

II

SIMPOSIO DE IMAGEN

DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE,
REUMATOLOGÍA



Sociedad Española de
Reumatología



▶▶ NOTICIAS

Posicionamiento de la SER
sobre los biosimilares

pág. 32

• M • Á • L • A • G • A •

20 Y 21 DE FEBRERO DE 2015

▶▶ FORMACIÓN

Récord histórico de la
presencia de la SER en ACR

pág. 28

A wireframe architectural drawing of a building tower, rendered in a light orange color. The drawing shows the structural lines of the tower, including a spiral staircase at the top and a series of arched windows at the base. The background is a gradient of blue and orange.

SIMPOSIO DE IMAGEN

· M · Á · L · A · G · A ·
20 Y 21 DE FEBRERO DE 2015

LOS REUMATISMOS

Publicación oficial de la  Sociedad Española de Reumatología

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
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:

Montserrat Romera Baurés

Consejo Asesor:

José Luis Andréu, Miguel Ángel Belmonte, Manuel Castaño, Juan Muñoz Ortego, Fernando Pérez, Beatriz Yoldi, Juan Sánchez Bursón, Rubén Queiro y José V. Moreno Muelas

Secretario de Redacción:

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

Colaboradores:

Dr. Jenaro Graña Gil
Dr. Antonio Naranjo Hernández

Coordinadora:

Sonia Garde García

Publicidad:

Raúl Frutos Hernanz



Inforpress (Departamento Plataformas)

Entidades que han colaborado en este número:

Abbvie, Roche

Suscripciones y atención al cliente:

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

Tarifa de suscripción anual
(IVA incluido):

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

Editorial

Arrancamos el nuevo año cargado de ilusiones y buenos propósitos, especialmente en seguir impulsando la formación de nuestros socios y la investigación en el campo de la Reumatología. Todo ello sin olvidar a los pacientes, un colectivo que consideramos clave y que hemos situado en el centro de muchas de nuestras actividades. En esta línea, ya se está trabajando intensamente en el desarrollo del II Congreso de Pacientes con Enfermedades Reumáticas.

También buscamos mejorar los servicios al socio para intentar cubrir todas sus necesidades. Trabajamos 'por y para el socio'. De esta forma, en este número hacemos hincapié en la utilidad de la biblioteca virtual Jaime Rotés Querol, que aporta un gran valor añadido.

Por otra parte, conscientes del cambio actual que se está produciendo en el mercado farmacéutico, la SER también se va adaptando a las nuevas circunstancias y ha emitido un posicionamiento sobre los fármacos biosimilares. La divulgación es clave y seguiremos impulsando acciones con el objetivo de dar a conocer nuestra especialidad entre la población.

<p>4 EVENTOS SER II Simposio de Imagen de la SER</p> <p>6 BIBLIOGRAFÍA COMENTADA</p> <p>15 ENTREVISTA Dr. Raimon Sanmartí</p> <p>16 SOCIEDADES AUTONÓMICAS La SORCOM celebra su 18º Congreso anual</p> <p>18 CONOCE TU SOCIEDAD Biblioteca virtual Jaime Rotés Querol</p> <p>19 TRIBUNA DE OPINIÓN José Luis Andréu</p>	<p>20 PACIENTES LIRE, la Asociación de Divulgación de Fibromialgia y ConArtritis reciben las ayudas de la SER</p> <p>23 INVESTIGACIÓN La actualización de la Espoguía</p> <p>24 BUZÓN DEL REUMATÓLOGO ¿Qué debo saber sobre el manejo del síndrome del túnel carpiano?</p> <p>27 FORMACIÓN ACR Review, lo más importante del Congreso Americano</p> <p>30 NOTICIAS SER La SER realiza una campaña para fomentar la detección de enfermedades reumáticas</p> <p>36 NOTICIAS La lucha contra la artritis psoriásica</p>
---	---

Su
ma
rio





Málaga acogerá el II Simposio de Imagen de la SER

El objetivo de esta edición es mejorar el conocimiento sobre las técnicas de imagen en las patologías reumáticas



La Sociedad Española de Reumatología celebrará la segunda edición del Simposio de Imagen para los socios con el objetivo de mejorar el conocimiento sobre las técnicas de imagen en el abordaje de diversas patologías reumáticas, ya que permiten nuevos enfoques diagnósticos y de monitorización de la respuesta al tratamiento. Málaga será la ciudad que acogerá este evento formativo los días 20 y 21 de febrero.

Según el Dr. Antonio Fernández Nebro, jefe de Servicio de Reumatología del Hospital Regional Universitario de Málaga y también presidente de la Sociedad Andaluza de Reumatología "las técnicas de imagen como la ecografía o la resonancia están variando la

La ecografía o la resonancia están variando la práctica clínica

práctica clínica y la forma de abordaje de los pacientes con patologías reumáticas. No sólo sirven para detectar el daño estructural, sino que también ofrecen información sobre la actividad de la enfermedad. Cada día se va avanzando más en este campo, de ahí

la necesidad de fomentar la formación de los especialistas. Estas técnicas, además, están permitiendo el desarrollo de otras nuevas técnicas intervencionistas mínimamente invasivas para el tratamiento de cada vez más trastornos”.

“Los reumatólogos tienen dominio sobre las técnicas de imagen y las usan continuamente, ya que son escasas las enfermedades reumáticas que no se benefician de alguna de estas tecnologías para su detección o diagnóstico diferencial. Sin embargo, los avances hacen que surja información nueva que induce a que continuamente los especialistas tengan que actualizar su formación para mejorar sus conocimientos”, explica el Dr. Fernández Nebro.

Son escasas las enfermedades reumáticas que no se benefician de alguna de estas técnicas

En este sentido, durante las dos jornadas del simposio se tratarán temas como la ecografía para el diagnóstico del hombro doloroso, las técnicas de imagen para la clasificación y como medidas de desenlace de la gota, el origen del dolor en la artrosis, el impacto de la imagen en la artritis de inicio, la utilidad del PET en vasculitis de grandes vasos, la imagen del daño estructural tendinoso, entre otros.



GOTA

Exploración ecográfica diagnóstica

Dr. José Rosas Gómez de Salazar

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante

La ecografía detecta el depósito musculo-esquelético de los cristales de urato: ¿qué articulaciones y qué hallazgos deberían ser evaluados para el diagnóstico de gota? *Naredo E, Uson J, Jiménez-Palop M, et al. Ann Rheum Dis 2014;73:1522–1528.*

La gota es una enfermedad causada por el depósito de urato monosódico (UM), como consecuencia del grado y duración de la hiperuricemia crónica. Los cristales de UM se depositan con preferencia en el tejido subcutáneo y alrededor de las articulaciones, provocando inflamación local. El diagnóstico de sospecha se basa en datos clínicos típicos (artritis aguda intermitente mono/oligoarticular) y la presencia de hiperuricemia. Sin embargo, el diagnóstico de certeza requiere la identificación de los cristales de UM en el líquido sinovial o en tofos. En los últimos años, la ecografía ha demostrado su capacidad para detectar imágenes características que se corresponden con depósitos de UM a nivel articular y periarticular.

El estudio

El objetivo principal de este estudio prospectivo español de casos y controles fue evaluar el valor diagnóstico de diversas anomalías ecográficas intrarticular y periarticular en pacientes con gota. El objetivo secundario, evaluar la validez de las anomalías ecográficas utilizando como patrón oro la demostración microscópica de los cristales de UM.

Se incluyeron de forma prospectiva 91 varones con gota y 41 controles ajustados por edad (16 artritis reumatoide, 11 espondiloartritis y el resto sujetos sanos). A todos ellos, de forma ciega, los expertos en ecografía realizaron la evaluación ecográfica en 26 articulaciones, seis bursas, ocho tendones, 20 compartimentos tendinosos, cuatro ligamentos y 18 cartílagos articulares. A todos se

les pidió autorización para realizar una aspiración guiada por ecografía para la identificación de cristales de UM.

Los resultados del trabajo señalan que la evaluación de una articulación (radiocarpiana: 38.5%) y dos tendones (patelar: 60.4% y tríceps: 47.3%) –para detectar agregados hiperecóticos– y de tres cartílagos articulares (primer metatarso 61.5%, talar, segundo metacarpiana o femoral: 47.3%) –para el signo del doble contorno– mostraron el balance de sensibilidad (84.6%) y especificidad (83.3%). La fiabilidad intraobservador fue buena (k 0.75) y la interobservador moderada (k 0.52). El material aspirado procedente de los agregados hiperecóticos fueron positivos para cristales de UM en el 77.6% de los pacientes y negativo en los controles.

Conclusiones

Los autores concluyen que la evaluación bilateral de una articulación, tres cartílagos articulares y dos tendones puede ser válida para el diagnóstico de gota con aceptable sensibilidad y especificidad.

La ecografía es una técnica plenamente introducida en la práctica clínica habitual de la mayoría de las unidades de reumatología españolas. Este interesante trabajo señala con claridad su utilidad en pacientes con gota, como señalan los autores, en situaciones como en las intercrisis de los ataques, en las que hay mayor dificultad para obtener líquido sinovial y es más difícil de visualizar los cristales, así como en la monitorización de pacientes en tratamiento para demostrar la disolución de tofos, e incluso para decidir el inicio del tratamiento al demostrar la presencia de tofos no visibles clínicamente. Sin duda, debemos de incluir la ecografía en la evaluación y seguimiento de nuestros pacientes con gota.

TERAPIA BIOLÓGICA

Profilaxis TBC latente

Dr. José Rosas Gómez de Salazar

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante

Pauta corta de tratamiento para la infección tuberculosa latente en pacientes con enfermedades reumáticas propuestos para terapia anti-TNF. Valls V, Ena J. *Clin Rheumatol.* 2014 Jan 25. [Epub ahead of print].

En los pacientes que van a iniciar terapia anti-TNF, es obligada la búsqueda de tuberculosis (TBC) latente. El tratamiento profiláctico sistemático ante esta situación ha provocado una reducción drástica de los casos de TBC de 472 a 44 casos por 100.000 habitantes-año. Según el consenso de la SER, se debe tratar, habitualmente con isoniacida, durante nueve meses a los pacientes que se demuestre TBC latente. En aquellos con efectos secundarios a isoniacida se aconseja una pauta de cuatro meses con rifampicina. Sin embargo, hasta en el 50% de los pacientes se detectan fallos en el tratamiento y en los que no completan el tratamiento con isoniacida se han publicado tasas de reactivación de la TBC de 320 casos por 100.000 habitantes-año.

El estudio

Los autores del trabajo realizan, en un centro español, un estudio de tipo abierto con el objetivo de evaluar la eficacia, la tasa de cumplimentación y la tolerabilidad de la pauta de isoniacida (300 mg) asociado a rifampicina (600 mg), durante tres meses, en pacientes con enfermedades reumáticas (artritis reumatoide: 46%, espondilitis anquilosante: 12%, artritis psoriásica: 12%, otros: 15%), previo inicio de terapia anti-TNF. A los pacientes se les explicaba las otras alternativas: isoniacida seis o nueve meses. En cada visita, mensual durante cuatro meses, se cumplimentó un cuestionario que evaluaba la toma de los fármacos, posibles efectos secundarios, olvidos de la medicación y los cambios de color de la orina. Se consideró la cumplimentación del tratamiento sólo si era mayor del 80%. El 38% de los pacientes seguían tratamiento con metotrexato, el 19% con leflunomida, el 14,5% con sulfasalazina.

El tratamiento profiláctico provoca una reducción de los casos

Se incluyeron a 69 pacientes con enfermedades reumáticas propuestos para el inicio de fármacos anti-TNF, con riesgo de reactivación de TBC (prueba tuberculina y/o booster >5mm o QuantiFERON positivo). Durante un tiempo medio de seguimiento de 90 meses (rango: 66-121 meses), no hubo casos de reactivación de TBC. Completaron el estudio 60 pacientes (86%). Nueve pacientes (13%), retiraron el tratamiento: un paciente por hipersensibilidad a rifampicina, dos por hepatotoxicidad, dos por dolor abdominal, uno por prurito, uno por artritis y dos por motivos personales.

Conclusiones

Los autores concluyen que una pauta corta de isoniacida asociada a rifampicina es eficaz para prevenir reactivación de TBC, bien tolerada y cuenta con una buena tasa de tratamientos completados en pacientes con enfermedades reumáticas que precisan tratamiento anti-TNF.

La cumplimentación del tratamiento es clave para conseguir la eficacia adecuada. Uno de los motivos de los fallos de la adherencia es la duración del tratamiento, especialmente en pacientes asintomáticos. En este estudio, realizado en términos de vida real, queda reflejada que una pauta corta de profilaxis para la TBC latente en pacientes con patología inflamatoria es superior la adherencia a la pauta estándar de nueve meses, sin aumento de efectos secundarios. Con independencia de la pauta a elegir, el paciente debe de recibir la información necesaria y ser consciente de los riesgos de no realizar de forma adecuada este tratamiento para prevenir la reactivación de la TBC.

TERAPIA BIOLÓGICA

Monitorización niveles de anti-TNF

Relevancia clínica de la monitorización de los niveles de adalimumab en la artritis reumatoide. Rosas J, Llinares-Tello F, de la Torre I, et al. *Clin Exp Rheumatol* 2014 Oct 20. [Epub ahead of print].

Los autores se marcaron como objetivo evaluar la utilidad de los niveles de adalimumab (ADL) y de los anticuerpos anti adalimumab (anti-ADL) en 57 pacientes con artritis reumatoide. Los pacientes recibían ADL en práctica clínica habitual y el 100% tenía prescrito un FAME. El análisis principal fue el cálculo del nivel de ADL para estratificar pacientes con baja actividad (DAS 28-VSG $\leq 3,2$) mediante el empleo de curvas ROC.

Se encontraron anticuerpos anti-ADL en el 7% de los pacientes, los cuales tenían un DAS promedio de 4,6. Los pacientes con anti-ADL tenían niveles más bajos de ADL y un DAS promedio más alto en comparación con los pacientes con anticuerpos negativos. Los pacientes con DAS28 $\leq 3,2$ en comparación con los pacientes DAS28 $> 3,2$ presentaron mayores concentraciones de ADL y ninguno de ellos tenía anti-ADL. Así, el nivel de corte de ADL para baja actividad fue de 4,3 mg/L.

Los autores definieron tres grupos de pacientes de acuerdo a los niveles de ADL: grupo 1 $< 5,5$ mg/L, grupo 2 entre 5,5 y 11,3 mg/L, y grupo 3 > 11 mg/L. Los pacientes del grupo 2 (niveles intermedios de ADL) estaban cercanos a la remisión clínica (DAS promedio 2,7) mientras los pacientes del grupo 3 estaban en remisión (DAS promedio 2,1).

Conclusiones

Los autores concluyen que debemos considerar niveles óptimos de ADL por encima de 4,3 mg/L. Los niveles $> 11,3$ mg/L indican que debe reducirse la dosis de ADL. Finalmente, como era de esperar, la presencia de anti-ADL se asocia a pérdida de la eficacia de ADL en la artritis reumatoide.

Dr. Antonio Naranjo Hernández

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas

La inmunogenicidad de las terapias biológicas ha sido en los últimos años tema de debate entre los reumatólogos. La presencia de anticuerpos anti biológico se asocia a menor eficacia del tratamiento y a un aumento del riesgo de reacciones de hipersensibilidad.

Determinar los niveles de biológico es útil en pacientes con AR

Artículos como el publicado por Rosas y colaboradores con pacientes de práctica habitual nos ayudan en la toma de decisiones clínicas. En una de las figuras del interesante artículo se sugiere que ante niveles bajos de ADL lo primero que debemos hacer es comprobar adherencia al tratamiento, tanto de metotrexato como de ADL, así como ajustar las dosis de FAME. En el caso de niveles bajos y artritis activa se procedería a cuantificar los anti-ADL; si son positivos la alternativa podría ser etanercept u otra diana terapéutica, mientras que si son negativos procedería cambiar de diana. En el infrecuente caso de niveles muy bajos (infraterapéuticos) de ADL (< 3) y anti-ADL negativos podría determinarse anti-ADL por la técnica de disociación ácida, que separa la unión del anticuerpo al fármaco, y es entonces, si hay anticuerpos, cuando pueden ser detectados. Cuando los niveles de ADL son intermedios, es decir, entre 5,5 y 11,3, lo que aconsejan los autores es vigilar niveles cada 6 meses. Si los niveles son $> 11,3$ sugieren ampliar el intervalo entre dosis.

En conclusión, aunque sería interesante contar con estudios coste-efectividad de la estrategia, parece evidente que determinar periódicamente los niveles de biológico y de sus anticuerpos es útil en el manejo de los pacientes con artritis reumatoide con la mirada puesta en alcanzar la remisión clínica.

Reducción de dosis en remisión

Dr. Antonio Naranjo Hernández

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas

Remisión sostenida de la artritis reumatoide de inicio con una pauta de reducción de la dosis de etanercept. *Emery P, Hammoudeh M, FitzGerald O, et al. New Engl J Med 2014;371:1781-92.*

Los autores evaluaron el efecto de la reducción y suspensión del tratamiento en la artritis reumatoide (AR) de inicio en pacientes que alcanzan remisión con una combinación de etanercept (ETN) y metotrexato (MTX).

Incluyeron pacientes con AR reciente que no habían recibido FAME o biológicos, a los que se les pautó ETN 50 mg/semanal junto a MTX durante 52 semanas. Esta primera fase fue abierta, pasando a una segunda fase durante 39 semanas con aleatorización doble ciego de los casos que alcanzaron mejoría significativa a uno de los siguientes grupos: 1) ETN 25 mg/semanal y MTX, 2) MTX en monoterapia, 3) placebo. Al terminar, se suspendió el tratamiento a los pacientes en remisión, con un seguimiento adicional de 26 semanas (65 en total). La principal medida de desenlace fue el porcentaje de pacientes que alcanzaron remisión al terminar la segunda fase doble ciego.

Se incluyeron 306 AR, de las cuales 193 (63%) fueron aleatorizadas en la fase doble ciego y 131 cumplieron criterio de suspensión de tratamiento al final de este periodo. El criterio de remisión a las 39 semanas se alcanzó con mayor frecuencia en el grupo de terapia combinada con ETN 25 que en el grupo MTX o en el grupo placebo (40 de 63 [63%] vs 26 de 65 [40%] vs 15 de 65 [23%], respectivamente; $P=0,009$ para la combinación vs MTX; $P<0,001$ para la combinación vs placebo).

Al final de la fase 3 (sin tratamiento), 28 pacientes (44%) del grupo terapia combinada, 19 (29%) del grupo MTX, y 15 (23%) del grupo placebo se encontraban en remisión ($P=0,10$ combinación vs MTX; $P=0,02$ com-

binación vs placebo; $P=0,55$ MTX vs placebo). No se observaron diferencias en la progresión radiológica entre los tres grupos. Se observaron efectos adversos graves en tres pacientes del grupo de terapia combinada (5%), en dos pacientes con MTX (3%) y en dos pacientes del grupo placebo.

Conclusiones

Los autores concluyen que en pacientes con AR precoz que alcanzan remisión con dosis plenas de ETN en combinación con MTX, la continuación con dosis más bajas de ETN condujo a un mejor control de la enfermedad que el MTX solo o el placebo.

Este trabajo, financiado por Pfizer, se llevó a cabo en 57 hospitales de Europa y Asia. El profesor Emery fue entrevistado por el portal Medscape sobre la ausencia de diferencias en progresión radiológica, contestando que se debió a que todos los pacientes recibieron terapia adecuada y precoz para suprimir la inflamación. La estrategia seguida puede ser más agresiva y costosa que comenzar con MTX en monoterapia, pero por otro lado en un porcentaje razonable de pacientes se puede reducir o suspender la terapia biológica tras alcanzar la remisión con dosis plenas de ETN.

Actualmente disponemos de algunos datos que podrían orientar a elegir el paciente candidato a suspender o reducir la terapia biológica, pero es un terreno de enorme incertidumbre para el clínico. Tal y como se muestra en este trabajo de Emery, un tercio de los pacientes que pasan a ETN 25 mg dejan de estar en remisión, cifra que aumenta hasta la mitad cuando se suspende el tratamiento.

Por tanto, aunque en casos muy concretos de AR pudiera optarse de entrada por terapia combinada, en el momento actual parece de sentido común seguir la recomendación EULAR de inicio de terapia biológica cuando ha fallado el MTX u otro FAME.

REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

Programar la transición

Dr. Jenaro Graña Gil

Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

Programa para la transición de los adolescentes con enfermedades crónicas a los cuidados de médicos de adultos. *Huang JS, Terrones L, Tompane T, et al. Pediatrics 2014;133:e1639; on-line 19 mayo.*

Los niños con enfermedades reumáticas crónicas, atendidos por pediatras, son transferidos en algún momento de su evolución a los reumatólogos de adultos. La transferencia puede producirse de forma paulatina a lo largo de un periodo de transición. En España no hay un protocolo para este proceso pero en breve se van a publicar recomendaciones específicas desde la SERPE (Sociedad Española Reumatología Pediátrica), elaboradas por reumatólogos pediátricos y de adultos, y desde la Estrategia para la Atención de ERyME (Enfermedades Reumáticas y Músculo-Esqueléticas) para la Infancia y Adolescencia del Sistema Nacional de Salud.

Los adolescentes con enfermedades crónicas (AEC) deben desarrollar habilidades de autocuidado y aprender a comunicarse de forma eficiente con sus responsables de salud en el paso del área pediátrica a la de adultos. Las intervenciones para preparar a los jóvenes para la transición se han diseñado para enfermedades crónicas individuales, pero no siempre tienen éxito y son costosas.

El estudio

Huang y Cols diseñan una única herramienta de comunicación y educación llamada MD2Me (algo así como: 'El doctor para mí'), basada en un algoritmo de texto para dispositivos móviles en un esfuerzo por ayudar a los jóvenes con enfermedades crónicas en su transición suave a los cuidados de adultos.

Los investigadores estudiaron a 81 adolescentes entre 12 y 20 años de edad con diabetes, fibrosis quística o enfermedad inflamatoria intestinal en un ensayo aleatorizado para evaluar una intervención de ocho meses en la transición. La mitad

participó en MD2Me. El resto recibió por correo materiales de gestión de la salud y sirvió como grupo de control.

La intervención incluyó dos meses de educación intensa, basada en la web y el texto entregado sobre el manejo de la enfermedad en general. Los tutoriales abordaron temas sobre cómo obtener los medicamentos, controlar los síntomas, obtener un seguro de salud y hablar con los médicos y amigos acerca de las enfermedades crónicas.

En comparación con los controles, tras ocho meses, los participantes en MD2Me mostraron mejoras significativas en todos los desenlaces (cuestionarios sobre Manejo de la Enfermedad -Disease management-, Salud relacionada con la Autoeficacia -health-related self-efficacy- y Valoraciones de la salud -health assessments-). Los jóvenes demostraron que eran significativamente más capaces de manejar su enfermedad y mostraron más confianza en su capacidad para defenderse por sí solos. Además, los receptores MD2Me realizaron un promedio de dos peticiones de ayuda médica durante los ocho meses, mientras que los controles no realizaron ninguno.

Conclusiones

Los reumatólogos de adultos recibimos poca o ninguna formación para la relación médica con niños y adolescentes. Con estos últimos es especialmente difícil y requiere un buen conocimiento del proceso biopsicológico de la adolescencia. La tendencia a la rebeldía, rechazo, falta de adherencia y desconfianza puede atenuarse con un acercamiento del médico al paciente y con estrategias que faciliten la comunicación del paciente con sus responsables de salud. La posibilidad de recibir mensajes a través de dispositivos móviles mediante un algoritmo predefinido sobre todo si hay un entrenamiento previo sobre qué hacer en cada situación puede ser una estrategia útil.

Osteogénesis imperfecta y denosumab

Dr. Jenaro Graña Gil

Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

Experiencia de dos años con denosumab en niños con osteogénesis imperfecta tipo VI. Hoyer-Kuhn H, Netzer C, Koerber F, et al. *Orphanet Journal of Rare Diseases* 2014, 9:145.

La Osteogénesis Imperfecta (OI) es una enfermedad hereditaria que causa pérdida de la masa ósea, aumenta la tasa de fracturas con deformidades de los huesos largos y compresión vertebral. La función alterada del colágeno provoca otras manifestaciones no esqueléticas como la hiperlaxitud articular y las escleróticas azules. La mayoría de los casos de OI presentan mutaciones dominantes en COL1A1/2 con repercusión en la formación ósea.

En los últimos años se han descrito formas recesivas que afectan a las modificaciones postranslacionales del colágeno. En 2011 se identificaron mutaciones de SERPINF1, como la causa molecular de la OI tipo VI, y se describió su mecanismo patofisiológico. El subgrupo de pacientes con OI-VI, presentan aumento de la reabsorción ósea que lleva a los mismos síntomas que aquellos con alteración en la formación. Los niños con formas graves reciben habitualmente bisfosfonatos intravenosos independientemente de la mutación subyacente o su patofisiología. Sin embargo, los pacientes con OI-VI tienen mala respuesta al tratamiento con bisfosfonatos.

El estudio

Los autores seleccionan cuatro pacientes con OI tipo VI en los que habían descifrado la causa genética (tres niños y un adolescente). El conocimiento de su mecanismo etiopatogénico les llevó a un enfoque translacional inmediato que consistió en el uso terapéutico del anticuerpo monoclonal

anti-RANKL (denosumab) a dosis de 1 mg/kg cada 12 semanas.

Los mismos autores describieron la respuesta bioquímica al tratamiento a corto plazo y presentan ahora los resultados tras dos años. La evolución de los casos presentados muestra beneficios a largo plazo con aumento de la densidad mineral ósea, normalización de la morfología vertebral, aumento de la movilidad y reducción de la tasa de fracturas, sin aparición de efectos secundarios.

La evolución de los casos muestra **beneficios a largo plazo** con aumento de la densidad ósea, normalización de la morfología vertebral, aumento de la movilidad y reducción de la tasa de fracturas

La OI tipo IV es muy infrecuente y las posibilidades terapéuticas están reducidas a poca experiencia empírica con bisfosfonatos intravenosos. Los resultados de este estudio, en donde se decide hacer una aproximación terapéutica, una vez que se conoce el mecanismo etiopatogénico subyacente, le otorgan interés aunque procedan de muy pocos pacientes y sin grupo control.

[Dr. Raimon Sanmartí]

La nueva formulación subcutánea de tocilizumab para la AR **permite al paciente administrarse el tratamiento en su domicilio**

En España se acaba de aprobar la financiación de la formulación subcutánea (SC) de tocilizumab (comercializado por Roche como RoACTEMRA®) para el tratamiento de la artritis reumatoide. El Dr. Raimon Sanmartí, coordinador de la Unidad de Artritis Reumatoide del Hospital Clínic de Barcelona, hace una valoración de esta nueva versión



¿Para quién está indicado tocilizumab?

Este fármaco es un anticuerpo monoclonal humanizado que bloquea el receptor de la interleucina 6 (IL-6) y que puede ser administrado por vía subcutánea e intravenosa para su uso combinado o como monoterapia. Se ha aprobado su uso en pacientes con enfermedad moderada a grave que no responden adecuadamente o no toleran tratamientos previos con uno o más fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) o inhibidores del factor de necrosis tumoral (anti-TNF).

¿Por qué es importante contar con ambas vías de administración?

Supone ampliar la capacidad de elección para un medicamento que ya sabíamos que es efectivo en la artritis reumatoide. Los pacientes podrán elegir la opción que más se ajuste a sus preferencias y estilo de vida, sabiendo que ambas son igual de eficaces y seguras. Probablemente sea la opción deseada por los pacientes más jóvenes, que no son dependientes del hospital de día. Además, la posibilidad de autoadministrarse ellos mismos el tratamiento les va a dar mucha más autonomía.

Entonces, ¿el paciente se podrá administrar el tratamiento en su propia casa?

Sí, es una de las ventajas más relevantes de este tratamiento. Se instruye al paciente para que se la ponga él

mismo, una dosis por semana. Las personas con problemas reumatológicos están muy acostumbradas a utilizar este tipo de administración. De hecho, otros FAME, como el metotrexato, también se utilizan en versión SC.

¿Esta nueva vía de administración sustituye a la anterior?

No, una no sustituye a la otra, sino que son complementarias. La SC será más adecuada para pacientes jóvenes, a los que les resulte más complicado desplazarse al hospital por falta de tiempo o por su trabajo. En algunos casos, como los pacientes con problemas de adherencia, el

“ La SC es más adecuada para pacientes jóvenes, a los que les resulta más complicado desplazarse al hospital por falta de tiempo o por su trabajo ”

médico elegirá seguir con la vía intravenosa, garantizando que esta persona cumple el tratamiento prescrito. Conviene que aquellos con problemas de movilidad, dificultades de desplazamiento, etcétera, tengan acceso a la nueva versión.

¿Qué otras ventajas aporta esta nueva versión del fármaco?

Puede ofrecer otras ventajas adicionales, incluso de tipo económico. Mientras que la dosis intravenosa se administra según el peso del paciente, eso es innecesario en la vía subcutánea al aplicarse a todos los pacientes por igual. De ese modo, pacientes con sobrepeso se van a poder beneficiar de dosis que quizás serían mayores con el tratamiento intravenoso, con el consiguiente coste. Para el profesional sanitario y para el centro también tiene aspectos positivos, contribuyendo a resolver problemas de estructura en el hospital y a reducir listas de espera.

La SORCOM celebra su 18º Congreso anual



Acto de inauguración del Congreso de la SORCOM.

En diciembre se ha celebrado el **18º Congreso de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM)**, un encuentro en el que se dieron cita más de 250 especialistas de la región.

Según afirmó la presidenta de la SORCOM, la Dra. Ana Cruz, reumatóloga del Hospital Universitario Se-

vero Ochoa de Leganés, “para garantizar la mejor atención posible para los pacientes con enfermedades reumáticas es imprescindible actualizar conocimientos en esta especialidad en la que se avanza enormemente no sólo en el campo del diagnóstico y detección precoz, sino también en el tratamiento, con nuevas terapias biológicas y en la investigación”.

Es imprescindible actualizar conocimientos para garantizar la mejor atención a los pacientes

Osteoporosis primaria en mujeres

Durante esta reunión se trataron temas como la actualización de las recomendaciones para valoración y tratamiento de la osteoporosis primaria en mujeres de la Comunidad de Madrid. “En este ámbito se realizó una puesta al día y se trató sobre la optimización de recursos en esta patología tan prevalente y sobre la importancia del reumatólogo en esta enfermedad”, explicó la Dra. Cruz.

Murcia: actualización de los avances en diagnóstico y tratamiento de patologías reumáticas

Más de 300.000 personas sufren alguna enfermedad reumática en Murcia y un alto porcentaje son niños. Por esto motivo, desde 2012 está en funcionamiento la Unidad de Reumatología Pediátrica en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Integrada por un reumatólogo y una pediatra, ambos han compartido su experiencia durante el VII Congreso de la Sociedad Murciana de Reumatología, celebrado en Cartagena. Este congreso, bajo la coordinación científica de los doctores José Gálvez Muñoz y Carlos Marras Fernández-Cid, ha ofrecido una actualización de los avances en el diagnóstico y en el tratamiento de las diversas patologías reumáticas.

Presentación del libro ‘Casos clínicos en Reumatología’

Durante estas jornadas se presentó el libro ‘Casos clínicos en Reumatología’, concebido para ser de utilidad a los estudiantes de Medicina y a los residentes de Reumatología, Medicina Interna y Medicina de Familia. Como destacó la doctora Encarnación Pagán, presidenta de la Sociedad Murciana, “esta publicación es de gran valor para la profesión, ya que en Reumatología no abundan los libros de casos clínicos y menos aún en lengua castellana”.

Más de 5.000 personas padecen artritis reumatoide (AR) en las Islas Baleares



De izquierda a derecha: Elena Martínez-Esparza, Dra. Ana Urruticochea, Alberto Fernández y Javier Serra.

“Más de 5.000 personas padecen artritis reumatoide (AR) en las Islas Baleares, llegando a 11.000 las que padecen espondiloartritis, patologías que se refieren a un conjunto de enfermedades reumáticas que engloban, entre las más representativas, la espondilitis anquilosante o la artritis psoriásica”, manifestó la Dra. Ana Urruticochea, reumatóloga del Servicio de Reumatología en el Hospital Can Misses de Ibiza, durante la jornada sobre Reumatología, organizada por la Associació de Malalties Reumàtiques d’Eivissa i Formentera, Amaref, y ConArtritis.

“La prevalencia de la AR en Baleares sigue la misma tendencia que en el resto de España, afectando al 0,5% de la población”, ha señalado el presidente de la Sociedad Española de Reumatología, Dr. José Vicente Moreno Muelas, que ha expuesto la conferencia ‘Recursos para personas con artritis’. “Esto implica que la cifra global de pacientes con AR en nuestro país está muy cercana a las 250.000 personas, según el estudio EPISER, y que cada

año se dan alrededor de 20.000 nuevos casos, mientras que en el área de Ibiza y Formentera más de 600 personas padecen esta enfermedad”, afirma.

Escasez de reumatólogos en Baleares

Las Islas Baleares cuentan en este momento con 13 reumatólogos en el sistema público de salud, lo que indica que existe un especialista por cada 60.000 habitantes. Sin embargo, esto no ocurre en el caso de Ibiza y Formentera que, con casi 150.000 habitantes, únicamente tienen un reumatólogo por isla. Esto supone un desequilibrio muy importante en comparación con el resto de Islas Baleares y de comunidades de España.

A la jornada también asistieron el presidente de Amaref Formentera, Javier Serra; el director de Gestión del área de Salud de Eivissa y Formentera, Alberto Fernández -que inauguró las Jornadas de artritis-; y la educadora social de la Asociación de Fibromialgia y Fatiga Crónica de Eivissa, Elena Martínez-Esparza.

En Galicia existe un reumatólogo por cada 80.000 habitantes

“En Galicia el ratio aconsejado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) –un reumatólogo por cada 40.000 habitantes– no se cumple, ya que está en torno a uno por cada 80.000 habitantes”, afirma el Dr. José Antonio Pinto Tasende, presidente de la Sociedad Gallega de Reumatología (SOGARE). Este es uno de los datos que se trataron y discutieron durante el XLIV Congreso de la Sociedad Gallega de Reumatología que acogió Ferrol.

Tal y como el Dr. Pinto comentó, “las zonas más perjudicadas son las principales urbes de Galicia y su área de influencia, aunque también hay alguna área menor con el

hospital comarcal y el reumatólogo de referencia a 100 kilómetros. No hay que olvidar, añade, que uno de cada cuatro gallegos padece alguna enfermedad reumática”.

El presidente de la Sociedad Gallega de Reumatología ha definido este Congreso como “muy completo”, ya que “se abordaron las patologías más representativas de la especialidad en una primera jornada más enfocada a los propios pacientes, con destacadas figuras nacionales e internacionales, mientras que la segunda jornada estuvo más dirigida a los reumatólogos, con especial énfasis en los avances en el último año en el tratamiento de dichas enfermedades”.



Biblioteca virtual Jaime Rotés Querol, un servicio con valor añadido

La biblioteca virtual Jaime Rotés Querol (JRQ) es un portal de recursos de información electrónica y servicios bibliotecarios para uso de todos los socios de la Sociedad Española de Reumatología (SER). Se trata de un servicio al socio de gran utilidad, ya que permite satisfacer las necesidades de información científica, de forma rápida y sencilla. Los interesados pueden encontrar recursos (gratuitos y de pago) y ayuda necesaria para su investigación.

Durante este año (hasta agosto) se han efectuado 3.265 descargas de revistas suscritas

¿CÓMO ACCEDER?

- 1 - A través de la página web de la SER (www.ser.es), ir a la plataforma de servicio al socio y entrar en Biblioteca Jaime Rotés Querol.
- 2 - Se pide la identificación con el nombre de usuario y contraseña. En caso de no recordarla se puede solicitar automáticamente facilitando el correo electrónico.
- 3 - Tras pulsar 'entrar' se accede a la página principal de la biblioteca que está estructurada en varias secciones.



¿QUÉ CONTIENE?

- Un **servicio de obtención de documentos** (SOD) y apoyo en búsquedas bibliográficas.
- Recursos y herramientas para la investigación como:
 - Catálogo de revistas 'A to Z' (revistas suscritas y otras de acceso libre).
 - Bases de datos bibliográficas y documentales.
 - Fuentes y productos de información multidisciplinares: directorios, diccionarios, enciclopedias, manuales, buscadores, metabuscadores, Medicina basada en la evidencia, etc.
 - Alertas bibliográficas.
 - Tesis.

¿CUÁLES SON SUS VENTAJAS?

- Acceso rápido y fácil a todos los recursos disponibles.
- Acceso al texto completo de los artículos de las revistas y plataformas suscritas (posibilidad de acceder directamente al listado alfabético de revistas 'A to Z').
- Mayor autonomía e independencia.
- Recursos actualizados.



Para más información, acceder a www.ser.es o ponerse en contacto con biblioteca@ser.es

[Dr. José Luis Andréu]

Fin de la etapa como **presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Reumatología**

El Dr. Andréu comienza nueva andadura como presidente electo de la Sociedad Española de Reumatología

Durante siete años el Dr. José Luis Andréu, jefe de Sección de Reumatología del Hospital Universitario de Puerta de Hierro (Majadahonda, Madrid), ha sido presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Reumatología, órgano asesor del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en asuntos relacionados con la formación especializada en Reumatología y dependiente de la Dirección General de Recursos Humanos. Ahora, comienza una nueva andadura como presidente electo de la Sociedad Española de Reumatología y hace una valoración sobre estos años en un cargo que, según comenta, ha sido "tremendamente enriquecedor". En las siguientes líneas destaca los avances y principales hitos que se han logrado.

“ Durante la etapa que ahora termina, hemos conseguido la publicación en el BOE de nuestra guía formativa; modificado los criterios de acreditación de unidades docentes, abriendo el camino para que siete nuevas unidades de Reumatología puedan formar residentes; elaborado un libro del residente que será de utilidad para supervisar y perfilar el itinerario formativo; y puesto a punto un sistema de evaluación clínica objetiva y estructurada para evaluar la excelencia de los residentes de cuarto año.

Además, hemos sacado adelante el trabajo de convalidación de títulos extranjeros o de itinerarios formativos de residentes que se cambiaban de especialidad, entre otras labores, quizás más rutinarias. Paso a paso, considero que hemos aportado nuestro granito de arena en la mejora de la formación y capacitación de los reumatólogos, lo que, sin duda, repercutirá en una mejora de la atención de los pacientes con enfermedades reumáticas.

Durante estos años, he contado con unos vocales de una categoría profesional, dedicación al trabajo y capacidad de innovación absolutamente espectaculares. Para ellos, mi máximo afecto y gratitud. ”

Dr. José Luis Andréu
Presidente electo de la SER



“ Hemos aportado nuestro granito de arena en la mejora de la **formación y capacitación de los reumatólogos**, lo que, sin duda, repercutirá en una **mejora de la atención de los pacientes** ”

LIRE, la Asociación de Divulgación de Fibromialgia y ConArtritis reciben las ayudas de la SER a proyectos por una mejor calidad de vida

El objetivo de estas ayudas es promover la prevención, mejorar el cumplimiento terapéutico y servir de apoyo social y psicológico para las personas que padecen alguna enfermedad reumática



La Dra. Romero y el Dr. Caracuel junto con algunas de las asociaciones premiadas.

La Sociedad Española de Reumatología (SER) ha concedido la segunda edición de las ayudas a las asociaciones de pacientes 'Por una mejor calidad de vida', una iniciativa que se integra en el ámbito de Responsabilidad Social Corporativa (RSC). Debido a la alta calidad de los proyectos presentados, este año el reparto de los 14.000 euros ha recaído en tres asociaciones: la Liga Reumatológica Española (LIRE), la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis) y la Asociación de Divulgación de la Fibromialgia.

Osteoporosis primaria en mujeres

Con una dotación de 8.000 euros, la LIRE pondrá en marcha el **'Mapa de recursos de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas de España'**, cuyo objetivo es crear y establecer un mapa de recursos asistenciales, tanto clínicos como sociales, para los pacientes con enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas. En este mapa se incluirá tanto el sector público como el privado. Desde la LIRE aseguran haber recibido con "gran satisfacción" el reconocimiento por parte de la SER y la consiguiente ayuda recibida. "La contribución -explican- irá destinada a la contratación de servicios externos a la LIRE a fin de implantar una metodología de trabajo para desarrollar el proyecto".

En segundo lugar de estas ayudas, se sitúa la Asociación de Divulgación de la Fibromialgia que ha recibido por parte de la SER 4.000 euros por su **'Guía debut en Fibromialgia'**. Como señalan desde la Asociación, se trata de una 'iniciativa innovadora en nuestro país que pretende informar sobre los aspectos más importantes que debe tener en cuenta un paciente a la hora de enfocar el afrontamiento de su enfermedad'. Esta guía será multidisciplinar, basada en la evidencia, con contenidos novedosos, de lenguaje fácil y comprensible y de acceso gratuito.

Un mapa de recursos de enfermedades reumáticas, una guía de debut en fibromialgia y la escuela de padres para niños con AR, los proyectos premiados

Por último, el proyecto **'Escuela de padres. Niñ@s con artritis'** de ConArtritis ha recibido 2.000 euros que contribuirán a dar información y orientación a los padres y cuidadores principales sobre las herramientas necesarias para afrontar positivamente la enfermedad de sus hijos, a la vez que se proporcionan distintas actividades a los niños y adolescentes que padecen una artritis. El objetivo, como señalan desde la asociación, es "dotar a los padres y/o cuidadores de herramientas que los conviertan en agentes de salud y de estrategias que les ayuden a afrontar las distintas situaciones que puedan surgir".

Con estas ayudas, la SER tiene como objetivo contribuir a la planificación y desarrollo de actividades que mejoren la calidad de vida de los afectados por patologías reumáticas. Se trata de una iniciativa que busca fomentar la autonomía de las asociaciones y los pacientes, así como la puesta en marcha de proyectos que contribuyan a promover la prevención y el cumplimiento terapéutico, además de servir de apoyo social y psicológico para las personas que padecen alguna enfermedad reumática.

En el marco de la iniciativa 'Run for Rheumatology' de la SER

La mitad de los encuestados durante la jornada padecían dolor articular, pero no habían acudido al reumatólogo



1



2



3

1. La Dra. Montserrat Romera entregando las medallas a los niños que participaron en el apartado infantil. 2. Pistoletazo de salida de la carrera. 3. Con los ganadores de la carrera.

La mayoría de personas, incluso aunque padezcan dolor articular u otros síntomas compatibles con una enfermedad reumática, no acuden al reumatólogo, según concluye una encuesta realizada en el marco de 'Run for Rheumatology'. Esta iniciativa, impulsada por la Sociedad Española de Reumatología (SER), se tradujo en un conjunto de carreras y caminatas populares, celebradas recientemente en la sierra madrileña con el objetivo de concienciar a la población sobre la importancia del diagnóstico precoz en las enfermedades reumáticas.

En concreto, más de medio millar de personas que acudieron al stand de la SER participaron en una encuesta de detección precoz de patologías reumáticas

Más de medio millar de personas participaron en una encuesta de detección de patologías reumáticas

(que también está disponible en www.masqueundolor.com). Dicho stand estuvo coordinado por reumatólogos que contaron con ecógrafos para evaluar a las personas que, según los resultados de la encuesta, presentaban posibilidades de padecer alguna afección reumática.

El tiempo que transcurre desde el inicio de los síntomas y la instauración de un tratamiento antes de que se produzcan daños irreversibles es clave para el pronóstico y la calidad de vida futura de los pacientes con enfermedades reumáticas”, afirma la Dra. Montserrat Romera, portavoz de la SER para esta iniciativa. “El reumatólogo, como especialista de la patología del aparato locomotor, es el médico de referencia para determinar si un dolor puede ser debido a alguna de las más de 250 enfermedades reumáticas que existen”, subraya la doctora.



Dra. Romera y Dr. Caracuel.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Más de la mitad de los encuestados afirmaron tener síntomas como dolor en las articulaciones o dolor de espalda (especialmente por las mañanas). Signos que, en la mayoría de los casos (68%), llegaban a afectar a actividades importantes de la vida cotidiana, como el cuidado personal o la vida laboral. Otro porcentaje relevante (70%) afirmó que el dolor le llegaba a dificultar conciliar el sueño.

Para las personas interesadas en conocer si podrían padecer una enfermedad reumática, la SER dispone de la encuesta en la web www.masqueundolor.com, siempre con la recomendación de que acudan a su reumatólogo.



II Congreso de pacientes con enfermedades reumáticas

Desde el pasado año, la Sociedad Española de Reumatología, impulsa una nueva línea estratégica centrada en el desarrollo de proyectos y actividades dirigidas a la mejora de la calidad de vida de aquellas personas que sufren enfermedades reumáticas. Este compromiso se materializó en la celebración del I Congreso de pacientes con enfermedades reumáticas, un evento que resultó enormemente exitoso, tanto por la asistencia como por el contenido que se trató en el mismo.

Debido a la gran aceptación de este evento, ya se ha puesto en marcha la segunda edición, que tendrá lugar durante el 2015. El comité científico está

En marcha la elaboración de contenidos de interés

terminando de diseñar el programa para que sea de gran utilidad e interés para los asistentes. Se tratarán temas como la equidad del sistema sanitario, el papel del reumatólogo, las redes sociales, los biosimilares, el programa de paciente experto y las asociaciones de pacientes del futuro, entre otros muchos.



[Dr. Juan D. Cañete]



La actualización de la Espoguía

Esta puesta al día será de gran utilidad para el manejo de espondiloartritis y artritis psoriásica

El Dr. Juan D. Cañete, reumatólogo del Hospital Clínic de Barcelona es el especialista que lidera la actualización de Espoguía, la guía de práctica clínica sobre el manejo de los pacientes con espondiloartritis de la Sociedad Española de Reumatología, que cuenta con la colaboración de AbbVie. A continuación, nos detalla los objetivos y ventajas sobre este nuevo documento, que se espera esté terminado para finales de 2015.

¿Por qué se ha decidido hacer una actualización de la Guía de práctica clínica Espoguía?

La búsqueda sistemática de la literatura de la última edición de la Espoguía se llevó a cabo en octubre de 2008. Desde entonces no se realizó una revisión exhaustiva de su contenido. Dado el enorme volumen de evidencia que se genera en el ámbito de las ciencias de la salud, es necesario que el contenido de este tipo de documentos, que incluyen recomendaciones basadas en la evidencia, sean sometidos a un proceso periódico de revisión y/o actualización que garanticen la vigencia de sus recomendaciones.

Los catálogos internacionales (National Guideline Clearinghouse) y nacionales (GuiaSalud) de calidad de Guías de Práctica Clínica establecen que estas han debido ser desarrolladas o revisadas durante los últimos cinco años para considerarlas como un documento aún vigente.

¿Qué objetivos se han planteado?

Los objetivos de esta nueva versión se centran en dos aspectos: dar recomendaciones relacionadas con el tratamiento de las espondiloartritis axiales (incluida la espondilitis anquilosante) y con el tratamiento de la artritis psoriásica. No sólo desde el punto de vista de la Reumatología sino también desde el punto de vista de otros profesionales sanitarios. En esta edición hemos contado con especialistas en Dermatología, Rehabilitación y Oftalmología, así como de Enfermería y representantes de pacientes.

¿Qué beneficios puede aportar la actualización de esta guía para los reumatólogos?

A través de las respuestas basadas en la evidencia y el consenso de las preguntas planteadas en la Espoguía,

esperamos establecer recomendaciones que ayuden al reumatólogo en el manejo terapéutico de estas dos patologías en el paciente adulto.

¿Y para los pacientes?

En esta edición pretendemos incorporar un capítulo que incluya, en un lenguaje sencillo, información de utilidad dirigida a pacientes y representantes que padezcan alguna de estas dos patologías.

“Es necesario revisar y actualizar estos documentos para garantizar la vigencia de sus recomendaciones”

¿En qué aspectos fundamentales considera que ha podido cambiar la atención para los pacientes con espondiloartritis y artritis psoriásica en los últimos cinco años?

Con el desarrollo de nuevos criterios de clasificación de la espondiloartritis, que incluyen la espondiloartritis no radiológica, y de los criterios CASPAR de clasificación de la artritis psoriásica, se ha dado un gran paso para el reconocimiento y tratamiento temprano de ambas enfermedades. Se han realizado estudios epidemiológicos y de seguimiento de cohortes de pacientes que demuestran que el diagnóstico y tratamiento temprano son cruciales para el control óptimo de la enfermedad y la prevención de secuelas.

La experiencia adquirida con el uso de las terapias anti-TNF alfa permite optimizar estos tratamientos y conseguir una mayor eficiencia en su aplicación, contemplando la opinión del paciente en la valoración de los resultados. Los avances en el conocimiento de la fisiopatología de estas enfermedades han culminado en el desarrollo de nuevas terapias, algunas de las cuales estarán en el mercado el próximo año, que, sin duda, aumentarán nuestra capacidad para seguir mejorando la salud y calidad de vida de estos pacientes.



¿Qué
debo
saber...

... sobre el manejo del síndrome del túnel carpiano?

Autor



► **Dr. José Luis Andréu**

Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario Puerta de
Hierro Majadahonda (Madrid)

El síndrome del túnel carpiano (STC) es la neuropatía por atrapamiento más frecuente. Se produce por la compresión extrínseca del nervio mediano a su paso por el túnel del carpo. Afecta hasta a un 10% de la población adulta, con frecuencia es bilateral y muestra predilección por el sexo femenino. En la tabla 1 aparecen posibles causas del STC pero la mayoría son idiopáticos y se deben a la presencia constitucional de un túnel carpiano largo y estrecho. Las actividades físicas profesionales que requieren el uso repetitivo de las manos ejercitando fuerza de presión son un claro factor de riesgo para el desarrollo del síndrome.

El STC reviste un especial interés en el ámbito de la Reumatología, ya que puede ser la forma de debut de diferentes procesos generalizados, como la artritis reumatoide o la artritis psoriásica.

Dolor y parestesias

Clínicamente se manifiesta por dolor y parestesias en los tres primeros dedos de la mano y borde radial del cuarto dedo. Los síntomas aparecen con mayor frecuencia durante el descanso nocturno o tras periodos prolongados

de reposo, en los que la muñeca tiende a adoptar una postura mantenida en flexión que conduce a un aumento de la presión en el túnel del carpo. Es muy típico el alivio de los síntomas cuando el paciente sacude enérgicamente la mano. Cuando la compresión persiste, aparece hipoestesia y debilidad. El examen físico revela un signo de Tinel y una maniobra de Phalen positivos (Figura 1). En los casos más avanzados se desarrolla atrofia tenar y debilidad para la abducción y oposición del pulgar.

**Las profesiones
que requieren el
uso repetitivo
de las manos
ejerciendo
presión son un
factor de riesgo**

Aunque los datos de la anamnesis y exploración son muy sugestivos del diagnóstico de STC, la sospecha clínica se confirma mediante el estudio neurofisiológico, que pone



El STC se produce por la compresión extrínseca del nervio mediano a su paso por el túnel del carpo.

de manifiesto unas velocidades de conducción reducidas, unas latencias prolongadas y, en los casos severos, unos potenciales motores reducidos.

Fiabilidad en diagnóstico de la ecografía

Recientemente, la ecografía de partes blandas ha demostrado su fiabilidad en el diagnóstico del STC, existiendo una buena correlación entre la presencia neurofisiológica de un STC y el aumento de la sección del nervio mediano, medido mediante la ecografía transversal del nervio. No obstante, el estudio neurofisiológico aporta información muy relevante sobre el compromiso funcional del nervio y sobre la gravedad de la afectación, lo que puede condicionar implicaciones pronósticas y de elección del tratamiento.

Tratamiento

El tratamiento del STC debería ser conservador en los casos leves. Consiste en el uso de fé-

rulas para mantener la muñeca en posición neutra, antiinflamatorios no esteroideos y readaptación del puesto laboral. En los casos persistentes y sin compromiso moderado-grave en el estudio neurofisiológico, las infiltraciones locales con corticosteroides son muy eficaces a medio plazo y más de la mitad de los casos no requieren más intervenciones terapéuticas en seguimientos prolongados de hasta siete años. En mi práctica clínica infiltro con 40 mg de acetónido de triamcinolona en 1ml. En caso de que la sintomatología persista 15 días después, realizo una segunda y última infiltración.

En los casos moderados-graves, cuando existe compromiso neurológico en el examen físico o en los casos refractarios a las medidas conservadoras y a la tanda de dos infiltraciones, la cirugía de liberación seccionando el ligamento transversal del carpo es curativa en el 85% de los casos.

La ecografía de partes blandas ha demostrado su fiabilidad en el diagnóstico del síndrome del túnel carpiano

➤ **Tabla 1. Causas del síndrome del túnel carpiano**

LESIONES OCUPANTES DE ESPACIO		
Ganglión	Hipertrofia del ligamento anular anterior del carpo	
Hemangioma	Anomalías del desarrollo muscular	
Osteoma osteoide	Callo de fractura	
Lipoma		
TENOSINOVITIS EN EL SENO DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS		
Artritis reumatoide	Esclerosis sistémica	
Espondiloartropatías	Polimiositis/dermatomiositis	
Lupus eritematoso sistémico	Polimialgia reumática	
ARTRITIS MICROCRISTALINAS		
Gota	Enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato	
PROCESOS ENDOCRINOLÓGICOS		
Diabetes mellitus	Hipotiroidismo	Acromegalia
INFECCIONES		
Osteomielitis	Enfermedad gonocócica diseminada	
Artritis y tenosinovitis sépticas		
ACTIVIDADES PROFESIONALES		
Músicos	Carniceros	Mecanógrafos
TRAS PUNCIÓN VASCULAR		
Hematoma	Flebitis	
HEREDITARIAS		
Amiloidosis familiares	Parálisis familiar	
Pleonosteosis de Léri		

Lo mejor de ACR

Los resúmenes de los mejores contenidos del Congreso anual del American College of Rheumatology (ACR) ya están disponibles en la plataforma on-line ACR Review, una iniciativa de la Sociedad Española de Reumatología que ha contado con la colaboración de Lilly



Estos vídeos, que recogen las principales novedades del Congreso ACR, han sido realizados por seis expertos de renombre en el campo de la Reumatología y están divididos en las siguientes áreas temáticas: artritis reumatoide clínica, tratamiento de la artritis reumatoide, enfermedades autoinmunes sistémicas, espondiloartropatías, Ciencia básica y miscelánea.

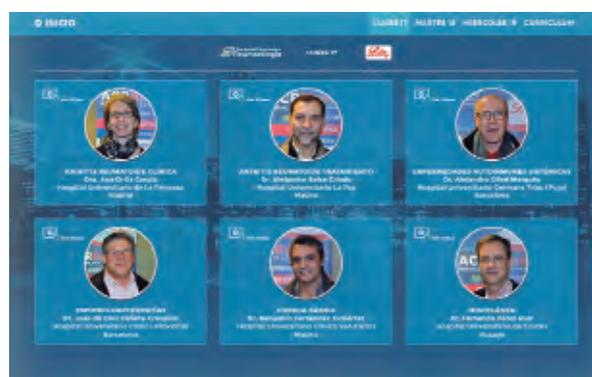
Contenidos audiovisuales

En esta plataforma se pueden visualizar los vídeos grabados por los mismos expertos y emitidos los días 17, 18 y 19 de diciembre en *streaming* durante el congreso estadounidense, con el objetivo de que todos aquellos socios que no pudieron desplazarse al mismo tengan información actualizada de las últimas novedades en Reumatología. Una iniciativa en la actualización de conocimientos de forma inmediata y a tiempo real.

Los socios que no pudieron desplazarse tienen información actualizada sobre Reumatología

Además, en esta plataforma podrás visualizar la grabación, realizada en Boston durante los días del Congreso, de los resúmenes de los trabajos aceptados ACR de aquellos socios que este año fueron becados por la Fundación Española de Reumatología (FER).

Los delegados de Lilly son los encargados de distribuir el link de acceso a todos los contenidos de la plataforma.



Récord histórico de la presencia de la SER en ACR

Hacemos un repaso a la presencia de la SER en ACR 2014

Durante la edición 2014 de ACR se han aceptado 86 becas a socios de la SER. Además, nuestros socios han destacado en investigación, tanto clínica como básica.

Las tablas que ofrecemos a continuación describen los temas de mayor a menor número, según el primer autor firmante, por centros y enfermedad. El centro que más trabajos aceptados ha tenido es el Hospital Marqués de Valdecilla (12), seguido del Hospital de Bellvitge (11) y del Hospital Juan Canalejo (10).

En la edición 2014 de ACR se han aceptado 86 becas a socios de la SER

Por su parte, las doctoras Leyre Riancho y Montserrat Santos, ambas del Hospital Marqués de Valdecilla, han destacado por presentar cada una cinco trabajos.

HOSPITAL	NÚMERO
Hospital Marqués Valdecilla (Santander)	12
Hospital Bellvitge (Barcelona)	11
Hospital Juan Canalejo (A Coruña)	10
Clinic Barcelona (Barcelona)	8
Hospital La Paz (Madrid)	8
Hospital 12 Octubre (Madrid)	6
Hospital Valle Hebrón (Barcelona)	4
Hospital Germans Trias i Pujol (Barcelona)	3
Hospital Marina Baixa (Alicante)	3
Inst. López Neyra (Granada)	3
Clínica Cantabria (Santander)	2
Hospital Clínico Madrid (Madrid)	2
Hospital Clínico Santiago (A Coruña)	2
Hospital La Princesa (Madrid)	2
Hospital Reina Sofía (Córdoba)	2
Hospital 9 Octubre (Valencia)	1
Hospital Cruces (Vizcaya)	1
Hospital Ferrol (A Coruña)	1
Hospital General Asturias (Oviedo)	1
Hospital La Fe (Valencia)	1
Hospital Clínico Salamanca (Salamanca)	1
Hospital San Cecilio (Granada)	1
Hospital Universitario de Canarias (Tenerife)	1

ENFERMEDAD	NÚMERO
Investigación básica	21
Artritis reumatoide	18
Colagenopatías	15
Vasculitis	9
Espondiloartritis	8
Biológicos	4
Fibromialgia	4
Uveítis	4
Gota	1
Hipofosfatasia	1
Incapacidad temporal	1

PRÓXIMOS CURSOS 2015

De enero a octubre
ESCUELA DE
ECOGRAFÍA
2015
 Con la colaboración
 de **Abbvie**.

13 y 14 de febrero
CURSO BÁSICO
DE PATOLOGÍA
OCULAR
INFLAMATORIA
 Con la colaboración
 de **MSD**.

27 y 28 de febrero
CURSO DE
REUMATOLOGÍA
PEDIÁTRICA
 Madrid. Con la
 colaboración
 de **Roche**.

10 y 11 de abril
XIV CURSO
DE TUTORES
Y RESIDENTES
 Lisboa. Con la
 colaboración de **UCB**.

17 y 18 de abril
IV EDICIÓN
DEL CURSO DE
POSTGRADUADOS
 Madrid. Con la
 colaboración de **Roche**.

Se pueden consultar los programas de cada curso en la web de
 la Sociedad, en <http://www.ser.es/formacion/Cursos.php>

La SER realiza una campaña para **fomentar la detección de enfermedades reumáticas en empleados de RTVE**

Durante una semana, un equipo de reumatólogos atendió las dudas y consultas de la plantilla de este medio de comunicación



La Sociedad Española de Reumatología (SER) ha puesto en marcha una campaña para fomentar la detección precoz de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas entre los trabajadores de RTVE. Esta iniciativa se enmarca en la campaña 'Más que un dolor' (www.masqueundolor.com), que cuenta con la colaboración de AbbVie, y que busca promover el diagnóstico precoz y la correcta derivación al especialista, así como mejorar la información sobre este tipo de dolencias, que se estima afectan a uno de cada cuatro españoles mayores de 20 años.

Con este objetivo, durante una semana, un equipo de reumatólogos pasó consulta y atendió las dudas de los empleados que lo desearon en cuatro sedes de RTVE (dos en Madrid y dos en Barcelona). Además, estos profesionales médicos ofrecieron consejos para prevenir estas dolencias o para, si ya se padecen, hacer frente a sus síntomas y atenuar, en la medida de lo posible, el dolor que provocan.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades reumáticas en su conjunto suponen la primera causa de incapacidad física en el mundo occidental. Además, se estima que entre el 17 y el 19% de las incapacidades laborales están provocadas por alguna de las más de 250 patologías reumáticas.

Hay que esforzarse por estar activos, incluso en el trabajo. Se recomienda caminar y trabajar lumbares, abdominales, brazos, trapecio y cuello

Cuidarse también en el trabajo

Desde la SER se insiste en que hay que hacer un esfuerzo por estar activos, incluso en el entorno de trabajo. Se recomienda buscar tiempo para caminar, así como para trabajar los músculos lumbares, los abdominales, los brazos, el trapecio y el cuello.

En concreto, es básico mantener una correcta postura durante la jornada laboral para evitar dolencias tan frecuentes como la lumbalgia o la cervicgia. También es importante aprender a coger peso de forma adecuada y, sobre todo, hay que intentar mantener una musculatura fuerte en la espalda para conseguir que, si llega, el dolor pase rápido.

Los niños también pueden sufrir vasculitis

Su causa es desconocida, pero una respuesta inmunológica inapropiada podría ser desencadenada por uno o más agentes externos (ambientales o infecciosos) que actuarían en individuos genéticamente susceptibles

Los niños, aunque de modo poco frecuente, también pueden sufrir vasculitis, un conjunto de enfermedades cuyo nexo en común es la inflamación de los vasos sanguíneos (arterias, venas...), que provocan alteraciones variables en los mismos, desde dilataciones o aneurismas hasta estenosis o disminución del flujo vascular. “Su causa es desconocida, pero existe una respuesta inmunológica inapropiada que podría ser desencadenada por uno o más agentes externos (ambientales o infecciosos) que actuarían en individuos genéticamente susceptibles”, según ha puesto de manifiesto la Dra. Paz Collado, reumatóloga del Hospital Universitario Severo Ochoa de Madrid, en el marco del Curso de Vasculitis de la Sociedad Española de Reumatología que se ha celebrado este fin de semana en Madrid.

Las vasculitis más frecuentes en niños son la Enfermedad de Kawasaki y la Púrpura de Schönlein-Henoch

Signos de alerta

Para la Dra. Collado existen ciertos hallazgos clínicos, como fiebre prolongada de origen desconocido, determinadas lesiones cutáneas, afectación multisistémica (especialmente renal, pulmonar o cardiovascular) y/o neuropatía periférica de causa no determinada, que deben hacer considerar la posibilidad diagnóstica de un cuadro de vasculitis, particularmente en los niños más pequeños. A su juicio, “con frecuencia, el diagnóstico en los niños suele ser difícil y,



consecuentemente, tardío, lo cual suele asociarse a una importante morbi-mortalidad”.

Las vasculitis más frecuentes en la infancia son la Enfermedad de Kawasaki (EK) y la Púrpura de Schönlein-Henoch (PSH), ambas son vasculitis multisistémicas, agudas y de curso autolimitado en la mayoría de los casos, pero existe un riesgo de daño renal descrito en algunos pacientes PSH y nefritis, y un riesgo de desarrollar aneurismas coronarios en la EK. “Estas vasculitis infantiles suelen ser autolimitadas con buen pronóstico, aunque en ocasiones recurren o se complican”, ha indicado la doctora Collado.





DOCUMENTO DE POSICIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA SOBRE FÁRMACOS BIOSIMILARES

Desde la Sociedad Española de Reumatología (SER) manifestamos nuestro inequívoco compromiso con la sostenibilidad del sistema sanitario de nuestro país y nos alineamos con las medidas que, sin reducir la calidad asistencial, estén encaminadas a asegurar su continuidad. En esta línea, consideramos que, probablemente, la llegada de los fármacos biosimilares (BS) va a mejorar el acceso de los pacientes reumáticos a las terapias biológicas.

En este nuevo escenario de incremento de la oferta terapéutica de biológicos, desde la SER consideramos imprescindible preservar la libertad de prescripción de los médicos que realizan la indicación de fármacos según las características y circunstancias individuales de cada paciente, sin olvidar los aspectos económicos que se derivan de dicha actuación.

Los requerimientos para la comercialización de fármacos BS son muy estrictos y están muy armonizados entre las principales agencias reguladoras, lo que garantiza que la autorización de un BS se basa en la demostración de que las diferencias con respecto al medicamento innovador no tienen ningún efecto relevante sobre la seguridad y eficacia clínica del producto.

La SER, en consonancia con la Agencia Europea del Medicamento (EMA), considera que no se puede equiparar un BS a un genérico. Mientras que un fármaco genérico es una copia química exacta de su fármaco modelo, el BS pueden mostrar diferencias potencialmente relevantes en su estructura respecto al fármaco innovador debido a que sus procesos de producción no son idénticos.

Por tanto, la SER quiere poner de manifiesto sobre los fármacos BS que:

1. Un fármaco biosimilar es un fármaco biológico que es producido según las exigencias específicas de la EMA y debe demostrar similitud con su fármaco de

referencia en cuanto a calidad, actividad biológica, seguridad y eficacia, en el marco de ensayos clínicos de comparación directa aleatorizados doble ciego.

2. La elección de un fármaco innovador o su BS es responsabilidad exclusiva del médico prescriptor.

3. Los fármacos BS no son genéricos de sus fármacos de referencia por lo que no son sustituibles. El intercambio de un biológico por su BS es un acto médico que debe ser realizado exclusivamente por el médico prescriptor, con el consentimiento del paciente.

4. La SER entiende que, para una asistencia de máxima calidad, las instituciones hospitalarias deben garantizar que todos los fármacos biológicos y BS que estén financiados por las autoridades sanitarias de nuestro país para el manejo de las enfermedades reumáticas deben estar disponibles en todos los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

5. Ya que los fármacos BS están sujetos a un seguimiento de seguridad igual que al de sus fármacos de referencia, es necesario crear registros de farmacovigilancia específicos. La SER tiene amplia experiencia en estos registros y se ofrece para llevar a cabo estos estudios de seguridad.

6. La trazabilidad de los medicamentos biológicos es un elemento de calidad que permite asignar de forma específica a cada lote y producto las sospechas de reacciones adversas. Actualmente al BS se le asigna el mismo denominador común internacional (DCI) que al innovador por lo que la prescripción debe de realizarse por marca comercial con la finalidad de conseguir una trazabilidad adecuada.

7. En el caso de que el fármaco biológico de referencia tenga más de una indicación, la extrapolación de indicaciones debe justificarse según los estándares de

la EMA, y en caso de ser necesario, demostrarse individualmente para cada indicación autorizada mediante ensayos clínicos de comparación directa aleatorizados doble ciego con el fármaco de referencia. La demostración de eficacia y seguridad de un BS para una indicación determinada puede no ser la misma que para una segunda indicación en la que el fármaco biológico de referencia ha demostrado eficacia y seguridad.

8. El uso óptimo de los BS requiere diálogo e interacción continuos entre médicos, farmacólogos y entidades reguladoras, con la intención de preservar el derecho a la salud de los pacientes, con el objetivo de ofertar a los mismos, productos de calidad eficaces y seguros.

9. Este posicionamiento de la SER se actualizará periódicamente a la luz de nuevas evidencias, estimándose la próxima dentro de dos años.

ASOCIACIONES DE PACIENTES QUE MUESTRAN SU ADHESIÓN A ESTE DOCUMENTO:



Un especialista que actualiza sus conocimientos realizará una asistencia de excelencia

El curso Reumatopics alcanza su tercera edición y revisa áreas tan diversas como la artritis reumatoide, las espondiloartropatías, la artritis por microcristales o la esclerosis sistémica

“La Reumatología es una especialidad en constante cambio, y los profesionales debemos estar al tanto de todo lo que ocurre. Es una especialidad muy viva que requiere una actualización contante. Un especialista que no actualiza sus conocimientos de forma periódica, no podrá realizar una asistencia de excelencia”, ha manifestado el Dr. Xavier Juanola, coordinador, junto al Dr. Fernando Pérez, de la tercera edición del curso de Reumatopics, impartido por la Sociedad Española de Reumatología, en colaboración con Menarini.

Durante el curso, se trataron las novedades y temas que han generado discusión en la especialidad durante el último año. “Se trata de una actualización de lo que ha acontecido en la especialidad”, ha aclarado el Dr. Juanola. Como señala el Dr. Pérez, también coordinador de la Comisión de Educación y Formación de la SER, “Reumatopics nació como un curso con formato de discusión basado en la evidencia científica y presentada por expertos en cada tema sobre controversias planteadas en situacio-

nes de práctica clínica. Por tanto, intenta abordar situaciones en la práctica de la Reumatología en la que los especialistas perciben que una información bimodal sobre posibles formas de actuación puede ser de utilidad”.

Menos mortalidad en las enfermedades reumáticas

Los coordinadores del curso han destacado la diversidad del temario, que ha incluido áreas diversas como la artritis reumatoide, las espondiloartropatías, las artritis por microcristales o la esclerosis sistémica, desde perspectivas de sus mecanismos patogénicos, el empleo de técnicas de imagen, las complicaciones y el tratamiento.

Además, como ha destacado el Dr. Juanola, se ha hablado sobre las complicaciones de estas enfermedades y cómo ha disminuido su mortalidad, ya que “existen nuevos tratamientos y criterios diagnósticos que contribuyen a que estos datos sean cada vez más esperanzadores”.

La lucha contra la artritis psoriásica

‘Acción Psoriasis’ pone en marcha una web sobre la artritis psoriásica, una enfermedad que padecen más de 200.000 españoles

La artritis psoriásica, una enfermedad inflamatoria crónica que afecta gravemente a las articulaciones de las personas que ya tienen psoriasis en su piel, ha sido el tema principal del Día Mundial de la Psoriasis, que en 2014 ha tenido como lema ‘#objetivopsoriasis, construyendo el futuro’. ‘Acción Psoriasis’ pretende, con este eslogan, transmitir a la sociedad el esfuerzo que pacientes y familiares realizan día a día para mejorar la calidad de vida de todas las personas que sufren psoriasis y artritis psoriásica.

En la actualidad, alrededor de un 20% de los pacientes con psoriasis en España, unos 200.000 de los 1,1 millones que hay en nuestro país, pueden desarrollar artritis psoriásica. Esta patología no se detecta con facilidad y, si no se trata de forma ade-

En la actualidad, alrededor de un 20% de los pacientes con psoriasis pueden desarrollar artritis psoriásica

cuada y precoz, produce lesiones irreversibles con grave discapacidad, en más de un tercio de los casos. Para los pacientes de psoriasis uno de los principales temores es que su dolencia crónica pueda derivar hasta este tipo de artritis.

<http://www.accionpsoriasis.org>



Algunas imágenes de la web de artritis psoriásica.

Las nuevas directrices ACR otorgan mayor relevancia a abatacept para el manejo de la AR

El Dr. Santiago Muñoz Fernández, jefe de Sección de Reumatología del Hospital Universitario Infanta Sofía de Madrid, explica una de las novedades de las nuevas directrices del Colegio Norteamericano de Reumatología (ACR, en sus siglas en inglés) en el ámbito de la artritis reumatoide (AR)

¿Por qué se deben actualizar las recomendaciones de las guías?

En el ámbito de la Reumatología es necesario realizar una continua actualización de las guías de recomendaciones debido a los constantes avances en las opciones terapéuticas, como es el caso de la artritis reumatoide, cuyo tratamiento ha ido evolucionando enormemente. Estos documentos se diseñan para ayudar a los especialistas en el manejo terapéutico de pacientes reumáticos, en función de la enfermedad, ya sea de reciente diagnóstico o ya establecida.

Durante el congreso anual del ACR se presentó un avance de la actualización preliminar de sus nuevas recomendaciones para el manejo de la AR. Estas directrices coinciden, en líneas generales, con otras publicadas recientemente por otras sociedades científicas como EULAR o la propia Sociedad Española de Reumatología, en las cuales se opta por dar más oportunidades terapéuticas a los pacientes cuando fracasan los FAMEs clásicos.

¿Qué novedad terapéutica destacaría en el ámbito de artritis reumatoide?

En concreto, estas directrices respaldan a abatacept (comercializado como Orencia®) de modo que éste fármaco –que actúa como modulador selectivo de la coestimulación de linfocitos T- adquiere un mayor protagonismo pasando a estar recomendado como primera línea de tratamiento biológico, tanto en patología reciente como establecida, y como fármaco con ciertas ventajas ante situaciones de riesgo, como historial de infecciones previas o ciertas neoplasias. Así, este medicamento pasa a estar consi-



derado como un fármaco de elección en condiciones similares a los anti-TNF.

¿Qué es lo que varía en la práctica clínica?

Anteriormente, se solía añadir al FAME clásico un anti-TNF dejando el bloqueo de otras dianas para cuando estos fármacos fracasaban. Con las nuevas directrices, el médico –de acuerdo con el paciente- podrá optar por el mejor tratamiento posible en función de las necesidades del mismo. Se demuestra que el TNF no es la única diana posible a bloquear en el paciente con AR cuando se decide por primera vez añadir un tratamiento biológico.

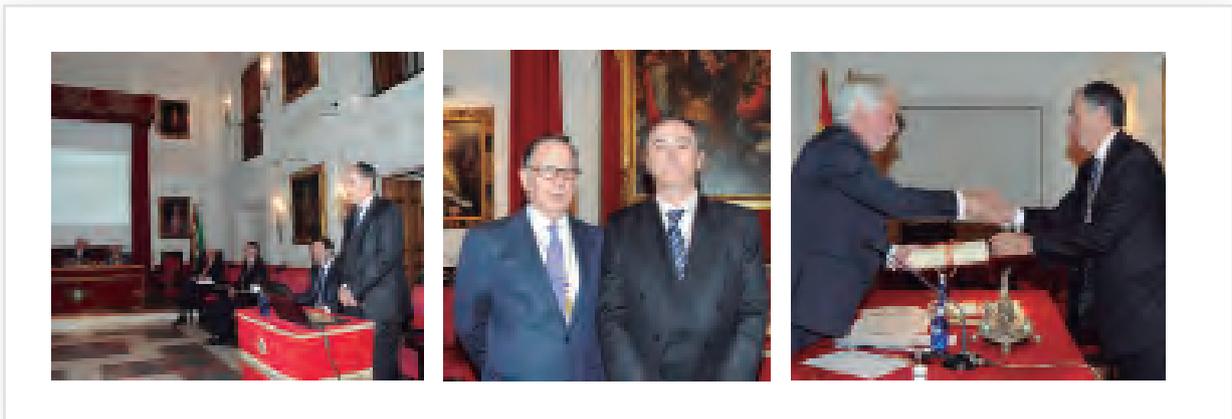
No obstante, los médicos tendremos que buscar datos clínicos que nos ayuden a elegir el fármaco idóneo, por ejemplo, frente a las comorbilidades. En este sentido, se ha demostrado que un tratamiento a largo plazo con abatacept se asocia con bajas tasas de incidencia de infecciones graves, neoplasias malignas y trastornos autoinmunes.

¿Qué estudios respaldan la eficacia de abatacept?

Se podría destacar el estudio AMPLE que demuestra que abatacept es un fármaco con una eficacia clínica y radiológica similar a un biológico anti-TNF clásico y que, además, se mantiene a lo largo del tiempo. De este modo, los datos de eficacia clínica y radiológica de este fármaco, en primera línea de tratamiento, se van confirmando de año en año.

Dr. Sánchez Bursón, académico de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla

En la actualidad ocupa el cargo de tesorero en la Sociedad Española de Reumatología



El Dr. Sánchez Bursón impartiendo su conferencia, junto con el Dr. Munían y recibiendo el diploma acreditativo del Dr. Jesús Castineiras.

El Dr. Juan Sánchez Bursón, actual tesorero de la Sociedad Española de Reumatología (SER) y reumatólogo del Hospital Universitario de Valme (Sevilla), ha sido nombrado académico de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, que cuenta con 321 años de historia y es la más antigua de toda Europa.

El pasado mes de noviembre se celebró un acto solemne para la recepción de nuevos académicos correspondientes. En dicho encuentro, el Dr. Sánchez Bursón impartió la conferencia 'Artritis reumatoide. De la de-

pendencia a la libertad', en la que relató la evolución de todos los tratamientos en la historia reciente de esta enfermedad hasta nuestros días y el gran avance que ha supuesto la llegada de la terapia biológica. El Dr. Miguel Ángel Munían, catedrático y reumatólogo, fue el encargado de la presentación.

La clausura del acto corrió a cargo del Excmo. Sr. Presidente, Dr. D. Jesús Castiñeiras Fernández, quien impuso las medallas académicas y entregó los diplomas acreditativos a los nuevos académicos.

Encuentro con la Alianza General de Pacientes

La Dra. Montserrat Romera, reumatóloga del Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona) y responsable de la Comisión de Comunicación y Relaciones con Pacientes de la SER, participó en un encuentro con la Alianza General de Pacientes (AGP) en el que puso de manifiesto las diferencias que existen en el acceso a las terapias biológicas por comunidades autónomas e incluso por centros de una misma localidad. Sin embargo, subrayó que en la práctica nadie se queda sin recibir su tratamiento "aunque muchas veces haya que luchar por ello". Además, abogó por destinar más recursos a la prevención de enfermedades y a la educación de la población.



Dra. Montserrat Romera, reumatóloga del Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona).