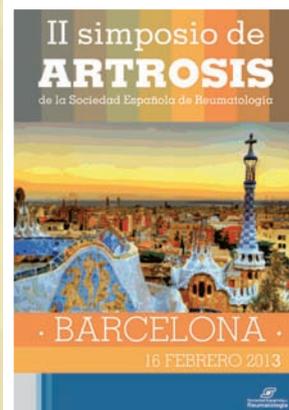


## Se aprueba la Estrategia Nacional de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas

### II Simposio de artrosis SER



### ENTREVISTA

Cada vez más socios utilizan el servicio de actividades canalizadas de la SER

pág. 23

### NOTICIAS SER

La SER elabora un consenso de terapias biológicas en lupus

pág. 35

**Los Reumatismos**® es una publicación oficial de la Sociedad Española de Reumatología destinada a los profesionales sanitarios, buscando la actualización de los conocimientos sobre las patologías reumáticas. Los Reumatismos no se identifica necesariamente con todas las opiniones expuestas por sus colaboradores.

[losreumatismos@ser.es](mailto:losreumatismos@ser.es)  
[www.ser.es](http://www.ser.es)

**Edita:**

**Sociedad Española de Reumatología**  
C/ Marqués de Duero, 5 - 1º  
28001 Madrid  
Tel: 91 576 77 99  
Fax: 91 578 11 33

**Editora:**

Dra. Mercedes Alperi López

**Consejo Asesor:**

Dr. Miguel Ángel Caracuel Ruiz,  
Dr. Manuel Castaño Sánchez, Dr. Jordi Fiter Aresté, Dr. Javier González Polo, Dr. José Vicente Moreno Muelas, Dr. Santiago Muñoz Fernández, Dr. José A. Román Ivorra, Dr. Eduardo Úcar Angulo y la Dra. Ana Urruticoechea Arana

**Secretario de Redacción:**

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

**Colaboradores:**

Dr. José Luis Fernández Sueiro  
(In Memoriam)  
Dr. Antonio Naranjo Hernández

**Coordinadora:**

Sonia Garde García

**Publicidad:**

Raúl Frutos Hernanz

 **INFOPRESS**

[www.inforpress.es](http://www.inforpress.es)

**Diseño gráfico, asesoría y coordinación:**

Inforpress (Departamento Plataformas)

**Entidades que han colaborado en este número:**

Abbvie, Gebro,  
MSD, Roche.

**Suscripciones y atención al cliente:**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA  
C/ Marqués del Duero, 5, 1º A  
28001-Madrid  
Correo electrónico: [ser@ser.es](mailto:ser@ser.es)

**Tarifa de suscripción anual (IVA incluido):**

Particulares: 30,00 €  
Entidades: 60,00 €

# Una apuesta por mejorar todos los servicios a los socios

El trabajo duro da sus frutos y una muestra de ello ha sido la aprobación de la Estrategia de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud (SNS). Esta iniciativa lleva a su espalda más de dos años de trabajo por parte de un grupo de especialistas en el seno del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y, por fin, ha visto la luz.

Hemos arrancado este año 2013 con una amplia oferta formativa para que los socios de la SER cubráis vuestras necesidades y podáis escoger las temáticas que os resulten de mayor interés para aumentar **vuestro** conocimiento. Ya se ha celebrado el 2º Curso de Postgraduados y el II Simposio de Artrosis. Además, este año hemos incorporado algunas novedades como el 'Curso de aplicación de modelos de cronicidad al paciente reumático', los casos clínicos a debate en el 'Curso de Osteoporosis' o las 'Jornadas de optimización en terapias biológicas', entre otros.

Asimismo, en el apartado de prestaciones también debemos resaltar un aumento de los esfuerzos presupuestarios puesto que se duplica la inversión en las becas, ayudas que consideramos clave para fomentar la investigación en el campo de la Reumatología.

La Unidad de Investigación también ha comenzado el año con proyectos nuevos y otros que darán pronto resultados. Entre ellos, cabe destacar los resultados de la primera visita basal del Estudio sobre el riesgo cardiovascular en los pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas (CARMA); la publicación de la Guía de Práctica Clínica de Gota; y otros proyectos comenzados como el de creación de un índice de evaluación que permita medir actividad en inflamación uveal (Uveítis ME-VA) y la puesta en marcha de un registro de pacientes con síndrome de Sjögren primario (SjögrenSER).

Desde Comunicación seguimos apostando por renovarnos y, además de nuestro Twitter (@Sereumatologia), hemos abierto un perfil en LinkedIn de la SER, así como un nuevo canal de Youtube. Además, seguimos estrechando lazos con asociaciones de pacientes y Sociedades de Reumatología de otros países como Argentina o Italia.

Más formación, más investigación, más ayudas, más información, nuevos proyectos como la actualización del Fondo de Imagen de la SER, y mejores servicios a los socios. Así se resumen las actividades de este nuevo año que esperamos cumplan con tus expectativas.

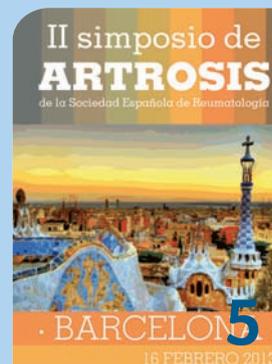


# Sumario

---

<b>3</b>	<b>Editorial</b>
<b>5</b>	<b>Eventos SER</b> Simposio de Artrosis en Barcelona
<b>7</b>	<b>Eventos</b> Resúmenes Congreso ACR 2012 (2ª Parte)
<b>23</b>	<b>Entrevista</b> Cada vez más socios utilizan el servicio de actividades canalizadas de la SER
<b>24</b>	<b>Conoce tu Sociedad</b>
<b>25</b>	<b>Formación</b> Nuestros becados en primera persona
<b>29</b>	<b>Buzón del Reumatólogo</b>
<b>30</b>	<b>ReumaUpdate</b>
<b>31</b>	<b>Noticias SER</b> Se aprueba la Estrategia Nacional de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas
<b>38</b>	<b>Noticias</b> Reconocimiento a trabajos sobre gota de investigadores españoles

---



23



28



31



# Las artrosis están sobrediagnosticadas e infratratadas

Más de un centenar de especialistas se reúnen en el II Simposio de Artrosis de la SER, celebrado en Barcelona

Las artrosis están sobrediagnosticadas e infratratadas, ya que se estima que sólo el 40-50% de los pacientes cumple correctamente el tratamiento. Además, “se trata de una de las enfermedades más prevalentes, que afecta en torno a cinco millones de españoles (aproximadamente el 10% de la población) y que más recursos sanitarios consume”, según ha explicado el Dr. Pere Benito, jefe de Servicio de Reumatología del Hospital del Mar de Barcelona, en el marco del **II Simposio de Artrosis de la Sociedad Española de Reumatología**, celebrado en la ciudad condal.

A juicio del Dr. Jordi Monfort, especialista de la Unidad de Artrosis del Servicio de Reumatología del Hospital del Mar, “diferentes estudios señalan que hasta un 25% de los pacientes abandona de forma rápida determinados fármacos y el resto los toman de forma intermitente e inadecuada”.

## Gran impacto en la población

Según el estudio EPISER, la artrosis sintomática de rodilla tiene una prevalencia puntual del 10,2% y la artrosis de mano del 6,2%. Alrededor de la mitad de la población adulta de más de 50 años muestra signos radiológicos de artrosis de rodilla aunque es más frecuente en mujeres sobre todo a partir de 55 años. “Al fijarse en los grupos de edad avanzada es cuando se observa que las cifras se vuelven realmente espectaculares. Así, en la franja de edad entre los 70 y los 79 años la prevalencia de la artrosis de rodilla es del 33,7%”, detalla el Dr. Monfort.

## La prevención secundaria es clave

El dolor, la rigidez, la deformidad y la pérdida de función son las consecuencias clínicas de la artrosis sintomática. “No tratar esta enfermedad significa en la actualidad que un número elevado de pacientes presentará un progresivo empeoramiento de su sintomatología que se encuentra especialmente relacionada con el dolor y con la función de una determinada articulación. Además, supone aceptar que en un buen número de pacientes la artrosis evolucionará de forma más rápida, lo que podría traducirse en un notable empeoramiento de su calidad de vida”, según



la Dra. Larrosa, jefa de Servicio de Reumatología de la Corporació Sanitaria Parc Taulí de Sabadell (Barcelona).

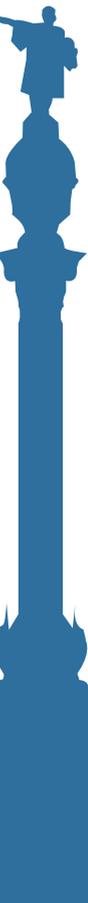
## Un 25% de los pacientes abandona de forma rápida determinados fármacos

### Áreas de mejora y principales avances

Según el Dr. Pere Benito, “a nivel de la especialidad, faltan Unidades específicas y multidisciplinarias, ya que existen Unidades de artritis, de osteoporosis, de fibromialgia, etcétera, pero no hay de artrosis. Además, habría que mejorar la comunicación entre los niveles asistenciales (atención primaria y especializada) y fomentar las ayudas para la investigación”.

A su juicio, se ha avanzado en el conocimiento de la fisiopatogenia de la enfermedad, especialmente en los procesos de degradación matricial. Las artrosis son el estadio final de una “insuficiencia de la articulación” a la que se llega por distintas vías. “Una vez se inicia, se producen cambios principalmente en el cartílago, pero también en el hueso subcondral y en la membrana sinovial, cambios que cada vez conocemos con más detalle, a nivel celular y molecular, y que pueden ayudar a identificar nuevas dianas terapéuticas, y no continuar únicamente con el tratamiento sintomático del dolor”, ha indicado.

Otro avance significativo ha sido en el terreno de la imagen. Con la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) se pueden detectar cambios precoces no sólo en la integridad sino en la composición del cartílago.



# Un repaso a la actualidad de la Reumatología

Continuamos con la publicación de los resúmenes remitidos por los socios de la SER para optar a las 'Becas ACR de la SER 2012'

## INVESTIGACIÓN BÁSICA: ARTRITIS

### Exacerbación de la artritis inducida por colágeno mediante un anticuerpo anti-CD3 contra CD3 aminoterminal-deficiente

Pérez-Lorenzo M.J. (1), Gonzalo E. (1), Rojo J.M. (2), Galindo M. (1), Pablos J.L. (1), Criado G. (1).

(1)S. Reumatología, Instituto de Investigación, H. 12 de Octubre, Madrid. (2)Centro de Investigaciones Biológicas-CSIC, Madrid.

El tratamiento con Ac YCD3-1 exacerbaba la artritis inducida por colágeno en ratones hembras DBA/1 al compararlo con controles. Se observa la misma tendencia en ratones machos sin ser estadísticamente significativo. En estos ratones se observa un incremento en las células treg Fosp3+, al igual que en células productoras de INFG y IL17. El índice Treg/Th17 está disminuido, no hubo diferencias en la proporción Treg/Th1. Los autores concluyen que la ausencia de la región amino terminal puede contribuir a la progresión de la artritis.

### La expresión de podoplanina en el estroma reumatoide se correlaciona con neogénesis linfóide, siendo regulada negativamente por la terapia anti-TNF

R. Faré (1), E. Izquierdo (1), M.J. Del Rey (1), A. Usategui, R. Celis (2), J.D. Cañete (2), J.L. Pablos (1). (1) S. de Reumatología, Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12), Madrid. (2)Unitat d'Artritis, S. de Reumatología, Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS, Barcelona.

Se tomaron biopsias sinoviales de rodilla en 39 pacientes con AR activa y 6 controles. Se encontró marcada expresión de Pdp en las células de revestimiento sinovial y fue indetectable en las biopsias control. En la mitad de los casos de AR, la expresión de Pdp se extendió a células estromales y estructuras de neogénesis linfóide. Se observó asociación de la expresión de Pdp con la presencia de neogénesis linfóide y de factor reumatoide y ACPA. El tratamiento con anti-TNF alfa indujo una reducción significativa de la expresión de Pdp ( $18.6 \pm 2.4\%$  vs  $6.8 \pm 1.5\%$ ,  $p=0,0002$ ).

La podoplanina (Pdp) es una glicoproteína transmembrana que se expresa en el endotelio linfático y en las células estromales de la zona de células T de los ganglios linfáticos. La Pdp es inducible por TNF alfa en fibroblastos sinoviales y su expresión está aumentada en la sinovial reumatoide. Este estudio pretende analizar el significado clínico e histopatológico de la expresión de Pdp en la AR, especialmente en la neogénesis linfóide ectópica.

Los autores concluyen que la Pdp se expresa de manera ectópica por las células estromales de la sinovial reumatoide, parcialmente revertido por terapia anti-TNF alfa. Los datos señalan niveles muy elevados de expresión Pdp en los casos de neogénesis linfóide, sugiriendo algún mecanismo de conexión entre los cambios en las células estromales y la neogénesis linfóide.

### La interacción mediada por la podoplanina en los fibroblastos de la sinovial de la artritis reumatoide y las plaquetas modula la expresión de la IL-8

M.J. del Rey (1), E. Izquierdo (1), R. Faré (1), A. Usategui (1), V. Miranda (1), G. Criado (1), J.D. Cañete (2), J.L. Pablos (1). (1)S. Reumatología e Instituto de Investigación, Hospital 12 de Octubre (i+12). Madrid. (2) Unidad de artritis, S. Reumatología, Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS. Barcelona.

Los fibroblastos son la célula más abundante en la sinovial. En la AR, la expansión de los fibroblastos y sus cambios pueden contribuir en la patogénesis de la enfermedad. La podoplanina normalmente se expresa en la membrana del endotelio linfático y en las células cancerígenas. Los autores, al analizar la posible función, detectan abundante expresión de podoplanina en los fibroblastos de la sinovial de pacientes con AR y mínima o ausente entre pacientes con artrosis o en normales. Por tanto sugieren un posible papel en la patogénesis de la AR.

## Resúmenes ACR 2012 (2ª parte)

## INVESTIGACIÓN BÁSICA: ARTRITIS

**Disminución de la frecuencia de células Th17 en artritis reumatoide precoz**

*I. Arroyo-Villa (1), M. Belén, Bautista-Caro (1), A. Balsa (1), P. Aguado (1), L. Nuño (1), G. Bonilla (1), A. Puig-Kröger (2), E. Martín-Mola (1), M.E. Miranda-Carús (1). (1)Hospital La Paz-IdiPaz, Madrid. (2)Hospital Gregorio Marañón, Madrid.*

El objetivo del estudio fue examinar la frecuencia y el fenotipo de las células Th17 en sangre periférica en la artritis reumatoide temprana.

Se estudiaron 33 pacientes con artritis reumatoide y 33 controles. Los autores observaron que una disminución en los niveles de células Th17 circulantes parece ser un marcador de seropositividad para la presencia de anticuerpos anti CCP. Los niveles de dichas células parecen retornar al nivel de los controles después del tratamiento con metotrexato.

**Evaluación basal de la resistencia a la insulina en pacientes con AR precoz no tratada**

*S. Manrique-Arija (1), M.A. López-Lasanta (1), P. Espiño-Lorenzo (1), P. Valdivielso (2), J. Rioja (2), I. Ureña (1), F. Gabriel Jiménez-Núñez (1), C.M. Romero-Barco (1), V. Rodríguez-García (1), L. Nieves (1), M.C. Ordóñez-Cañizares (1), L. Cano (1), M.V. Irigoyen (1), A. Fernández-Nebro (1). (1)Hospital Carlos Haya de Málaga.(2)Departamento de Medicina, Universidad de Málaga.*

ses) que no habían recibido tratamiento para su enfermedad. Se excluyeron pacientes con diabetes.

Los casos de AR tuvieron con mayor frecuencia hipertensión (30 vs 13%,  $p < 0,05$ ). El colesterol total y HDL estaban más elevados en controles ( $p < 0,05$ ). No se encontraron diferencias en los niveles de leptina o adiponectina ni en el índice aterogénico o en los índices de resistencia insulínica. Se encontró correlación significativa entre los diferentes índices de resistencia a la insulina por un lado y los parámetros de actividad inflamatoria, la leptina y la composición corporal por otro.

En la AR evolucionada se ha observado asociación entre la resistencia a la insulina y los niveles elevados de citocinas. En este estudio transversal de 46 casos con AR temprana y 45 controles se analizan dichos parámetros en pacientes con artritis precoz (<12 me-

Los autores no encuentran índices de resistencia a la insulina alterados en la AR precoz a pesar de los niveles elevados de citocinas inflamatorias.

## TERAPIA BIOLÓGICA

**Un número significativo de pacientes con artritis crónica recibe dosis reducidas de fármacos biológicos: estudio observacional en condiciones de práctica clínica**

*J. Inciarte-Mundo, M.V. Hernández, V. Rosario, V. Ruiz-Esquide, S. Cabrera, M.E. Gómez-Puerta, J. Ramírez, JD Cañete, R Sanmartí. S. Reumatología, Hospital Clinic, Barcelona.*

ADA: 23,7%, TCL: 14,5%, INF: 10,5%). Respecto al diagnóstico: 51,3% artritis reumatoide, 23,7% espondilitis anquilosante, 13,2% artritis psoriática, 11,8% miscelánea. La dosis reducida más utilizada fue: ETN; 50 mg/15 días; ADA: 40 mg/3 semanas; TCL: 6 mg/4 semanas; INF: 5 mg/9-10 semanas. La razón para disminuir la dosis fue: remisión clínica en 89,5% y baja actividad en el 10,5%. El tiempo medio de la dosis reducida fue de  $17,2 \pm 2,1$  meses.

El objetivo del estudio es analizar la estrategia de reducción de dosis de agentes biológicos en pacientes con artritis crónica. En el momento del análisis, 76 pacientes (44,7%) recibían dosis bajas de biológicos (ETN: 51,3%,

Los autores concluyen que en cerca de la mitad los pacientes en tratamiento biológico por artritis crónica fue posible reducir la dosis, manteniendo la remisión clínica o la baja actividad en muchos casos. Esta reducción de dosis se realizó en pacientes con AR o espondiloartropatías y en fármacos con diferentes mecanismos de acción.

**La inmunogenicidad al primer anti-TNF determina el resultado del cambio al segundo anti-TNF en pacientes con espondiloartritis**

*Ch. Plasencia, D. Pascual-Salcedo, S. García-Carazo, G.*

*Bonilla, L. Lojo, L. Nuño, A. Villaba, D. Peiteado, C. Castillo-Gallego, F. Arribas, D. Nagore (1), E. Martín-Mola, A. Balsa. S. Reumatología, IdiPaz, Proteomika SL (1). Hospital La Paz. Madrid.*



## Resúmenes ACR 2012 (2ª parte)



El objetivo del estudio es evaluar en pacientes con espondiloartritis (Esp), si la respuesta a un segundo anti-TNF después fallar a un primer anti-TNF, se relaciona con el desarrollo de anticuerpos en el primer anti-TNF. Se incluyen en 33 pacientes con Esp: 23 (69.7%) pacientes con espondilitis anquilosante, 6 (18.3%) con Esp indiferenciada, 3 (9%) con artritis psoriática y 1 (3%) con artritis reactiva. Se utilizó como índice de actividad, el ASDAS basal a los seis meses tras el cambio de anti-TNF. La respuesta clínica se evaluó mediante el delta-ASDAS. El nivel de anti-TNF y el de anticuerpos anti-TNF (AAT), se determinó por ELISA antes de cada administración del fármaco.

El 54,5% eran varones, con edad media de  $50.1 \pm 10.2$  años y el 75% tenían el HLA-B27 positivo. Los pacientes recibieron: 42,4% infliximab (INF), 9,1% adalimumab (ADA) y el 48,5% etanercept (ETN). El 37,3% desarrolló AAT durante el primer biológico (INF: 8 pacientes; ADA: 1 paciente). Debido a ineficacia se cambió a un 2º anti-

TNF: 21,2% a INF, 48,5% a ADA, 15,2% a ETN y 15,1% a golimumab. No se observaron diferencias en el ASDAS basal en pacientes con o sin AAT en el primer anti-TNF o en el segundo anti-TNF ( $p=0.392$ ). Sin embargo, a los seis meses del cambio a un 2º anti-TNF, los pacientes que previamente habían desarrollado AAT, tenían menor actividad de la enfermedad ( $p=0.02$ ) y una tendencia a una mayor mejoría clínica ( $p=0.065$ ). Además, a los seis meses del cambio de anti-TNF, la mayoría de los pacientes sin AAT previos, se clasificaban en el ASDAS como alta o muy alta actividad, frente a los que no presentaban AAT ( $p=0.02$ ), con mayor número de pacientes inactivos ( $p=0.02$ ).

Los autores concluyen que en Esp el fallo al primer anti-TNF debido al desarrollo de AAT, predice una buena respuesta clínica a un segundo anti-TNF. El estudio de la inmunogenicidad en el fallo a tratamiento biológico puede ayudar a predecir la respuesta a un segundo biológico en Esp.

## ESCLERODERMIA

### Asociación diferencial de IRAK1 y MECP2 con fenotipos específicos de la esclerosis sistémica

*F. David Carmona (1), M.C. Cenit (1), L.M. Díaz-Gallo (1), C.P. Simeon (2), P. Carreira (3), Grupo español de escleroderma (4), et al. (1)Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Armilla (Granada). (2)H. Valle de Hebrón, Barcelona. (3)H. Universitario 12 de Octubre, Madrid. (4)Granada.*

### El déficit del receptor TSLP reduce la expresión de IL-13 y previene la fibrosis en estudios experimentales de esclerodermia

*A. Usategui (1), V. Miranda (1), G. Criado (1), M.J. Del Rey (1), E. Izquierdo (1), W.J. Leonard (2), J.L. Pablos (1). (1)S. Reumatología, Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12), Madrid. (2)Laboratory of Molecular Immunology and Immunology Center, National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health, Bethesda, MD, USA.*

La esclerodermia es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por la fibrosis progresiva en piel y órganos internos. La participación de citocinas profibróticas Th2 es única. La citocina TSLP (Thymic Stromal Lymphopoie-

El objetivo del estudio fue evaluar si los polimorfismos rs1059702 (Phe196Ser) del gen IRAK1 es la variante causal de la asociación Xq28 o si ésta refleja otra señal de asociación del gen próximo MECP2. Los datos del estudio sugieren la existencia de dos señales independientes dentro de la región Xq28, una localizada en IRAK1 asociada con fibrosis pulmonar y la otra en MECP2 asociada con esclerosis sistémica cutánea difusa.

tin) es primordial en la inducción de respuestas Th2 en reacciones alérgicas cutáneas e inflamación pulmonar. De hecho, los mismos autores demostraron una sobrexpresión de TSLP en esclerodermia experimental y humana. Para intentar comprender su función, analizan la contribución de TSLP en la expresión de las citocinas Th2 y fibrosis en un modelo de ratón con esclerodermia, en el que se induce fibrosis cutánea en un ratón con deficientes del receptor de TSLP y en otro de tipo wild.

Los autores demuestran que TSLP tiene un papel profibrótico mediado por cambios específicos en el medio local. Por tanto, la modulación de TSLP puede tener efectos antifibróticos que pueden utilizarse en el futuro en la terapéutica.

## SÍNDROME SJÖGREN

### Eficacia de las infusiones repetidas de rituximab en pacientes con síndrome de Sjögren primario

M. Pérez-Ferro, S. Recuero, F.I. Romero, C. Serrano, M.J. Rodríguez-Nieto, J. Gómez-Seco, T. Presa, J.R. Godo, G. Herrero-Beaumont, O. Sánchez-Pernaute. H. Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Se seleccionaron pacientes con SS con afectación glandular severa o cualquier manifestación extraglandular potencialmente grave. Se administraron dos dosis de rituximab de un gramo separadas por dos semanas, posteriormente cada seis meses durante dos años. Se realizó un seguimiento cada tres meses. Además de las complicaciones y efectos adversos, se consideró abandono si el paciente entraba en remisión de la enfermedad. Se empleó el índice de actividad ESSDAI y se cuantificaron las subpoblaciones de células B en sangre periférica.

La muestra estuvo compuesta por doce pacientes con una evolución promedio del SS de seis años. Se suspendió el tratamiento en dos casos: uno por remisión y otro por infección aguda por virus de Epstein Barr tras la primera infusión.

Se observó mejoría significativa en el índice de actividad (asociado a la dosis acumulada de rituximab) y una reducción de la dosis de prednisona de 10 mg/d ( $p=0,028$ ). El porcentaje basal de células naïve se asoció con la reducción de dosis final de prednisona ( $p<0,005$ ). No se observó reconstitución de las subpoblaciones de células B en el período de seguimiento.

Los autores concluyen que, a pesar del escaso número de pacientes, los resultados muestran un perfil favorable de eficacia y seguridad de rituximab en pacientes con SS con dificultades de manejo.

### Caracterización de un modelo in vitro de glándula salival humana para el estudio del síndrome de Sjögren

M.J. Domínguez-Luís (1), M.T. Arce-Franco (1), E. Armas-González (1), A. Herrera-García (1), T. Giráldez (3), P. Miranda (3), J.M. García Verdugo (5), C. Martínez Jimeno (2), D. Álvarez de la Rosa (4), F. Díaz-González (1). (1)S. Reumatología y (2)Maxilofacial, H Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife. (3)Unidad de Investigación del H. Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. (4)Departamento de Fisiología Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife. (5)Laboratorio de Morfología Celular, Centro de Investigación Príncipe Felipe de Valencia.

La lesión histopatológica glandular del síndrome de Sjögren (SS) se caracteriza por el infiltrado mononuclear y atrofia acinar. Los estudios sobre el patrón de los me-

diadores de la inflamación muestran grandes cantidades de IL-2, IFN- $\gamma$ , IL-10, IL-1 $\beta$ , IL-6, SDF-1 $\alpha$  y TNF- $\alpha$ . Sin embargo, se conoce poco sobre la implicación de estas citocinas en la patogénesis del SS.

Los objetivos del estudio son: 1) establecer y caracterizar un modelo in vitro de glándula salival procedente de parótidas humanas; 2) analizar en este modelo el efecto funcional de los mediadores proinflamatorios en pacientes con SS.

Los autores demuestran mediante cultivo celular glandular, que es posible disponer de un modelo funcional in vitro de glándula salival humana, que permite desarrollar estudios para conseguir un mejor entendimiento de la patogénesis del SS y ser de ayuda para el desarrollo de intervenciones terapéuticas en la enfermedad.

## LES

### Lupus eritematoso de inicio tardío: ¿realmente es una variante más leve?

J.G. Ovalles-Bonilla (1), J. Martínez-Barrio (1), J. López-Longo (1), I. de la Torre (1), C. González-Fernández (1), M. Montoro-Álvarez (1), F. Aramburu (1), C. Marín (1), L. Martínez-Estupiñán (1), J.C. Nieto (2), M. Hinojosa (1), N. Bello (1), I. Montea-

gudo (1), L. Carreño (1). (1)H. Gregorio Marañón, Madrid. (2)Istituto Giannina Gaslini, Genova, Italia.

Los autores describen las características clínicas e inmunológicas, el daño y la mortalidad del inicio tardío con el de comienzo de la enfermedad en la edad adulta, en una cohorte prospectiva. Los pacientes se dividieron en dos grupos: 1) comienzo en la edad adulta: entre los 19 y 49 años (n: 276); 2) comienzo tardío, por encima de los 50 años (n: 77).



## Resúmenes ACR 2012 (2ª parte)



El daño se definió como un índice SLICC/ACR  $\geq 1$ .

Se incluyeron 353 pacientes, con un tiempo medio de seguimiento de once años. Predominó el sexo femenino ( $p=0.005$ ). En el momento del diagnóstico, el grupo de inicio tardío presentaba manifestaciones cutáneas menos frecuentes ( $p<0.001$ ). Durante el periodo de seguimiento, en el grupo tardío se apreció menor incidencia de artritis ( $p=0.02$ ), rash malar ( $p=0.001$ ), fotosensibilidad ( $p=0.04$ ), fiebre ( $p=0.03$ ), complemento bajo ( $p=0.001$ ), manifesta-

ciones hematológicas ( $p=0.03$ ) y renales ( $p=0.01$ ). Sin embargo, presentaban mayor incidencia de hipertensión ( $p=0.03$ ), neoplasias ( $p=0.02$ ), daño ( $p=0.007$ ) y mortalidad ( $p=0.006$ ). No se encontraron diferencias en el perfil de autoanticuerpos.

Los autores concluyen que el LES de inicio tardío es clínicamente diferente comparado con LES de inicio en población más joven, en este caso por debajo de los 50 años.

### Caracterización de la nefritis lúpica membranosa pura: cohorte de 150 pacientes

L. Silva (1), T. Oton (1), A. Askanase (2), P. Carreira (3), F.J. López-Longo (4), A. Riveros (5), Í. Rúa-Figueroa (6), J. Narváez (7), E. Ruiz-Lucea (8), M. Andrés (9), E. Calvo (10), F. Toyos (11), J.J. Alegre (12), E. Tomero (13), C. Montilla (14), A. Zea (15), E. Uriarte-Isacelaya (16), J. Calvo-Alen (17), C. Marras (18), V.M. Martínez-Taboada (19), M.Á. Belmonte (20), J. Rosas (21), E. Raya (22), G. Bonilla (23), M. Freire (24). (1)H. Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid. (2)NYU School of Medicine, New York, USA. (3)H. Universitario 12 de Octubre, Madrid. (4)H. General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. (5)H. Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona. (6)H. Universitario Dr Negrín, Las Palmas de Gran Canaria. (7)H. Universitario de Bellvitge, Barcelona. (8)H. de Basurto, Bilbao. (9)H. General Universitario de Alicante. (10)H. Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes. (11)H. Universitario Virgen Macarena, Sevilla. (12)H. Universitario Dr Peset, Valencia. (13)H. Universitario La Princesa, Madrid. (14)H. Universitario de Salamanca. (15)H. Universitario Ramón y Cajal, Madrid. (16)H. Universitario de Donostia. (17)H. Sierrallana, Torrelavega. (18)H. Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. (19)H. Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV, Santander. (20)H. Universitario Carlos Haya, Málaga. (21)H. Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante. (22)H. Universitario San Cecilio, Granada. (23)H. La Paz-IdiPaz, Madrid. (24)H. Universitario Juan Canalejo, La Coruña.

Más del 50% de los pacientes con LES desarrolla afectación renal, pero sólo en un 20% de ellos se detecta nefritis lúpica membranosa pura (NLM) en la biopsia. Con el objetivo de conocer las características clínicas, el tratamiento y el pronóstico de

la NLM y realizar comparaciones con series internacionales, los autores llevan a cabo un estudio multicéntrico con la participación de 24 servicios de reumatología de España y uno de USA. Se incluyeron 150 pacientes, todos ellos con biopsia que demostraba NLM.

Los pacientes con mayor probabilidad de alcanzar una proteinuria final de  $<0.05$ g, tenían un nivel sérico basal de creatinina (0.86 vs 1.23 mg/dl. 0.014) y de albúmina (2.89 Vs 3.55 g/dl; 0.05), más bajo, no habían presentado trombosis venosa previa, habían recibido cloroquina o azatioprina por la NLM. Sin embargo, la insuficiencia renal apareció de forma significativa en varones, presencia de hipertensión arterial, sedimento activo, síndrome nefrótico, mayor creatinina sérica basal, mayor VSG y PCR basal y en los pacientes que no habían recibido inhibidores de la angiotensina.

Para predecir mortalidad, fue significativa la presencia de insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica y cerebral, hemodiálisis y el no haber recibido tratamiento para la NLM con hidroxiclороquina o micofenolato. Finalmente, en el estudio multivariante los peores descriptores de peor pronóstico fueron el tipo de cobertura sanitaria y la presencia de enfermedad cardiovascular.

Los autores señalan que la NLM habitualmente comienza con síndrome nefrótico, proteinuria elevada y nivel sérico de creatinina normal. Su pronóstico suele ser favorable en el mantenimiento de la función renal, aunque la proteinuria suele persistir. La presencia de enfermedad cardiovascular y algunos factores socio-sanitarios se relacionan con un peor pronóstico.

### **Prevalencia y significado clínico de la infección grave en pacientes con lupus eritematoso sistémico: datos preliminares de RELESSER (Registro de lupus de la Sociedad Española de Reumatología)**

*J.M. Pego-Reigosa, H. do Meixoeiro, Vigo; I. Rúa-Figueroa, H. Universitario Dr Negrin, Las Palmas de Gran Canaria; F.J. López-Longo, H. Gregorio Marañón, Madrid; M. Galindo, Instituto de Investigación H. 12 de Octubre (I+12), Madrid; J. Calvo-Alén, H Sierrallana, Torrelavega; A. Olivé, H. Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona; L. Horcada, H. de Navarra; E. Uriarte, H. de Donosti; E. Tomero, H. Universitario La Princesa, Madrid; A. Sánchez-Atrio, H. Príncipe de Asturias, Madrid; C. Montilla, H. Universitario de Salamanca; J. Rosas, H. de Marina Baja, Alicante; A. Fernández-Nebro, H. Carlos Haya, Málaga; P. Vela, H. General de Alicante; M. Freire, H. Universitario Juan Canalejo, La Coruña; L. Silva, H. de Guadalajara; E. Díez-Álvarez, H. de León; C. Marras, H. Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia; A. Zea, H. Universitario Ramón y Cajal, Madrid; J. Narváez, H. de Bellvitge, Barcelona; J.L. Marrenco, H. de Valme, Sevilla; M. Fernández de Castro, H. Puerta del Hierro-Majadahonda, Madrid; O. Fernández-Berrizbeitia, H. de Basurto; M. Gantes, H. Clínico de Tenerife; C. Erausquin, H. de Gran Canaria Dr Negrin, Las Palmas GC.*

Las infecciones son una causa importante de morbilidad y mortalidad en el LES. Los autores evalúan retrospectivamente en la cohorte multicéntrica de pacientes RELESSER, la prevalencia de Infg y sus posibles diferencias con o sin Infg.

Se incluyeron los primeros 684 pacientes de la cohorte, en seguimiento activo. Se definió Infg por la necesidad de ingreso hospitalario por causa de infección. Se utilizó el índice de Charlson (ChI) para evaluar comorbilidad y los índices SLICC/ACR/DI (SDI) y Katz (ISK) para evaluar daños y gravedad respectivamente. Se analizó el impacto sobre la mortalidad.

Se incluyeron 583 pacientes, 88,3% mujeres, edad media de 45,5 años y duración media del LES: 111 meses. El 14,5% presentó  $\geq 1$  Infg. La localización más frecuente en la primera Infg fue la pulmonar (51,2%), seguida de la de origen urinario (16,2%) y bacteriemia (8,2%). Predominó la etiología bacteriana (42,5%), aunque en el 48,7% no se obtuvo microorganismo. En el momento de la primera infección, el 77% de los pacientes recibían corticoides, el 48% inmunosupresores, el 20% ciclofosfamida y el 16% micofenolato. Al comparar los pacientes con LES con o sin Infg, los pacientes con Infg eran significativamente mayores, mayor número de hospitalizaciones, con mayor duración de la enfermedad y presentaban peores índices ChI, ISK y SDI. Sólo tres de los 24 (12,5%) pacientes que habían fallecido, murieron por la Infg. Además, excluyendo la infección como causa de muerte, la mortalidad fue mayor en los pacientes con historia de Infg.

Los autores concluyen, que aun siendo una cohorte de gravedad baja, la incidencia acumulada de infecciones es alta en nuestros pacientes con LES. El antecedente de Infg, se asocia a enfermedad lúpica más grave, con mayor morbi-mortalidad, aunque estas asociaciones pueden estar relacionadas con enfermedad de mayor duración y/o mayor edad de los pacientes.

## VASCULITIS

### **Vasculitis cutánea como síndrome para-neoplásico**

*J. Loricera, V. Calvo-Río, F. Ortiz Sanjuan, M.A. González-López, H. Fernández-Llaca, J. Rueda-Gotor, C. González-Vela, C. Mata-Arnaiz, M.A. González-Gay, R. Blanco. H. Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV, Santander.*

El objetivo del estudio fue evaluar la frecuencia y las características de la vasculitis cutánea asociada a neoplasias en una serie de retrospectiva de 877 pacientes con vasculitis cutánea.

En 16 pacientes (1,82%) se diagnosticó neoplasia: nueve hematológicas y seis con neoplasia de órgano sólido. En todos, las lesiones cutáneas fueron la primera manifestación clínica y el intervalo



## Resúmenes ACR 2012 (2ª parte)

---



medio para el diagnóstico de neoplasia desde el inicio del cuadro de vasculitis fue de 17 días (rango 8-50 días). La lesión cutánea más frecuente fue púrpura (13 pacientes), úlceras en piernas (dos pacientes), urticaria (dos pacientes) y eritema (un paciente). Otras manifestaciones: síndrome constitucional (diez pacientes) y artralgias/artritis (seis pacientes). No hubo casos con afectación vasculítica visceral grave. No se detectó en ningún pa-

ciente ANA, factor reumatoide, hipocomplementemia o ANCA. Diez pacientes fallecieron debido a la neoplasia.

Los autores concluyen que la vasculitis cutánea asociada a neoplasia es poco frecuente. La asociación más frecuente es con una neoplasia hematológica, y el pronóstico depende de la neoplasia subyacente.

### Vasculitis cutánea leucocitoclástica: un estudio de 173 pacientes

*J. Loricera, V. Calvo-Río, F. Ortiz-Sanjuan, M.A. González-López, H. Fernández-Llaca, J. Rueda-Gotor, C. González-Vela, M.A. González-Gay, R. Blanco. H. Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV, Santander.*

El objetivo del estudio fue evaluar las características clínicas, el tratamiento y el desenlace de los 173 pacientes con vasculitis cutánea leucocitoclástica (91 varones; edad media:  $46.29 \pm 24.37$  años (rango, 1-95 años). Se detectó un factor precipitante en el 84,4% de los pacientes: fármacos en el 47,4% (betalactámicos en 38 casos; AINE en 20 casos y diuréticos en 8 casos), e infección respiratoria previa en el 27,7%. La manifestación clí-

nica más frecuente fue la cutánea (100%), articular (41,5%) y fiebre (17,9%). Se detectó factor reumatoide en el 13,87%, ANA en 16,18%, hipocomplementemia en 2,89%, crioglobulinas en 2,31% y ANCA en el 0,58%. El tratamiento recibido fue: AINE (17,34%), corticoides (16,18%), colchicina (2,89%), azatioprina (1,73%). Tras un seguimiento medio de  $12.42 \pm 30.31$  meses (media: 3 meses), se detectó recurrencia del proceso en el 19,65% de los pacientes.

Los autores concluyen que la vasculitis cutánea leucocitoclástica es una enfermedad benigna, generalmente secundaria a fármacos, infecciones o ambas. Sus características fundamentales son la presencia de manifestaciones cutáneas y articulares, siendo su pronóstico muy bueno.

### Vasculitis urticaria: estudio clínico

*J. Loricera, V. Calvo-Río, F. Ortiz Sanjuán, M.A. González-López, H. Fernández-Llaca, J. Rueda-Gotor, C. González-Vela, C. Mata-Arnaiz (1), J.L. Peña-Sagredo, M.A. González-Gay, R. Blanco. H. Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV, Santander. (1) H. Laredo, Santander.*

El objetivo del estudio fue evaluar la frecuencia, las características clínicas, patológicas y el tratamiento de la vasculitis urticaria (VU) en una serie retrospectiva de 877 pacientes con vasculitis cutánea. Para el diagnóstico de VU, además de la presencia de las lesiones urticariales más de 24 horas, se precisaba de una biopsia que mostrara vasculitis necrotizante de pequeño vaso.

Se demostró VU en 19 de los 877 pacientes con vascu-

litis cutánea (2,17%), de los cuales once eran mujeres, con una edad media de  $33,21 \pm 26,08$ . Ninguno de los pacientes con ANA o factor reumatoide positivo desarrolló LES, AR u otra enfermedad sistémica. El hallazgo histológico principal fue la infiltración vascular y perivascular, inflamación endotelial y la necrosis fibrinoide. Tras un seguimiento de  $16,68 \pm 27,78$  meses (media: cuatro meses), se observa recurrencia en cuatro pacientes.

Los autores concluyen que la vasculitis urticaria es un subtipo raro. Además de las lesiones cutáneas de urticaria, la afección articular es la característica clínica más frecuente. Los esteroides y los antihistamínicos son los fármacos utilizados con más frecuencia. El pronóstico depende de la enfermedad subyacente y suele ser generalmente bueno.

[ Dr. Julio Medina ]

# Cada vez más socios utilizan el servicio de actividades canalizadas de la SER

El Dr. Julio Medina, responsable de la Comisión de Actividades Canalizadas de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Reumatología, detalla la labor desarrollada en esta área y los beneficios que aporta a los socios

## ■ ¿Qué es una actividad canalizada?

Es un servicio que la Fundación Española de Reumatología (FER) pone a disposición de los socios de la SER para gestionar las aportaciones económicas o en especie procedentes de laboratorios farmacéuticos, fundaciones u otras entidades. La decisión de canalizar estos recursos puede partir de uno o varios socios o directamente de la propia industria farmacéutica. La FER es la encargada de elaborar el documento de donación, convenio o contrato correspondiente.

## ■ ¿En qué consisten las actividades canalizadas más comunes?

Son aportaciones para: investigación (la realización de un proyecto o estudio); formación; apoyo de personal para las Unidades de Reumatología; la adquisición de equipos: capilaroscopio, densitómetro, ecógrafo, microscopio, ordenador, etc.; y otros (asistencia a un congreso nacional o internacional de Reumatología, curso, reunión, evento, etc.).

## ■ ¿En qué fines de los estatutos de la FER se ubican estas actividades canalizadas?

Estas actividades tienen que ver tanto con la promoción de la enseñanza e investigación de la especialidad médica de Reumatología –en beneficio de la población afectada por las enfermedades reumáticas–, como con el fomento de la prevención y tratamiento de las mismas.

## ■ ¿Qué tiene que hacer un socio o la industria cuando quieren canalizar una actividad?

El socio o patrocinador debe ponerse en contacto con la FER. En concreto con Ester Luaces, que es la encargada en la oficina de las actividades canalizadas. Ella se pondrá en contacto con él para preparar la documentación y realizar las gestiones pertinentes.

Cuando se produce el ingreso se confirma al interesado, mediante el envío de un correo electrónico, que éste se ha recibido para que nos indique qué quiere hacer con él. Siguiendo sus instrucciones, se realizan los pagos. Asimismo, se declara e ingresa el IVA y/o IRPF y se expide y envía al perceptor el certificado anual de retenciones para la elaboración de la Declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

## ■ ¿Cómo controla el interesado su actividad canalizada?

Al titular de la actividad se le facilita información cuando lo requiere, por correo electrónico, sobre el estado de su cuenta (ingresos, gastos, saldo). Asimismo, desde el pasado mes de

mayo, los socios con actividades canalizadas pueden consultar los movimientos y saldos a través de la página web de la SER (acceso para usuarios), actualizada mensualmente con el cierre contable que se efectúa sobre el día 10 de cada mes.

## ■ ¿Cuánto dinero han recibido los socios de la SER en los últimos ejercicios a través de estas actividades canalizadas?

En 2010 los socios de la SER recibieron 1.436.482,38 euros a través de actividades canalizadas. En 2011, un total de 2.267.936,37 euros y, en 2012, 2.007.106,69 euros. Se ha establecido como objetivo para 2013 divulgar este servicio entre los asociados, ya que hay muchos que no aún no lo conocen, para que puedan aprovecharse de él si lo consideran oportuno.

## ■ ¿Cuál es la política de precios de la FER para las actividades canalizadas?

De la cantidad total de una actividad canalizada, la FER detrae un 10% en concepto de gastos de gestión y administración. En 2012 hemos aprobado la eliminación de un tipo fijo de 500 euros para las aportaciones inferiores a 5.000 euros, establecido anteriormente y que resultaba gravoso para las ayudas de baja cuantía, priorizándose con esta supresión la principal finalidad de las AACC: el servicio al socio. Esta política nos hace altamente competitivos frente a otras fundaciones que cobran por sus servicios porcentajes muy superiores a los de la FER.

## ■ ¿Qué hace la FER con esos beneficios?

A diferencia de lo que suele ocurrir cuando se tramitan estas actividades por otros procedimientos, el dinero que se detrae en concepto de gastos de gestión y administración, no se pierde para los socios de la SER, ya que se destina a financiar servicios que no cuentan con patrocinio: asesorías, biblioteca virtual, etc., y a mantener el funcionamiento de nuestra oficina.



# La SER avala científicamente 37 iniciativas en 2012

Durante 2012, la Sociedad Española de Reumatología (SER) concedió un total de 37 Declaraciones de Interés Científico (DIC), de Interés Social y de Utilidad para los Pacientes Reumáticos a iniciativas de diversa índole, entre las que destacan tanto eventos, cursos, publicaciones y documentos de carácter científico, como proyectos de investigación o docentes. De esta manera, la SER reconoce el interés de todas estas actividades al beneficiar el desarrollo de la especialidad de Reumatología y a los pacientes reumáticos, así como la promoción de la mejora de la salud o el incremento del conocimiento de estas enfermedades entre la población general

## ¿Sabes cómo pedir una DIC?

Si quieres contar con el apoyo de la Sociedad y solicitar alguna de estas Declaraciones para tu actividad, en la web de la SER ([www.ser.es](http://www.ser.es)) encontrarás la plantilla de la solicitud que nos deberás enviar con la documentación oportuna, preferentemente, en formato electrónico, a la dirección [ser@ser.es](mailto:ser@ser.es). Si no fuera posible, se remitirá, por correo postal, a la Secretaría de la Sociedad Española de Reumatología, C/Marqués del Duero, 5, 1º C. Madrid. 28001.

La Comisión responderá, en función de la dificultad que conlleve el estudio de la misma, en un plazo de 15 a 30 días desde la recepción de la solicitud y la documentación pertinente. Si la Comisión estimara que necesita disponer de más datos antes de pronunciarse, el citado plazo comenzaría a contar desde la recepción de todos los documentos.

La Secretaría de la Sociedad Española de Reumatología comunicará la decisión de la Comisión al interesado en un plazo no superior a tres días desde que tenga conocimiento de ella.

La concesión de la declaración permitirá reproducir el logotipo de la SER junto con el texto "Declarado de Interés Científico, o Social, o de Utilidad para los Pacientes Reumáticos por la Sociedad Española de Reumatología".

La SER aplicará una cuota por la tramitación de estas concesiones y la utilización del logotipo, que se destinará a promover el estudio e investigación de las enfermedades reumatológicas. En el caso de que se trate de un evento sin ánimo de lucro, se podrá solicitar una exención de la cuota. Para ello, habrá que adjuntar una memoria económica justificativa del evento donde se pueda comprobar que éste no tiene carácter lucrativo. La Comisión, analizada esta memoria, concederá la DIC con o sin coste.

## DECLARACIONES CONCEDIDAS EN 2012 POR NUESTRA SOCIEDAD

- ✓ Course on Imaging in Rheumatic Diseases. El Escorial (Madrid), 9-11/06/2013. **Dr. Pedro Barceló**
- ✓ Curso on line: **Curso de Artrosis Tipo II: La artrosis de la mujer menopáusica. Bioibérica Farma**
- ✓ Reunión: Revisión Post-ACR 2012. **Abbott**
- ✓ Estudio psicosocial "Artritis Reumatoide, la relación de los pacientes con su tratamiento". **ConArtritis**
- ✓ Proyecto MeetAS. Pfizer Psoriatic Arthritis and Psoriasis International Symposium. Madrid, 1-2/02/2013. **Pfizer**
- ✓ I Jornada de Actualización en Enfermería Reumatológica. Madrid, 20/10/2012. **Abbott Laboratories**
- ✓ II Jornada Clínica semFYC en Reumatología. Sevilla, 29-30/11/2012. **SemFYC**
- ✓ Jornada Día Mundial de la Psoriasis 2012. Madrid, 30/10/2012. **Acción Psoriasis**
- ✓ VIII Premio al mejor proyecto sobre investigación en Fibromialgia. **Fundación Afectados de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica**
- Reunión Regional de Monoterapia
- ✓ **FOREMOST. Roche Farma**
- ✓ **FOROARTE 2013**. Madrid, 25-

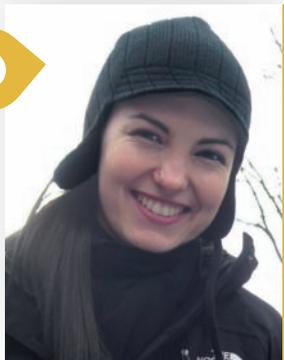
- 26/01/2013. **Roche Farma**
- ✓ XII Jornada Provincial de Divulgación y Convivencia sobre AR. Córdoba, 24/11/2012. **Dr. Miguel Ángel Caracuel - ACORE**
- ✓ Sesión informativa: Artritis Idiopática Juvenil. Hospital Juan Canalejo, 21/09/12. **Liga Reumatológica Galega**
- ✓ Manual de valoración del Lupus Eritematoso Sistémico, patrocinado por GSK. **Dr. Iñigo Rúa-Figueroa**
- ✓ XIX Congreso Nacional Médico-Paciente sobre Osteogénesis Imperfecta bajo el lema "La OI mira al futuro", que incluye la Jornada Médica y Científica sobre osteogénesis imperfecta
- Asociación Nacional Huesos de Cristal (AHUCE)**
- ✓ Mesas Informativas: "Octubre, mes de la Artritis". **ConArtritis**
- ✓ VIII Jornada Nacional de Artritis. **ConArtritis**
- ✓ Curso online de excelencia en gota. **Laboratorios Menarini**
- ✓ FAST: Foro de Actualización de Estrategias Terapéuticas: Artritis Reumatoide. Madrid, 30/11 y 1/12/2012. **UCB Pharma**
- ✓ III Simposio Multidisciplinar sobre Lupus Eritematoso. Barcelona, 30/11-1/12/2012. **Laboratorios Rubió**

- ✓ I Workshop sobre Avances en Técnicas de Valoración de Salud Osteoarticular. 21/09/2012. **Amgen y GSK**
- ✓ VI Congreso de la Sociedad Murciana de Reumatología. **Sociedad Murciana de Reumatología**
- ✓ Curso de Ecografía Musculoesquelética Nivel Básico e Intermedio y Curso de Actualización en Miembro Superior con Intervencionismo. Dra. Maritza Quintero. **Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes**
- ✓ XXIII Simposium de Reumatología "Osteoporosis en el siglo XXI: un nuevo paradigma. **Dr. Javier Calvo Catalá**
- ✓ II Curso de Terapia Biológica. La terapia biológica, una nueva visión de las enfermedades inflamatorias crónicas. **Dr. Federico Díaz González**
- ✓ Seminario: Anatomía y Ecografía para reumatólogos. Madrid, 23/06/2012. **UCB Pharma**
- ✓ V Foro Multidisciplinar en el Manejo del Dolor Osteoarticular. **Ferrer**
- ✓ XVI Jornadas de Psoriasis 2012. **Acción Psoriasis**
- ✓ FMC basada en estos números traducidos de la revista Best Practice in Clinical Rheumatology: "Regional Musculoskeletal Problems with a Focus

- on Occupational Factors, Volume 25, Issue 1. pp. 1-130 (February 2011)" y "Generalised Musculoskeletal Problems, Volume 25, Issue 2, pp. 131-332 (April 2011)". **Elsevier España**
- ✓ IX Jornadas de Actualización Enfermedades Autoinmunes Sistémicas y Reumatológicas. Valencia, 4-5/05/2012. **Dr. Rafael Belenguer Prieto**
- ✓ Proyecto "De paciente a paciente en el Hospital de Día". **Conartritis**
- ✓ V Jornadas de Enfermería del Grupo de Trabajo de Enfermería de la SER (GTESER). **Dña. Jenny de la Torre Aboki**
- ✓ Programa Avanzado de Actualización en Enfermedades Reumáticas e Inflammatorias. **Abbott Laboratories**
- ✓ VII Premio Fundación FF y Ciencia 2011 (Fundación FF-SER). **Dña. Emilia Altarriba**
- ✓ Curso Universitario de Postgrado en Sonografía Musculoesquelética. **Dr. Luis Górriz (Hospital Santo Tomás de Panamá) y Universidad Nacional de Panamá.**
- ✓ Proyecto IMAS – Imagen en Espondiloartritis. **Pfizer**

# Nuestros becados en primera persona

**Nueva entrega de las entrevistas realizadas a los reumatólogos becados durante 2012 por la SER, con la colaboración de UCB, para la realización de estancias cortas en España o en el extranjero**



**Cristina Macía Villa**  
Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid).  
Tres meses en el **Chapel Allerton Hospital de Leeds (Reino Unido)**

■ **¿Por qué solicitó una beca SER-UCB para la realización de estancias cortas en España o en el extranjero?**

Realizar una rotación externa supone un esfuerzo económico muy importante para un residente, tanto que en ocasiones es la razón por la que no se lleva a cabo. Conocía la beca SER-UCB por otros compañeros que la habían obtenido años anteriores, por lo que cuando fui admitida para rotar en otro centro no dudé en solicitarla.

■ **¿Qué le motivó a elegir dicho centro?**

El objetivo principal de mi rotación ha sido la ecografía musculoesquelética, tutorizada por el Dr. Richard Wakefield, reconocido mundialmente en este campo. Pero el Chapel Allerton Hospital es puntero en otras áreas. He podido participar en las distintas consultas asistenciales,

inicialmente sólo como observadora y posteriormente incorporándome al trabajo diario con el resto de residentes. He conocido las distintas consultas: general, artritis de reciente comienzo, terapias biológicas, enfermedades del tejido conectivo y espondiloartropatías. Además, he colaborado con el área docente del servicio, participando en las clases y evaluaciones de los estudiantes de Medicina de la Universidad de Leeds.

■ **¿En qué proyecto de investigación ha estado trabajando?**

He colaborado con el Dr. Richard Wakefield en la escritura y actualización del capítulo 'Bone erosions', de la próxima edición del libro 'Essential Applications of Musculoskeletal Ultrasound in Rheumatology', y he participado en una de las secciones del proyecto 'Be the Cure' acerca del desarrollo de estrategias de reclutamiento de pacientes para ensayos clínicos de biológicos en artritis reumatoide.

Reino Unido

■ **¿Qué le ha llamado la atención del hospital elegido?**

Poder ver desde dentro uno de los epicentros investigadores más importantes a nivel internacional, conocer y trabajar con profesionales como Paul Emery, Philip Conaghan, Richard Wakefield, Dennis McConagle y muchas otras personas que publican tantos estudios que modifican nuestro manejo de tratamientos y enfermedades.



**Valeriano Miguel Flores**  
Hospital Universitario de Canarias. Cuatro meses en el **Hospital Universitario de Lund (Suecia)**

■ **¿Por qué solicitó una beca SER-UCB para la realización de estancias cortas en España o en el extranjero?**

El coste de la estancia en Suecia, al igual que en el resto de los países escandinavos, suponía un gasto elevado. Por ello, al conocer la posibilidad de solicitar una de estas becas, presenté a la SER los datos y la información requerida, con la suerte de haber sido seleccionado. Teniendo en cuenta la pobre ayuda económica que ofrecen nuestros hospitales para la realización de estancias formativas en el extranjero, esta aportación económica por parte de la SER se presentó como una magnífica oportunidad.

■ **¿Por qué eligió ese hospital?**

Este hospital se posiciona dentro de los tres más importantes de Suecia, además de ser el centro de referencia para Escandinavia en determinadas especialidades y técnicas. Su Servicio de Reumatología se presenta como uno de los más importantes de esta región y su servicio de enfermedades autoinmunes es, además de clínica de referencia, un centro de segunda opinión para otros hospitales del norte de Europa.

Su centro de investigación Biomédica, el BMC, hace que este hospital sea el más dinámico en cuanto a la investigación sobre los mecanismos autoinmunes que competen tanto al área de la Inmuno-Reumatología como a otros campos de interés. Esto hace que la atención médica sea altamente especializada gracias a la colaboración continua de la ingeniería biomédica. El desarrollo de los resultados de la investigación se traduce finalmente, en este centro, en la fabricación de productos comerciales que nutren a las empresas biomédicas. Todo esto hace que nuestra especialidad sea de gran interés gracias al apoyo de la investigación.

Suecia

Elegir esta opción había sido una idea que tenía ya desde el inicio. Me motivó, por un lado, mi interés por profundizar en el ámbito de las enfermedades autoinmunes (vasculitis y LES) y, por otro lado, el apoyo ofrecido por mi antiguo jefe de Medicina Interna en el Centrallsjukhuset en Kronoberg (Suecia), donde había trabajado en su día. Así, finalmente, el profesor Anders Bengtsson, experto en LES, fue quien realizó la carta de aceptación en este centro. El conocimiento de sueco, imprescindible para realizar esta estancia, me permitió aprovechar más el tiempo.

#### ■ ¿Considera importante realizar estancias fuera del lugar habitual de trabajo?

Supone una experiencia nueva y una manera de aprender nuevos puntos de vista y otras perspectivas para afrontar las patologías que normalmente manejamos en nuestra especialidad. Da la oportunidad de afrontar técnicas diagnósticas novedosas, poder afianzar y madurar nuestros conocimientos y

también, por qué no, dar nuestro punto de vista e intercambiar impresiones. Es importante comparar la utilización y gestión de los recursos y ver cómo la Medicina que hacemos en nuestro país, puede tener la misma competencia que cualquier hospital de élite. También existe la oportunidad de poder trabajar con profesionales dedicados de lleno a una determinada rama de la especialidad, en este caso, reumatólogos dedicados al LES o vasculitis.

#### ■ ¿Qué opina de las becas SER-UCB para la realización de estancias cortas en España o en el extranjero?

Dada la poca ayuda que se recibe en España para la formación especializada fuera de nuestros hospitales, estas becas suponen un apoyo económico que nos permite cubrir parcialmente algunos de los gastos más imprescindibles. Proporcionan un pequeño estímulo para aquellos que hemos tenido la inquietud de realizar estancias fuera de nuestro país con todo lo que ello conlleva, sacrificio personal e incluso familiar.



#### Noemi Busquets

Hospital General de Granollers (Barcelona).  
Seis meses en el **Chapel Allerton Hospital de Leeds (Reino Unido)**

#### ■ ¿Por qué solicitó una beca SER-UCB para la realización de estancias cortas en España o en el extranjero?

Navegando en la página web de la SER, vi las becas que ofertaban y coincidió que estaba organizandoirme un tiempo fuera durante unos meses, así que solicité la beca.

#### ■ ¿Qué le motivó a elegir dicho centro?

El Servicio de Reumatología del Hospital Chapel Allerton de Leeds tiene prestigio internacional en investigación por lo que quise trabajar allí durante un tiempo, centrando mi estancia en mejorar mi formación en espondiloartropatías y en realizar investigación clínica.

#### ■ ¿En qué proyecto de investigación ha estado trabajando?

Estuve trabajando con el equipo de espondiloartropatía en varios proyectos de investigación clínica. Algunos de ellos sobre artritis psoriásica: uno sobre cuestionarios de screening de esta enfermedad en pacientes con psoriasis, y otro sobre el estudio genético de las familias con varios familiares afectados de espondiloartropatía. También he participado en otros proyectos sobre espondilitis anquilosante (EA), siendo uno de ellos relacionado sobre lesiones inflamatorias en la RMN en pacientes con espondiloartropatía axial y otro sobre síntomas

prodrómos en pacientes con EA.

#### ■ ¿Qué le ha llamado la atención del hospital elegido?

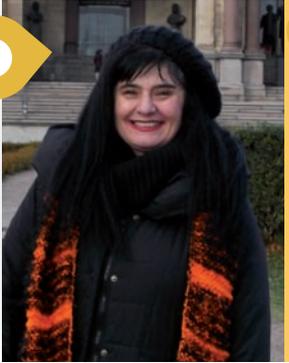
El hospital Chapel Allerton de Leeds forma parte, junto con el Saint James Hospital y The Leeds General Infirmary, de un gran complejo hospitalario. El Chapel Allerton Hospital se dedica casi exclusivamente a la Reumatología y dispone de un importante volumen de recursos materiales y humanos. El Servicio, no sólo está formado por personal médico y de enfermería, sino también por muchos otros profesionales como biólogos y técnicos de laboratorio, entre otros, que dedican su actividad profesional a la investigación de las enfermedades reumáticas. Esto permite realizar una investigación clínica y de laboratorio conjunta dedicada a la mejora de la asistencia al enfermo reumático.

La importancia de la investigación en la actividad diaria del médico también se refleja en el sistema educativo de especialistas en el Reino Unido, que permite la formación de médicos investigadores. El médico que decide realizar la especialidad de Reumatología tiene la posibilidad de optar a una formación investigadora. Estos médicos disponen de tiempo y de personas dedicadas a este estudio.

En cuanto a la gestión del sistema sanitario, me ha llamado la atención la organización respecto al acceso del paciente al médico de familia. La ciudad no está dividida por sectores sanitarios y el paciente puede pedir visita en el centro de asistencia primaria que quiera. De esta manera, las listas de espera son más homogéneas porque el paciente puede elegir libremente cualquier médico de familia.

Por contra, la gestión en cuanto a fármacos biológicos en el Reino Unido es más restrictiva que aquí, y eso dificulta el trabajo del médico, añadiendo más burocracia.

Reino Unido



**Liliya Yamkova  
Komsalova**

Hospital Universitario  
Doce de Octubre (Madrid).  
Tres meses en el **Center  
for Rheumatology and  
Spine Diseases,  
University of  
Copenhague** (Dinamarca)

■ **¿Por qué solicitó una beca SER-UCB para la realización de estancias cortas en España o en el extranjero?**

Me enteré a través de la página oficial de la SER. Simplemente rellené y envié los formularios correspondientes tal y como estaba señalado. La página web está muy bien diseñada y la aplicación es muy simple y fácil de utilizar.

■ **¿Qué le motivó a elegir dicho centro?**

Mi interés en aprender a leer RNM en pacientes con espondiloartropatías me hizo buscar centros de referencia mundiales y publicaciones sobre el tema. Mi primera intención fue ir a Leeds (Reino Unido), pero tras una larga travesía de papeleo con el GMC (Colegio de Médicos de Inglaterra) no me permitió colegiarme. Dado que éste era requisito imprescindible del Hospital de Leeds, tuve que renovar la búsqueda en el último momento, siendo aceptada por el grupo de investigación de enfermedades inflamatorias del Hospital de Glóstrup, Copenhague, dirigido por el profesor M. Ostergard. Posteriormente, me dirigí personalmente a Sussane Jhul Pederson, la cual finalmente fue mi tutora durante esos meses.

■ **¿En qué proyecto de investigación ha colaborado?**

El trabajo que realiza este grupo se centra en el ámbito de las espondiloartropatías, englobando varios aspectos como: nuevos criterios diagnósticos; concepto de

espondiloartropatías de inicio; el rol de la RMN en el diagnóstico temprano de la espondilitis axial; las lesiones estructurales (erosiones) como parte del diagnóstico de las espondiloartropatías de inicio, proponiendo añadir las erosiones como criterio diagnóstico de la sacroileitis típica dentro de los criterios ASAS; búsqueda de patrones de imágenes radiológicas que mejor describan SPA; evolución de las diferentes lesiones estructurales (lesiones grasas y formación de nuevo hueso) como parte del entendimiento del curso natural de la enfermedad; relación entre la inflamación medida con biomarcadores (PCR y otros); la destrucción del cartílago; la formación de nuevo hueso y la sacroileitis en RNM( T1 y STIR) mostrando que la inflamación radiológica (edema óseo en STIR) está en relación no tanto con la inflamación como con la destrucción del colágeno como parte de los mecanismos íntimos del por qué de estas enfermedades.

■ **¿Qué le ha llamado la atención del hospital elegido?**

Había leído algunas publicaciones del grupo y la verdad es que estaba impresionada por la cantidad de estudios publicados en tan poco tiempo. Me llamaron la atención aquéllos sobre la progresión de las lesiones radiológicas agudas en las esquinas vertebrales (edema óseo medido en STIR) hacia osificaciones y sindesmofitos a pesar de tratamiento con anti TNF, mostrando una relación más estrecha de los escores radiológicos y la destrucción del cartílago y no con la inflamación per sé (normalización de los biomarcadores de inflamación en sangre) y desarrollo de neoformaciones óseas en zonas donde la inflamación radiológica desciende lo que supone una relación estrecha entre la inflamación y la formación de nuevo hueso.

Actualmente, puedo decir que el grupo sigue investigando sobre el tema, realizando varios estudios longitudinales, cuyo objetivo es la evolución de las lesiones radiológicas en SPA a largo plazo y la posibilidad de un diagnóstico precoz y fidedigno.

## PRÓXIMAS CITAS



### Curso de Afectación ocular,

una manifestación extraarticular de las espondiloartropatías, con la colaboración de MSD, los días 12 y 13 de abril en Madrid



### 39º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología,

21-24 de mayo en Costa Adeje, Tenerife.

## Más del 70% de niños con enfermedades reumáticas presenta actividad en la edad adulta



La mayoría de las enfermedades reumáticas que afectan a los niños son crónicas, y se estima que al llegar a la edad adulta más del 70% de estos pacientes puede presentar algún grado de actividad. Si bien, “un porcentaje elevado de afectados correctamente diagnosticados y tratados se mantiene en remisión, incluso años después de haber conseguido retirar la medicación”, según ha explicado

el Dr. Vicenç Torrente-Segarra, reumatólogo del Hospital General de L'Hospitalet (Barcelona), durante el 2º Curso de Postgraduados de la Sociedad Española de Reumatología (SER), que se ha celebrado en Alcalá de Henares (Madrid).

A juicio del experto, “las patologías más habituales en las consultas de Reumatología Pediátrica son la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ), en todas sus variantes clínicas, por su mayor prevalencia, pero en Unidades especializadas también se controlan otras enfermedades como las conectivopatías como el lupus –juvenil y neonatal–, dermatomiositis, y otras como vasculitis, enfermedades metabólicas del hueso y síndromes autoinflamatorios”. El síntoma principal es el dolor articular y, principalmente en la AIJ, la presencia de inflamación articular y/o cojera, asociándose en muchas ocasiones síntomas como fiebre y lesiones cutáneas.

Ya está disponible el primer bloque sobre dianas terapéuticas en inflamación que se incluye en el Curso de Biomedicina en Enfermedades Inflamatorias (BEI). En esta parte, ya accesible desde la plataforma web específica del curso (<http://bei.ser.es>), el profesor Dominique Baeten, MD y PhD del Academic Medical Center de la University of Amsterdam (Países Bajos), analiza las últimas novedades sobre esta temática y, además de su vídeo ponencia, puedes acceder a su presentación, a varios artículos comentados, así como a un documento con la bibliografía de referencia empleada para este bloque.

Desde 2008, la Sociedad Española de Reumatología, con la colaboración de UCB, ha organizado el Curso BEI de manera presencial y, en esta edición on line, el objetivo es

## Disponible el primer bloque del Curso BEI 2.0



llegar a un mayor número de especialistas y aumentar así la participación de los profesionales. Asimismo, a través de la plataforma se pretenden compartir y discutir los últimos avances en investigación básica, clínica y epidemiológica de las artritis crónicas, poniendo énfasis en los mecanismos fisiopatológicos implicados en estas enfermedades y en las posibles estrategias terapéuticas que se derivan de su conocimiento.

En concreto, este Curso BEI 2.0 se dividirá en tres bloques que se irán activando sucesivamente en los próximos meses:

- 1º. Dianas terapéuticas en inflamación (ya disponible)**
- 2º. Osteoinmunología**
- 3º. Lupus y células B**

## La Escuela de Ecografía inicia nuevo curso

La Sociedad Española de Reumatología ha puesto en marcha un año más la Escuela de Ecografía, con la colaboración de Abbvie. Esta escuela está formada por los Dres. Enrique Batlle, Elia Brito, Juan José de Agustín, Eugenio de Miguel, Santos Insua, Agustín Martínez, Lucía Mayordomo, Antonio Mera, Ingrid Möller, Carmen Moragues, Esperanza Naredo, Ana Rodríguez, Eduardo Rejón, Roser Tuneu y Jacqueline Usón, junto a los responsables de las áreas de Docencia y Formación Continuada de la SER, Dres. Xavier Juanola Roura y Rafael Cáliz Cáliz.

Esta escuela está compuesta por diferentes cursos y niveles que ya se están impartiendo por diferentes sedes: Alicante, Barcelona, Madrid, Santiago de Compostela y Sevilla. Si quieres más información sobre nuestra Escuela de Ecografía, entra en:

<http://www.ser.es/formacion/Escuelas.php>



**Dr. Íñigo Rúa-Figueroa**  
Servicio de Reumatología  
del H. Dr Negrín,  
Las Palmas de Gran Canaria



## Nefritis NIH vs ELNT

A pesar de las evidencias acumuladas respecto a la eficacia del micofenolato mofetil en la nefritis lúpica (NL), la ciclofosfamida (CFM) sigue teniendo un papel prominente en la inducción de remisión en las formas proliferativas<sup>1</sup>, como así lo reconocen expertos tanto de EULAR como del ACR en sus sendas directrices de manejo de la NL, recientemente publicadas<sup>2,3</sup>.

Con el paso del tiempo, y en base a la evidencia, se ha ido optimizando el uso de la CFM, siempre con el objetivo primordial de reducir su toxicidad, en gran parte relacionada con la dosis acumulada. El estudio 'Euro-lupus nephritis Trial' (ELNT)<sup>4</sup> demostró en su día que, en NL proliferativa o membranosa, el empleo de un curso corto de dosis bajas de CFM en pulsos seguida de azatioprina tenía una eficacia similar, a corto plazo, a la pauta clásica de CFM en pulsos, preconizada por los NIH (National Institutes of Health) americanos<sup>4</sup>. Pero los estudios de los NIH requirieron un seguimiento superior a cinco años para demostrar diferencias en la incidencia de enfermedad renal terminal (ERT) entre los pacientes tratados con CFM frente a los tratados con azatioprina o sólo glucocorticoides<sup>5</sup>.

Resulta, pues, muy informativo centrarse en los resultados del ELNT a diez años, publicados recientemente. En este ensayo clínico se aleatorizó a 90 pacientes con NL proliferativa en dos grupos, comparando un ciclo corto de dosis bajas de CFM (LD) (500 mg/quincenal hasta completar 6 pulsos) con la pauta clásica NIH (HD). Esta última se modificó, limitando la dosis total por pulso a 1.500mg (seis pulsos mensuales de 1g/m<sup>2</sup> seguidos de dos pulsos trimestrales). Además, el 32% de los pacientes del brazo LD recibieron más dosis de CFM de las

previstas, ya que el protocolo del estudio lo permitía en caso de no respuesta. De este modo, la diferencia entre ambos brazos, en lo que concierne a la media de dosis acumulada de CFM, resultó ser finalmente de sólo cuatro gramos. Se trataba de una población de pacientes con NL que podríamos calificar de no-grave (sólo el 28% mostraron síndrome nefrótico al inicio) y de raza caucásica, aspecto que contrasta con los pacientes incluidos en los estudios de los NIH, en general más graves y más heterogéneos étnicamente hablando. Sólo 6 de los 90 pacientes reclutados en el ELNT fueron perdidos para seguimiento a los 10 años, aspecto sin duda muy positivo para un estudio longitudinal de tan largo seguimiento. Ambas modalidades de terapia, LD y HD, resultaron igualmente eficaces, no encontrándose diferencias significativas en mortalidad, duplicación de creatinina o ERT.

### Sin capacidad estadística

Es importante matizar que el ELNT careció de poder estadístico para detectar equivalencia o superioridad de LD en lo que eficacia se refiere, en cualquiera de las medidas de desenlace previamente comentadas<sup>6</sup>. No había diferencias en las tasas reproductivas ni tampoco en el daño (medido por SLICC/ACR/DI), si bien es preciso señalar que harían falta más de diez años de seguimiento para encontrar diferencias en la prevalencia del cáncer de vejiga urinaria, máxime teniendo en cuenta en tamaño muestral de este estudio y la previsible rareza del evento. De hecho, numéricamente, se produjeron más neoplasias en el grupo de LD. En el resto de efectos adversos analizados (infecciones, fertilidad, etc.), tampoco se ha conseguido demostrar diferencias entre las dos pautas. Esta ausencia de diferencias en efectos adversos podría explicarse por el li-

mitado número de pacientes incluidos pero, obviamente, la explicación también podría estribar en que la diferencia de dosis acumulada de CFM entre las dos modalidades de terapia sea clínicamente irrelevante.

Es importante puntualizar, además, que los resultados del ELNT no han sido replicados en otras razas, aspecto que limita su aplicabilidad, dado la conocida mejor respuesta de los caucásicos –la población predominante del ensayo– a la ciclofosfamida<sup>7</sup>. Conviene también recalcar que en este ensayo no se compara la pauta NIH con la pauta de LD a largo plazo, ya que en ambos brazos se usó la CFM para inducir remisión y la azatioprina para el mantenimiento de la misma.

### Conclusiones

Por tanto, podemos concluir que aún existen incertidumbres respecto a la dosis idónea de CFM en pulsos, particularmente en el caso de formas graves con insuficiencia renal de debut y en pacientes no caucásicos, situaciones clínicas donde sería lícito inclinarse por la pauta clásica (NIH), con el propósito de inducir remisión, sin asumir excesivos riesgos. La dilatada experiencia acumulada con la pauta NIH, de uso muy extendido durante años, consagra su efectividad, si bien nadie parece dudar de que su empleo, más allá de la inducción de remisión, no parece justificado en la actualidad. En mi opinión, en pacientes caucásicos con nefritis no grave y particularmente en mujeres que deseen preservar su fertilidad, donde se plantee el recurso a CFM, la pauta ELNT sería quizá la elección más razonable, con la esperanza de que una exposición más limitada a CFM resulte finalmente ventajosa sin comprometer la eficacia.

### BIBLIOGRAFÍA

- 1 Bomback AS, Appel GB. Updates on the treatment of lupus nephritis. *J Am Soc Nephrol* 2010;21:2028-35.
- 2 Bertias GK, Tektonidou M, Amoura Z, Aringer M, Bajema I, Berden JH, Boletis J, Cervera R, Dörner T, Doria A, Ferrario F, Floege J, Houssiau FA, Ioannidis JP, Isenberg DA, Kallenberg CG, Lightstone L, Marks SD, Martini A, Moroni G, Neumann I, Praga M, Schneider M, Starra A, Tesar V, Vasconcelos C, van Vollenhoven RF, Zakharova H, Haubitz M, Gordon C, Jayne D, Boumpas DT; European League Against Rheumatism and European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association. Joint European League Against Rheumatism and European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association (EULAR/ERA-EDTA) recommendations for the management of adult and paediatric lupus nephritis. *Ann Rheum Dis* 2012; 71:1771-82.
- 3 Hahn BH, McMahon MA, Wilkinson A, Wallace WD, Daikh DJ, Fitzgerald JD, Karpouzas GA, Merrill JT, Wallace DJ, Yazdany J, Ramsey-Goldman R, Singh K, Khalighi M, Choi SI, Gogia M, Kafaja S, Kamgar M, Lau C, Martin WJ, Parikh S, Peng J, Rastogi A, Chen W, Grossman JM; American College of Rheumatology, American College of Rheumatology guidelines for screening, treatment, and management of lupus nephritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012;64:797-808.
- 4 Houssiau FA, Vasconcelos C, D'Cruz D, et al. Immunosuppressive therapy in lupus nephritis: the Euro-Lupus Nephritis Trial, a randomized trial of low-dose versus high-dose intravenous cyclophosphamide. *Arthritis Rheum* 2002; 46: 2121-2131.
- 5 Austin III HA, Klippel JH, Balow JE, et al. Therapy of lupus nephritis. Controlled trial of prednisone and cytotoxic drugs. *N Engl J Med* 1986; 314: 614-619.
- 6 Houssiau FA, Vasconcelos C, D'Cruz D, Sebastiani GD, de Ramon Garrido E, Daniell MG, Abramovic D, Blockmans D, Cauli A, Direskenli H, Galeazzi M, Gül A, Levy Y, Petera P, Popovic R, Petrovic R, Sinico RA, Cattaneo R, Font J, Depresseux G, Cosyns JP, Cervera R. The 10-year follow-up data of the Euro-Lupus Nephritis Trial comparing low-dose and high-dose intravenous cyclophosphamide. *Ann Rheum Dis*. 2010 Jan;69(1):61-4.
- 7 Appel GB, Contreras G, Dooley MA, Ginzler EM, Isenberg D, Jayne D, Li LS, Mysler E, Sánchez-Guerrero J, Solomons N, Wofsy D; Aspreva Lupus Management Study Group. Mycophenolate mofetil versus cyclophosphamide for induction treatment of lupus nephritis. *J Am Soc Nephrol* 2009; 20:1103-12.

## ✓ Artritis reumatoide

# Riesgo de neoplasias en pacientes con tratamientos biológicos

Cush JJ, Dao KH. *Rheum Dis Clin North Am.*2012;38:761-70.

El tratamiento de enfermedades autoinmunes, especialmente la artritis reumatoide (AR), cambió dramáticamente a finales de la década de los 90 con la introducción de los fármacos biológicos. Nueve agentes se encuentran actualmente en uso para el tratamiento de la AR. Sin embargo, ha crecido la especulación de que el uso a largo plazo de estos productos biofarmacéuticos puede alterar la inmunovigilancia normal, lo que puede contribuir al riesgo de cáncer de un individuo.

Este estudio, revisa distintas publicaciones sobre los riesgos de cáncer a corto y largo plazo asociados con el uso de biológicos en la AR. La incidencia de tumores de piel, pulmón y linfomas está aumentada en los pacientes con AR. Existen datos que apoyan la evidencia de que los tratamientos biológicos no aumentan el riesgo a padecer cáncer. Hace una reseña a las guías de recomendación de manejo de la ACR de 2012, en que aconsejan tratar la AR con Rituximab si han tenido una neoplasia sólida o cáncer de piel no melanoma en los últimos cinco años, con especial vigilancia del melanoma y en pacientes que han sufrido una neoplasia linfoproliferativa. Esta recomendación está realizada sin evidencia científica clara y puede inducir a error interpretando que el Rituximab es un fármaco más seguro que otros biológicos.

Concluyen que el riesgo de neoplasias en pacientes con AR parece estar más influido por la inflamación incontrolada y la actividad de la enfermedad que por el uso de estos fármacos.

Esta revisión, inicialmente, describe los riesgos de neoplasias de la población general, los riesgos de neoplasias achacables al padecimiento la AR, los debidos a la utilización de fármacos, biológicos o no. La presencia de enfermedades linfoproliferativas, el melanoma o el riesgo en niños que precisan estos fármacos. Por último describe el manejo de distintos registros en pacientes con historia previa de cáncer.

### Comentario

Se trata de un estudio muy útil en la práctica clínica, de ahí su interés. El riesgo en la población general de los distintos tipos

de cáncer según estudios publicados en USA son del 20% de la población para tumores cutáneos, 6% de pulmón, 5,3% de colon, próstata el 15% de los hombres, y, en las mujeres, 11% de cáncer de mama.

En los pacientes con AR en la era prebiológica, el riesgo de neoplasias como la de mama o el cáncer de colon, disminuía con respecto a la población general por la protección de fármacos que inhiben la ciclooxigenasa 2, mientras que el riesgo de linfoma, tumores de pulmón y piel aumentaron. Esto lo relacionan con la inflamación crónica incontrolada y el uso de tabaco.

El riesgo de neoplasias en pacientes en tratamiento con fármacos biológicos fundamentalmente antiTNF, se ha visto que es equiparable al existente en pacientes en tratamiento con DMARDS, corroborado en un metanálisis Cochrane en que incluían fármacos anti TNF y otros como Anakinra, Rituximab Abatacept y Tocilizumab. No existe evidencia que relacione un aumento de riesgo de cáncer o linfomas en los pacientes en tratamiento con fármacos biológicos.

Hay un claro aumento de riesgo de un tipo específico de linfoma hepatoesplénico de células T en pacientes jóvenes y niños que han seguido tratamiento con Azatioprina, para la colitis de la enfermedad de Crohn, se han descrito en pacientes que han recibido tratamiento antiTNF, de 200 casos en la literatura, 6 en tratamiento con Infliximab para la colitis coincidiendo con Azatioprina y 8 casos con Adalimumab en mayores de 60 años en tratamiento para la AR.

El riesgo de tumores sólidos no está aumentado en los pacientes en tratamiento con fármacos biológicos, esto está corroborado por el gran número de registros de bases de datos a nivel mundial como CORRONA, BSRBR, BIOBADASER etc., puede existir un aumento de riesgo de tumores cutáneos no melanomas. Un aumento del riesgo de neoplasias cutáneas se ha observado en pacientes que reciben anti-TNF y mayor índice de recidivas de melanoma. Apoyan la extensión de los ensayos en abierto para comprobar la seguridad a largo plazo de los fármacos.

## ReumaUpdate

La numerosa información generada en torno a la Reumatología dificulta al médico especialista su actualización ante la multitud de novedades científicas publicadas. Consciente de esta realidad, nace el proyecto ReumaUpdate como Servicio On Line de Actualización Bibliográfica en Reumatología, en el que participa un gran número de reumatólogos españoles, en colaboración con Abbott Immunology y

declarado de interés científico por la SER. ReumaUpdate, además de facilitar una actualización periódica, permite acceder a un curso acreditado de formación continuada con 5,8 créditos, reconocidos por la 'European accreditation council for CME de la UEMS'. En esta sección se muestra un artículo comentado por expertos de la SER procedente de ReumaUpdate.



# Se aprueba la Estrategia Nacional de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas

**El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) ha dado luz verde a esta iniciativa, tras dos años de trabajo entre expertos y pacientes**

La Estrategia de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud (SNS) fue aprobada en el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS, tras dos años de trabajo entre más de 40 representantes de sociedades científicas, asociaciones de pacientes, delegados de comunidades autónomas (CC.AA) y técnicos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Esta iniciativa busca mejorar la asistencia y calidad de vida de los más de 10 millones de afectados por estas dolencias en España.

“Se trata de una estrategia transversal, no centrada en patologías concretas, cuyo fin es mejorar la calidad de las intervenciones y los resultados en relación con las enfermedades

reumáticas y musculoesqueléticas. Para ello se ha establecido un conjunto consensuado de recomendaciones y objetivos medibles y realistas, de acuerdo a los recursos disponibles y en el ámbito de competencias de las comunidades autónomas”, explica la coordinadora del Comité Técnico, la Dra. Rosario García de Vicuña.

## Estrategias regionales

A partir de ahora, cada CC.AA. tendrá que implantar programas o estrategias regionales para cumplir los indicadores asociados a varios objetivos y recomendaciones. “Si bien, los verdaderos resultados en salud serán detectables a más largo plazo, probablemente tras 2 ó 3 años de su implantación”, indica la experta.

## Tribuna

### Con motivo de la aprobación de la Estrategia Nacional de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas, la Dra. Txaro García de Vicuña y el Dr. Manuel Castaño Sánchez nos dan sus primeras impresiones

“El hecho de que las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas estén ya entre las prioridades de salud que contempla el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) supone un avance en el reconocimiento del gran impacto individual y sociosanitario que conllevan estas patologías. El logro no es trivial ya que coloca en la agenda política el abordaje de patologías con más de 10 millones de afectados en España, para garantizar la equidad de atención en función de las necesidades de los pacientes.

Se trata de una estrategia transversal, no centrada en patologías concretas, cuyo fin es mejorar la calidad de las intervenciones y los resultados en salud. Para ello se ha establecido un conjunto consensuado de recomendaciones y objetivos medibles y realistas, que deberán ser implantados por las CC.AA.

Duros tiempos para esta tarea, en los que el debate sobre la eficiencia y sostenibilidad de la Sanidad Pública ha llegado a la calle y preocupa a los ciudadanos, impregna la labor diaria de los profesionales e inquieta a los pacientes. En una realidad marcada la crisis económica y la preponderancia de enfermedades crónicas, nos toca liderar cambios desde la incertidumbre.

Esto implica desterrar múltiples mitos sobre estas enfermedades y su tratamiento, así como defender prácticas basadas en criterios de eficiencia y solidaridad. Debemos,

además, explorar nuevas fórmulas de cuidado y formación sanitaria, en colaboración con otros profesionales.

Y en este marco de eficiencia y sostenibilidad, no podemos olvidarnos del paciente, cuyas necesidades deben ser el centro de todas las actuaciones. Debemos apoyar su formación y autonomía para la gestión de su enfermedad, pero también para hacerlos cómplices al enfrentar expectativas realistas en el marco de un sistema universal con recursos limitados.

Por último, la implantación de la estrategia en condiciones de equidad no puede entenderse sin asegurar la formación adecuada de los profesionales sanitarios implicados. Y ninguna innovación o cambio será posible sin investigación.

Y, ¿ahora qué? Con la conclusión de un documento y su aprobación no hemos llegado al final del camino. En la implantación de esta estrategia habrá que sortear barreras, superar recortes y realizar un importante esfuerzo para reorganizar recursos e innovar. Esto no ha hecho más que empezar”.



**Dra. Txaro García de Vicuña**  
Jefe Servicio de Reumatología del  
H. Universitario La Princesa (Madrid)

“Con el objetivo de mejorar la asistencia sanitaria a los más de diez millones de españoles que sufren patologías musculoesqueléticas y reumáticas en nuestro país, y mejorar así su calidad de vida, el pasado 20 de diciembre, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó la Estrategia Nacional de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas.

Esta Estrategia nace tras dos años de trabajo en los que se ha implicado a todos los interlocutores y disciplinas involucrados con este grupo de enfermedades (Ministerio de Sanidad, Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas, sociedades científicas como la nuestra y asociaciones de pacientes, entre otros). Ha sido una labor complicada, que ha precisado del esfuerzo de muchas personas de todo el territorio nacional y coordinada por nuestra presidenta de Honor, la Dra. Rosario García de Vicuña, que, por fin, ha visto la luz.

Con esta Estrategia se ha pretendido crear un documento que aglutine, objeque y estandarice las intervenciones y recomendaciones que todos realizamos, además de establecer

objetivos medibles, realistas y comunes para todos los implicados en el proceso asistencial de estos pacientes, mejorando así la calidad de las intervenciones y los resultados.

Entre las líneas a seguir cabe destacar el fomento de equidad, la promoción de la autonomía del paciente, la garantía del rápido acceso a la atención integrada y la mejora en la gestión de la información sanitaria, así como el impulso de la formación continua y la investigación en las enfermedades musculoesqueléticas.

Sin duda, un documento que nos servirá de apoyo y que permitirá un mejor abordaje de la enorme población que, hoy por hoy, sufre estas enfermedades”.



**Dr. Manuel Castaño Sánchez**  
Vicepresidente y responsable de la  
Comisión de Servicios al Socio de  
la SER

## Cartera de Servicios de hospitales con acreditación docente

**El Dr. Xavier Juanola, responsable de la Comisión de Docencia de la SER, nos comenta las mejoras que se han realizado en un proyecto destinado a informar de una manera práctica y actualizada a estudiantes que acaban de aprobar el MIR, médicos residentes o adjuntos que deseen realizar rotaciones**

### ■ ¿En qué consiste este proyecto?

Se trata de una plataforma on line, accesible a través de la página web de la SER y el enlace <http://hospitalesdocentes.ser.es/>, puesta en marcha con la colaboración de la compañía biofarmacéutica UCB, que permite que el jefe de Servicio de cada centro con acreditación docente en Reumatología incluya diversos datos para dar a conocer su Servicio desde el punto de vista de la formación. De esta manera, ofreceremos a todos los interesados, de manera práctica, atractiva y totalmente actualizada, la información más relevante de dichos centros.

### ■ ¿Cuál es su objetivo?

Con este proyecto tanto la SER como UCB queremos dar a conocer los centros con acreditación docente de España, darles la oportunidad de que expongan sus características y valor añadido para que esta información esté disponible fácil y cómodamente como nunca antes había estado.

### ■ ¿Cuál es la información que se ha colgado?

Cada Servicio es libre de cumplimentar toda, parte o ninguna información del centro. Los datos que se pueden incluir tendrán que ver con información general, estructura del Servicio, número de residentes, infraestructuras, instalaciones y medios con los que cuentan y un amplio etcétera. Además, se insertará un vídeo de unos seis minutos de duración en el que el jefe de Servicio de

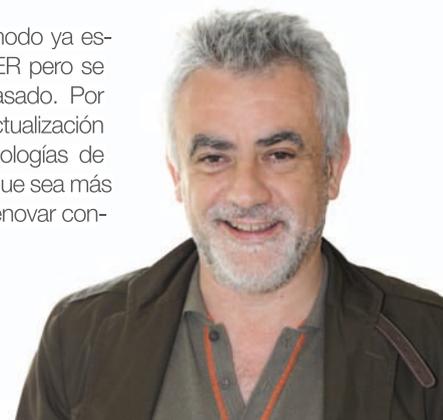
Reumatología de cada centro incluido en esta plataforma, dé la bienvenida a los visitantes y explique cuáles son las características y beneficios de su Servicio.

### ■ ¿A qué profesionales puede interesar esa información?

Se trata de una información de gran interés para un amplio número de personas, desde aquellos estudiantes que acaban de aprobar el MIR y están buscando un hospital para realizar la residencia, hasta médicos residentes que buscan otro centro para llevar a cabo una estancia corta o adjuntos que deseen realizar una rotación en un Servicio diferente al suyo y especializado en diversas técnicas concretas.

### ■ ¿Cómo surgió la idea de crear esta cartera de Servicios?

Es un proyecto que en cierto modo ya estaba en la página web de la SER pero se había quedado un poco desfasado. Por ello, se ha decidido hacer una actualización aprovechando las nuevas tecnologías de las que disponemos, de forma que sea más fácil de utilizar y que se pueda renovar continuamente.



# La SER elabora un consenso de terapias biológicas en lupus

**El coordinador del documento, el Dr. Jaime Calvo, jefe de Sección de Reumatología del Hospital Universitario Sierrallana (Cantabria), nos explica la importancia, el proceso, las principales conclusiones y las consecuencias de un consenso que ha contado con la colaboración de GSK**

## ■ ¿Cómo surgió la idea de realizar un consenso de terapias biológicas en LES?

Dentro de la Comisión de Ciencia de la Sociedad Española de Reumatología (SER), formada durante el periodo de presidencia del Dr. Eduardo Úcar, se consideró que dada la aprobación por parte de la FDA y la EMA de un agente biológico para su uso específico en el lupus –junto a la no infrecuente utilización en esta enfermedad de otros agentes biológicos– fuera de ficha técnica, era necesario un posicionamiento de la SER como especialidad preferentemente implicada en el manejo de esta patología, de cara a ofrecer un instrumento que optimice el uso de estos agentes en esta enfermedad tan compleja.

## ■ ¿Cuál ha sido el procedimiento de realización de este documento?

Primero se formó un panel de expertos y se establecieron las partes del documento, dividiéndose el trabajo entre los panelistas que tenían que hacer un texto manuscrito de cada una de esas partes. La Unidad de Investigación de la SER facilitó apoyo metodológico realizando las revisiones de la literatura necesarias en cada caso. Una vez realizados los manuscritos de cada una de las partes, se remitieron a la UI para su edición y homogeneización a fin de conformar un documento único. Posteriormente, se reenvió el documento editado a los panelistas para comentarios y consenso de las recomendaciones. Recogidos todos los comentarios se reeditó el documento y las dudas se resolvieron con el coordinador. Finalmente, se hizo un ‘SurveyMonkey’ final para terminar de consensuar las recomendaciones finales.

## ■ ¿Cuáles han sido los objetivos principales de este consenso?

Fundamentalmente analizar la evidencia científica para el uso de las diferentes terapias biológicas utilizadas en el tratamiento del lupus, subrayar la necesidad de una evaluación objetiva y con instrumentos validados de los pacientes que tenemos, intentar homogeneizar las indicaciones y el uso terapéutico de estas terapias, así como mejorar la gestión del riesgo que conlleva la utilización de estos agentes.

## ■ Actualmente, ¿qué tratamientos están indicados para esta patología?

Si nos ceñimos al campo de los biológicos, el único aprobado es belimumab para un determinado subgrupo de pacientes con enfermedad activa. No obstante tam-



bién se pueden usar otros fármacos (fuera de ficha técnica) en determinadas circunstancias de ineficacia de los tratamientos estándar. En este sentido el que más frecuentemente se ha utilizado es el rituximab, aunque también hay reportes de utilización puntual en casos específicos de anti-TNFs, abatacept o tocilizumab.

## El objetivo es analizar la evidencia científica sobre el uso de terapias biológicas en el tratamiento del lupus

## ■ ¿Qué podría destacar en cuanto a las conclusiones?

De forma genérica se puede indicar que belimumab está indicado en pacientes con LES activo que no se controle con el tratamiento inmunosupresor estándar, excluyendo a pacientes con manifestaciones viscerales graves (especialmente renales y del SNC) que quedaron excluidos en los ensayos clínicos hasta ahora realizados con este agente. Precisamente en este tipo de pacientes con enfermedad refractaria grave, hoy por hoy, la alternativa terapéutica dentro del campo de los biológicos sería la utilización fuera de ficha técnica de rituximab. El uso de otros biológicos se contemplaría en situaciones muy especiales.

### ■ ¿Qué resaltaría sobre otros fármacos que se utilizan para tratar el lupus?

Fuera del campo biológico, cada vez se está optimizando más el uso de los inmunosupresores estándar e introduciendo algunos nuevos en campos como el de la nefritis lúpica. De esta forma, en cierta medida, se están consiguiendo pautas que de una menor toxicidad. También hay otros tipos de terapias biológicas que se avencinan en el horizonte. Por un lado, algunas que se utilizan en artritis reumatoide como anti-TNFs, abatacept o tocilizumab que en casos muy esporádicos parece que podrían ser efectivas en el lupus, aunque habría que considerarlas muy puntualmente. Pero es cierto que hay nuevas terapias como los anti-CD22 o los bloqueantes del interferón alfa, que pueden ser nuevas promesas en la terapia de lupus.

### ■ ¿Cambiará mucho el manejo de los pacientes tras la publicación de este consenso?

Los cambios en este campo no deberían ser bruscos sino progresivos. Las indicaciones aprobadas para estos agentes en ficha técnica son realmente selectivas y su utilización en otras situaciones siempre está reservada a casos refractarios. Por tanto no habrá revoluciones de un día para otro. Sin embargo, seguro que de aquí

a diez años, si volvemos la vista atrás en ese momento, nos daremos cuenta del gran cambio que se ha ido produciendo.

### ■ ¿Por qué considera importante la puesta en marcha de este consenso?

La Reumatología es la especialidad que lidera el manejo de los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas como el LES. Por ello, ante la irrupción de un nuevo paradigma terapéutico en esta enfermedad con unas características claramente diferenciales en aspectos como su utilidad clínica, la gestión del riesgo o las implicaciones fármaco-económicas, la SER está obligada como sociedad científica a dotar a los profesionales que manejan este tipo de pacientes con un documento de estas características.

### ■ ¿Cómo beneficiará a los pacientes con esta enfermedad?

Todos estos nuevos agentes van a dar nuevas posibilidades de tratamiento y probablemente de menor toxicidad. La posibilidad de optimizar su utilización beneficiará seguro a los pacientes que puedan requerirlos reduciendo en lo posible la aparición de efectos no deseados, así como la realización de gastos innecesarios.



## La SER participa en el II Certamen de Fotografía sobre Enfermedades Reumáticas

Con el apoyo de la Sociedad Española de Reumatología (SER), ha dado comienzo el II Certamen de Fotografía sobre Enfermedades Reumáticas, una iniciativa que tiene como objetivo dar a conocer las espondiloartritis entre la población general. La iniciativa está liderada por la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis), la Coordinadora Española de Asociaciones de Espondilitis (CEADE), la Liga Reumatológica Galega, la Lliga Reumatológica Catalana y la Liga Reumatológica Asturiana, además de la colaboración de AbbVie.

Todos los reumatólogos que lo deseen pueden participar, ya que el certamen cuenta con tres categorías: profesionales sanitarios, público general y asociaciones

de pacientes. El profesor Eliseo Pascual, portavoz de la SER, catedrático de Medicina de la Universidad de Alicante y jefe de Sección de Reumatología del Hospital General Universitario de Alicante, así como Juan Luis Suárez, guitarrista de 'El Sueño de Morfeo' y paciente de espondilitis anquilosante, formarán parte del jurado junto con representantes de asociaciones de pacientes y fotógrafos profesionales.

Para más información y consultar las bases del concurso:  
[www.certamenfotografiareumatologia.es](http://www.certamenfotografiareumatologia.es)



## Reconocimiento a trabajos sobre gota de investigadores españoles

Tres miembros del Grupo de Estudio de las Artropatías Cristalinas de la Sociedad Española de Reumatología (GEACSER), el Dr. Fernando Pérez Ruiz, actual coordinador; el Dr. César Díaz Torné, secretario; y la Dra. Loreto Carmona; junto con la Dra. Lidia Sánchez-Riera, han contribuido con sus investigaciones a un informe internacional sobre las enfermedades más prevalentes del mundo. Los trabajos han sido incluidos en el estudio Global Burden of Disease, publicado en la prestigiosa revista científica Lancet.

El estudio es una iniciativa que analiza periódicamente diversos aspectos del impacto de casi tres centenares de enfermedades, consideradas las más importantes, que afectan a la población mundial. “Los trabajos realizados se recogen en cinco de las siete investigaciones que acaba de publicar Lancet a través de un monográfico, algo inédito para esta publicación”, ha explicado el doctor Fernando Pérez Ruiz, médico especialista del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Cruces.

A su juicio, la gota ha sido una de las enfermedades incluidas, “tanto por su prevalencia en la población adulta, como por el cada vez mayor reconocimiento debido a su importancia”.

## Los pacientes con gota deben evitar los excesos dietéticos

“Estudios epidemiológicos han demostrado una asociación entre la hiperuricemia (urato alto en sangre) y la gota con un abuso en la dieta o ingesta de grandes cantidades de productos de origen animal, y/o consumo excesivo de alcohol, cerveza o refrescos azucarados”, ha advertido el Dr. Fernando Pérez Ruiz, reumatólogo del Hospital Universitario Cruces e Instituto de Investigación Biomédica Biocruces de Baracaldo (Vizcaya).

Los alimentos tienen distintas cantidades de purinas (que son las sustancias que generan el ácido úrico) y éstas serían las que habría que tomar con precaución. El marisco tiene la misma cantidad de purinas que otros alimentos de origen animal, aunque hay que tener en cuenta que tienen un desperdicio considerable. En definitiva, “no hay alimentos malos, sino dietas malas o conductas dietéticas desordenadas. No se debe prohibir, se consiguen mejores resultados con negociaciones sobre una dieta razonable”, indica el Dr. Pérez Ruiz.

## Comienza la selección de archivos para el nuevo Fondo de Imagen de la SER

Ya ha finalizado el plazo de captación de las imágenes que servirán para actualizar el nuevo Fondo de Imagen de la Sociedad Española de Reumatología (SER), una útil, accesible y participativa iniciativa, que se lleva a cabo con la colaboración de Bristol-Myers Squibb, y que tiene el objetivo de ofrecer un mejor servicio a los socios en su actividad cotidiana, clínica y docente.

En estos momentos los coordinadores del Fondo de Imagen, los doctores José C. Rosas Gómez de Salazar y Antonio Naranjo Hernández, así como la coordinadora por parte del Comité de Publicaciones de la SER, la Dra. Ana Urruticoechea Arana, están trabajando en el proceso de selección de las imágenes y cortes de los vídeos, que contarán con una compensación económica detallada en función del tipo de archivo.

El temario de las imágenes -tanto fotografías como vídeos breves- está relacionado con cualquier aspecto de las enfermedades reumáticas, si bien serán atendidas con preferencia por el

comité de evaluación una serie de imágenes como pueden ser las relativas a lesiones o deformidades, patología ocular, histopatología, artrocentesis e infiltración, educación del paciente, técnicas de la especialidad, ecografía, resonancia magnética, PET o TAC, entre otras. Se tendrán en cuenta imágenes que mejoren, en gran medida, la calidad de imágenes incluidas en el Fondo previo.

