Malah

María del Rosario Maliandi

Nicolás Marín

José Martínez

Victoria Martiré

Silvia Meiorín

Sebastián Moyano

Sebastián Muñoz

Sofía Palmero

Silvia Papisidero

Carla Pappalardo

Francisco Paulin

Nicolás Pérez

Rodolfo Pérez Alamino

Natalia Perrotta

María Milena Pertuz

Rebolledo

Luisa Plantalech

Sabrina Porta

Alejandra Pringe

Ariana Ringer

Carla Saucedo

Valeria Scagliioni

Moisés Schapira

Marina Scolnik

Evelyn Soto

Edson Vellozo

Belén Virasoro

Marcela Young

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

Año 35 • Volumen 35 • Nº 3 • Julio-septiembre de 2024

ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)



Sociedad Argentina
de Reumatología

Registros Legales e Indexación

Propietaria:

Sociedad Argentina de Reumatología.

Domicilio legal de la Revista:

Av. Callao 384, piso 2, depto. 6 (C1022AAQ), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Dirección Nacional del Derecho de Autor, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la República Argentina: Registro de Publicaciones Periódicas en Legajo Nº: RL-2023-67258517.

La Revista Argentina de Reumatología es la publicación oficial de la Sociedad Argentina de Reumatología, que se edita ininterrumpidamente desde 1989. Se encuentra indizada en el Núcleo Básico de Revistas Científicas (NBR); en el Scientific Electronic Library Online (SciELO); en la Base de Datos LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud); en el Catálogo y Directorio de Latindex Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal; en DOAJ (Directory of Open Access Journals); en la Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (REDALYC); en Google Académico; en la Matriz de Información para el Análisis de Revistas (MIAR) de la Universidad de Barcelona; en DIALNET (Universidad de La Rioja, España); en la base de datos Scopus (Elsevier) y en la base de datos Chemical Abstracts Service (CAS) de la American Chemical Society. La Revista Argentina de Reumatología y todas sus ediciones están registradas en Crossref y poseen DOIs asignados.

Está en proceso de indexación en Medline.

Cuenta con un Comité Científico Nacional e Internacional.



Periodicidad:

Se editan cuatro números al año, más una publicación especial dedicada al Congreso anual de la Sociedad Argentina de Reumatología y suplementos adicionales.

Periodicidad: trimestral. ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea).

Esta obra está licenciada bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0) Para ver una copia de esta licencia, visite: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

Edita:

Sello Editorial Lugones® de Editorial Biotecnológica S.R.L.

Socio Gerente: Facundo Lugones.

Jefa de Redacción: Lic. María Fernanda Cristoforetti.

Diseño gráfico: Marisa Kantor.

Curpaligüe 202, 9º piso, ofc. B (1406), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Tel.: (011) 4632-0701/4634-1481. E-mail: administracion@lugones.com.ar

www.lugoneseditorial.com.ar



Año 35 • Volumen 35 • Nº 3 • Julio-septiembre de 2024 • ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)

Imprenta: Sello Editorial Lugones® de Editorial Biotecnológica S.R.L.:

Curpaligüe 202 9º B, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

La presente Edición está impresa en papel libre de cloro

Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Reumatología

Presidente:

Dr. Guillermo Berbotto

Vicepresidente:

Dr. Gustavo Casado

Presidente Anterior:

Dra. María Celina De La Vega

Secretario:

Dr. Gustavo Rodríguez Gil

Prosecretaria:

Dra. Verónica Saurit

Tesorero:

Dr. Javier Rosa

Protesorero:

Dra. Cecilia Asnal

Vocales Titulares:

Dr. Maximiliano
Machado Escobar

Dra. Vanesa Cosentino

Dra. Anastasia Secco

Dr. EdsonVELOZO

Vocales suplentes:

Dr. Emilio Buschiazzo

Dra. Fabiana Montoya

Comisión Revisora de Cuentas Titulares:

Dr. Juan Quintero

Dra. María Soledad

Gálvez Elquin

Suplentes:

Dr. David Navarta

Representantes de Filiales:

*Asociación de Reumatología
de la Ciudad de Buenos Aires:*

Dra. Fabiana Montoya

*Sociedad de Reumatología de
Catamarca, Santiago del Estero
y La Rioja:*

Dra. María Soledad
Gálvez Elquin

*Sociedad de Reumatología
de Cuyo:*

Dr. David Navarta

*Sociedad de Reumatología
de Tucumán:*

Dr. Maximiliano
Machado Escobar

*Sociedad de Reumatología
del Sur:*

Dr. Juan Quintero

*Asociación de Reumatología
de Santa Fe:*

Dr. Juan Carlos Raggio

*Asociación de Reumatología
de Córdoba:*

Dra. Paula Alba

*Asociación de Reumatología
del Noreste:*

Dr. EdsonVELOZO

*Sociedad Salto Jujena
de Reumatología:*

Dr. Emilio Buschiazzo

*Asociación de Reumatología de la
Provincia de Buenos Aires:*

Dr. José Luis Velazco Zamora

Directores de Unidades

*Director de Unidad
de Investigación:*

Dr. Guillermo Pons-Estel

*Directora de la Unidad de
Educación:*

Dra. Carla Gobbi

Director de Unidad Editorial:

Dr. Darío Scublinsky

Sociedad Argentina de Reumatología

Av. Callao 384, piso 2, dpto. 6 (C1022AAQ), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Tel.: 4371-1759/1643; e-mail: sociedad@reumatologia.org.ar; sitio web: www.reumatologia.org.ar

Sumario

ARTÍCULOS ORIGINALES

- **Estatus de vacunación contra influenza, neumococo y herpes zóster en pacientes con artritis reumatoide y espondiloartritis**

Florencia Valdez Donelli, Tatiana Barbich, Alejandro Ezquer, Andrea Bravo, Carla Lallopizzo, Camila Reyes Gómez, Emilce Schneeberger, Gustavo Citera..... 55

CASOS CLÍNICOS

- **Enteritis lúpica como manifestación primaria de lupus eritematoso sistémico**

Iván Sandoval Guzmán, Tatiana Ordoñez Rodríguez, Sury Zaday Palma Motte, Karem González Medel, Sonia Cruz Albarrán, Iván Arturo Ramos Vázquez, Emanuelle Olivarez Meza 65

- **Dermatomiositis del hallazgo usual al inusual. Hallazgo tricoscópico y triple positividad de anticuerpos. Presentación de un caso clínico**

Yessica Ponce, Carla Segovia..... 68

- **Enfermedad de Weber-Christian con compromiso orbitario refractaria a inmunosupresores convencionales y respuesta a adalimumab**

Florencia Vivero, Ricardo Barrera, Javier Pui, Alexia Nicomedes, Mariana Abraham, David Aiziczon.. 72

Summary

ORIGINAL ARTICLES

- **Vaccination status against influenza, pneumococcus, and herpes zoster in patients with rheumatoid arthritis and spondyloarthritis**

Florencia Valdez Donelli, Tatiana Barbich, Alejandro Ezquer, Andrea Bravo, Carla Lallopizzo, Camila Reyes Gómez, Emilce Schneeberger, Gustavo Citera..... 55

CLINICAL CASES

- **Lupus enteritis as a primary manifestation of systemic lupus erythematosus**

Iván Sandoval Guzmán, Tatiana Ordoñez Rodríguez, Sury Zaday Palma Motte, Karem González Medel, Sonia Cruz Albarrán, Iván Arturo Ramos Vázquez, Emanuelle Olivarez Meza 65

- **Dermatomyositis from usual to unusual finding. Trichoscopic finding and triple positivity antibodies. Presentation of a clinical case**

Yessica Ponce, Carla Segovia..... 68

- **Weber-Christian disease with orbital involvement refractory to conventional immunosuppressants and response to adalimumab**

Florencia Vivero, Ricardo Barrera, Javier Pui, Alexia Nicomedes, Mariana Abraham, David Aiziczon.. 72

Artículo original

Estatus de vacunación contra influenza, neumococo y herpes zóster en pacientes con artritis reumatoide y espondiloartritis

Vaccination status against influenza, pneumococcus, and herpes zoster in patients with rheumatoid arthritis and spondyloarthritis

Florencia Valdez Donelli, Tatiana Barbich, Alejandro Ezquer, Andrea Bravo, Carla Lalloppizzo, Camila Reyes Gómez, Emilce Schneeberger, Gustavo Citera

RESUMEN

¹ Instituto de Rehabilitación Psicofísica, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Palabras clave: vacunación; herpes zóster; artritis reumatoide; espondiloartritis.

Revista Argentina de Reumatología 2024; Vol. 35 (55-64)

Contacto de la autora: Florencia Valdez Donelli

E-mail: flor.valdone@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 6/5/2024

Fecha de trabajo aceptado: 3/9/2024

Conflictos de interés: los autores declaran que no presentan conflictos de interés.

Introducción: la vacunación previene infecciones al mejorar la inmunidad.

Objetivos: evaluar la prevalencia de cobertura de vacunación antigripal, anti-neumocócica y contra el herpes zóster (HZ) en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide (AR) y espondiloartritis (EspA), y estimar la prevalencia de episodios de HZ y sus complicaciones.

Materiales y métodos: estudio observacional retrospectivo de corte transversal, realizado de marzo a julio de 2023 en un único centro. Se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de AR según criterios ACR-EULAR 2010 y pacientes con EspA según criterios CASPAR para APs o ASAS 2009 para EspA axial. Se consignaron datos sobre vacunación (antigripal, antineumocócica y contra el HZ) y antecedentes de infección de virus varicela zóster (VVZ) y HZ.

Resultados: se incluyeron 90 pacientes. El 81,1% refirió antecedentes de infección por VVZ y el 22,2% por HZ. El 88,9% recibió al menos una dosis de la vacuna antigripal; el 82,2% recibió una dosis con PCV13 y el 58,9% con PPSV23. Ningún paciente se encontraba vacunado contra el HZ (el 100% por falta de indicación). Aquellos pacientes que habían recibido la vacuna antigripal por 5 años consecutivos y PPSV23 fueron más frecuentemente mujeres y de mayor edad.

Conclusiones: pertenecer al sexo femenino y tener mayor edad se asociaron significativamente a mayor vacunación antigripal y PPSV23. La prevalencia de HZ fue similar a la población general y la vacunación fue nula.

ABSTRACT

Introduction: vaccination prevents infections by improving immunity.

Objectives: to evaluate the prevalence of influenza, pneumococcal, and herpes zoster (HZ) vaccination coverage in a cohort of patients with RA and SpA, and to estimate the prevalence of HZ episodes and their complications.

Materials and methods: a retrospective, cross-sectional observational study was conducted from March to July 2023 at a single center. Consecutive patients with a diagnosis of RA according to ACR-EULAR 2010 criteria and patients with SpA according to CASPAR criteria for PsA or ASAS 2009 for axial SpA were included. Data on vaccination (influenza, pneumococcal and HZ) and history of varicella zoster virus (VZV) and HZ infection were recorded.

Key words: vaccination; herpes zoster; rheumatoid arthritis; spondyloarthritis.

Results: 90 patients were included. 81.1% reported a history of VZV infection and 22.2 of HZ infection. 88.9% received at least one dose of influenza vaccine. 82.2% received a dose with PCV13 and 58.9% with PPSV23. No patient was vaccinated against HZ (in 100% of cases due to lack of indication). Those patients who had received the influenza vaccine for 5 consecutive years and the PPSV23 vaccine were more frequently women of older age.

Conclusions: being female and being older were significantly associated with greater vaccination coverage for influenza and PPSV23. The prevalence of HZ was similar to the general population and no patient had received vaccination for HZ.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con enfermedades reumáticas, particularmente las de origen autoinmune como la artritis reumatoide (AR) y las espondiloartritis (EspA), presentan mayor riesgo de desarrollar ciertas infecciones inmunoprevenibles como influenza, neumonía y herpes zóster (HZ)¹⁻⁵. El HZ es causado por la reactivación del virus latente de la varicela zóster (VVZ), agente causante de la varicela. Aproximadamente del 20 al 30% de la población general desarrollará HZ durante su vida; el riesgo aumenta con la edad por la disminución de la inmunidad celular contra el VVZ⁶⁻⁸.

El HZ típicamente se presenta como una erupción cutánea vesicular monodermatómica dolorosa, aunque puede ocurrir una enfermedad diseminada. La complicación más frecuente es la neuralgia posherpética (NPH), que ocurre en aproximadamente el 30% de las personas con HZ⁹⁻¹⁰.

El aumento del riesgo para desarrollar estas infecciones se ha atribuido a la enfermedad subyacente, a las comorbilidades y a las terapias inmunosupresoras que utilizan estos pacientes, como las drogas modificadoras de la enfermedad sintéticas convencionales (DME-sc), biológicas (-b), sintéticas dirigidas (-sd) y los glucocorticoides¹¹⁻²⁰.

La vacunación previene las infecciones al inducir y/o mejorar la inmunidad. En la actualidad existen recomendaciones de diversas guías de práctica clínica, como las del *American College of Rheumatology* (ACR), de la *European League Against Rheumatism* (EULAR) y de la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR) en conjunto con la Sociedad Argentina de Infectología (SAR/SADI) para la vacunación de pacientes con este tipo de enfermedades²⁰⁻²³.

En 2011 el Ministerio de Salud de la Nación incorporó la vacuna antigripal al Calendario Nacional de Vacunación destinada a la población con mayor riesgo de morbimortalidad. La

vacuna antigripal disponible en la Argentina es una vacuna a virus inactivados. Según las guías actuales, debe administrarse anualmente en otoño, idealmente antes del inicio de la circulación viral²⁴.

En relación a la vacuna de la neumonía, actualmente están disponibles tres vacunas: la antineumocócica conjugada 13-valente (PCV13), la antineumocócica polisacárida 23-valente (PPSV23) y recientemente se incorporó la antineumocócica conjugada 20 valente²¹⁻²⁴.

Respecto de la vacunación contra el HZ, existen dos vacunas. La Zostavax es una vacuna a virus vivos atenuados de VVZ cepa Oka/Merck. Se encuentra formalmente contraindicada en pacientes inmunocomprometidos, que cursan una enfermedad aguda, y en embarazadas. En el estudio ZEST (estudio de eficacia y seguridad de ZOSTAVAX) se observó que la vacuna redujo significativamente la incidencia de HZ en el 70% de los adultos de 50 a 59 años. Esta vacuna no se encuentra disponible en Argentina desde 2022²⁵⁻²⁶. Por su parte, la vacuna Shingrix, recombinante e inactivada, disponible en Argentina desde marzo de 2023, surge de la combinación de un antígeno de superficie viral llamado glicoproteína E y un adyuvante conocido como AS01B. El esquema es de dos dosis separadas por un intervalo de entre 2 y 6 meses administradas por vía intramuscular. Está indicada para su uso en la población general a partir de los 50 años de edad y a partir de los 18 años en huéspedes inmunocomprometidos. Se demostró una eficacia contra el HZ mayor del 90% en todos los grupos de edad, incluso una eficacia sostenida durante un período de seguimiento de 10 años. La vacuna también redujo la incidencia global de la NPH. Además de su alta inmunogenicidad, puede usarse en personas con inmunocompromiso, población con mayor riesgo de presentar HZ²⁷⁻³⁰.

El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de cobertura de la vacunación antigripal,

antineumocócica y contra el HZ en una cohorte de pacientes con AR y EspA, y estimar la prevalencia de episodios de HZ y sus complicaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de corte transversal. Se analizaron pacientes consecutivos ≥ 18 años con diagnóstico de AR según criterios ACR-EULAR 2010, pacientes con EspA axial (ax) según criterios del *Assessment of SpondyloArthritis international Society* 2009 (ASAS 2009) y aquellos con artritis psoriásica (APs) según la *Classification criteria for Psoriatic ARthritis* (CASPAR) seguidos de forma ambulatoria en el Instituto de Rehabilitación Psicofísica (IREP). El período de reclutamiento fue de marzo de 2023 a julio de 2023³¹⁻³⁴.

Se consignaron datos sociodemográficos como edad, sexo, etnia (caucásica, mestiza, amerindia, asiática, afroamericana o desconocida), escolaridad (en años), cobertura social (obra social, prepaga o sin cobertura social), ocupación/tipo de ocupación (universitario, técnico, empleado, obrero especializado u obrero no especializado) y causa de desocupación (jubilado/pensionado, causa social o debido a la enfermedad de base). Se evaluaron comorbilidades: infarto agudo de miocardio (IAM), hipertensión arterial (HTA), insuficiencia cardíaca congestiva, arritmias, accidente cerebrovascular, hipertensión pulmonar, tabaquismo actual o pasado, alcoholismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, problemas gastrointestinales (úlceras pépticas u otros), diabetes, cáncer, infecciones u otras.

Se consignaron características de la enfermedad de base como tiempo de evolución y otras características de la enfermedad. En pacientes con AR se registró la presencia de seropositividad para factor reumatoideo y anticuerpos anti péptidos cíclicos citrulinados, nódulos, erosiones radiográficas, enfermedad pulmonar intersticial y vasculitis. En el caso de pacientes con EspAax y APs se consignó positividad para HLA-B27, antecedente de psoriasis, uveítis, dactilitis, entesitis y enfermedad inflamatoria intestinal.

Se recabaron datos sobre la vacunación antigripal (trivalente y/o cuadrivalente), antineumocócica (PCV13 y/o PPSV23) y contra el HZ (Zostavax o Shingrix), esquema recibido, y fecha y médico especialista que realizó la indicación (reumatólogo, clínico, infectólogo u otro). Se consideró el cumplimiento de la dosis anual hasta 5

años previos del momento de la evaluación. Además, se registró el motivo en caso de no haber sido vacunado (decisión del paciente, falta de indicación por el médico, contraindicación a algún componente de la vacuna, falta de acceso u otro). Se interrogó a los pacientes acerca de su estado vacunal, y se corroboró en su historia clínica electrónica y/o carnet de vacunación.

También se les preguntó sobre los antecedentes de varicela y de HZ, número de episodios de HZ, fecha del/los evento/s, forma clínica (monodermatoma, multidermatoma o diseminada), localización (torácico, miembros superiores, miembros inferiores, región trigeminal, oftálmico, genital, sacro o visceral), tiempo de demora de diagnóstico, tiempo de duración (en días), tratamiento farmacológico específico para el HZ (AINEs, glucocorticoides, antivirales, aciclovir tópico, endovenoso u oral, valaciclovir, ganciclovir, otro), terapia alternativa (tinta china, hierbas, otras), severidad del evento (leve, moderado, grave), complicaciones (NPH, sobreinfección, otras), duración de la complicación, tratamiento crónico para la misma y tratamientos recibidos al momento de la infección por HZ (prednisona o equivalencia < 10 mg/día; DME-sc como metotrexato, leflunomida, sulfasalazina, hidroxiclороquina; DME-b incluyendo agentes inhibidores de factor de necrosis tumoral [iTNF], rituximab, abatacept, inhibidores de interleuquina [IL-6: tocilizumab y sarilumab], inhibidores de IL-17 [secukinumab, ixekizumab], inhibidores de IL-23 [guselkumab y risankizumab], inhibidores de IL-12/23 [ustekinumab] y DME-sd [tofacitinib, baricitinib y upadacitinib]).

Para el análisis de datos se realizó estadística descriptiva, las variables continuas se expresaron en media (\bar{X}) y desvío estándar (DE) o en mediana (m) y rango intercuartílico (RIC) según su distribución, y las variables categóricas en frecuencia y porcentaje. Las comparaciones de las variables continuas se realizaron mediante test de Student, y la comparación de las variables categóricas por test de chi-cuadrado o test exacto de Fisher.

Este estudio fue aprobado por un Comité de Ética independiente y se llevó a cabo en concordancia con las guías de Buenas Prácticas Clínicas, el Consejo Internacional de Armonización y con los principios éticos establecidos por la Declaración de Helsinki, la ley 3301/09 y las guías del comité de ética local. Todos los pacien-

tes fueron debidamente informados y firmaron el correspondiente consentimiento informado previamente a su inclusión. Los datos personales de los pacientes se trataron según la normativa de la ley nacional de protección de datos personales (ley 25326).

RESULTADOS

Se incluyeron 90 pacientes, con una edad mediana de 57 años (RIC 48-64) y un 86,7% del sexo femenino. Las demás características principales se detallan en la Tabla 1.

La forma de presentación del HZ más frecuente fue monometamérico, en tronco y de severidad leve. El 35% de los pacientes recibió tratamiento farmacológico para el HZ y el 55% terapia alternativa. El 15% presentó NPH como complicación. Tanto la enfermedad reumática de base como el tratamiento para la misma recibido durante la infección con el HZ se detallan en la Tabla 2.

En cuanto a las características de la vacunación, el 88,9% recibió al menos una dosis de la vacuna antigripal, pero solo el 56,7% lo hizo de forma consecutiva los últimos 5 años, siendo en

el 83,3% de los casos indicado por el reumatólogo. La causa más frecuente de vacunación incompleta fue por decisión del paciente (71,8%). El 82,2% recibió una dosis con PCV13 y el 58,9% con PPSV23 (56% tenía esquema completo para neumonía). En este caso, el 80% fue indicado por el reumatólogo y la causa principal de la ausencia de vacunación para PCV13 y PPSV23 fue la falta de indicación por parte del médico en el 50% y 51,3%, respectivamente. Solo el 8,8% tenía el refuerzo correspondiente con PPSV23. Ningún paciente se encontraba vacunado contra el HZ, en el 100% de los casos por falta de indicación de parte del médico (Figuras 1 y 2).

En el análisis bivariado, aquellos pacientes que habían recibido la vacuna antigripal por 5 años consecutivos y la vacuna PPSV23 fueron más frecuentemente mujeres (67,1% vs. 20%; $p=0,01$ y 64,1% vs. 25%; $p=0,02$, respectivamente) y de mayor edad (\bar{X} 59±11,2 años vs. \bar{X} 53±11; $p=0,04$, y \bar{X} 58,4±12 años vs. \bar{X} 52,5±11; $p=0,02$, respectivamente). Las demás variables comparadas no mostraron asociación alguna con el resto de las vacunas.

Tabla 1: Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes.

Variables	Pacientes (n=90)
Sexo femenino n (%)	78 (86,7)
Edad (años) m (RIC)	57 (48-64)
Etnia	
Mestiza n (%)	87 (96,7)
Caucásica n (%)	2 (2,2)
Desconocida n (%)	1 (1,1)
Escolaridad (años) m (RIC)	11 (6-12)
Ocupación	
Universitario n (%)	5 (5,6)
Técnico n (%)	2 (2,2)
Empleado n (%)	17 (18,8)
Obrero especializado n (%)	8 (8,9)
Ama de casa n (%)	7 (14,4)
Desocupado n (%)	45 (50)
Causa de desocupación	
Pensionado/jubilado n (%)	23 (25,5)
Por la enfermedad reumática n (%)	14 (15,5)
Motivo social n (%)	8 (8,8)
Cobertura social	
Obra social n (%)	56 (62,2)
Prepaga n (%)	41 (45,5)
Incluir salud (Ex PROFE) n (%)	3 (3,3)
Enfermedad reumática de base	
Artritis reumatoide n (%)	12 (13,3)
Artritis psoriásica n (%)	77 (85,5)
Espondiloartritis axial n (%)	11 (12,2)
	2 (2,2)
Tiempo de evolución de la enfermedad reumática (años) m (RIC)	13,8 (7,3-23)

Tabla 1: Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes.

Variables	Pacientes (n=90)
Manifestaciones extra musculoesqueléticas	28 (31,1)
Nódulos reumatoides n (%)	9 (10)
EPI n (%)	13 (14,4)
Vasculitis n (%)	1 (1,1)
Uveítis n (%)	1 (1,1)
Entesitis n (%)	12 (13,3)
EII n (%)	1 (1,1)
Dactilitis n (%)	1 (1,1)
Comorbilidades	72 (80)
HTA n (%)	27 (30)
IAM n (%)	2 (2,2)
ICC n (%)	1 (1,1)
ACV n (%)	1 (1,1)
Arritmia- n (%)	1 (1,1)
Úlcera péptica o problemas gastrointestinales n (%)	4 (4,4)
Diabetes n (%)	7 (7,8)
EPOC n (%)	2 (2,2)
Cáncer n (%)	3 (3,3)
Tabaquismo actual n (%)	13 (14,4)
Tabaquismo pasado n (%)	10 (11,1)
Infecciones n (%)	12 (13,3)
Otra n (%)	53 (59,6)
Antecedentes de infección por VVZ	
Sí n (%)	73 (81,1)
Desconoce n (%)	5 (5,6)
Antecedente de episodios de HZ n (%)	20 (22,2)

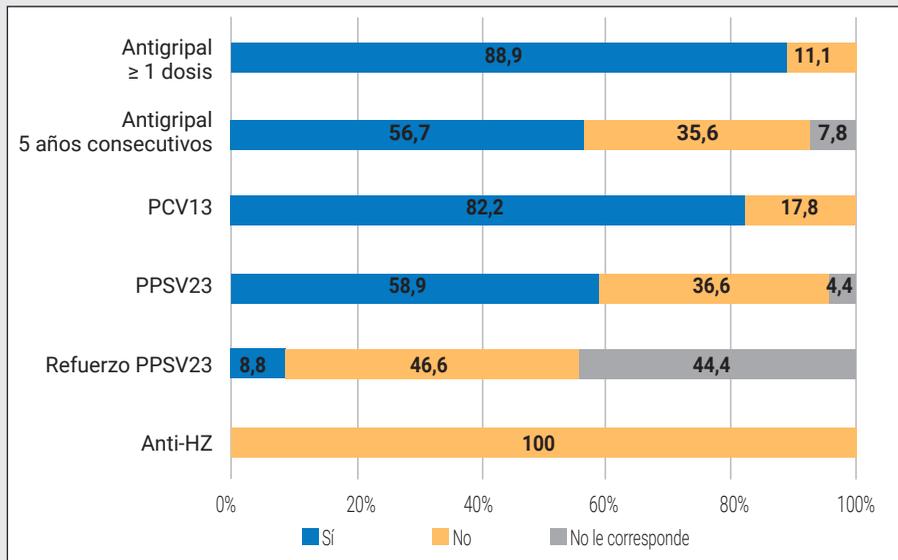
EPI: enfermedad pulmonar intersticial; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; HTA: hipertensión arterial; IAM: infarto agudo de miocardio; ICC: insuficiencia cardíaca congestiva; AVC: accidente cerebrovascular; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; VVZ: virus varicela zóster; HZ: herpes zóster.

Tabla 2: Características clínicas de la infección por herpes zóster.

Variables	Pacientes (n=20)
Forma clínica	
Monodermatoma n (%)	19 (95)
Polidermatoma n (%)	1 (5)
Localización	
Tronco n (%)	17 (85)
Miembros inferiores n (%)	1 (5)
Facial n (%)	2 (10)
Severidad de la infección	
Leve n (%)	17 (85)
Moderada n (%)	3 (15)
Tratamiento farmacológico para HZ	7 (35)
Aciclovir n (%)	6 (30)
Ganciclovir n (%)	1 (5)
Terapias alternativas para HZ n (%)	11 (55)
Complicaciones	4 (20)
NPH n (%)	3 (15)
Otra n (%)	1 (5)
Enfermedad reumática diagnosticada al momento de la infección	
AR (n) %	11 (55)
EspA (n) %	2 (10)
Sin enfermedad reumática n (%)	7 (35)
Tratamiento para la enfermedad reumática al momento de la infección	13 (45)
Prednisona <10 mg/día n (%)	2 (10)
Prednisona ≥10 mg/día n (%)	2 (10)
Metotrexato n (%)	9 (45)
Leflunomida n (%)	3 (15)
Etanercept n (%)	4 (20)
Adalimumab n (%)	1 (5)
Certolizumab n (%)	1 (5)
Sarilumab n (%)	1 (5)
Tofacitinib n (%)	1 (5)
Suspensión del tratamiento al momento de la infección n (%)	0

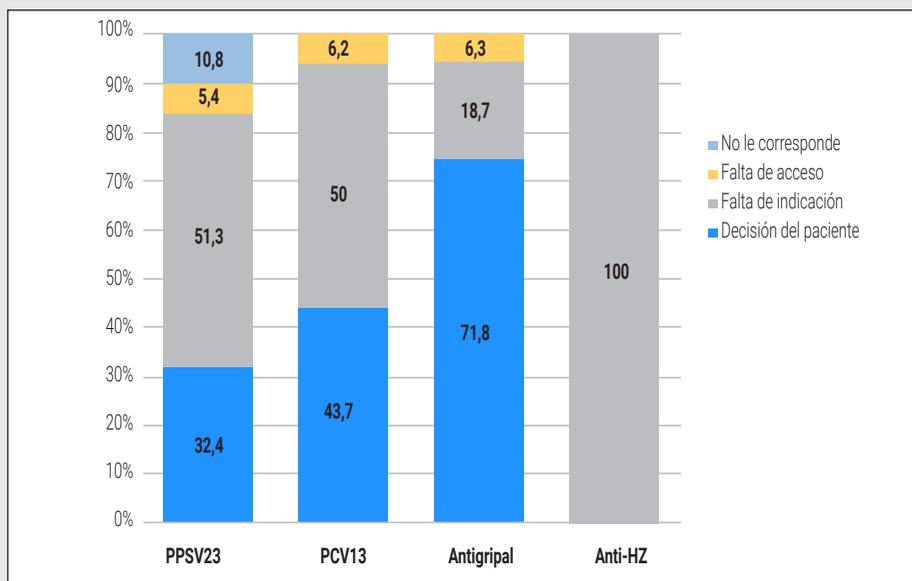
HZ: herpes zóster; NPH: neuralgia posherpética; AR: artritis reumatoide; EspA: espondiloartritis.

Figura 1: Cobertura vacunal en 90 pacientes con artritis reumatoide, espondiloartritis axial y artritis psoriásica.



PCV13: antineumocócica conjugada 13-valente; PPSV23: antineumocócica polisacárida 23-valente; HZ: herpes zóster.

Figura 2: Causas de falta de vacunación en 90 pacientes con artritis reumatoide o espondiloartritis axial y artritis psoriásica.



PPSV23: antineumocócica polisacárida 23-valente; PCV13: antineumocócica conjugada 13-valente; HZ: herpes zóster.

DISCUSIÓN

En este estudio encontramos que aproximadamente el 80% de los pacientes refería antecedente de infección por VZV y el 22,2% al menos un episodio de HZ. Casi el 90% de los pacientes recibió al menos una dosis de la vacuna antigripal, el 82,2% una dosis con PCV13 y el 58,9%

con PPSV23. Ningún paciente se encontraba vacunado contra el HZ, en el 100% de los casos por falta de indicación de parte del médico.

En esta cohorte, 73 pacientes (81,1%) mencionaron el antecedente de infección por VZV. Estos datos son similares a los encontrados por Gentile et al. en Argentina, con una prevalen-

cia de IgG anti-VVZ del 84,3% en mayores de 31 años. Dayan et al. hallaron una seroprevalencia de anticuerpos contra varicela alta del 98,5%³⁵⁻³⁶.

Los datos obtenidos en cuanto a la prevalencia del HZ en este estudio (22,2%) resultan similares a los de la población general. Se calcula que el 20-35% de las personas desarrollarán HZ a lo largo de su vida, aunque esto difiere de reportes previos, en los cuales los pacientes con AR tienen un mayor riesgo de HZ en comparación con la población general. De la misma manera, Calabrese et al. reportaron un riesgo de desarrollar HZ en pacientes con enfermedades autoinmunes 1,5 a 2 veces mayor que en individuos sanos^{7,8,9,37}. Esta discrepancia con nuestros resultados podría deberse a que muchos pacientes en nuestro medio (hospital público) no consultan ante un episodio de HZ y el diagnóstico pasa desapercibido. En el caso de las EspA, a diferencia de la AR, hay escasos datos sobre los riesgos y la incidencia del HZ, y además suelen ser contradictorios. Wong et al. observaron un riesgo de HZ en pacientes con EspA similar a los pacientes con AR, mientras que en Taiwán no encontraron diferencias entre la tasa de incidencia de HZ en pacientes con espondilitis anquilosante y controles sanos³⁸⁻³⁹.

En nuestro estudio observamos que la forma de presentación del HZ más frecuente fue monometamérica (95%) y en tronco (85%), y de severidad leve (95%). Estos datos son similares a los descritos en la literatura internacional. En un estudio realizado en el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) también encontraron que la localización toracolumbar fue la más frecuente (76,2%). En China, en pacientes con enfermedades reumáticas, también la localización torácica fue más frecuente (47,7%), menos del 1% presentó una forma diseminada grave y no se reportaron muertes⁴⁰⁻⁴¹.

Se ha descrito que entre el 10 y el 50% de las personas con HZ desarrollan NPH y el riesgo aumenta con la edad. En nuestra cohorte de pacientes el 15% desarrolló NPH como complicación⁴⁰⁻⁴².

Los datos respecto de los tratamientos recibidos para el HZ son escasos y heterogéneos. En nuestro estudio, solo el 35% de los pacientes recibió tratamiento farmacológico (tópico o sistémico), mientras que la mayoría recurrió a una terapia alternativa. En China, el 56% de los pacientes con AR con HZ fue tratado con medicamentos antivirales orales. Sin embargo, en el HIBA, el 91,5%

fue medicado con aciclovir y solo el 7,9% recibió también algún tipo de tratamiento alternativo⁴⁰⁻⁴¹. Esta diferencia encontrada entre nuestros datos y los del HIBA (hospital privado) podrían deberse a la dificultad en el acceso, tanto a la consulta como a la medicación, en el contexto de las personas que acuden a hospitales públicos.

En nuestro estudio, 13 pacientes (45%) se encontraban recibiendo tratamiento inmunomodulador al momento del episodio de HZ: 4 (20%) prednisona, 9 (45%) metotrexato, 6 (30%) iTNF y solo 1 (5%) tofacitinib. Menos de la mitad de los pacientes estaba recibiendo tratamiento inmunomodulador durante el episodio de HZ y esta situación, sumada al pequeño número de la muestra, puede explicar la falta de asociación entre los tratamientos recibidos y el desarrollo del HZ. Existen varios reportes que documentaron que los tratamientos inmunosupresores aumentan considerablemente el riesgo de padecer HZ y los inhibidores de janus kinasa (iJAK) presentan mayor riesgo aún, considerándose un “efecto de clase” de los mismos. Según datos publicados del registro alemán RABBIT, los pacientes con AR tuvieron un riesgo significativamente mayor de desarrollar HZ con iTNF monoclonales (HR 1.73, IC 95% 1,34-2,24), etanercept (HR 1.45, IC 95% 1,09-1,94), rituximab (HR 1.62, IC 95% 1,21-2,18), iIL-6 (HR 1.41, IC 95% 1,06-1,89) y iJAK (HR 3.23; IC 95%: 2,32-4,48) en comparación con el tratamiento con DME-sc⁴³⁻⁴⁴.

Respecto de la cobertura vacunal, según las normativas del Ministerio de Salud de la Nación, el objetivo de la vacunación en general es lograr coberturas mayores o iguales al 95% en cada grupo de la población en riesgo. Sin embargo, en la actualidad ninguna vacuna del Calendario Nacional de Vacunación superó un valor del 80% de cobertura a nivel nacional⁴⁵.

En este estudio, en concordancia con lo mencionado previamente, ninguna de las vacunas estudiadas alcanzó el objetivo de coberturas mayores o iguales al 95%. Si bien casi el 90% recibió al menos una dosis de la vacuna antigripal, solo el 56,7% lo hizo de forma consecutiva los últimos 5 años. En relación a la vacunación antineumocócica, aproximadamente el 80% recibió una dosis con PCV13, casi el 60% una dosis de PPSV23 y solo el 56% tenía esquema completo para neumonía. Diferentes estudios muestran que la cobertura vacunal es habitualmente menor que la esperada⁴⁵.

En Francia, la cobertura vacunal contra la in-

fluencia en pacientes con AR y EspA en terapia con DME-b fue del 42,2%. Además, observaron que haber recibido la vacuna se asoció significativamente con la edad mayor a 65 años, en concordancia con nuestros datos. Y las principales razones para no recibir la vacuna fueron la preocupación por los efectos secundarios, la subestimación del riesgo de contraer el virus de la influenza, la efectividad de la vacuna y la ausencia de recomendación médica⁴⁶.

En un análisis *post hoc* de la cohorte internacional COMORA de pacientes con AR, la tasa de cobertura de vacunación óptima fue muy baja, tanto para la vacuna PPSV23 (17,2%) como para la vacuna contra la influenza (25,3%), con una gran variación entre países. Solo el 36,7% de los participantes de la Argentina tenían una cobertura óptima con PPSV23, definida como su aplicación dentro de los últimos 5 años y el 49,2% nunca la había recibido. Respecto de la vacunación antigripal, el 63,8% había recibido al menos una dosis de la vacuna en algún momento de su vida, solo el 38,7% la había recibido el último año y el 36,2% nunca la había recibido⁴⁷.

En Suiza, la tasa de cobertura de vacunación antineumocócica en pacientes con EspA tratados con DME-b fue también baja (32,5%). Coincidentemente con nuestros resultados, los pacientes que más probabilidades tenían de haber recibido la vacuna antineumocócica eran mujeres (OR 1.57, IC 95% 1,10-2,23; $p < 0,05$), además de aquellos que habían recibido la vacuna contra la gripe anualmente (OR 5.14, IC 95% 3,70-7,14; $p < 0,01$). A diferencia de nuestro estudio, una edad mayor se asoció negativamente con la vacunación y la indicación de las vacunas estuvo a cargo del médico de cabecera en el 53,1% y en menor porcentaje por el reumatólogo tratante (34,7%)⁴⁸.

En Canadá, la vacunación contra el HZ en pacientes con AR y EspA aunque baja fue francamente mayor a la muestra, reportando ser inferior al 30%⁴⁹.

Este trabajo tuvo algunas limitaciones. Su diseño transversal retrospectivo puede generar sesgo, ya que los datos fueron informados por los pacientes. Por otro lado, también observamos que el número pequeño de pacientes limita el poder estadístico de nuestro estudio. Además, los datos fueron tomados de un único centro, reflejando solo la situación de un hospital público.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio muestra que la cobertura de la vacuna antigripal y antineumocócica fue aceptable, pero es necesario continuar trabajando para alcanzar los objetivos de cobertura propuestos. Las mujeres y las personas añosas presentan mayor cobertura de vacunación con antigripal y PPSV23. La prevalencia de HZ fue similar a la descrita para la población general y su cobertura vacunal fue nula por falta de indicación médica.

Este estudio no recibió financiamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Doran MF, Crowson CS, Pond GR, O'Fallon WM, Gabriel SE. Frequency of infection in patients with rheumatoid arthritis compared with controls: a population-based study. *Arthritis Rheum* 2002;46(9):2287-93.
2. Blumentals WA, Arreglado A, Napalkov P, Toovey S. Rheumatoid arthritis and the incidence of influenza and influenza-related complications: a retrospective cohort study. *BMC Musculoskelet Disord* 2012;13:158.
3. Wotton CJ, Goldacre MJ. Risk of invasive pneumococcal disease in people admitted to hospital with selected immune-mediated diseases: record linkage cohort analyses. *J Epidemiol Community Health* 2012;66(12):1177-8.
4. Memoli MJ, Athota R, Reed S, Czajkowski L, Bristol T, Proudfoot K, et al. The natural history of influenza infection in the severely immunocompromised vs nonimmunocompromised hosts. *Clinical Infectious Diseases* 2014;58(2):214-24.
5. Yun H, Yang S, Chen L, Xie F, Winthrop K, Baddley JW, et al. Risk of herpes zoster in autoimmune and inflammatory diseases: implications for vaccination. *Arthritis Rheumatol* 2016;68(9):2328-37.
6. Nagel MA, Gildea D. Neurological complications of varicella zoster virus reactivation. *Curr Opin Neurol* 2014;27(3):356-60.
7. John AR, Canaday DH. Herpes zoster in the older adult. *Infect Dis Clin North Am* 2017;31(4):811-26.
8. Johnson RW, Alvarez-Pasquin MJ, Bijl M, Franco E, Jacques Gaillat J, Clara JG, et al. Herpes zoster epidemiology, management, and disease and economic burden in Europe: a multidisciplinary perspective. *Ther Adv Vaccines* 2015;3(4):109-20.
9. Calabrese LH, Xie F, Yun H, Winthrop KL, Baddley JW, Calabrese C, et al. Herpes zoster and the risk of stroke in patients with autoimmune diseases. *Arthritis Rheumatol* 2017;69(2):439-46.
10. Alaklomy OM, Aljabre SH, Randhawa MA, Alzahrani AJ, AlWunais KM, Bukhari IA. Herpes zoster in eastern Saudi Arabia: clinical presentation and management. *J Drugs Dermatol* 2008;7(5):457-62.
11. Pérez-Chada LM, Merola JF. Comorbidities associated with psoriatic arthritis: review and update. *Clin Immunol* 2020;214(108397): 1-9.
12. Haddad A, Li S, Thavaneswaran A, Cook RJ, Chandran V, Gladman DD. The incidence and predictors of infection in psoriasis and psoriatic arthritis. Results from longitudinal observational cohorts. *J Rheumatol* 2016;43(2):362-6.

13. Germano V, Cattaruzza MS, Osborn J, Tarantino A, Di Rosa R, Salemi S, et al. Infection risk in rheumatoid arthritis and spondyloarthropathy patients under treatment with DMARDs, corticosteroids and TNF- α antagonists. *J Transl Med* 2014; 22(12):77-87.
14. Yawn BP. Risk factors for herpes zoster: a systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc* 2017;92(12):1806-21.
15. Atzeni F, Bendtzen K, Bobbio-Pallavicini F, Conti F, Cutolo M, Montecucco C, et al. Infections and treatment of patients with rheumatic diseases. *Clin Exp Rheumatol* 2008;26(48):67-73.
16. Liao T-L, Chen Y-M, Liu H-J, Chen DY. Risk and severity of herpes zoster in patients with rheumatoid arthritis receiving different immunosuppressive medications: a case-control study in Asia. *BMJ Open* 2017;7(1): e014032.
17. Segan J, Staples MP, March L, Lassere M, Chakravarty EF, Buchbinder R. Risk factors for herpes zoster in rheumatoid arthritis patients: the role of tumour necrosis factor- α inhibitors. *Intern Med J* 2015;45(3):310-8.
18. Che H, Lukas C, Morel J, Combe B. Risk of herpes/herpes zoster during anti-tumor necrosis factor therapy in patients with rheumatoid arthritis. Systematic review and meta-analysis. *Joint Bone Spine* 2014;81(3):215-21.
19. Yun H, Xie F, Delzell E, Chen L, Levitan EB, Lewis JD, et al. Risks of herpes zoster in patients with rheumatoid arthritis according to biologic disease-modifying therapy. *Arthritis Care Res* 2015;67(5):731-6.
20. Curtis JR, Xie F, Yang S, Bernatsky S, Chen L, Yun H, et al. Risk for herpes zoster in Tofacitinib-Treated rheumatoid arthritis patients with and without concomitant methotrexate and glucocorticoids. *Arthritis Care Res* 2019;71(9):1249-54.
21. Bass AR, Chakravarty E, Akl EA, Bingham CO, Calabrese L, Cappelli LC, et al. 2022 American College of Rheumatology Guideline for Vaccinations in Patients With Rheumatic and Musculoskeletal Diseases. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2023;75(3):449-64.
22. Furer V, Rondaan C, Heijstek MW, Agmon-Levin N, van Assen S, Bijl M, et al. 2019 update of EULAR recommendations for vaccination in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* 2020;79(1):39-52.
23. Cosentino V, Larroude MS, Schneeberger E, Nacinovich F, Bonvehí P, Jordán R, et al. Consenso de recomendaciones de vacunas en adultos con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas autoinmunes. *Rev Arg Reumatol* 2022;33(1):1-24.
24. Bonvehí P, Vázquez H, Elbert G, Gonzalez Ayala SE, Katz N, Lepetic A, et al. Recomendaciones sobre vacunas. Sociedad Argentina de Infectología. 2019. Disponible en: <https://www.sadi.org.ar/guias-recomendaciones-y-consensos>.
25. Oxman MN, Levin MJ, Johnson GR, Schmader KE, Straus SE, Gelb LD, et al. A vaccine to prevent herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults. *N Engl J Med* 2005;352(22):2271-84.
26. Schmader KE, Levin JM, Gnann JW, McNeil SA, Vesikari T, Betts RF, et al. Efficacy, safety, and tolerability of herpes zoster vaccine in persons aged 50-59 years. *Clin Infect Dis* 2012;54(7):922-8.
27. Lal H, Cunningham AL, Godeaux O, Chlibek R, Diez-Domingo J, Hwang SJ, et al. Efficacy of an adjuvanted herpes zoster subunit vaccine in older adults. *N Engl J Med* 2015;372(22):2087-96.
28. Cunningham AL, Lal H, Kovac M, Chlibek R, Hwang SJ, Diez-Domingo, et al. Efficacy of the herpes zoster subunit vaccine in adults 70 years of age or older. *N Engl J Med* 2016;375(11):1019-32.
29. Boutry C, Hastie A, Diez-Domingo J, Tinoco JC, Yu CJ, Andrews C, et al. The adjuvanted recombinant zoster vaccine confers long-term protection against herpes zoster. Interim results of an extension study of the Pivotal Phase 3 Clinical Trials ZOE-50 and ZOE-70. *Clin Infect Dis* 2022;74(8):1459-67.
30. Strezova A, Diez-Domingo J, Al Shawafi K, Tinoco JC, Shi M, Pirrotta P, et al. Long-term protection against herpes zoster by the adjuvanted recombinant zoster vaccine: interim efficacy, immunogenicity, and safety. Results up to 10 years after initial vaccination. *Open Forum Infect Dis* 2022;9(10): ofac485.
31. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum* 2010;62(9):2569-81.
32. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Listing J, Akkoc N, Brandt J, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis* 2009;68(6):777-83.
33. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Akkoc N, Brandt J, Chou CT, et al. The Assessment of SpondyloArthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis* 2011;70(1):25-31.
34. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H; CASPAR study group. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum* 2006;54(8):2665-73.
35. Gentile A, Juárez M, Lucion MF, Pejito MN, Martínez AC, Folino A, et al. Impact of varicella vaccination in Argentina: Seroprevalence in children and adults in a pediatric hospital. *Vaccine X* 2021;21(10):100136.
36. Dayan GH, Panero MS, Debbag R, Urquiza A, Molina M, Prieto S, et al. Varicella seroprevalence and molecular epidemiology of varicella-zoster virus in Argentina, 2002. *J Clin Microbiol* 2004;42(12):5698-704.
37. Brisson M, Edmunds WJ, Law B, Gay NJ, Walld R, Brownell M, et al. Epidemiology of varicella zoster virus infection in Canada and the United Kingdom. *Epidemiol Infect* 2001;127(2):305-14.
38. Wong SCT, Li IWS, Ng AHY, Lau CS, Chung HY. Risk of cutaneous herpes zoster in patients with spondyloarthritis treated with conventional and biologic disease-modifying antirheumatic drugs. *Int J Rheum Dis* 2020;23(2):189-96.
39. Wang S, Wei JC, Huang JY, Perng WT, Zhang Z. The risk of herpes zoster among patients with ankylosing spondylitis. A population-based cohort study in Taiwan. *Int J Rheum Dis* 2020;23(2):181-8.
40. Rozenek M, Romani A, Aronson S, Ramilo MD, Abellán V, Pérez MA, et al. Herpes zóster en adultos mayores en un hospital privado de la Ciudad de Buenos Aires, junio 2013-mayo 2014. *Medicina (Buenos Aires)* 2017;77(1):24-30.
41. Mok CC, Ho LY, Tse SM, Chan KL, To CH. Prevalence and risk factors of herpes zoster infection in patients with rheumatic diseases not receiving biologic or targeted therapies. *Clin Rheumatol* 2023;42(4):1019-26.

42. Cohen JI. Clinical practice: herpes zoster. *N Engl J Med* 2013;369(3):255-63.
43. Gialouri CG, Moustafa S, Thomas K, Hadziyannis E, Vassilopoulos D. Herpes zoster in patients with inflammatory arthritides or ulcerative colitis treated with tofacitinib, baricitinib or upadacitinib: a systematic review of clinical trials and real-world studies. *Rheumatol Int* 2023;43(3):421-35.
44. Redeker I, Albrecht K, Kekow J, Burmester GR, Braun J, Schäfer M, et al. Risk of herpes zoster (shingles) in patients with rheumatoid arthritis under biologic, targeted synthetic and conventional synthetic DMARD treatment: data from the German RABBIT register. *Ann Rheum Dis* 2022;81(1):41-7.
45. Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Ministerio de Salud de la Nación. III Informe sobre coberturas nacionales de vacunación. 2023. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/inmunoprevenibles/coberturas-de-vacunacion>.
46. Michel M, Vincent FB, Rio S, Leon N, Marcelli C. Seasonal influenza vaccine coverage of patients on biotherapy for inflammatory joint disease in Normandy, France. *Joint Bone Spine* 2016;83(4):465-7.
47. Hmamouchi I, Winthrop K, Launay O, Dougados M. Low rate of influenza and pneumococcal vaccine coverage in rheumatoid arthritis: data from the international COMORA cohort. *Vaccine* 2015;33(12):1446-52.
48. Stoffel ST, Colaninno A, Bräm R, Schwenkglenks M. Pneumococcal vaccination among adult risk patient with axial spondyloarthritis in Switzerland: Data from the survey of the ankylosing spondylitis association of Switzerland (SVMB). *Vaccine* 2022;40(43):6206-6210.
49. Qendro T, de la Torre ML, Panopalis P, Hazel E, Ward BJ, Colmegna I, et al. Suboptimal immunization coverage among Canadian rheumatology patients in routine clinical care. *J Rheumatol* 2020;47(5):770-8.

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

Casos clínicos

Enteritis lúpica como manifestación primaria de lupus eritematoso sistémico

Lupus enteritis as a primary manifestation of systemic lupus erythematosus

Iván Sandoval Guzmán, Tatiana Ordoñez Rodríguez, Sury Zaday Palma Motte, Karem González Medel, Sonia Cruz Albarrán, Iván Arturo Ramos Vázquez, Emanuelle Olivarez Meza

Instituto Mexicano del Seguro Social,
Unidad Médica de Alta Especialidad
Nº 14 Veracruz, Servicio de Medicina
Interna, México.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico; enteritis lúpica; dolor abdominal.

Revista Argentina de Reumatología
2024; Vol. 35 (65-67)

Contacto del autor: Iván Sandoval Guzmán
E-mail: IvanMED24@outlook.es
Fecha de trabajo recibido: 8/5/2024
Fecha de trabajo aceptado: 18/9/2024

Conflictos de interés: los autores declaran que no presentan conflictos de interés.

Key words: systemic lupus erythematosus; lupus enteritis; abdominal pain.

RESUMEN

La enteritis lúpica es una presentación del lupus eritematoso sistémico (LES) muy poco frecuente. La mayoría de los casos reportados se presenta en pacientes con el diagnóstico de LES realizado previamente. El diagnóstico se basa en un cuadro clínico compatible junto con imágenes como la tomografía abdominal contrastada. Los reportes histológicos pueden mostrar únicamente cambios inflamatorios. El tratamiento sugerido se basa en esteroides asociados a ciclofosfamida. Presentamos un caso inusual de un paciente joven sin antecedentes de relevancia que presentó enteritis lúpica como debut de la enfermedad.

ABSTRACT

Lupus enteritis is a very rare presentation of systemic lupus erythematosus (SLE). Most of the reported cases are in patients previously diagnosed with (SLE). The diagnosis is based on a compatible clinical picture accompanied by imaging studies such as contrast-enhanced abdominal tomography. Histological reports may show only inflammatory changes. The suggested treatment is based on doses of steroids associated with cyclophosphamide. We present an unusual case of a young man with no relevant history who presented lupus enteritis as the first manifestation of the disease.

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por manifestaciones inflamatorias sistémicas. La afectación gastrointestinal es poco común, con una prevalencia variable en la literatura de entre el 0,2 y el 9,7%¹. Sin embargo, los síntomas gastrointestinales son frecuentes ya sea como reacciones adversas a medicamentos o secun-

darios a infecciones. Se observan aproximadamente en el 40 al 60% de los pacientes y pueden manifestarse en diversas partes del tracto gastrointestinal¹⁻².

La fisiopatogenia incluye una vasculitis leucocitoclástica de los vasos del intestino delgado debido a depósitos de complejos inmunes y una rica infiltración neutrofílica secundaria a una reacción de hipersensibilidad tipo III; la

activación del complemento conduce a una lesión microvascular difusa que favorece la permeabilidad vascular, el edema submucoso y la trombosis. La isquemia inducida puede provocar ulceración, infarto y, finalmente, perforación intestinal³.

El cuadro clínico se caracteriza por dolor abdominal focal o difuso (97%), presencia de ascitis (78%), náuseas (49%), vómitos (42%), diarrea (32%) y fiebre (20%)³⁻⁴.

El estudio de elección para el diagnóstico es la tomografía axial computarizada (TAC) contrastada de abdomen. Ko et al. describieron tres signos tomográficos: el signo de la diana, el del tiro al blanco y el del peine. Los dos primeros corresponden a un engrosamiento de la pared intestinal de >3 mm, y el signo del peine representa la ingurgitación de los vasos mesentéricos y el aumento de la atenuación de la grasa mesentérica. Estos signos no cuentan con alta especificidad porque pueden presentarse en otras patologías abdominales³⁻⁵.

CASO CLÍNICO

Paciente de 30 años, sin antecedentes médicos de interés, derivado por presentar intolerancia a la vía oral, dolor abdominal y ascitis de un mes de evolución. Ante la sospecha de abdomen agudo se realizó laparotomía exploradora donde se evidenció ascitis de 1500 cc y se tomaron biopsias de intestino delgado y epiplón, las cuales se reportan como hallazgo inflamatorio inespecífico. Al llegar a nuestra Unidad, continuaba con dolor abdominal e intolerancia a la vía oral motivo por lo cual se realizó TAC contrastada abdominal, y se halló abundante líquido libre y edema de asas intestinales con signo de "tiro al blanco" (Figura).

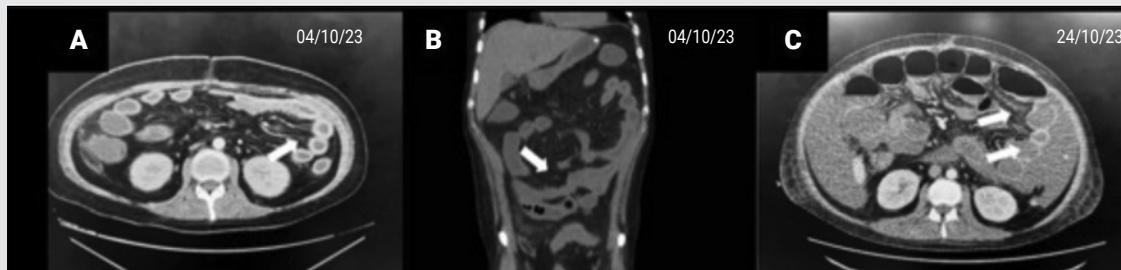
A la par de la TAC se realizaron estudios complementarios de laboratorio que arrojaron:

recuento de leucocitos de 14.8 miles/uL, hemoglobina de 16,2 g/dL, linfopenia 1.20 miles/uL, elevación de azoados con creatinina 7,8 mg/dl, sodio de 166 mEq/L, K 2 mEq/L, albumina 3,5 g/L. Se realizaron estudios inmunológicos con ANA 1:320 con patrón nuclear moteado fino, anti-Sm 2,36 (rango <1.0: negativo, >1.0: positivo) y anti-Ro 1,64, C3 65 mg/dL, C4 16, 7 mg/dL, PCR 161 mg/dL. Presentaba coprocultivo negativo, urocultivo con crecimiento de *Escherichia coli* Blee, y panel viral negativo para VIH, VHC y VHB.

A través de la exploración física, el paciente presentaba ligera palidez cutánea, sin lesiones dérmicas, úlceras, ni alteraciones articulares o neurológicas. El abdomen se encontraba globoso a expensas de la ascitis, con signo de la ola positivo, doloroso a la palpación, peristalsis aumentada y extremidades sin alteraciones.

El cuadro se interpretó como ascitis refractaria ya que posterior al drenaje realizado durante la laparotomía volvió a presentarse ascitis a tensión. La citología del líquido reportó leucocitos 1 a 3 por campo, eritrocitos 2 a 6 por campo, tinción gram negativa, albúmina de 3,1 g/dl con un índice de GASA de 1,1 g/dl, es decir, un resultado intermedio que no ayudó a caracterizar el líquido. Se realizó PCR de *Mycobacterium tuberculosis* en líquido ascítico con resultado negativo. Posteriormente, debido a que se descartaron los diagnósticos más frecuentes y teniendo en cuenta los autoanticuerpos del paciente y los estudios de imagen compatibles con enteritis, integramos el diagnóstico de LES. Se decidió iniciar pulsos de metilprednisolona por 3 dosis de 1 g EV, así como hidroxicloroquina 150 mg/día; una semana después se inició ciclofosfamida 1 g EV de manera mensual por 6 meses. A una semana de instaurado el tratamiento, el paciente logró tolerar por vía oral, y se resolvieron la ascitis y el dolor abdominal.

Figura: Enteritis lúpica. A) TAC de abdomen con contraste intravenoso y oral en plano axial donde se muestra el signo de “dona” o en “tiro al blanco” (flecha) en asas intestinales. B) TAC de abdomen con contraste en plano sagital donde se observa pérdida del patrón de las haustras del colon y engrosamiento de las paredes. C) TAC abdominal con contraste en plano transversal donde se evidencia disminución del edema en la pared intestinal secundario a dosis de esteroide.



DISCUSIÓN

Presentamos el caso de un paciente con enteritis lúpica como única y primera manifestación de la enfermedad. La demora diagnóstica y la baja sospecha clínica inicial se debieron a la ausencia de otros síntomas del LES.

La evidencia nos demostró que el curso de la enfermedad en los hombres suele tener un peor pronóstico en comparación con las mujeres^{4,5}. Mercado et al. describieron mayor presencia de enfermedad renal en hombres, mientras en las mujeres más alopecia⁶. García et al. analizaron 1214 pacientes con LES y describieron que el sexo masculino se asoció a mayor compromiso del estado general, fiebre y pérdida de peso⁷.

Más allá de la ausencia de otras manifestaciones clínicas sugestivas de LES, parte de la demora diagnóstica se debió a la falta de realización de la TAC antes de la cirugía. Muchas veces el dolor abdominal que describen estos pacientes puede ser motivo de intervenciones quirúrgicas innecesarias⁷. El único estudio que ha demostrado apoyar el diagnóstico es la TAC abdominal contrastada, donde se puede evidenciar la inflamación del intestino delgado y la ingurgitación de los vasos mesentéricos conformando los signos ya mencionados y descriptos en otros casos reportados de enteritis lúpica^{3,6}.

La biopsia del intestino delgado puede reportarse sin alteraciones, con vasculitis o infiltrados inflamatorios, sin tener un valor significativo en el diagnóstico. Por lo tanto, no debería considerarse como un método diagnóstico^{4,5}.

Actualmente no existen ensayos clínicos prospectivos respecto del tratamiento. Una re-

visión de 150 pacientes con enteritis lúpica reportó buenos resultados con esteroides orales o intravenosos a dosis altas. Once pacientes requirieron ciclofosfamida asociada por presentar compromiso severo de órgano o persistencia de los síntomas a pesar de la corticoterapia⁴.

CONCLUSIONES

La enteritis lúpica es poco frecuente y mucho menos como manifestación primaria del LES. Tener presente que en pacientes jóvenes que inicien con dolor abdominal y ascitis de reciente aparición es importante realizar la TAC abdominal contrastada para demostrar la presencia de enteritis y brindar el tratamiento adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Das D, Basu K, Sarkar A. Enteritis unravelled with 'target sign' of lupus. *Postgraduate Medical Journal* 2022;98(e1):e57-8.
2. Siegel CH, Sammaritano LR. Systemic lupus erythematosus: a review. *JAMA* 2024.
3. Muñoz-Urbano M, Sangle S, D'Cruz DP. Lupus enteritis: a narrative review. *Rheumatology* 2024.
4. Janssens P, Arnaud L, Galicier L, Mathian A, Hie M, Sene D, et al. Lupus enteritis: from clinical findings to therapeutic management. *Orphanet J Rare Dis* 2013;8(1):67.
5. Zuñiga N, González M, López G, Briones A. Dificultades en el diagnóstico de enteritis lúpica: presentación de un caso. *Rev Med Chile* 2019;147:1073-1077.
6. Mercado U, Urquiza I, Guardado JA, Araiza-Casillas R. Lupus eritematoso sistémico en hombres. *Med Int Méx* 2021;37(2):167-172.
7. García MA, Marcos JC, Marcos AI, Pons-Estel BA, et al. Male systemic lupus erythematosus in a Latin-American inception cohort of 1214 patients. *Lupus* 2005; 14(12):938-946.

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

Casos clínicos

Dermatomiositis del hallazgo usual al inusual. Hallazgo tricoscópico y triple positividad de anticuerpos. Presentación de un caso clínico

Dermatomyositis from usual to unusual finding. Trichoscopic finding and triple positivity antibodies. Presentation of a clinical case

Yessica Ponce¹, Carla Segovia²

¹ Centro Médico Previcare, Manabí, Ecuador

² Servicio de Reumatología, Instituto de Seguridad Social (IESS), Manabí, Ecuador

Palabras clave: dermatomiositis; miopatías autoinflamatorias idiopáticas; tricoscopia.

Revista Argentina de Reumatología 2024; Vol. 35 (68-71)

Contacto de la autora: Yessica Ponce
E-mail: yessicadm@hotmail.com
Fecha de trabajo recibido: 5/5/2024
Fecha de trabajo aceptado: 29/9/2024

Conflictos de interés: las autoras declaran que no presentan conflictos de interés.

Key words: dermatomyositis; idiopathic autoimmune myopathy; trichoscopy.

RESUMEN

La dermatomiositis (DM) es la forma más común de miopatía inflamatoria idiopática. Las lesiones cutáneas resultan muy características, y preceden o son concomitantes al desarrollo de la miositis. La frecuencia del daño en el cuero cabelludo en la DM puede estar presente en el 28% de los casos y a menudo se encuentra como parte de una exacerbación de esta enfermedad. Presentamos el caso de una paciente con DM, hallazgos tricoscópicos y triple positividad de autoanticuerpos.

ABSTRACT

Dermatomyositis is the most common form of idiopathic inflammatory myopathy. The skin lesions are very characteristic and precede or are concomitant to the development of myositis. The frequency of scalp damage in DM can be present in 28% of cases and is often found as part of an exacerbation of this disease. We present a female patient with dermatomyositis and trichoscopic findings and triple autoantibody positivity.

INTRODUCCIÓN

La dermatomiositis (DM) es la forma más común de miopatía inflamatoria idiopática (MII). Las lesiones cutáneas resultan muy características, y preceden o son concomitantes al desarrollo de la miositis en un porcentaje elevado de pacientes¹. Entre estas se destacan: exantema heliotropo, telangiectasias periungueales con o sin distrofia cuticular, "manos de mecánico" y pápulas de Gottron^{2,3}.

Stonecipher et al. y Sontheimer propusie-

ron un sistema de clasificación de la DM en dos entidades: DM clásica (CDM) y DM amio-pática (CADM). Tanto la CDM como la CADM tienen características cutáneas que sirven como criterios de clasificación, incluida la DM del cuero cabelludo (SDM). La frecuencia del daño en el cuero cabelludo en la DM puede estar presente en el 28% de los casos, y en general se encuentra como parte de una exacerbación de esta enfermedad, característica que presenta nuestra paciente.

CASO CLÍNICO

Mujer de 43 años acudió al Servicio de Reumatología por debilidad muscular simétrica y progresiva de 7 meses de evolución, y lesiones cutáneas en la región frontal y el cuero cabelludo junto con alopecia desde hacía aproximadamente un año. Refería disfagia a sólidos de 2 meses de evolución. Al examen físico se evidenciaban lesiones eritematosas a nivel del cuero cabelludo con bordes irregulares en la región frontal, occipital, parieto temporal derecha, con áreas de alopecia sin cicatriz y prurito intenso (Figura 1), asociadas a eritema en escote, región frontal y etmoidal bilateral, y eritema periungueal. El análisis tricoscópico informó descamación difusa con asentamiento perifolicular y áreas de eritema rojo violáceo alrededor de los ostium. La paciente presentaba debilidad muscular según la escala *Muscular Manual Testing* (MMT8) de 101/150.

Los exámenes de laboratorio detallaron: CPK 4430 (33-211U/L), TGO: 262,90 (6-34U/L), TGP: 83,4 (7-35), proteína C reactiva negativa, ANA positivo 1/640 patrón nuclear homogéneo. Por técnica de inmunoensayo lineal (LIA) se encontró anti-Mi2 beta positivo, anti-Mi2

alpha positivo, anti-PL7 positivo y anti-Tif1 gamma positivo.

La sospecha diagnóstica de DM fue respaldada por el electromiograma con un patrón miopático y los hallazgos capilaroscópicos que mostraban un proceso inflamatorio vascular con capilares anormales y microhemorragias (Figuras 2 y 3). Los marcadores tumorales negativos (CA-125, CA 15-3, CA 19-9) y la ausencia de lesiones en las imágenes toracoabdominales y mamarias descartaron al momento la presencia de un compromiso neoplásico. La espirometría mostró una función pulmonar conservada y la valoración gastroenterológica reveló una hernia de hiato por deslizamiento.

Se procedió a tratar a la paciente con dosis altas de glucocorticoides 60 mg/día y azatioprina 150 mg/día. Desde el Servicio de Gastroenterología, se inició tratamiento con magaldrato con simeticona e inhibidores de la bomba de protones.

En la actualidad la paciente ha mostrado una notable mejoría en la fuerza muscular, las lesiones dermatológicas y los hallazgos en el cuero cabelludo. La inflamación perilesional y el enrojecimiento alrededor de los ostium disminuyeron considerablemente.

Figura 1: Hallazgos tricoscópicos. A) Lesión descamativa ligeramente eritematosa con bordes irregulares a nivel del cuero cabelludo en la región frontal. B) y C) Descamación difusa con asentamiento perifolicular asociadas a áreas de eritema rojo violáceo alrededor del ostium.



Figura 2: Hallazgos capilaroscópicos. Eritema periungueal.

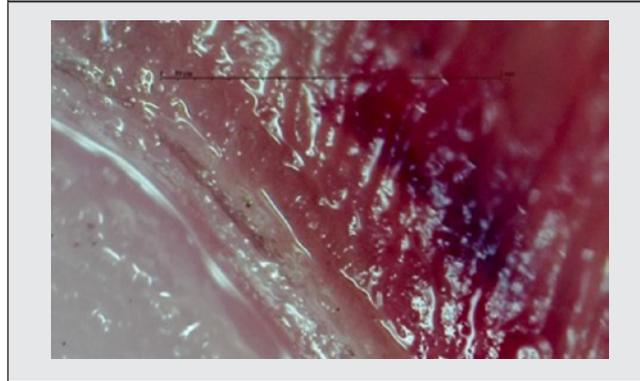
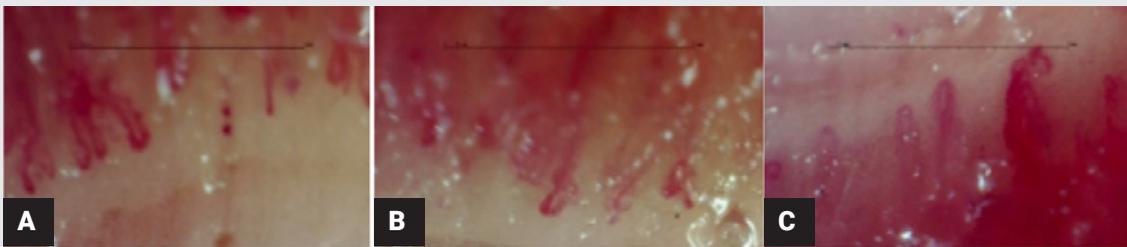


Figura 3: Hallazgos capilaroscópicos. Distribución de capilares parcialmente conservada, megacapilar. Capilares anormales (tortuosos con ectasia e irregular) y presencia de microhemorragias.



DISCUSIÓN

Presentamos el caso de una mujer diagnosticada con DM, con hallazgos en el cuero cabelludo y triple positividad de anticuerpos, específicamente anti-Mi2, TIF1-gamma (γ) y anti-PL7.

Los hallazgos tricoscópicos ofrecieron una visión adicional sobre el compromiso cutáneo, lo cual puede proporcionar pistas cruciales sobre la severidad y la extensión de la enfermedad. Este caso destaca la importancia de una evaluación integral que combine los hallazgos serológicos y clínicos, incluidos los tricoscópicos, para guiar las estrategias de tratamiento y el manejo de los pacientes.

Chang et al. reportaron hallazgos clínicos y tricoscópicos en 31 pacientes con DM a lo largo de un año, de los cuales encontraron que 24 tenían daño en el cuero cabelludo con alopecia no cicatrizal y prurito a nivel del mismo⁶. Actualmente no se sabe a ciencia cierta cuál es el mecanismo por el que se presentan tales lesiones en el cuero cabelludo; sin embargo, en la DM, el prurito del cuero cabelludo se ha asociado con la neuropatía de fibras de tamaño pequeño^{6,7}.

Dentro de los signos a mencionar en nuestra paciente, la coloración violácea de la afectación del cuero cabelludo permite distinguirlo de la alopecia difusa del lupus eritematoso sistémico (LES), ya que en esta última suele tener un tinte rosado (Figura 2). Además, se asocia a prurito severo, a veces intratable, que no suele ser característico del LES. Es necesario destacar otras patologías como diagnósticos diferenciales en esta afectación cutánea (dermatitis seborreica con su presencia de escamas y la psoriasis donde la alopecia suele afectar a todo el cuero cabelludo)⁶.

La tricoscopia ha emergido como una herramienta innovadora y valiosa donde se utiliza un dermatoscopio. Si bien no es un método empleado de manera frecuente por el médico reumatólogo, esta técnica no invasiva permite una evaluación detallada de las alteraciones en el cuero cabelludo y las lesiones cutáneas asociadas, proporcionando imágenes de alta resolución que revelan patrones específicos como la perifoliculitis y la descamación^{7,8}.

En los pacientes con MII, la identificación de los autoanticuerpos específicos puede ayudar

a diferenciar entre subtipos de DM y guiar las decisiones terapéuticas. Ramesh et al. comunicaron que la presencia de anti-Mi2 se asoció con manifestaciones cutáneas clásicas como eritema heliotrópico y pápulas de Gottron. Generalmente estas lesiones no son severas y corresponden a una presentación clásica de la enfermedad, mientras que el anti-TIF1- γ se relaciona con manifestaciones cutáneas más severas, como lesiones psoriasiformes, eritema ovoide palatino, pápulas hiperqueratósicas palmares y lesiones “rojo sobre blanco” (parches hipopigmentados con máculas telangiectásicas)³. Estas características pueden ser indicativas de una forma más agresiva o extensa de DM, lo que podría explicar las lesiones en el cuero cabelludo de la paciente.

Otras series descritas por Fiorentino et al. indicaron que más de la mitad (54%) de los pacientes anti-TIF1- γ -positivos tenía una distribución de su erupción en un patrón fotoexpuesto (erupción en el cuero cabelludo, erupción facial, erupción en el cuello en V y erupción en la espalda). Datos cuantitativos derivados de las puntuaciones del índice de evaluación y gravedad de DM cutánea (CDASI) respaldan que los pacientes anti-TIF1- γ positivos tienen una enfermedad cutánea más grave y generalizada, y que también pueden presentar un eritema fotodistribuido más difuso, que puede confundirse con otras formas de eritrodermia⁸.

En otro contexto, Tansley et al. discutieron los problemas asociados con la triple positividad para los anticuerpos Mi2, PL7 y TIF1- γ el diagnóstico de la miopatía inflamatoria autoinmune. Estos autores mencionaron que la presencia de múltiples anticuerpos específicos puede conducir a interpretaciones erróneas debido a falsos positivos, una complicación bien conocida en las técnicas de inmunoanálisis como las pruebas de LIA (*luminex immunoassay*), lo que pudo evidenciarse en la paciente, sugiriendo como método más específico la inmunoprecipitación, lo cual lamentablemente es inasequible en nuestros medios^{9,10}.

CONCLUSIONES

La DM es una enfermedad grave; la correcta evaluación de cualquier lesión cutánea que sugiera un diagnóstico precoz es de suma importancia. Algunos diagnósticos diferenciales pueden confundir el diagnóstico de un cuadro de alopecia y prurito en un paciente con DM, especialmente cuando no presenta las manifestaciones cutáneas típicas u otros síntomas asociados. Hacemos hincapié en la importancia de realizar una evaluación completa y minuciosa de los pacientes con DM para identificar hallazgos de importancia en los mismos, entre ellos, los cambios en el cuero cabelludo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Auriemma M, Capo A, Meogrossi G, Amerio P. Cutaneous signs of classical dermatomyositis. *G Ital Dermatol Venereol* 2014 Oct;149(5):505-17.
2. Marso I. Revisión. Dermatomiositis. *Reumatol Clin* 2009;5(5):216-222. doi: 10.1016/j.reucli.2008.09.
3. Marasandra Ramesh H, Gude S, Venugopal S, et al. The role of myositis-specific autoantibodies in the dermatomyositis spectrum. *Cureus* 2022;14(3):e22978. doi: 10.7759/cureus.22978.
4. Vastarella M, Gallo L, Cantelli M, Nappa P. An undetected case of tinea capitis in an elderly woman affected by dermatomyositis: how trichoscopy can guide to the right diagnosis. *Skin Appendage Disord* 2019;5:186-8. doi:10.1159/000495805.
5. Kolla AM, Liu L, Shaw K, Shapiro J, Femia A, Lo Sicco K. A narrative review of therapies for scalp dermatomyositis. *Dermatologic Therapy* 2021;34(6):e15138.
6. Leroux MB. Colágeno atlas. Dermatomiositis. Compromiso del cuero cabelludo. Piel-L. Latinoamérica. Disponible en: <https://piel-l.org/blog/wp-content/uploads//2013/06/Dermatomiositis.-Cuero-Cabelludo.pdf>.
7. Chang P, Remón RM, Fortuny EA. Hallazgos tricoscópicos en un paciente con dermatomyositis. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica* 2020;18(2):142-144.
8. Rattanakaemakorn P, Suchonwanit P. Scalp pruritus: review of the pathogenesis, diagnosis and management. *BioMed Research Int* 2019;1-11. doi: 10.1155/2019/1268430.
9. Fiorentino D, Kuo K, Chung L, Zaba L, et al. Distinctive cutaneous and systemic features associated with antitranscriptional intermediary factor-1 γ antibodies in adults with dermatomyositis. *J Am Acad Dermatol* 2015 Mar;72(3):449-455.
10. Tansley SL, Snowball J, Pauling JD, Lissina A, et al. International Myositis Assessment and Clinical Studies (IMACS) Group Myositis Autoantibody Scientific Interest Group. The promise, perceptions, and pitfalls of immunoassays for autoantibody testing in myositis. *Arthritis Research & Therapy* 2020;22:1-4.

Casos clínicos

Enfermedad de Weber-Christian con compromiso orbitario refractaria a inmunosupresores convencionales y respuesta a adalimumab

Weber-Christian disease with orbital involvement refractory to conventional immunosuppressants and response to adalimumab

Florencia Vivero^{1,2}, Ricardo Barrera³, Javier Pui¹, Alexia Nicomedes², Mariana Abraham¹, David Aiziczon²

¹ Servicio de Reumatología

² Servicio de Clínica Médica

³ Servicio de Anatomía Patológica

Hospital Comunitario de Pinamar "José Olaechea", Provincia de Buenos Aires, Argentina

Palabras clave: paniculitis; enfermedad de Weber-Christian; nódulos; fiebre prolongada; adalimumab.

Revista Argentina de Reumatología 2024; Vol. 35 (72-75)

Contacto de la autora: Florencia Vivero
E-mail: florenciavivero82@gmail.com
Fecha de trabajo recibido: 16/7/2024
Fecha de trabajo aceptado: 29/9/2024

Conflictos de interés: los autores declaran que no presentan conflictos de interés.

Key words: paniculitis; Weber-Christian disease; nodules; prolonged fever; adalimumab.

RESUMEN

La enfermedad de Weber-Christian es una forma de paniculitis sistémica idiopática e infrecuente. Se caracteriza por presencia de nódulos y placas paniculíticas en el tronco y los miembros con síntomas de inflamación sistémica, curso crónico recurrente y ocasional afectación visceral. Se describe el caso de una paciente de 49 años con afectación cutánea, muscular y periorbitaria refractaria al tratamiento con corticoides e inmunosupresores convencionales, con buena respuesta a adalimumab. Si bien las paniculitis son patologías complejas, el estudio histopatológico, la evaluación clínica global y el tratamiento oportuno resultan fundamentales para el éxito terapéutico. Las drogas anti-TNF constituyen una opción a considerar en casos refractarios.

ABSTRACT

Weber-Christian disease is a rare, idiopathic form of systemic panniculitis. It is characterized by the presence of nodules and panniculitis plaques on the trunk and limbs with symptoms of systemic inflammation, a chronic recurrent course and occasional visceral involvement. The case of a 49-year-old female patient with skin, muscle and periorbital involvement refractory to treatment with corticosteroids and conventional immunosuppressants, with a good response to adalimumab, is described. Although panniculitis is a complex pathology, histopathological study, global clinical evaluation, and timely treatment are essential for therapeutic success. Anti-TNF drugs are an option to consider in refractory cases.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Weber-Christian (EWC), o paniculitis no supurativa febril nodular recidivante, es una entidad autoinflamatoria, crónica y recurrente, caracterizada por la formación de nódulos dolorosos en la grasa subcutánea del tronco y los miembros, asociados a fiebre episódica y artromialgias^{1,2}. Se reconoció como una entidad

clínica a partir de las descripciones de Weber y Christian en 1925 y 1928 respectivamente²⁻³.

El espectro clínico de la EWC es complejo. Suele afectar mayoritariamente a mujeres de entre 30 y 60 años. Los nódulos de paniculitis suelen confluír en placas sobreelevadas dolorosas. Se ha descrito, además, compromiso hepático, hematológico, ocular, renal, intestinal, cardíaco y pulmonar^{4,5}.

Se describe un caso de EWC con compromiso orbitario refractario a tratamiento con inmunosupresores convencionales y respuesta a tratamiento con antifactor de necrosis tumoral (anti-TNF).

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 49 años consultó por lesiones nodulares y placas eritematosas, dolorosas, distribuidas en los miembros, glúteos y abdomen de 2 meses de evolución, con registros febriles diarios y mialgias (Figuras 1 y 2). En estudios complementarios, como datos positivos, presentaba: eritrocitos y recuento de plaquetas normales, leucocitos $3200/\text{mm}^3$ (30% linfocitos, 58% neutrófilos), eritrosedimentación 20 mm/hora (VR <20), proteína C reactiva 48 mg/L (VR <6), creatinofosfatoquinasa 511 UI/L (VR <140), aspartato aminotransferasa 66 UI/l (VR <40), alanina aminotransferasa 66 UI/l (VR <40) y dosajes de ferritina, amilasa sérica, alfa-1-antitripsina, complemento C3 C4 dentro de límites normales. Anticuerpos antinucleares, factor reumatoideo, anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos, anti-Ro/SSa, anti-La/SSb negativos. Serologías virales negativas. Sedimento urinario sin alteraciones.

Se realizó biopsia escisional del tejido celular subcutáneo, cuyo informe fue compatible con paniculitis subaguda lobulillar (Figura 3).

Inició tratamiento con prednisona (30 mg/día) y metotrexato (15 mg/semanales). Luego de 2 semanas, la paciente persistió con fiebre agregando nuevas lesiones. Se iniciaron pulsos de ciclofosfamida 500 mg EV quincenales. Tres semanas después reinició la fiebre con la aparición de nuevos nódulos, mayor flogosis en lesiones previas y edema bipalpebral (Figura 4). Se realizó ecocardiograma (normal), hemocultivos (negativos), tomografía computada de mazo facial, cuello, tórax, abdomen y pelvis que informó aumento del espesor y la densidad del tejido subcutáneo periorbitario, periparotídeo, de la pared toracoabdominal, glúteos y muslos. El examen oftalmológico fue normal.

El cuadro clínico se asumió como EWC activa, refractaria al tratamiento inmunosupresor convencional con compromiso subcutáneo, muscular y orbitario. Se inició adalimumab con remisión de la fiebre luego de la primera dosis y mejoría del cuadro posterior a los 2 meses del tratamiento.

Figuras 1 y 2: Nódulos subcutáneos confluentes eritemato-purpúreos.

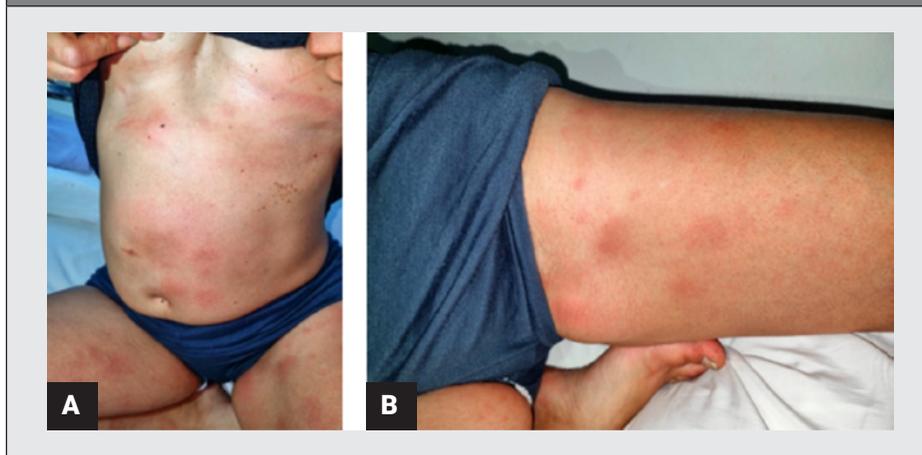


Figura 3: A) Panículo adiposo con intenso infiltrado inflamatorio, dispuesto con patrón lobulillar (HyE 4x).
B) Infiltrado compuesto por linfocitos, macrófagos, plasmocitos y polimorfonucleares (HyE 40x).

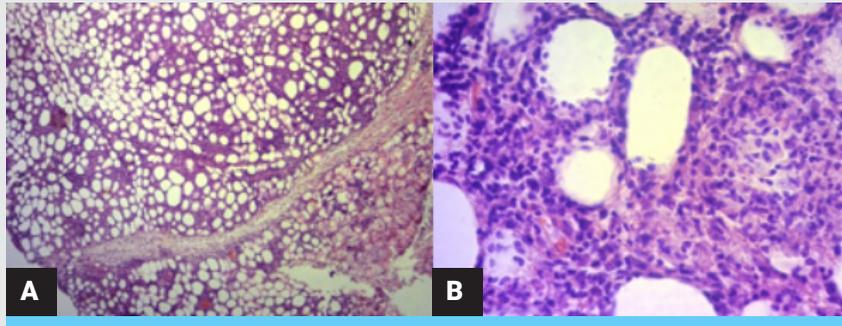


Figura 4: Inflamación periorbitaria con edema palpebral y enoftalmos.



DISCUSIÓN

La EWC es una enfermedad autoinflamatoria que afecta el tejido adiposo, con síntomas de enfermedad sistémica, como fiebre y artralgias, y compromiso visceral variable. En las series publicadas es frecuente el diagnóstico erróneo o tardío, incluso durante años^{4,5}.

Los nódulos pueden progresar, por confluencia, en áreas induradas dolorosas al tacto, eritemato-purpúreas, que se elevan sobre la superficie de la piel circundante. Estas lesiones pueden retroceder lentamente, dejando áreas cicatrizales retraídas de piel atrófica e hiperpigmentada²⁻⁵.

La afectación ocular se ha descrito en varias formas: edema bipalpebral símil angioedema, enoftalmos, proptosis e iridociclitis⁵⁻⁷.

La descripción histopatológica evoluciona en tres etapas. Inicialmente hay una reacción inflamatoria con infiltración de neutrófilos, linfocitos e histiocitos en el tejido adiposo. Posteriormente, los macrófagos migran y fagocitan grasa (lipofagia), formando células espumosas. En la tercera

etapa, hay infiltración por fibroblastos, reemplazando la inflamación por fibrosis cicatrizal^{2,4,8}.

La fisiopatología de la EWC no está dilucidada. Panush et al. sugirieron que la EWC abarca un espectro de paniculitis que comparten características clínicas, inflamatorias e inmunológicas, siendo el común denominador un metabolismo disfuncional del tejido adiposo y una respuesta anormal del sistema reticuloendotelial que produce necrosis grasa e inflamación sistémica⁶.

Los hallazgos histopatológicos son característicos, pero no patognomónicos de esta enfermedad y pueden verse en otras entidades^{2,9-13}. El diagnóstico de la EWC es principalmente clínico, siendo fundamental la biopsia para apoyar el diagnóstico y la exclusión de otras enfermedades o condiciones (paniculitis secundarias). Nuestra paciente no presentaba alteraciones morfológicas en las series hemáticas ni hallazgo de lesiones tumorales por tomografía, desestimando una paniculitis paraneoplásica. Las paniculitis infecciosas se descartaron al pre-

sentar serologías negativas, ausencia de síntomas y signos de tuberculosis activa o previa, y ausencia de granulomas (eritema indurado de Bazin)⁸. La paciente no presentaba clínica ni anticuerpos asociados a enfermedades del tejido conectivo. No había patología pancreática, descartándose la panniculitis nodular pancreática, la hipertrigliceridemia o hiperglucemia, observadas en las lipodistrofias^{12,13}.

Por su etiopatogenia autoinflamatoria, el tratamiento de la EWC se basa en corticoides e inmunosupresores, aunque no existe un protocolo terapéutico específico, siendo su aplicación a criterio del equipo tratante. Los corticosteroides son clásicamente el tratamiento inicial y otros inmunosupresores como ciclosporina A, metotrexato, azatioprina, ciclofosfamida y micofenolato mofetilo se han probado con eficacia variable³⁻⁶.

Al-Niaimi et al. publicaron el caso de un hombre de 54 años con panniculitis lobular idiopática refractaria a corticoides orales, pulsos de metilprednisolona y azatioprina, que presentó respuesta dramática a infliximab¹⁴. Mavrikakis et al. informaron el caso de una mujer de 29 años con EWC con compromiso orbitario refractaria a metilprednisolona oral y metotrexato, con mejoría luego del inicio de adalimumab¹⁵.

Presentamos el presente caso por la baja frecuencia de la EWC con afectación ocular y por el desafío que se debió afrontar para lograr la remisión. Nuestra paciente, a pesar de ser diagnosticada oportunamente y tratada con prednisona, metotrexato y ciclofosfamida, no tuvo respuesta favorable agregando compromiso orbitario, incluso bajo dicho tratamiento. Afortunadamente, la respuesta a adalimumab fue completa, permaneciendo en remisión tras 6 meses de tratamiento.

CONCLUSIONES

Los nódulos subcutáneos, la fiebre y el hallazgo histopatológico de panniculitis lobulillar constituyen los rasgos distintivos de la EWC, aunque no son patognomónicos y siempre deben descartarse otras entidades. Cuando hay afectación visceral, el pronóstico se ensombrece y es más difícil lograr la remisión de la enfermedad. En casos refractarios a corticoides e inmunosupresores convencionales, las drogas anti-TNF son una alternativa terapéutica a considerar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Requena L, Sánchez Yus E. Panniculitis. Part II. Mostly lobular panniculitis. *J Am Acad Dermatol*. 2001 Sep;45(3):325-61. doi: 10.1067/mjd.2001.114735.
2. Weber FP. A case of relapsing nonsuppurative panniculitis showing phagocytosis of subcutaneous fat cells by macrophages. *Br J Dermatol* 1925;37:301-311.
3. Christian HA. Relapsing febrile nodular nonsuppurative panniculitis. *Arch Intern Med* 1928;42:338-351.
4. White JW Jr, Winkelmann RK. Weber-Christian panniculitis: a review of 30 cases with this diagnosis. *J Am Acad Dermatol* 1998 Jul;39(1):56-62. doi: 10.1016/s0190-9622(98)70402-5.
5. Zheng W, Song W, Wu Q, Yin Q, Pan C, Pan H. Analysis of the clinical characteristics of thirteen patients with Weber-Christian panniculitis. *Clin Rheumatol* 2019 Dec;38(12):3635-3641. doi: 10.1007/s10067-019-04722-y.
6. Panush RS, Yonker RA, Dlesk A, Longley S, Caldwell JR. Weber-Christian disease. Analysis of 15 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 1985 May;64(3):181-91.
7. Verrilli S, Ciarnella A, Laganà B, Calafiore S, Guglielmelli F, Basile L, Mutolo MG, Recupero SM. Ocular inflammation: Can it be a sign of activity of Weber-Christian disease? A case report and review of literature. *Ocul Immunol Inflamm* 2016;24(2):223-6. doi: 10.3109/09273948.2014.967357.
8. McNutt NS, Moreno A, Contreras F. Inflammatory disease of the subcutaneous fat, in Elder DE, et al (eds) *Lever's Histopathology of the Skin*. Philadelphia, PA, Lippincott, Ed. 10^o 1997;523-4.
9. Arnoff TE, Mirza FN, Yumeen S, Ben Khadra S, George DD, Robinson-Bostom L. Cytophagic histiocytic panniculitis leading to a diagnosis of acute myeloid leukemia with monocytic differentiation. A case report and literature review. *J Cutan Pathol* 2024 Sep;51(9):658-661. doi: 10.1111/cup.14659.
10. Király Z, Kovács A, Medvecz M, Róbert L, Bokor L, Kuroli E, Szepesi Á, Marschalkó M, Hidvégi B. Characteristics of the course of lupus erythematosus panniculitis in a retrospective analysis of 17 patients. *Orv Hetil* 2023 Feb 5;164(5):172-178. doi: 10.1556/650.2023.32692.
11. Sable KA, Rosenfeld D, Speiser J, Lake E. Juvenile Dermatomyositis-Associated Panniculitis. *Cutis* 2022 Dec;110(6): E8-E10. doi: 10.12788/cutis.0675.
12. Kabir KF, Lotfollahzadeh S. Pancreatic Panniculitis. 2023 Jun 3. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan.
13. Ceccarini G, Magno S, Gilio D, Pelosini C, Santini F. Autoimmunity in lipodystrophy syndromes. *Presse Med*. 2021 Nov;50(3):104073. doi: 10.1016/j.lpm.2021.104073.
14. Al-Niaimi F, Clark C, Thorrat A, et al. Idiopathic lobular panniculitis: remission induced and maintained with infliximab. *Br J Dermatol* 2009;161(3):691-2.
15. Mavrikakis I, Georgiadis T, Fragiadaki K, Sfikakis PP. Orbital lobular panniculitis in Weber-Christian disease: sustained response to anti-TNF treatment and review of the literature. *Surv Ophthalmol*. 2010 Nov-Dec;55(6):584-9. doi: 10.1016/j.survophthal.2010.05.001.

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

Reglamento de publicaciones

Historial de la revista

La primera publicación oficial de la Sociedad Argentina de Reumatología fue el Boletín de la Liga Argentina contra el Reumatismo, cuyo primer número apareció en octubre de 1938. En 1950 fue reemplazado por los Archivos Argentinos de Reumatología. En junio de 1990 se edita el primer número de la Revista Argentina de Reumatología, publicación científica que se constituye en el órgano oficial de difusión de la Sociedad Argentina de Reumatología. Desde entonces y hasta la actualidad, esta revista se ha publicado en forma ininterrumpida gracias al esfuerzo incansable de un gran número de prestigiosos reumatólogos que han aportado su producción científica como autores, o que han colaborado como editores, miembros del comité científico o revisores.

Equipo editorial

Dr. Dario Scublinsky, Editor jefe

Editores de sección

Dra. María Laura de la Torre, Dr. Ignacio Gandino

Asistente de edición e indexación

Bibl. Gabriela Tielas

Editores anteriores

Dr. Enrique Soriano

Dr. Julio Hofman

Dr. José Maldonado Cocco

Revista fundada por:

Dr. Armando Maccagno

Características de la publicación

Enfoque y alcance

Contenidos científicos en el área de Reumatología. Comprende tanto las patologías articulares, de partes blandas y enfermedades autoinmunes, así como sus métodos diagnósticos y terapéutica. Se incluyen estudios epidemiológicos vinculados al área, estudios de casos y controles, cohortes, estudios observacionales, reportes de casos y revisiones. Además, se reciben "Cartas al editor". Las "Editoriales" de temas especiales son sólo por invitación. Para casos especiales, si el autor no utiliza como idioma el español, puede ser publicado en inglés. "Proceso de evaluación por pares"

Proceso de evaluación por pares

La revista tiene revisores permanentes en cada tema así como evaluadores externos y nuevos expertos que se van incorporando al staff. El editor de cada sección envía el trabajo a dos revisores ciegos. La devolución del trabajo revisado será en un plazo de 30 días exceptuando el período de receso de verano e invernal cuyo tiempo puede ser más prolongado. La aceptación de un trabajo dependerá de la aprobación inicial del editor así como la evaluación posterior de los revisores. Algunos trabajos son aceptados con mínimos cambios o aclaraciones. La aceptación final de un artículo puede llevar más de 30 días si requiere de varias revisiones, de un trabajo intensivo hasta llegar a una versión publicable o se desista

de la publicación por parte de los autores o el editor.

El Comité de edición se reserva el derecho de efectuar las correcciones de estilo o eventualmente en la redacción de ciertas frases o expresiones cuando no resultaran claras.

Frecuencia de publicación:

La Revista Argentina de Reumatología, es una publicación trimestral. Se publican 4 números al año. Suelen publicarse ediciones extra, ya sea con los abstracts del Congreso nacional o con Guías de Práctica Clínica elaboradas por la Sociedad Argentina de Reumatología.

Política de acceso abierto

Esta revista provee acceso libre inmediato a su contenido bajo el principio de que hacer disponible gratuitamente la investigación a los profesionales de la salud, lo cual fomenta un mayor intercambio de conocimiento global.

Reglamento de publicación

Requerimientos generales de la publicación

- Todo estudio con humanos o de manejo de datos sensibles debe ir acompañado con la respectiva aprobación de un comité de ética o declaración de la intervención del mismo a manera de declaración jurada.
- Todo estudio con animales de experimentación debe ir acompañado por una declaración de que no se ha transgredido el derecho de los animales de investigación de acuerdo a las normas/pautas vigentes.
- Los contenidos de los trabajos y casos publicados deben ser verídicos, basados en datos reales. Con el envío de un trabajo de investigación o caso clínico, se asume dicha veracidad. La detección o denuncia de falsedad en los mismos puede ser motivo de acciones legales hacia los autores para el caso de que el trabajo ya haya sido publicado en esta revista.
- No se reciben trabajos que ya hayan sido publicados en otras revistas. Se aceptarán reportes parciales o datos que hayan sido utilizados en otro trabajo si se encuentran diferencias con el primero. En caso de someter a evaluación a un trabajo con estas características se debe dar aviso al editor enviando el trabajo ya publicado para que sea valorado al momento de la aceptación del artículo enviado a esta publicación.
- Conflictos de interés: todo trabajo subvencionado por la industria farmacéutica o entidad con fines de lucro así como entidades universitarias u otras que han fondeado el trabajo, deben ser aclaradas en un ítem titulado "Conflictos de interés" que debe figurar luego del resumen en inglés en caso de que sea menor a dos líneas, o al final del trabajo y antes de la bibliografía en caso de que sea una declaración detallada.

Guía para autores

En la primera página de las distintas colaboraciones deberá constar: título en castellano y en inglés, apellidos y nombres completos de los autores, centro donde se realizó el trabajo, dirección del mismo y mail de contacto para la correspondencia o petición de separatas.

Secciones de la revista:

Editorial: contribución solicitada por el Comité a un experto, quien desde el punto de vista personal escribirá sobre temas de interés actual. Su extensión máxima será de 5 páginas.

Artículos originales: presentación de una experiencia científica original, personal o grupal, que contribuya al progreso de la especialidad. El texto tendrá una extensión máxima de 20 páginas. Los distintos ítems figurarán en el siguiente orden: resumen en castellano e inglés de hasta 200 palabras, palabras clave (3 a 10), introducción, material y métodos, resultados, discusión, conclusiones y bibliografía. Se admitirán hasta 6 figuras y 6 tablas.

Actualizaciones: puesta al día sobre determinados temas de interés, expuestos en forma sintética. No deberá exceder las 10 páginas, pudiendo incluir 2 tablas y 2 figuras. Debe estar correctamente citada.

Casos clínicos: descripción de un caso de rara observación que suponga un aporte importante al conocimiento del tema. Su extensión máxima será de 10 páginas. Constará de resumen en castellano y en inglés, descripción y discusión del caso y bibliografía (no más de 15 citas). Se admitirán hasta 4 figuras y 4 tablas.

Diagnóstico por imágenes: presentación de un caso problema en base al diagnóstico por imágenes, con datos clínicos imprescindibles y secuencia de estudios realizados para llegar al diagnóstico definitivo. Se aceptarán hasta 6 figuras.

Cartas de lectores: comentarios acerca de los artículos publicados previamente. No deberán superar las 4 páginas, pudiendo incluir una sola tabla o figura y hasta 6 citas bibliográficas.

Material ilustrativo en los trabajos:

• **Tablas:** debe presentarse una sola tabla por página. Se enviará en formato electrónico en archivo Excel o tabla inserta en Word en archivo aparte del texto. Cada tabla debe ir numerada con números romanos y encabezada por el enunciado o título. Las tablas deberán ir citadas en el texto por orden consecutivo. Todas las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie de la tabla. Asimismo, se identificarán de forma precisa las medidas estadísticas empleadas. Cuando se haya efectuado un estudio estadístico se indicará a pie de tabla el nivel de significación, si no se hubiera incluido en el texto de la tabla. El orden de los signos de llamada será el siguiente: * si hay una única llamada; letras minúsculas en orden alfabético (a, b, c...) si hay dos o más llamadas. Para su envío deberán estar realizadas en Microsoft Word o Excel, no aceptándose tablas escaneadas.

• **Gráficos (figuras):** podrán ser elaborados con computadora únicamente en programa vectorial (Corel Draw, Adobe Illustrator), algún programa de estadística reconocido con un editor de gráficos asociado, o en programa de planilla de cálculos (Excel). Se enviarán como archivos externos al archivo principal de textos; deberán estar nombrados con el número de figura, enviando un archivo por gráfico. Si se envían escaneados, modalidad poco conveniente, se deberán seguir las pautas indicadas para fotografías. Si se incluyen dibujos especiales a mano alzada en papel, deberán estar dibujados en tinta negra sobre papel blanco que garantice un buen contraste.

• **Fotografías:** se seleccionarán procurando que sean de buena calidad. Tendrán igual sistema de numeración que los gráficos. Es muy importante las fotos estén en alta resolución; se presentarán de modo que los cuerpos opacos (huesos, sustancias de contraste) aparezcan en blanco. Se recomienda para las fotos una calidad en HD o equivalente. Las fotos deberán estar guardadas en los formatos tiff, JPG o png. No se aceptarán fotos ni gráficos incluidos dentro de Power Point o Word debiendo ser enviados como archivos externos. El archivo deberá estar identificado en el paquete de archivos enviado.

• **Pies de figuras:** deberán ir numeradas según su secuencia correspondiente y a doble espacio. En ellas se explicará el contenido de la ilustración, así como el significado de los signos, flechas, números y abreviaturas que pueda haber. En las reproducciones histológicas se especificará el aumento y el método de tinción.

• **Citas bibliográficas:** se redactarán según normas internacionales. Las mismas pueden consultarse en: https://www.nlm.nih.gov/bsd/policy/cit_format.html.

Format: NLM.

Ejemplo: *Lescure FX, Honda H, Fowler RA, Lazar JS, Shi G, Wung P, Patel N, Hagino O; Sarilumab COVID-19 Global Study Group. Sarilumab in patients admitted to hospital with severe or critical COVID-19: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet Respir Med. 2021 May;9(5):522-532. doi: 10.1016/S2213-2600(21)00099-0. Epub 2021 Mar 4. PMID: 33676590; PMCID: PMC8078879.*

El Comité de Redacción se reserva el derecho de rechazar aquellos artículos que juzgue inapropiados, así como de proponer o realizar modificaciones cuando lo considere necesario.

Editorial

Contribución solicitada por el Comité a un experto, quien desde el punto de vista personal escribirá sobre temas de interés actual. Su extensión máxima será de 3 páginas o a convenir con el editor.

No se puede submitir una editorial. Es sólo por invitación del editor. Por excepción, un experto en un tema podría proponerse para llevar a cabo una editorial, más aún si se relaciona con un trabajo publicado en ese mismo número en la revista.

Artículo Original

Presentación de un trabajo científico original, personal o grupal, que contribuya al progreso de la especialidad. El texto tendrá una extensión máxima de 15 páginas. Los distintos ítems figurarán en el siguiente orden:

1. Título en castellano
2. Título en inglés
3. Autores: Apellido y nombre. Si el estudio es multicéntrico, deberá agregarse la cita (numérica en superíndice) y luego, al finalizar la lista de autores, se detallará el lugar de pertenencia en el orden citado.
4. Mail de contacto. Es recomendable que sea el del primer autor.
5. Resumen en castellano de hasta 200 palabras.
6. Palabras clave en castellano.
7. Resumen en inglés de hasta 200 palabras.
8. Palabras clave en inglés.
9. Artículo propiamente dicho: debe constar de introducción, material y métodos, resultados, discusión, conclusiones y bibliografía. Se admitirán hasta 6 figuras y 6 tablas. Las figuras y las tablas deben estar intercaladas en el texto de acuerdo a su orden de citación (no todo al final del texto)
10. En Material y métodos, en el caso de un artículo original, no olvidar de describir el método estadístico. Tampoco debe omitirse si el estudio contó con un consentimiento informado y fue aprobado por un comité de ética. Todos los estudios con pacientes en los cuales haya habido una intervención o se hayan manipulado datos sensibles debe contener una aprobación ética que deberá estar indicada en el trabajo.
11. La discusión debe ser pertinente y orientada hacia el tema investigado. La conclusión debe ser breve y basada en el trabajo realizado.
12. Si hubo conflictos de interés o aportes financieros al estudio, estos deben ser aclarados.
13. Las citas bibliográficas deben contemplar el estándar siguiente al momento de redactarlas. Ejemplo: *Sarzi-Puttini P, Giorgi V, Sirotti S, Marotto D, Ardizzzone S, Rizzardini G, et al.*

1. COVID-19, *cytokines and immunosuppression: what can we learn from severe acute respiratory syndrome?* Clin Exp Rheumatol. 2020;38(2):337-342

2. Figuras, gráficos, tablas, fotos: deben llevar un número correlativo según el momento en que son citadas. Todas ellas deben tener un título. Eventualmente pueden tener una breve explicación.

Actualizaciones/ Revisiones

Puesta al día sobre determinados temas de interés, expuestos en forma sintética. No deberá exceder las 10 páginas, pudiendo incluir 2 tablas y 2 figuras. Se deberán agregar "Lecturas recomendadas" en número no mayor a 10 citas, más las citas correspondientes que surgen desde el texto.

Constará de:

1. Título en castellano
2. Título en inglés
3. Autores: Apellido y nombre. Si el estudio es multicéntrico, deberá agregarse la cita (numérica en superíndice) y luego, al finalizar la lista de autores, se detallará el lugar de pertenencia en el orden citado.

4. Mail de contacto. Es recomendable que sea el del primer autor.

5. Resumen en castellano de hasta 200 palabras.

6. Palabras clave en castellano.

7. Resumen en inglés de hasta 200 palabras.

8. Palabras clave en inglés.

9. Si hubo conflictos de interés o aportes financieros al artículo, estos deben ser aclarados.

10. Las citas bibliográficas deben contemplar el estándar siguiente al momento de redactarlas. Ejemplo: Sarzi-Puttini P, Giorgi V, Sirotti S, Marotto D, Ardizzone S, Rizzardini G, et al. COVID-19, *cytokines and immunosuppression: what can we learn from severe acute respiratory syndrome?* Clin Exp Rheumatol. 2020;38(2):337-342

11. Figuras, gráficos, tablas, fotos: deben llevar un número correlativo según el momento en que son citadas. Todas ellas deben tener un título. Eventualmente pueden tener una breve explicación.

Caso Clínico

Descripción de un caso o conjunto de casos de rara observación o con características particulares que suponga un aporte al conocimiento del tema. Su extensión máxima será de 5 páginas. Constará de resumen en castellano y en inglés, palabras claves en castellano e inglés, descripción y discusión del caso y bibliografía (no más de 15 citas). Se admitirán hasta 4 figuras y 4 tablas.

Requisitos:

1. Título en castellano

2. Título en inglés

3. Autores: Apellido y nombre. Si es una publicación multicéntrica, deberá agregarse la cita (numérica en superíndice) y luego, al finalizar la lista de autores, se detallará el lugar de pertenencia en el orden citado.

4. Mail de contacto. Es recomendable que sea el del primer autor.

5. Resumen en castellano.

6. Palabras clave en castellano.

7. Resumen en inglés.

8. Palabras clave en inglés.

9. Si hubo conflictos de interés o aportes financieros al artículo, estos deben ser aclarados.

10. Las citas bibliográficas deben contemplar el estándar siguiente al momento de redactarlas. Ejemplo: Sarzi-Puttini P, Giorgi V, Sirotti S, Marotto D, Ardizzone S, Rizzardini G, et al. COVID-19, *cytokines and immunosuppression: what can we learn from severe acute respiratory syndrome?* Clin Exp Rheumatol. 2020;38(2):337-342

11. Figuras, gráficos, tablas, fotos: deben llevar un número correlativo según el momento en que son citadas. Todas ellas deben tener un título. Eventualmente pueden tener una breve explicación.

Diagnóstico por Imagen

Presentación de un caso problema en base al diagnóstico por imágenes, con datos clínicos imprescindibles y secuencia de estudios realizados para llegar al diagnóstico definitivo. Se aceptarán hasta 6 figuras.

Carta de Lectores

Comentarios acerca de los artículos publicados previamente. No deberán superar las 3 páginas, pudiendo incluir una sola tabla o figura y hasta 6 citas bibliográficas.

Declaración de privacidad

Los nombres y direcciones de e-correo introducidos en esta revista se usarán exclusivamente para los fines declarados por esta revista y no estarán disponibles para ningún otro propósito u otra persona ajena a la misma. Se exceptúa el mail de contacto que debe figurar en cada artículo.

Envíos

El registro y el inicio de sesión son necesarios para enviar elementos en línea y para comprobar el estado de los envíos recientes. Ir a Iniciar sesión a una cuenta existente o [Registrar una nueva cuenta](#).

Lista de comprobación para la preparación de envíos

Como parte del proceso de envío, los autores/as están obligados a comprobar que su envío cumpla todos los elementos que se muestran a continuación. Se devolverán a los autores/as aquellos envíos que no cumplan estas directrices.

El artículo enviado no ha sido publicado previamente, ni se ha presentado a otra revista.

Los archivos están enviados en formato Microsoft Word. Se han añadido direcciones web para las referencias donde ha sido posible.

El texto tiene interlineado simple; el tamaño de fuente es 12 puntos; se usa cursiva en vez de subrayado (exceptuando las direcciones URL); y todas las ilustraciones, figuras y tablas están dentro del texto en el sitio que les corresponde y no al final del todo.

El texto se adecua a los requerimientos bibliográficos y de estilo indicados en las GUIAS PARA LOS AUTORES

Envíos ante falla del sistema

En caso de falla de la página web o la plataforma web que se prolongue más de 24 horas, se solicitará enviar un mail con el envío completo a revista@reumatologia.org.ar

Declaración de privacidad

Los nombres y direcciones de e-correo introducidos en esta revista se usarán exclusivamente para los fines declarados por esta revista y no estarán disponibles para ningún otro propósito u otra persona ajena a la misma. Se exceptúa el mail de contacto que debe figurar en cada artículo.

Contacto

Callao 384 Piso 2 Dto 6, CABA, Buenos Aires, Argentina. (C1022AAQ)
revista@reumatologia.org.ar

Editor jefe

dario.scublinsky@reumatologia.org.ar;
darioscublinsky@yahoo.com.ar

