

nal disminuyó gradualmente con la introducción de nuevos fármacos en cada país. El uso de iJAK ha aumentado con el tiempo desde su lanzamiento. En Argentina se observó un claro aumento en el uso de tofacitinib genérico desde 2020, mientras que la frecuencia de nuevos regímenes con iJAK originales disminuyó.

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

RC103. RIESGO DE TUBERCULOSIS DURANTE EL TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS Y SINTÉTICAS DIRIGIDAS EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS: DATOS COMBINADOS DE CINCO PAÍSES DE LATINOAMÉRICA

Paloma de Abreu Trigueros¹, Carolina Isnardi², Ieda Laurindo³, Deshire Alpizar Alpizar Rodriguez⁴, José Jiram Torres-Ruiz⁴, Guillermo Pons-Este⁵, María J. Haye Salinas⁶, María Agustina Alfaro⁵, Verónica Saurit⁶, Erika Catay⁵, Gustavo Medina⁵, Barbara Stadler Kahlow³, Jose Roberto Miranda³, Ana Cristina Medeiros-Ribeiro³, Manoel Bertolo³, Marco Antonio Araujo Da Rocha Loures³, Hellen Mary da Silveira de Carvaho³, Ángel Castillo Ortiz⁴, Fedra Irazoque Palazuelos⁴, Omar Eloy Muñoz Monroy⁴, Sandra Carrillo Vázquez⁴, Angélica Peña Ayala⁴, Sonia Cabrera Villalba¹, Gabriela Ávila Pedretti¹, Lourdes Román Ruiz Díaz¹, Mariela Zarza Torres¹, Vannia Valinotti Cabrera¹, Patricia Melgarejo¹, Laura Martínez¹, Clyde Parodi¹, Roger Rolón Campuzano¹, Cristina Brunengo Cairus⁶, Darwin Cordovilla Montero⁶, Macarena Soto⁶, Sofia Rostán⁶, Pilar Garino⁶ y Vijaya Rivera Terán⁴

¹Sociedad Paraguaya de Reumatología, BIOBADAGUAY, Asunción, Paraguay. ²Sociedad Argentina de Reumatología, Unidad de Investigación, CABA, Argentina. ³Sociedad Brasileña de Reumatología, BIOBADABRASIL, Brasilia, Brasil. ⁴Colegio Mexicano de Reumatología, BIOBADAMEX, Ciudad de México, México. ⁵Sociedad Argentina de Reumatología, BIOBADASAR, CABA, Argentina. ⁶Sociedad Uruguaya de Reumatología, BIOBADAGUAY, Montevideo, Uruguay.

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

Objetivos: Determinar incidencia y de tuberculosis (TB) bajo tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad convencionales, sintéticos dirigidos y biológicos (c/ts/bFAMEs) y riesgo relativo entre intervenciones, en pacientes con enfermedades inmunomediadas (IMID) en 4 registros BIOBADA en cinco países latinoamericanos.

Métodos: Se recopilaron datos de cuatro registros BIOBADA de Latinoamérica, incluyendo Argentina, Brasil, México, Paraguay y Uruguay (estos dos últimos incluidos en el mismo registro). Para el análisis se incluyeron pacientes que habían recibido uno o múltiples cursos de tratamiento con cFAMEs (controles) y ts/bFAMEs. Se evaluó la historia de exposición a TB, radiología de tórax, screening de infección latente de TB (LTBI) y tratamiento profiláctico de LTBI antes de cada curso de tratamiento. Análisis estadístico fue descriptivo.

Resultados: Se incluyeron datos de 12.477 pacientes que recibieron un total de tratamientos 19.516 (14.527 (74,7%) ts/b FAMEs y 4.989 (25,6%) cFAMEs (controles). Del total de tratamientos se detectaron 105 de TB (15 cDMARDs, 90 ts/bFAMEs), de ellos, 57 (54,3%) TB pulmonar, 22 (21,0%) sin especificar localización, 19 (18,1%) LTBI latente, 5 (4,8%) TB diseminada y 2 (1,9%) TB peritoneal. El 64,8% eran mujeres con una edad media de $51,7 \pm 11,3$. El diagnóstico más frecuente fue la artritis reumatoide (AR) en un 71,4% (15) seguido de la espondilitis anquilosante (EA) 18,1% (19) y artritis psoriásica (APS) 10,5% (11%). La mediana (intervalo intercuartílico) de exposición al tratamiento al desarrollo de TB fue de 20 (8-46) meses, el 84,8% fue posterior a las 6 semanas del inicio del tratamiento. De los ts/bFAMEs 81,1% (73/90) inhibidores de factor de necrosis tumoral (iTNF), 10% (9/90) inhibidores de la interleucina 6 (iIL6), 5,6% (5/90) rituximab (RTX), 3,6% (3/90) abatacept (ABT). En los controles el metotrexato (MTX) fue el fármaco más frecuente en un 66,7% y en ts/bDMARDs el MTX se usó como tratamiento concomitante en un 60%. En controles los corticoides se administraron en un 53,3% y en un 40% en los ts/bDMARDs. El 72,4% (76/105) presentaron cribaje de LTBI latente previo al inicio del tratamiento, de ellos el 68,4% (52/76) fue negativo y el 30,3% (23/73) positivo y de estos el 87% recibieron quimioprofilaxis para LTBI.

Tipos de tuberculosis según fármaco

	Control (15)	iTNF (73)	IL-6 (9)	RTX (5)	ABT (3)	Total (105)
Tuberculosis pulmonar n (%)	8 (53,3)	42 (57,5)	3 (33,3)	1 (20,0)	3 (100)	57 (54,3)
Tuberculosis sin especificar localización n (%)	2 (13,3)	13 (17,8)	6 (66,7)	1 (20,0)	0 (0,0)	22 (21,0)
Tuberculosis diseminada n (%)	0 (0,0)	4 (5,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (4,89)
Tuberculosis latente n (%)	4 (26,7)	12 (16,4)	0 (0,0)	3 (60%)	0 (0,0)	19 (18,1)
Tuberculosis peritoneal n (%)	0 (0,0)	2 (2,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,9)

iTNF: inhibidores del factor de necrosis tumoral; IL-6: interleucina 6; RTX: rituximab; ABT: abatacept.

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

RC104. MULTIDISCIPLINARIEDAD. EXPERIENCIA DE UN COMITÉ DE PATOLOGÍA PULMONAR INTERSTICIAL

Maria José Moreno Martínez¹, Deseada Palma¹, Ana del Carmen Haro¹, Marta Mayor¹, Jesús Rubio¹, María del Carmen Fernández², Noelia Arroyo², Laura Fernández², Raquel Ramírez³, Zohuair Molaka², Natalia Calvente², Ana Higes², Rosario Cabello² y Marta Pastor¹

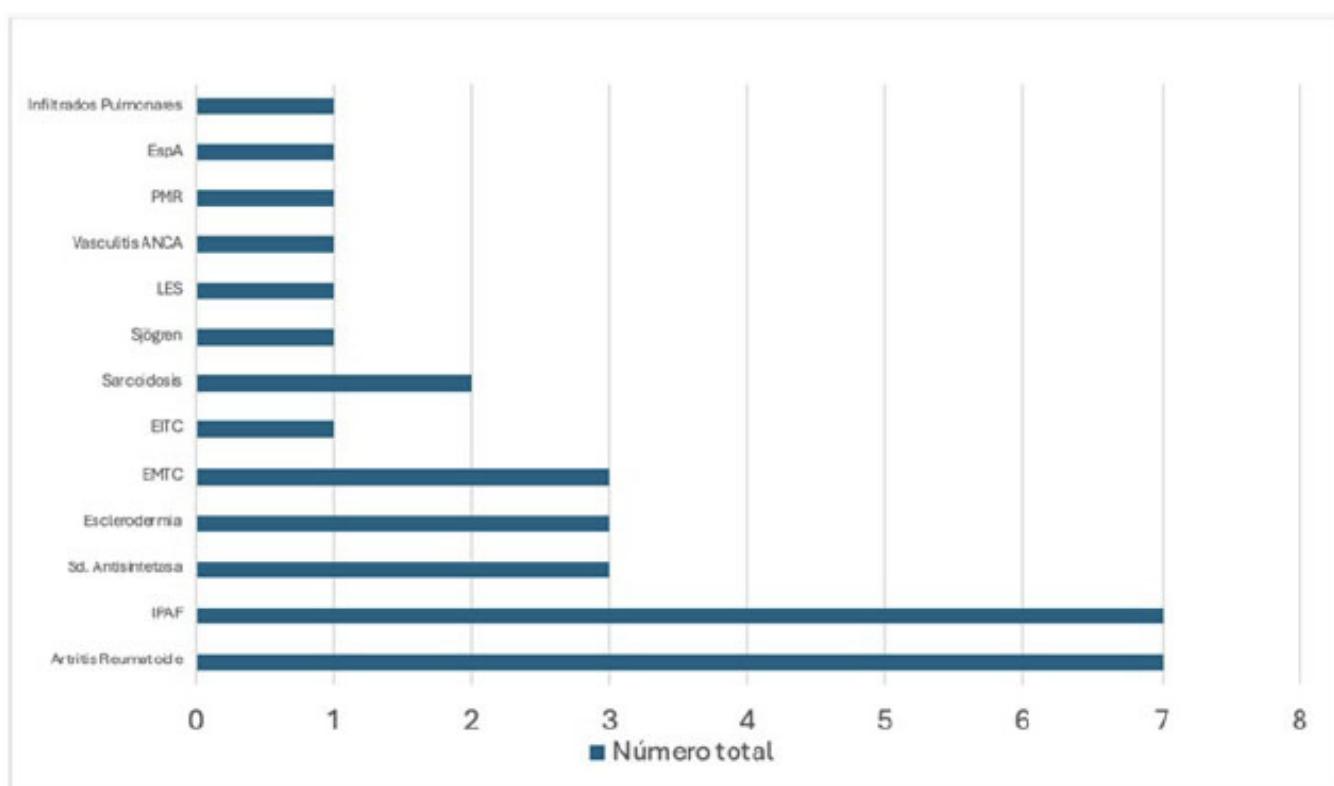
¹Reumatología. Hospital Rafael Méndez, Lorca. ²Neumología. Hospital Rafael Méndez, Lorca. ³Radiología. Hospital Rafael Méndez, Lorca.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPID) es una manifestación relativamente frecuente en patologías reumáticas inflamatorias sistémicas, convirtiéndose en una importante causa de morbilidad. La multidisciplinariedad es imprescindible en este tipo de manifestaciones, tal y como se ha plasmado en las recomendaciones SER-SEPAR para el manejo de EPID en pacientes con artritis reumatoide.

Métodos: Realizamos un análisis descriptivo de los pacientes que se evaluaron en el comité de patología pulmonar intersticial desde su creación en julio de 2023 hasta diciembre de 2024. Dicho comité con conforma Reumatología, Neumología y Radiología y se reúne cada 3 semanas.

Resultados: Se analizaron un total de 32 pacientes (62,5% mujeres), con una edad media de 60 (± 14) años. El 72% de los casos fueron propuestos para evaluar por la unidad de Reumatología, principalmente por dudas diagnósticas en relación a las pruebas realizadas. En el 69% global (Reumatología y Neumología) la evaluación fue para analizar el diagnóstico tras la valoración de las pruebas y los pacientes. El resto de los casos se presentaron con la necesidad de ajuste terapéutico conjunto. Podemos ver las patologías basales de los pacientes en la figura. En el 25% de los pacientes hubo un cambio de diagnóstico y en el 43% cambios en el tratamiento de base. En cuanto a los tratamientos consensuados tras la valoración podemos encontrar: en 5 pacientes micofenolato, en 2 pacientes azatioprina, en 2 inhibidores JAK, en 2 nintedanib y en 2 abatacept. En la mayoría de los pacientes (el 80%) se precisó un adelanto de la cita por los especialistas involucrados. Aunque la muestra de pacientes es pequeña, no encontramos diferencias en la causa de la derivación por especialidades.

Conclusiones: La multidisciplinariedad es imprescindible en pacientes con enfermedad reumática inflamatoria y afectación pulmonar intersticial, ya que, como se muestra en nuestra experiencia, en la mayoría de los casos es preciso un tratamiento con-



RC104 Figura. Patologías basales de los pacientes. EspA: espondiloartritis. LES: lupus eritematoso sistémico. EITC: enfermedad indiferenciada del tejido conjuntivo. EMTC: enfermedad mixta del tejido conjuntivo.