

LOS REUMATISMOS

Publicación oficial de la  Sociedad Española de
Reumatología

DICIEMBRE
2015
AÑO 12 | Nº 70



I^{er} SIMPOSIO MULTIDISCIPLINAR DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA

VIGO 26 & 27 FEB 2016

►► INVESTIGACIÓN

Espoguía 2015: objetivos,
recomendaciones y avances

pág. 22

►► FORMACIÓN

Becas SER para el Congreso
ACR 2015

pág. 32

Servicio patrocinado por:



Biblioteca **virtual**

JAIME ROTÉS QUEROL


Sociedad Española de
Reumatología

Fácil, moderna y accesible.

Visita la nueva web
bibliotecavirtual.ser.es

Para más información: **www.ser.es**

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 Ortega,
 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

Redacción:

Isabel Ballina

Publicidad:

Raúl Frutos Hernanz

Asesoría, edición, diseño gráfico y maqueta:

ahora Inforpress es

ATREVIA

Departamento de Plataformas

Entidades que han colaborado en este número:

Abbvie, Bristol-Myers Squibb,
 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 €

Balance positivo

Cerramos 2015 y el balance –una vez más– ha sido muy positivo. Se ha mejorado la formación de los especialistas en diversos ámbitos como biosimilares, lupus, uveítis, terapias biológicas... gracias a una amplia oferta de cursos. En concreto, se han desarrollado 20 iniciativas formativas con el objetivo de mejorar los conocimientos de los profesionales para que puedan aplicarlos y ofrecer la mejor asistencia posible a los pacientes con enfermedades reumáticas. Respecto a la investigación, se ha mantenido una elevada producción desde la Unidad de Investigación de la SER, siempre con un gran rigor y calidad científica, y algunos de los proyectos han concluido recientemente dando unos frutos que se conocerán próximamente.

Además, hemos renovado nuestra página web, que es la principal tarjeta de visita de nuestra sociedad. Se ha conseguido que no sólo sea más atractiva y moderna, sino más intuitiva, con una nueva organización de contenidos y adaptada a los dispositivos móviles.

Desde la SER os garantizamos que 2016 vendrá cargado de más formación e investigación, mejores servicios a los socios, más actividades con los pacientes y mayor difusión de nuestra especialidad entre la población general. Esperamos que lo podáis compartir con nosotros y os lo iremos contando con detalle en los próximos números de la revista Los Reumatismos.

¡Os deseamos un Feliz Año Nuevo!

4	EVENTOS SER I Simposio Multidisciplinar de la SER	24	¿QUÉ DEBO SABER... ... sobre las enfermedades relacionadas con Inmunoglobulina IgG4 ?
6	BIBLIOGRAFÍA COMENTADA	30	PACIENTES II Congreso de Pacientes con enfermedades reumáticas de la SER
12	SOCIEDADES AUTONÓMICAS "Debemos aunar fuerzas para poner en valor nuestra especialidad", Dra. Susana Romero Yuste, presidenta de SOGARE	32	FORMACIÓN Becas SER ACR 2015
14	CONOCE TU SOCIEDAD La SER lanza una nueva página web más atractiva y moderna	34	NOTICIAS SER Un tercio de los pacientes con esclerodermia sufren afectación pulmonar
18	ENTREVISTA Dr. Iñigo Rúa-Figueroa	36	NOTICIAS Acción y cambio en la artritis psoriásica
22	INVESTIGACIÓN Espoguía 2015		

Su
ma
rio





Te esperamos en Vigo, en el I Simposio Multidisciplinar de la SER

Los días 26 y 27 de febrero, reumatólogos, dermatólogos, oftalmólogos y gastroenterólogos se reunirán en este evento formativo donde podrán intercambiar experiencias y conocer manifestaciones clínicas compartidas

En su apuesta por impulsar la docencia de los especialistas, y teniendo en cuenta que las enfermedades reumáticas cursan en muchas ocasiones con alteraciones propias de otras especialidades, la SER organiza el I Simposio Multidisciplinar, un evento formativo conjunto para reumatólogos, dermatólogos, oftalmólogos y gastroenterólogos, que tendrá lugar en Vigo los días 26 y 27 de febrero.

Dentro del programa científico, que se puede consultar en la web de la SER (www.ser.es), se han diseñado tres bloques diferenciados: Oftalmología-Reumatología, Digestivo-Reumatología y Dermatología-Reumatología. De este modo, se podrán intercambiar experiencias y conocer manifestaciones clínicas compartidas. Al final de cada bloque, una conferencia magistral reunirá a ambas especialidades.

Con valor añadido

En el caso de la Oftalmología la sesión conjunta con los reumatólogos abordará las variables de desenlace e índice compuesto de actividad inflamatoria en uveítis.

En Gastroenterología se hablará de la extrapolación de indicaciones en biosimilares y en Dermatología la conferencia magistral, bajo el título 'Physiopathological and clinical relationships between psoriasis, psoriatic arthritis, inflammatory bowel diseases and monogenic

autoinflammatory diseases', será ofrecida por el profesor Dennis McGonagle, de la Universidad de Leeds.

El Dr. Ceferino Barbazán, presidente del Comité Organizador Local del Simposio, ha señalado que este evento formativo, en el que se tratarán temas relacionados con patología inflamatoria ocular autoinmune, sobre enfermedad inflamatoria intestinal y sobre psoriasis, "aportará el valor añadido de mejorar el conocimiento sobre patologías compartidas, su evaluación y la derivación de los pacientes entre estos servicios".

"Creímos que la celebración de un evento formativo como este era totalmente necesaria, pues las diferentes especialidades que participamos compartimos patologías comunes. Por ello tenemos mucho que aprender unos de otros, conocer los diferentes roles de cada especialista y algo muy importante: conocer la patología desde otro punto de vista", ha indicado el Dr. Barbazán.

El reumatólogo ha hecho hincapié en la importancia de contar con equipos multidisciplinarios a la hora de atender a los pacientes reumáticos: "Tiene que haber una comunicación fluida y constante, así como una relación estrecha entre los diferentes especialistas que participamos en la atención de un enfermo reumático". Además, añade: "Hay que establecer protocolos que nos permitan conocer los datos, síntomas y manifestaciones de que el paciente está desarrollando una enfermedad, lo que sin duda beneficiará al paciente".



Dr. Ceferino Barbazán.



Oftalmología

El Dr. Alejandro Fonollosa, oftalmólogo miembro del Comité Científico del Simposio y coordinador de la mesa Oftalmología-Reumatología, explica que dicha mesa “abordará temas sobre diagnóstico y tratamiento de las uveítis que son terreno del oftalmólogo pero que consideramos fundamental que el reumatólogo también conozca y entienda en aras de un buen funcionamiento de la unidad multidisciplinar. Se incluye la descripción de la semiología de las uveítis, las nuevas técnicas diagnósticas de imagen y los tratamientos locales. Además, también se tratará el estado actual de la monitorización de la toxicidad precoz macular por antipalúdicos”.



Dermatología

“Este evento formativo va a ser muy enriquecedor para todas las especialidades que participamos”, afirma el Dr. Pedro Jaén, miembro del Comité Científico y presidente de la Asociación Española de Dermatología y Venereología. “En el caso de los dermatólogos podremos abordar la enfermedad desde dos puntos de vista diferentes: desde la Dermatología y desde la Reumatología, lo que será muy beneficioso para nosotros como profesionales y sobre todo para los pacientes. Nos permitirá, a ambas especialidades, conocer las manifestaciones clínicas de las patologías que compartimos, tener una visión más estructurada de las mismas y, además, podremos colaborar para llevar un abordaje terapéutico común”, precisa.



Gastroenterología

“Este Simposio abre las puertas a la formación continuada de forma multidisciplinar y constituye, sin duda alguna, un ejemplo a seguir en otros campos de la Medicina”, señala el Dr. Eugeni Domènech, miembro del Comité Científico y coordinador de la mesa Gastroenterología-Reumatología.

“Las enfermedades inflamatorias crónicas mediadas por la inmunidad han adquirido gran relevancia en las últimas dos décadas por distintos motivos. En primer lugar, por su aumento de incidencia y, en segundo lugar, por el desarrollo de fármacos biológicos que son altamente eficaces en relación a los tratamientos preexistentes y que conllevan la posibilidad de cambiar la historia natural de estas enfermedades. Por último, pero como consecuencia de las dos anteriores, todo ello ha dado pie a la creación de unidades especializadas dentro de los servicios de Reumatología, Digestivo o Dermatología y el incremento del gasto farmacéutico. Además, en numerosas ocasiones, estas enfermedades presentan manifestaciones sistémicas o de otros órganos. Por otra parte, no son infrecuentes los efectos secundarios a fármacos biológicos que impliquen la evaluación por parte de otras especialidades médicas”, concluye el gastroenterólogo.

SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

SAF en paciente joven con accidente cerebro-vascular

Dr. José Rosas Gómez de Salazar

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante

Frecuencia estimada de anticuerpos antifosfolípidos en adulto joven con accidente cerebrovascular: revisión sistemática. J. Loricera, R. Blanco, Sciascia S, Sanna G, Khamashta MA, et al. *Ann Rheum Dis.* 2015;74:2028-33.

Aproximadamente, un 10% de todos los accidentes cerebrovasculares (ACVA) se produce en pacientes jóvenes, menores de 50 años, siendo, en la mayoría de ellos, la causa desconocida. Recientemente una revisión sistemática realizada por un grupo internacional para el estudio del síndrome antifosfolípido, denominada APS ACTION, reveló que la prevalencia de anticuerpos antifosfolípidos (AAF; positividad de cualquier test para su detección), en pacientes de cualquier edad que habían sufrido un ACVA era del 14%. Sin embargo, se desconoce la prevalencia real en pacientes menores de 50 años.

Los autores realizan una revisión sistemática para conocer, como objetivo principal, la prevalencia de AAF en pacientes adultos jóvenes (menores de 50 años) y como objetivo secundario, determinar si su presencia provoca un mayor riesgo de un episodio isquémico cerebral al compararlo con individuos sin AAF.

El estudio

Para el estudio se calculó la frecuencia de positividad para anticoagulante lúpico (AL), anticuerpos anti-cardiolipina (aCL) y anti-β2-Glicoproteína I (anti-β2GPI), en pacientes con ACVA y accidente isquémico transitorio (AIT).

Se incluyeron 5.217 pacientes de 43 estudios que cumplían los criterios de inclusión. La frecuencia global estimada de AAF fue de 17.4% (rango: 5%-56%), para cualquier ACVA (llegando al 22% si la positividad era para los aCL) y del 17.2% (2%-45%), para AIT. La presencia de AAF incrementaba el riesgo de ACVA en 5,48 veces (IC 95%: 4.42-6.79).

El estudio busca conocer la prevalencia de AAF en pacientes adultos jóvenes y determinar si su presencia provoca un mayor riesgo de un episodio isquémico cerebral

Sin embargo, la reproducibilidad de la prueba de AAF utilizada y los niveles de corte considerados representan una limitación metodológica importante.

Conclusiones

Los autores concluyen que la frecuencia de AAF en pacientes menores de 50 años con ACVA es del 17% y que su presencia incrementa el riesgo de ACVA y de AIT en cinco veces al compararlos con los controles.

Es el primer estudio exhaustivo que analiza la asociación de los AAF con el ACVA de pacientes jóvenes. Es un trabajo de interés clínico, porque indica que en este grupo de pacientes, la prevalencia de los AAF es mayor. A diferencia de otros trabajos, sólo incluyen pacientes exclusivamente menores de 50 años. Sin embargo, el estudio tiene limitaciones a tener en cuenta: la heterogeneidad de los estudios, sólo en unos pocos había un adecuado grupo control.

Sin duda, los médicos que atienden a los pacientes con ACVA deben tener en cuenta la posibilidad de la presencia de estos anticuerpos, especialmente en pacientes menores de 50 años.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Índice de riesgo de trombosis

Dr. José Rosas Gómez de Salazar

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante

Evaluación del riesgo trombótico en lupus eritematoso sistémico: validación del índice global del síndrome antifosfolípido en una cohorte prospectiva. Sciascia S, Cuadrado MJ, Sanna G, et al. *Arthritis Care Res* 2014;66:1915-20.

El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmune trombofílica, que se caracteriza por trombosis (venosa o arterial), abortos de repetición y presencia de anticuerpos antifosfolípidos (AAF). Se sigue estudiando, por su interés, qué datos clínicos o serológicos pueden predecir mejor el riesgo de trombosis en pacientes con AAF. Este grupo de autores desarrollaron un índice de riesgo de trombosis en pacientes con SAF (GAPSS), teniendo en cuenta la combinación de factores de riesgo de trombosis, abortos, perfil de AAF, factores de riesgo cardiovascular convencionales y perfil de autoanticuerpos (Tabla 1)*.

El estudio

El objetivo del estudio es evaluar de forma prospectiva la relevancia clínica del índice GAPSS en una cohorte de pacientes con LES que presentan AAF, sin eventos trombóticos previos. El índice GAPSS se realizó anualmente a 51 pacientes consecutivos con LES, con AAF positivos, sin trombosis previa, durante un periodo de seguimiento medio de 33 ± 12 meses. 48 pacientes eran mujeres, con edad media de 37 ± 12 años. Se observó un aumento significativo del índice GAPSS basal respecto a la última visita en pacientes que habían presentado algún evento trombótico (n: 4, media $\pm$ DE: 7.5 ± 4.36 vs 10.0 ± 5.4 ; P: 0.032). Sin embargo, no se observaron cambios

en los pacientes que no habían presentado ningún evento trombótico (n: 47, media $\pm$ DE: 8.28 ± 4.88 vs 7.13 ± 5.75 ; P: 0.24).

Durante el seguimiento, un incremento del índice GAPSS se asoció con el aumento de eventos vasculares (RR: 12.30 [CI 95%: 1.43–106.13], P: 0.004) y un aumento de más de tres o más puntos del índice, mostró el mayor riesgo para presentar eventos vasculares (HR: 48 [IC 95% CI: 6.90–333.85], P: 0.0001). Por otra parte, la proporción acumulada de pacientes sin trombosis fue significativamente menor en pacientes con incrementos de GAPSS de tres o menos puntos (P: 0.0027).

Los autores concluyen que el índice GAPSS es una herramienta adecuada y precisa para la predicción de eventos vasculares en pacientes con LES y AAF.

En los últimos años se han publicado diversos estudios que analizan el perfil de mayor riesgo de trombosis en pacientes con AAF. Algunos han señalado a la triple asociación de anticardiolipina+anti- $\beta 2$ glicoproteína I+anticoagulante lúpico o la de anti- $\beta 2$ glicoproteína I+anti-fosfatidilserina / complejo protrombina+anticoagulante lúpico, como las de mayor riesgo de trombosis. Sin embargo, la presencia de factores convencionales de riesgo cardiovascular puede incrementar el riesgo, también en pacientes con SAF. En un estudio prospectivo se observó que la presencia de hiperlipidemia e hipertensión arterial estaban presentes en el 50% de los pacientes con SAF, que sufrían su primer evento trombótico (Girón-González JA. *J Rheumatol* 2004).

***Tabla 1: Adaptación del índice GAPSS (Global anti-phospholipid syndrome score)**

Factor	Puntuación
Anti-cardiolipina IgG/IgM	5
Anti- $\beta 2$ glicoproteína I IgG/IgM	4
Anticoagulante lúpico	4
Anti-fosfatidilserina/complejo protrombina IgG/IgM	3
Hiperlipidemia	3
Hipertensión arterial	1

Conclusiones

Los resultados de este estudio indican que el incremento del índice GAPSS en tres o más puntos incrementa claramente el riesgo de trombosis (48 veces) en pacientes con LES y AAF. La búsqueda de AAF en pacientes con LES es indudable hoy día en nuestra práctica clínica. No debemos olvidar buscar y medir en nuestros pacientes la posible presencia de hipertensión y de hiperlipemia, no siendo infrecuente que sea el reumatólogo el primer médico que la detecte en ellos y, por tanto, que inicie el tratamiento.

ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

Síndrome IgG4

Dr. Jenaro Graña Gil

Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

Enfermedad relacionada con IgG4. Características clínicas y de laboratorio en 125 pacientes. Wallace ZS, Deshpande V, Mattoo H, et al. *Arthritis Rheum* 2015; 67:2466–75 - DOI 10.1002/art.39205.

La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4 o IgG4-RD) se considera una única entidad inmuno-mediada que reúne múltiples procesos fibroinflamatorios descritos previamente como entidades separadas. Se describió, inicialmente, en un grupo de pacientes japoneses con 'pancreatitis esclerosante' pero alcanza un espectro étnico disperso y se ha detectado en casi cualquier órgano. Tiene predilección por adultos mayores y ancianos, y tiende a afectar a varones. El diagnóstico se basa en la identificación de hallazgos histológicos característicos: infiltrado linfoplasmocitoide, fibrosis en acúmulos, flebitis obliterativa, en el contexto de un infiltrado significativo de células plasmáticas IgG4+.

Los niveles de IgG4 en plasma pueden estar elevados o normales, y la implicación patogénica de los anticuerpos IgG4 es incierta. La mayoría de los artículos sobre IgG4 se refieren a casos o pequeñas series centradas en la implicación de un solo órgano (páncreas, riñón, vía biliar o glándulas salivares...).

El estudio

En el estudio, los autores revisan los primeros 125 casos con ER-IgG4 del Hospital General de Massachusetts, con ER-IgG4 con biopsia positiva. El diagnóstico se confirmó mediante la revisión de los patólogos de acuerdo con los criterios diagnósticos consensuados y en correlación con las manifestaciones clínicas. Para medir la actividad de la enfermedad y el daño se utilizó el índice de respuesta (IR) (IgG4 Responder Index). Para medir los niveles de plasmablastos se utilizó la citometría de flujo.

De los 125 pacientes, 107 tenían enfermedad activa y 86 no habían recibido tratamiento para la ER-IgG4. Sólo el 51% de los pacientes con enfermedad activa tenían concentraciones séricas

elevadas de IgG4. Sin embargo, los pacientes con enfermedad activa y concentraciones elevadas de IgG4 sérica eran mayores, tenían un mayor IR, más órganos afectados, niveles de complemento más bajos, cifras de eosinófilos más altas y niveles aumentados de IgE en comparación con aquellos con enfermedad activa pero niveles normales de IgG4 sérica ($P < 0.01$ para todas las comparaciones).

La correlación entre los niveles de plasmablastos IgG4+ y el IR de actividad (Test de Spearman: $p=0.45$, $P=0.003$) fue más fuerte que la correlación entre los niveles totales de plasmablastos y el IR. El 61% de los pacientes eran varones pero no se encontraron diferencias entre sexos en cuanto a gravedad de la enfermedad, afectación de órganos o concentraciones séricas de IgG4. El tratamiento con corticoides fracasó para inducir remisión sustancial en el 77% de los pacientes.

Conclusiones

Los autores concluyen que cerca del 50% de los pacientes con ER-IgG4 activa y biopsia + tienen niveles séricos normales de IgG4, y que si estas están elevadas identifican a un subgrupo de pacientes con fenotipo de mayor gravedad. En general, los niveles de plasmablastos IgG4+ se correlacionan bien con la extensión y actividad de la enfermedad.

La ER-IgG4 incluye procesos como la fibrosis retroperitoneal (FRP), la pancreatitis autoinmune tipo 1 relacionada con IgG4 y la colangitis esclerosante relacionada con IgG4. Las manifestaciones clínicas se corresponden con los órganos afectos y parece haber patrones clínicos. Así, los pacientes con enfermedad renal, linfadenopatía y Fibrosis Retroperitoneal pueden mostrar diferencias. Los pacientes con enfermedad renal activa tienen más hipocomplementemia que los pacientes con FRP. Debemos sospechar de una enfermedad relacionada con IgG4 en pacientes con enfermedad inflamatoria crónica de uno o varios órganos aunque no haya niveles elevados de IgG4 en plasma.

POLIMIALGIA REUMÁTICA

La mejor práctica y las incertidumbres en la polimialgia reumática

Dr. Jenaro Graña Gil

Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

Guías clínicas: Aciertos e incertidumbres en el manejo de la polimialgia reumática. González-Gay MA, Llorca J. *Nat Rev Rheumatol*. 2015 Oct 20. doi: 10.1038/nrrheum.2015.142. [Epub ahead of print]. **Recomendaciones 2015 para el manejo de la polimialgia reumática: colaboración EULAR/ACR.** Dejaco C, Singh YP, Perel P, et al. *Ann Rheum Dis*. 2015 Oct;74:1799-807. doi: 10.1136/annrheumdis-2015-207492. **Evidencia actual sobre el tratamiento y los factores pronósticos en la polimialgia reumática: revisión sistemática sobre las recomendaciones EULAR/ACR del manejo de la polimialgia reumática.** Dejaco C, Singh YP, Perel P, et al. *Ann Rheum Dis*. 2015 Oct;74:1808-17. doi: 10.1136/annrheumdis-2015-207578.

En el primer artículo que mencionamos, se comentan las recomendaciones EULAR/ACR del segundo que, a su vez, son influidas por los resultados de la revisión sistemática de la literatura del tercero.

Actualmente, hay una amplia heterogeneidad en los criterios de clasificación de la Polimialgia Reumática (PMR), no hay acuerdo en la dosis inicial de prednisona al inicio del tratamiento y es necesario excluir procesos distintos de la PMR que se pueden presentar como tal, de ahí que expertos de EULAR/ACR hayan publicado muy recientemente sus recomendaciones.

González-Gay y Llorca resaltan que las recomendaciones no incluyen el manejo de la PMR con procesos concomitantes (artritis reumatoide, espondiloartropatías o lupus eritematoso sistémico de inicio tardío, o infecciones y procesos endocrinos, metabólicos o tumorales) que se presenten con hallazgos polimialgícos o imiten la PMR. Consideran 'banderas rojas' o señales de alarma hallazgos atípicos como dolor difuso, ausencia de rigidez matutina o ausencia de respuesta a los corticoides.

Destacan también las diferencias entre los pacientes con PMR y los que tienen PMR asociada a Arteritis de Células Gigantes (PMR-ACG), especialmente porque

las dosis requeridas para la primera no previenen el daño de la segunda, e insisten en la necesidad de una cuidadosa historia clínica y exploración en los pacientes con PMR, especialmente si tienen síntomas constitucionales y cifras muy elevadas de VSG.

La guía EULAR/ACR propone iniciar el tratamiento de la PMR con prednisona a dosis de 12.5-25 mg al día o equivalentes. González-Gay y Llorca consideran que la inmensa mayoría de los pacientes con PMR aislada tienen una rápida y completa respuesta en menos de 72 horas a dosis entre 10 y 20 mg y discrepan de la opinión de Dejaco et al, cuando cifran entre el 29 y el 45% los pacientes con PMR que no responden de forma adecuada en tres o cuatro semanas de tratamiento.

El descenso paulatino de la dosis inicial de prednisona no está suficientemente definido y se recomienda individualizarlo. Las reactivaciones son relativamente frecuentes y suelen producirse por debajo de los 5 mg al día.

El panel recomienda también introducir metotrexato en el tratamiento de pacientes con alto riesgo de reactivación, terapia esteroidea prolongada, efectos adversos de los corticoides, comorbilidades o tratamientos concomitantes. Aunque los estudios con metotrexato en PMR no parecen tener la suficiente consistencia y su efecto en la PMR es moderado, se mantiene esta recomendación.

De forma similar, se desaconseja el uso de antagonistas del TNF aunque hay datos preliminares de que el anticuerpo contra el receptor de IL6, tocilizumab, puede ser útil en los casos refractarios.

Conclusiones

En resumen, aunque las guías EULAR/ACR son un paso muy importante en la estandarización del manejo de la PMR, queda por aclarar de forma definitiva cuál es la dosis inicial más apropiada, así como la estrategia más adecuada para su descenso paulatino. Y lo mismo sucede con las recomendaciones para el mejor manejo de las reactivaciones.

ARTRITIS REUMATOIDE

Menos artroplastias en pacientes con AR que reciben metotrexato junto a un anti-TNF

Dr. Antonio Naranjo Hernández

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas

Efecto del tratamiento combinado con metotrexato e inhibidores del TNF sobre las prótesis articulares en pacientes con artritis reumatoide: cohorte japonesa retrospectiva multicéntrica. Asai S, Kojima T, Oguchiet T, al. *Arthritis Care Res* 2015;67:1363-70.

El objetivo del estudio fue determinar el efecto del tratamiento concomitante con metotrexato (MTX) sobre la incidencia de artroplastia de grandes articulaciones en pacientes con artritis reumatoide (AR) que reciben terapia biológica anti-TNF.

El estudio

Se seleccionó una cohorte retrospectiva y multicéntrica de 803 pacientes con AR que habían recibido etanercept o adalimumab. La medida de desenlace principal fue la cirugía de reemplazo de una articulación grande, analizada mediante incidencia acumulada con curvas de Kaplan-Meier. El impacto del empleo concomitante de MTX se analizó mediante modelos de regresión de Cox. Además, los autores incluyeron un índice de propensión y aplicaron un emparejamiento a fin de eliminar, en lo posible, los sesgos al comparar los grupos de monoterapia anti-TNF y de tratamiento combinado con MTX.

Las características basales de los pacientes fueron: edad promedio 59 años, predominio de mujeres (83%), mediana de evolución de la enfermedad de siete años, artroplastias previas en el 15%, tratamiento con adalimumab el 66% y tratamiento concomitante con glucocorticoides el 62%.

El 75% de los pacientes (601/803) recibió MTX concomitante a una dosis promedio de 8 mg cada semana. Se observó una diferencia significativa entre los grupos respecto a la edad (promedio de siete años mayor en el grupo sin MTX) y al tiempo de evolución de la enfermedad (mediana tres años mayor en el grupo sin MTX).

Un total de 49 pacientes fueron sometidos a artroplastia (62 articulaciones, incluyendo 36 rodillas, 17 caderas, 8 codos y un tobillo). La incidencia de artroplastia fue significativamente más baja en

pacientes en tratamiento concomitante con MTX ($P < 0.001$). Además, en el estudio multivariante se confirmó que el uso de MTX se asoció de manera independiente a menos artroplastias (HR 0,36; IC 95% 0,20–0,65). El análisis de emparejamiento por índice de propensión confirmó el efecto beneficioso del MTX de manera significativa.

Conclusiones

Los autores concluyen que el empleo concomitante de MTX con anti-TNF en la AR reduce la incidencia de artroplastias de grandes articulaciones.

La necesidad de artroplastia en la AR es indicativo de enfermedad activa durante años habitualmente con factores de mal pronóstico. Con las nuevas estrategias de manejo y el empleo de terapias biológicas ha mejorado de manera significativa el pronóstico de la enfermedad a largo plazo. Estudios previos llevados a cabo con adalimumab y etanercept habían demostrado una menor progresión radiográfica en manos y pies en los pacientes que recibían tratamiento concomitante con MTX. Sin embargo, el presente estudio es el primero que comunica una menor progresión en articulaciones grandes, las cuales no están incluidas en el índice radiológico empleado en los ensayos clínicos.

El estudio tiene algunas limitaciones. Además del diseño retrospectivo, la posible inclusión de pacientes sometidos a artroplastia por artrosis primaria de la articulación. Sin embargo, el carácter multicéntrico y el número relevante de casos son puntos fuertes.

La consideración práctica del presente estudio es que en la AR debemos emplear, siempre que sea posible, MTX concomitante. Otra de las ventajas de la combinación es la menor inmunogenicidad del anti-TNF y, por tanto, una mayor supervivencia. Lo que no comentan los autores del artículo son los motivos de usar anti-TNF en monoterapia en su cohorte. En la práctica se presentan casos de intolerancia o contraindicaciones para el uso del MTX, o bien negativa del paciente. Los reumatólogos debemos intentar que los pacientes con AR y anti-TNF tomen regularmente un FAME, de primera elección el MTX.

SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

Los autoanticuerpos preceden a los síntomas del síndrome de Sjögren hasta en 20 años

Dr. Antonio Naranjo Hernández
Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas

Predicción de síndrome de Sjögren años antes del diagnóstico e identificación de los pacientes con inicio precoz y con evolución grave por el perfil de autoanticuerpos. Theander E, Jonsson R, Sjöström B, et al. *Arthritis Rheum* 2015;67:2427-36.

Los autoanticuerpos son un hallazgo característico del síndrome de Sjögren (SS) y representan no sólo un apoyo al diagnóstico sino una herramienta para estudiar la patogénesis de la enfermedad. Al no existir estudios sobre la presencia de anticuerpos antes del diagnóstico de SS, los autores se propusieron analizar la duración en años de la positividad y el orden de aparición de los anticuerpos, así como su valor predictivo para SS. Al mismo tiempo, investigaron la asociación de los hallazgos con distintos subtipos de la enfermedad.

El estudio

Se trata de un diseño de casos y controles anidados procedentes del registro de SS de Malmö y de tres biobancos suecos. Se incluyeron 117 pacientes con SS (175 muestras de suero en total) y 117 controles emparejados (117 muestras de suero, una por control). Se determinaron los ANA, el factor reumatoide, los anticuerpos anti Ro/SSA de 52 y de 60 Kd y los anticuerpos anti La/SSB.

Los autoanticuerpos positivos antes o después del diagnóstico en la muestra estudiada fue la siguiente: Anti-Ro 60/SSA: 65%, Anti-Ro 52/SSA: 54%, Anti-La/SSB: 45%, ANA: 87%, factor reumatoide: 68%. El 6,8% de los pacientes fueron seronegativos para todos los autoanticuerpos antes y después del diagnóstico.

Teniendo en cuenta los pacientes con SS y autoanticuerpos positivos tras el diagnóstico, al menos uno de los anticuerpos estaba presente en suero en el 81% de los pacientes una mediana de cuatro o cinco años antes del diagnóstico (hasta 20 años en algunos casos). Los anticuerpos que con mayor frecuencia resultaron positivos fueron los ANA, seguidos por los anti Ro/SSA de 60 Kd, los anti Ro/SSA de 52 Kd y los anti SSB/La. Se observó una fuerte

asociación de los anticuerpos Ro/SSA y La/SSB con el desarrollo de SS primario, especialmente a un debut temprano de la enfermedad y un curso más grave. Cuando se aplicó un modelo Bayesiano para pacientes con familiares con enfermedad autoinmune, la presencia de anticuerpos Ro/SSA de 60 Kd y Ro/SSA de 52 Kd obtuvo un valor predictivo positivo del 25 y el 100%, respectivamente.

Conclusiones

Los autores concluyen, a pesar del número limitado de pacientes incluidos, que los autoanticuerpos están presentes muchos años antes del diagnóstico de SS, no pudiendo excluir que la duración sea aún mayor por la disponibilidad de las muestras de los biobancos. En este sentido, recalcan que en todos de los pacientes que disponían de varias muestras de suero previas al diagnóstico de SS, en la mayoría de los casos (72%) eran positivas desde la primera muestra. Asimismo, observaron un ligero incremento de los niveles a medida que se acercaba la fecha del diagnóstico, si bien sólo un tercio de los pacientes disponía de más de una muestra de suero pre-diagnóstico.

Desde el punto de vista de la patogénesis, en las enfermedades autoinmunes los individuos presentan predisposición genética que, cuando se suma a lo largo de la vida un evento desencadenante, conduce a la producción de autoanticuerpos y posteriormente a la aparición de los síntomas de la enfermedad. Así, se ha observado que tras 10 años de seguimiento de madres de niños con lupus neonatal Ro/SSA positivo más de una cuarta parte desarrollan SS, especialmente las mujeres con positividad tanto para Ro/SSA como para La/SSB. Otro estudio demostró que de los pacientes con poliartralgias y La/SSB positivo el 70% desarrolló SS primario.

La recomendación que hacen los autores de este trabajo sobre SS, desde el punto de vista práctico, es que en pacientes con familiares afectados de enfermedades autoinmunes la determinación de autoanticuerpos, junto a un estudio genético, podría ser de ayuda para identificar individuos susceptibles de padecer SS en una fase preclínica o silenciosa.

► “Debemos aunar fuerzas y unificar criterios para **poner en valor nuestra especialidad**”

La Dra. Susana Romero Yuste, presidenta de la Sociedad Gallega de Reumatología, profundiza en los temas tratados durante la reunión de la SOGARE, celebrada los días 20 y 21 de noviembre

¿Qué temas tratados en la reunión destacaría y por qué?

En esta XLV reunión de la Sociedad Gallega de Reumatología (SOGARE), que ha sido declarada de interés sanitario por la Xunta de Galicia, se han tratado temas diversos como terapias biológicas, ecografía en la práctica clínica, vacunaciones e infecciones en enfermedades reumáticas, osteoporosis, etc. Además, se realizó una puesta en común de la situación que atraviesan las distintas áreas sanitarias gallegas.

¿En este encuentro también ha participado la Liga Galega de Reumatología?

Las asociaciones de pacientes están implicadas de una forma activa en la reunión de la SOGARE, que este año se celebró en Burela. De hecho, el primer día de la reunión estuvo destinado a jornadas divulgativas sobre enfermedades autoinmunes y otras enfermedades reumatológicas. En estas jornadas los reumatólogos ponentes fueron presentados por pacientes, y la presidenta de la Liga Reumatológica Galega moderó, asimismo, una mesa donde distintos pacientes pusieron voz a la repercusión que las enfermedades reumáticas tienen en la vida y la familia de los que las padecen.

¿Qué papel considera que deben tener los pacientes en el abordaje de sus enfermedades?

El papel de los pacientes en el abordaje de su enfermedad es fundamental y han de implicarse de una forma activa en la estrategia terapéutica. Para lograr el mejor desenlace ha de realizarse un correcto diagnóstico de forma precoz e instaurarse un

tratamiento adecuado, con el objetivo terapéutico de lograr el control mantenido de la enfermedad. Para ello el paciente ha de estar concienciado con el cumplimiento de la estrategia terapéutica. De nada vale un diagnóstico correcto y una estrategia terapéutica adecuada si el paciente no cumple con ella. El conocimiento de la enfermedad, de sus consecuencias y un abordaje positivo es de suma importancia para garantizar la adherencia a las terapias que permita alcanzar el objetivo deseado.

¿Qué retos u objetivos se plantean desde su Sociedad para el próximo año?

Los objetivos de la SOGARE son aunar fuerzas para poner en valor nuestra especialidad, unificar criterios, participar en protocolos y en el diseño de procesos asistenciales, compartir áreas de conocimiento, crear grupos de trabajo, favorecer la coordinación con Atención Primaria y facilitar el trabajo multidisciplinar que permita la mejor atención posible para cada paciente.



El deporte en las enfermedades reumáticas, protagonista del XIX Congreso de la SORCOM



Un año más se ha llevado a cabo, los días 10 y 11 de diciembre, el congreso de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM), y ya son 19. Este año se planteó desde su Junta Directiva acercar más la Reumatología al deporte. Así, la sede del Comité Olímpico Español, con su presidente Alejandro Blanco a la cabeza, ha servido de marco para desarrollar un programa científico ambicioso que ha sabido compaginar el carácter multidisciplinar, dinámico y en continua renovación de la especialidad.

Desde la conferencia inaugural 'Enfermedades reumáticas y deporte' –impartida por el paciente y nadador de alta competición Jacobo Parages–, el contenido ha repasado temas de actualidad y otros en los que los reumatólogos son la referencia fundamental en el ámbito sanitario, tales como el desarrollo e implantación de los tratamientos biológicos biosimilares, el concepto de 'espondiloartropatía axial no radiográfica' o contenidos más multidisciplinarios como la miositis o los virus artríticos. Para este último tema se contó con la presencia del Dr. López-Vélez de la Unidad de Referencia Nacional en Enfermedades Tropicales del Hospital Ramón y Cajal.

Radioterapia, ondas de choque...

Además, han tenido cabida en el programa terapias 'controvertidas' como la radioterapia, las ondas de choque o los factores de crecimiento y se han presentado los pros y contras que en la actualidad ofrecen estas posibilidades de tratamiento para la patología articular. La investigación básica también ha tenido su lugar. Así, este año se abordaron aspectos biológicos en los defectos osteocondrales y la terapia regenerativa con células mesenquimales.

Los reconocimientos también forman parte del congreso anual. Este año se han repartido tres bolsas de viaje valoradas en 2.000 euros para residentes y 12.000 euros para becas de investigación, patrocinadas por MSD. El premio institucional ha reconocido la labor del tutor de residentes, "figura esencial y poco agradecida institucionalmente, que vela por una formación exigente de nuestros residentes", según la presidenta de SORCOM, la doctora Ana Cruz.

Durante el congreso también se ha producido el cambio de presidencia, pasando esta a la doctora Ana Pérez Gómez, reumatóloga del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares.

Sesión científica de la Sociedad Catalana de Reumatología

El 9 de octubre se celebró en el Hospital Sant Joan de Deu de Manresa la sesión inaugural de la Sociedad Catalana de Reumatología para el curso 2015-2016, en la que el Dr. Mario Gelman, jefe de la Sección de Reumatología del mismo hospital, actuó como moderador.

La Dra. Meritxell Sallés, en representación de los reumatólogos anfitriones, presentó la 'Viñeta Radiológica' sobre 'Policondritis recidivante complicada'. También se trataron temas como la situación actual del aparato locomotor y la seguridad de las terapias biológicas en el tratamiento de la artritis reumatoide y espondiloartritis. Además, contaron con la conferencia magistral sobre 'Medicina de precisión aplicada al conocimiento y cuidado de las enfermedades IMID' impartida por la Dra. Sara Marsal, de la Unidad de Investigación del Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona.

La SER lanza una nueva página web más atractiva y moderna

Se trata de una plataforma disponible en www.ser.es que cuenta con un apartado para profesionales y otro para pacientes. Además, está adaptada a todos los dispositivos móviles y dispone de una navegación ágil y sencilla

La Sociedad Española de Reumatología (SER) ha lanzado una nueva página web más atractiva y moderna, que permite a todos los usuarios una navegación más ágil, intuitiva y sencilla. Además, una de las novedades que ofrece **www.ser.es** es la compatibilidad con todos los dispositivos móviles.

La Dra. Montserrat Romera Baurés, responsable de la Comisión de Comunicación y Relaciones con los Pacientes de la SER, ha explicado que la actualización de la página web era necesaria para “facilitar el acceso a los contenidos de interés tanto para los profesionales como para los pacientes”.

“Nuestra página web es una de las principales fuentes de referencia de información relacionada con la Reumatología, tanto en España como en otros países de habla hispana. Por ello, hemos decidido actualizar la plataforma, desarrollando una web *responsive*, para que los usuarios puedan acceder a toda la información desde cualquier dispositivo móvil”, ha señalado el Dr. Miguel Ángel

Belmonte Serrano, responsable de la Comisión de Tecnologías de la Información y Comunicación.

En esta página web se incluyen noticias de actualidad sobre diversos aspectos relacionados con la Reumatología, información sobre proyectos de investigación, oferta formativa (cursos, simposios y congresos), otros eventos, servicios a los socios, y todas las iniciativas que se realizan desde la SER.

Los pacientes, por su parte, dispondrán de un apartado web específico con información sobre las enfermedades reumáticas, así como enlaces de interés y otras noticias.

Nueva herramienta para los Grupos de Trabajo de la SER

Otra de las novedades que ofrece esta plataforma es una nueva herramienta interna de comunicación para los Grupos de Trabajo y Grupos de Especial Interés de la SER, que permite una mayor interacción entre los miembros y donde podrán compartir documentos, hacer comentarios, etc.



[Dr. Iñigo Rúa-Figueroa]



Dr. Iñigo Rúa-Figueroa.

Una **nueva** guía de práctica clínica sobre **lupus**

El Dr. Iñigo Rúa-Figueroa, reumatólogo del Hospital Universitario Doctor Negrín de Gran Canaria y coordinador clínico de la Guía de Práctica Clínica sobre Lupus Eritematoso Sistémico, habla sobre el origen de esta GPC, su abordaje clínico y valor añadido

■ ¿Cómo surgió la idea de la elaboración de esta guía?

Fue una iniciativa del Ministerio de Sanidad y Consumo, como parte de su programa de Guías de Práctica Clínica (GPC) denominado 'Guíasalud'. El proyecto fue encomendado al Servicio de Evaluación y Planificación de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, entidad integrada en la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) y prestaciones del Servicio Nacional de Salud. Desde esta se contactó con el grupo EAS-SER, como grupo que aglutina a expertos en lupus eritematoso sistémico (LES), dentro de la SER. Se consideró particularmente pertinente elaborar una GPC sobre esta enfermedad, dado que, a pesar de ser relativamente infrecuente, puede afectar a casi cualquier órgano y, por tanto, cualquier médico puede verse involucrado en su manejo, de modo que resultaría de inestimable ayuda en la práctica clínica, particularmente para aquellos profesionales menos expertos en esta compleja patología.

De acuerdo con los procedimientos que el Ministerio prevé para este tipo de proyectos, se contactó con las sociedades científicas habitualmente involucradas en la asistencia a este tipo de pacientes,

invitándolas a participar y a proponer expertos para formar un equipo elaborador. La coordinación clínica del proyecto recayó sobre mi persona y, posteriormente, se consideró pertinente, por parte del Ministerio, nombrar un co-coordinador del ámbito de Medicina Interna, siendo designado el Dr. Ruiz-Irastorza, del grupo GEAS. A partir de ahí, comenzó a rodar el proyecto, una excitante aventura que nos ha tomado más de año y medio, involucrando a más de 18 expertos en el grupo elaborador y a más de 50 colaboradores y/o revisores externos.

■ Respecto al abordaje clínico, ¿destacaría alguna novedad que recoja este documento?

El lupus es una enfermedad terriblemente heterogénea y compleja, difícil de abordar en una única GPC. De hecho, ya existen guías dedicadas a un único aspecto del LES, como es el caso de la nefritis lúpica, de manera que se tomó la decisión de dedicar gran parte de esta guía al manejo general de la enfermedad, incluyendo la comorbilidad, aspectos de salud sexual y reproductiva, etcétera, ya que no existe ninguna GPC como tal dedicada a ello.

En el aspecto puramente clínico, destacaría el esfuerzo por definir objetivos terapéuticos y la

amplia revisión de evidencia en aspectos menos contemplados hasta la fecha en los documentos de recomendaciones disponibles, como diagnóstico precoz, seguimiento y monitorización, estilos de vida, etc.

En el ámbito del tratamiento, resaltaría las recomendaciones de optimización de uso de esteroides, donde la guía se posiciona claramente a favor de estrategias de ahorro de los mismos. Asimismo, contiene información abundante sobre las nuevas terapias biológicas, con un intento de posicionamiento de las mismas en el arsenal terapéutico disponible, a la luz de los conocimientos actuales.

Los capítulos dedicados a la nefritis lúpica son particularmente completos, abordando temas como la duración del tratamiento o el manejo de la enfermedad renal refractaria. Se contemplan también las manifestaciones neurológicas, hematológicas, cutáneas y articulares. Además, contiene abundantes recomendaciones o sugerencias referentes a comorbilidad, incluyendo manejo de riesgo cardiovascular, prevención de la infección y de la osteoporosis, etc.

La GPC trata de responder a un total de 62 preguntas, respetando el formato habitual de este tipo de documentos, esto es, una exhaustiva revisión sistemática de la evidencia, una gradación de la misma usando un método estandarizado (SIGN en este caso) y una metodología rigurosa de consenso de expertos. Contiene, además, 13 anexos con criterios diagnósticos, técnicas de detección de autoanticuerpos, herramientas para evaluación de enfermedad, etc., así como información práctica sobre filtros solares, corticoides tópicos o información general para el paciente.

■ ¿Qué valor añadido considera que va a aportar esta nueva guía de práctica clínica?

Esta GPC constituye un esfuerzo sin precedentes en términos de revisión de evidencia y de

integración de las perspectivas y aportaciones de los diferentes especialistas involucrados en la atención a esta compleja enfermedad, así como en nivel de calidad metodológica, con emisión de un amplio número de recomendaciones basadas en la evidencia, enfocando la enfermedad de un modo integral y contemplando las preferencias y necesidades de los pacientes. La guía contiene, además, no pocas recomendaciones basadas en la práctica habitual de expertos de nuestro entorno, dado que la evidencia es limitada en muchos aspectos de la enfermedad.

■ ¿Qué especialistas han participado en el proyecto?

Se trata de un proyecto integrador multidisciplinar que ha reunido, por primera vez en nuestro país, a un amplio grupo de expertos involucrados en el manejo del lupus, incluyendo reumatólogos, internistas, nefrólogos, dermatólogos y hematólogos, así como especialistas en laboratorio de autoinmunidad. Pero también ha contado con la colaboración de especialistas en Medicina Primaria, farmacéuticos y ginecólogos, todo ello guiado por un equipo de expertos metodólogos. La participación de enfermería especializada y de las asociaciones de pacientes, en concreto de FE-LUPUS, ha resultado particularmente enriquecedora, en aspectos educacionales, preferencias y necesidades no cubiertas de los pacientes, etc. Como control de calidad, es preciso añadir que se ha contado con un amplio grupo de asesores y revisores externos al grupo elaborador de la guía.

Con el propósito de difundir esta GPC, además de las políticas habituales del propio Ministerio de Sanidad y Consumo para este tipo de documentos, que son publicados en la web de guía salud (www.guiasalud.es), se ha previsto publicar también sus contenidos en revistas científicas de ámbito nacional e internacional. De hecho, varias revisiones de la evidencia han sido ya publicadas en revistas internacionales de impacto.

Un procedimiento integrado por diferentes **especialistas y representantes de pacientes**

María del Mar Trujillo Martín, del Servicio de Evaluación y Planificación de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, explica la temática de la nueva 'Guía de Práctica Clínica sobre Lupus Eritematoso Sistémico' y el proceso que se ha llevado a cabo para su elaboración y desarrollo



La guía está estructurada en cinco grandes bloques:

- 1.** Diagnóstico.
- 2.** Manejo general de la enfermedad.
- 3.** Manejo de las principales manifestaciones específicas del LES (renales, hematológicas, muco-cutáneas, neuropsiquiátricas, articulares y síndrome antifosfolípido).
- 4.** La salud sexual y reproductiva de la persona con LES.
- 5.** Las comorbilidades más frecuentes de esta enfermedad, en concreto, el riesgo cardiovascular, infección, cáncer y osteoporosis.

Para la elaboración de esta guía se ha seguido la metodología sistemática, consensuada y común, basada en la mejor evidencia científica disponible, establecida para la elaboración de las guías del Programa de Guías de Práctica Clínica en el SNS. Esta metodología está recogida en el Manual Metodológico de Elaboración de GPC en el SNS.

Desde el primer momento, el SESCS contactó con las distintas sociedades científicas implicadas (Reumatología, Medicina Interna, Nefrología, Hematología y Hemoterapia, Dermatología y Venereología, Neurología, médicos de Atención Primaria, Farmacia Hospitalaria, farmacéuticos de Atención Primaria, Medicina de Familia y Comunitaria y Enfermería) para informarles del proyecto,

solicitarles su colaboración y consensuar sus representantes en el grupo elaborador y el grupo de revisores externos de la guía.

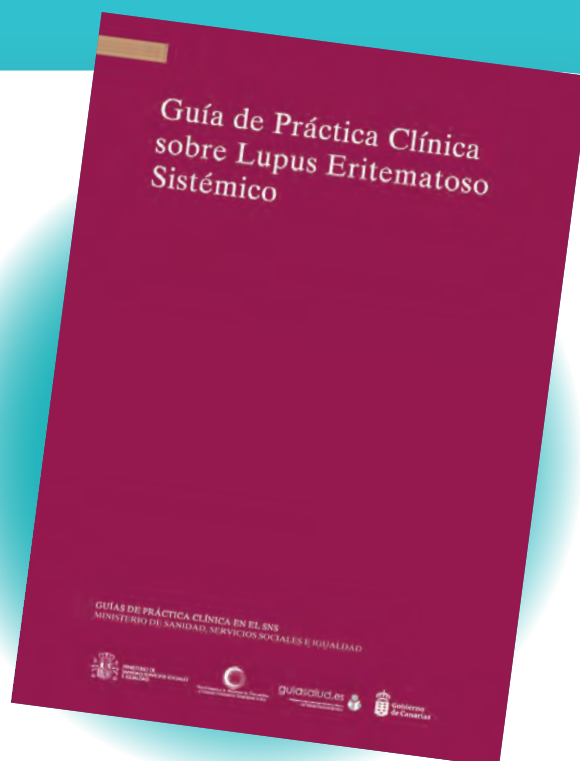
Proceso de elaboración y desarrollo

Se constituyó un grupo elaborador de la guía multidisciplinar integrado por profesionales sanitarios especialistas en las áreas relacionadas, un representante de los pacientes, especialistas en metodología de GPC y colaboradores expertos (participación parcial en la guía).

Una vez delimitado el alcance y los objetivos de la guía, para concretar su contenido, se llevó a cabo un proceso de identificación y priorización de las preguntas clínicas a incluir, que serían respondidas con la evidencia científica disponible y, según la cual, se formularían recomendaciones.

Las búsquedas bibliográficas se ejecutaron en las principales bases de datos electrónicas en el ámbito de las ciencias de la salud. Se evaluó y sintetizó la literatura disponible para responder a cada una de las preguntas clínicas planteadas.

Para determinar la fuerza de las recomendaciones formuladas, se consideró el nivel de evidencia disponible y el equilibrio entre las consecuencias deseables y no deseables de llevar a cabo la recomendación. Cuando el grupo de elaboración de la guía encontró aspectos prácticos importantes que consideraron que era necesario destacar y para los cuales no se encontró evidencia científica disponible, se formularon recomendaciones de buena práctica clínica que fueron acordadas por consenso siguiendo una metodología tipo Delphi modificada.



Para garantizar que esta GPC incorpora la perspectiva de las personas con LES y da respuesta a sus necesidades de salud más relevantes, desde la fase inicial de diseño se realizaron dos actividades complementarias: una revisión sistemática de la literatura internacional y, posteriormente, una consulta a personas afectadas por LES en España. Además, la guía ha contado con la participación de pacientes en todas las etapas del proceso de desarrollo, formando parte del grupo de elaboración, del de colaboradores expertos y del de revisores externos.

Por último, con el objetivo de mejorar la calidad de la guía, una vez que se dispuso de un borrador avanzado, se realizó una revisión externa por parte de un grupo multidisciplinar de expertos en las distintas áreas clínicas implicadas en LES, expertos en metodología y un representante de los pacientes.



[Dr. Juan Cañete Crespillo]

Espoguía 2015: La importancia del diagnóstico y tratamiento precoz, uso óptimo de nuevas terapias y educación del paciente

El Dr. Juan Cañete Crespillo, coordinador clínico de la actualización de la Espoguía para el tratamiento de la espondiloartritis axial y la artritis psoriásica de la Sociedad Española de Reumatología, explica la revisión y actualización de la misma, que cuenta con el apoyo de Abbvie

¿Cuáles han sido los objetivos de la actualización de la Espoguía?

El objetivo principal de esta guía es orientar a los reumatólogos en la selección de recomendaciones, basadas en la evidencia científica disponible, sobre las intervenciones terapéuticas para el manejo de pacientes adultos con espondiloartritis axial (EspAax) y con artritis psoriásica (APs). También pretende ser una herramienta útil para todos los profesionales que atienden a estos pacientes. Por último, la Espoguía incluye también un anexo con información específica para los pacientes, elaborada con su participación, que será de ayuda también para sus familiares.

¿Qué aspectos se han actualizado en relación a la versión anterior?

La variabilidad en la práctica clínica y el objetivo de mejorar la atención y calidad de los pacientes con EspAax y APs se plasmaron en la elaboración de la Espoguía 2009. Se trataba de buscar un patrón común para la detección y el abordaje de estas enfermedades. Los avances importantes que han surgido en estos años, principalmente en el área de intervenciones terapéuticas y del diagnóstico de las formas precoces sin daño estructural, hacen necesario actualizar los contenidos. En este contexto nace Espoguía 2015.

Se trata de una guía de práctica clínica clara, útil y con criterios de evidencia científica para ofrecer las alternativas terapéuticas idóneas en cada proceso. En aquellas situaciones en las que no se ha dispuesto de suficiente

evidencia, se realizaron recomendaciones basadas en el consenso de los miembros del grupo de trabajo.

En los últimos años, ¿qué avances o novedades destacaría de los que se han incluido en esta actualización?

En la Espoguía 2015 se recogen las nuevas evidencias sobre la importancia que tiene el diagnóstico y tratamiento precoz en el desenlace de la EspAax y la APs. Asimismo, se ha revisado la evidencia sobre las terapias actuales (metotrexato y otros fármacos de primera línea) y biológicas. Se discuten también los nuevos fármacos biológicos, así como las pequeñas moléculas con dianas terapéuticas específicas, que tienen o están próximos a tener indicación en estas enfermedades. Un aspecto de gran interés en el manejo de estos pacientes es la recomendación sobre la reducción de la terapia biológica en aquellos pacientes con EspAax que están en remisión, aunque se desaconseja la discontinuación del tratamiento. También se incorporan las evidencias existentes sobre las potenciales ventajas de la atención de la APs en unidades coordinadas (Dermatología-Reumatología) respecto de la atención separada por cada uno de los especialistas.

Se recogen recomendaciones sobre los programas de ejercicios de rehabilitación y también sobre la influencia del tabaquismo en las manifestaciones clínicas. Un aspecto también relevante es la recomendación sobre la utilidad de los programas de formación sanitaria para pacientes.

¿Qué recomendaciones deberían tener en consideración los reumatólogos cuando se enfrentan a pacientes con EA o APs?

Lo más importante es saber identificar la enfermedad en sus fases iniciales y administrar el tratamiento adecuado a la situación clínica del paciente de forma precoz. De esta manera tendremos más probabilidad de controlar la enfermedad y evitar sus secuelas.

Por otra parte, deberíamos plantearnos un objetivo del tratamiento y conseguirlo, lo que ayudará a conseguir un estado de mayor control de la enfermedad. Cuando se ha conseguido el objetivo y el paciente está en remisión, se puede intentar reducir la dosis de terapia biológica de forma escalonada, siempre que no exista reactivación de la enfermedad.

Es evidente que debemos recomendar la realización de ejercicios físicos en grupo de forma regular y educar sobre los efectos perjudiciales que el tabaquismo produce en estas enfermedades.

¿Qué beneficios cree que aportará esta nueva versión de la Espoguía?

Esperamos que sirva para mejorar la atención a los pacientes con EspAax y APs, poniendo énfasis sobre el diagnóstico y tratamiento precoz, la utilización óptima de las nuevas terapias, así como la educación sanitaria de los pacientes y sus familiares.

En general, ¿cómo calificaría la asistencia actual de los pacientes con espondiloartritis y artritis psoriásica en nuestro país?

La asistencia de ambas enfermedades tiene un nivel de excelencia en España. La Sociedad Española de Reumatología realiza grandes esfuerzos desde hace muchos años para mejorar la formación de los reumatólogos en esta área de la Reumatología. Además, cada dos años se dedica un simposio a EspAax y APs, de forma secuencial. En España tenemos expertos reconocidos a nivel internacional que realizan investigación clínica y básica sobre ambas enfermedades.

Una metodología basada en la evidencia y en un juicio razonado

La guía se ha elaborado desde una base sólida, basándose en una revisión sistemática de la evidencia, así como en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas terapéuticas que hay sobre el tratamiento de la espondiloartritis axial y la artritis psoriásica, según explica Petra Díaz del Campo, metodóloga de la Unidad de Investigación de la SER.

Respecto al procedimiento, se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar, donde se definieron las preguntas clínicas que debía contestar la guía y se pasó a realizar una búsqueda bibliográfica de todos los estudios científicos publicados. Se seleccionaron los estudios relevantes y se evaluó su calidad metodológica. Posteriormente, se formularon las recomendaciones que debía contener la guía.

También se destaca la incorporación de la perspectiva de los pacientes y la preparación de una información específicamente dirigida a ellos. Mediante investigación cualitativa y utilizando las técnicas de grupo de discusión y entrevistas en profundidad, varios pacientes participaron voluntariamente para contar sus experiencias y preocupaciones. Después se elaboró una información para pacientes que recoge los aspectos de la enfermedad que mayor utilidad pueden tener para ellos.

Esta nueva GPC actualiza parcialmente la guía anterior y la sustituye. Ha cambiado, pues, el procedimiento, evolucionando desde una versión basada más en el consenso de expertos hacia otra sustentada en la evidencia y el juicio razonado.

¿Qué
debo
saber...

... sobre las enfermedades relacionadas con Inmunoglobulina IgG4?

Autor



► Dr. Héctor Corominas

Jefe del Servicio de Reumatología
Hospital Moisès Broggi, Sant
Joan Despí, Barcelona / Hospital
General de l'Hospitalet, Barcelona /
Consorti Sanitari Integral (CSI)

Las enfermedades relacionadas con inmunoglobulinas IgG4 (ER-IgG4) engloban una serie de procesos inmuno-mediados muy bien reconocidos actualmente, que comparten una base fisiopatológica, serológica y muchas de sus manifestaciones clínicas. En menos de una década, se ha pasado de considerar todos estos procesos como enfermedades independientes a entender que la existencia de masas tumorales en órganos diana, un infiltrado linfo-plasmocitario de células plasmáticas rico en IgG4 y un grado variable de fibrosis, junto a una elevación en suero de concentraciones de IgG4 en un 60-70% de pacientes, se corresponde con diferentes formas clínicas o enfermedades con una misma base fisiopatológica.

Diagnóstico diferencial

Tal vez desde el punto de vista del reumatólogo clínico, nos puede parecer que estos procesos se salen del espectro de enfermedades de nuestra práctica diaria, pero realmente no es así. Las diferentes variantes clínicas y el órgano/s diana afectado/s nos obligan a establecer un diagnóstico diferencial con otras entidades clínicas muy habituales en nuestro día a día.

Las formas de presentación de estas ER-IgG4 que debemos recono-

cer son entre otras: 1) pancreatitis autoinmune Tipo 1 (relacionada con IgG4); 2) enfermedad orbitaria con afectación de glándulas lacrimales, afectación de músculos extraoculares o pseudo-tumor orbitario; 3) fibrosis retroperitoneal, que a menudo ocurre en contexto de una peri-aortitis crónica, que puede progresar a nefropatía; 4) enfermedad de glándulas salivales, que se puede presentar como un engrosamiento glandular mayor o como una sialoadenitis esclerosante.

El espectro de procesos que cursan con engrosamiento de glándulas lacrimales, parotídeas y submandibulares era reconocido como enfermedad de Mickulicz, que fue ampliamente reconocido como una variante del síndrome de Sjögren, mientras que la inflamación aislada de la sub-mandibular se reconocía como tumor de Küttner.

Actualmente, todos estos procesos se identifican con el nombre ER-IgG4, pero también han sido llamados como enfermedad sistémica-IgG4, enfermedad autoinmune IgG4, enfermedad hiperIgG4, etc.

El punto clave de las ER-IgG4 es el infiltrado linfoplasmocitario IgG4 positivo en células plasmáticas y Linfocitos TCD4+, que frecuentemente se asocia a fibrosis y elevación de IgG4 en suero. Este

infiltrado, más prevalente en hombres de mediana y tercera edad, se traduce en pancreatitis, fibrosis retroperitoneal y nefritis túbulo-intersticial, entre otros, todos ellos relacionados con IgG4.

Las formas con sialoadenitis o afectación ocular son tan frecuentes en hombres como en mujeres. El reumatólogo, debe pensar en ellas, pero no confundirse, ya que la elevación de IgG4 en suero o en tejido no es exclusivo de estas entidades y debe realizar un diagnóstico diferencial con otros procesos como la enfermedad de Castleman multicéntrica, enfermedades alérgicas, Churg Strauss, sarcoidosis, etc. Asimismo, es imprescindible descartar otras enfermedades sistémicas a las cuales estamos más habituados como LES, síndrome de Sjögren o granulomatosis con poliangéitis.

Tras realizar un diagnóstico diferencial extenso, ¿cómo debemos proceder? Ante un paciente con afectación de uno o más órganos, que se presenta con una masa de aparición subaguda en el órgano afecto (páncreas) o engrosamiento de este o, en ocasiones, una afectación sistémica, ya sea con linfadenopatía, síntomas de asma o severa pérdida de peso, debemos seguir adelante y descartar una ER-IgG4. Estos pacientes pueden presentar manifestaciones de linfadenopatía, pancreatitis autoinmune, colangitis esclerosante, fibrosis retroperitoneal, aortitis o periaortitis, enfermedad tiroidea en forma de tiroiditis de Reidel's o la variante fibrosa del Hashimoto. Pueden también presentar afectación pulmonar y pleural, pseudotumor orbitario, nefritis tubulointersticial,

o pseudolinfoma cutáneo. Sea como sea, el diagnóstico de ER-IgG4, se establecerá siempre tras la obtención de una biopsia del órgano diana, donde encontraremos un infiltrado tisular linfoplasmocitario en linfocitos y células plasmáticas ricos en IgG4.

Se deben medir los niveles de IgG4 en suero que serán elevados ($>135\text{mg/dL}$) y nos serán de ayuda, pero no son diagnósticos. El análisis de la concentración de plasmablastos en sangre mediante citometría, como biomarcadores diagnósticos y de actividad es mejor que la determinación de IgG4 en suero, pero no es accesible en todos los centros.

Evaluación

En cuanto a la evaluación post-diagnóstica, debemos realizar un estudio de extensión ya sea mediante TACAR torácico, abdominal o pélvico debido a la presencia de manifestaciones viscerales subclínicas. Puede ser de utilidad la RMN, o el PET scan que nos informa de un infiltrado focal o de la existencia de tejido inflamatorio o fibrótico. Asimismo, debemos descartar la existencia de proteinuria en orina, evaluar los niveles de complemento C3, C4, que a menudo son bajos o muy bajos por consumo y ser conscientes de haber descartado un gran número de enfermedades antes de atribuir todo este abanico de signos y síntomas a una ER-IgG4.

Una vez que, como reumatólogos, hemos llegado a la certeza diagnóstica y anatómo-patológica de estar delante de una ER-IgG4, debemos iniciar el tratamiento con una serie de recomendaciones: 1) los glucocorticoides

El análisis de la concentración de plasmablastos en sangre mediante citometría, como biomarcadores diagnósticos y de actividad, es mejor que la determinación de IgG4 en suero

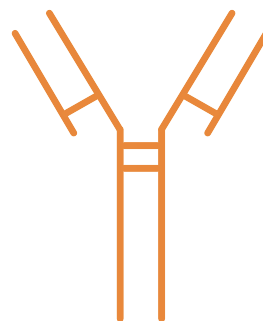
(GCC) son el fármaco de elección de primera línea; 2) después de la inducción del tratamiento, algunos pacientes deberían ser tratados con un fármaco modulador del curso de la enfermedad, aunque no existe consenso sobre este punto; 3) el tratamiento debe ser urgente en pacientes sintomáticos y sin retraso en pacientes asintomáticos; 4) el retratamiento con GCC está indicado en casos de reagudización, y en este caso el inmunosupresor como ahorrador de GCC es recomendable para mantener la remisión; 5) los pacientes resistentes a GCC, con contraindicaciones importantes o aquellos que no resisten un descenso de dosis, debe plantearse iniciar rituximab como agente reductor de células B.

Pronóstico

Por lo que respecta al pronóstico de las ER-IgG4 no está muy bien definido. La morbi-mortalidad en pacientes no tratados o refractarios es elevada por cirrosis, HTP, fibrosis retroperitoneal, complicaciones de aneurismas torácicos,

diabetes mellitus y obstrucción biliar, entre muchos otros. Asimismo, se han descrito subtipos de linfoma sugiriendo un riesgo elevado de LNH en estos pacientes, aunque estos datos deben ser contrastados.

Finalmente, las primeras descripciones de las ER-IgG4 se recogieron en 2003 por parte de autores japoneses como Kamisawa et al. Posteriormente, Stone JH, en Harvard en 2011, completó el análisis y descripción de estos procesos mediados inmunológicamente. Desde entonces, no ha cesado la actividad para definir, clasificar y entender estas ER-IgG4, que deben ser siempre consideradas ante un diagnóstico diferencial de las enfermedades sistémicas. El reumatólogo, como experto en esta área, debe reconocer estos procesos, identificarlos, realizar las pruebas diagnósticas adecuadas y liderar un grupo multidisciplinar para atender de manera global estas enfermedades.



BIBLIOGRAFÍA

1. Kamisawa T, Funata N, Hayashi Y, et al. A new clinicopathological entity of IgG4-related autoimmune disease J Gastroenterol 2003;38:982-4.
2. Stone JH, Zen Y, Deshpande V. IgG4-related disease. N Engl J Med. 2012;366:539-51.
3. Stone JH, Khosroshahi A, Deshpande V, et al. Recommendations for the nomenclature of IgG4-related disease and its individual organ system manifestations. Arthritis Rheum 2012;64:3061-7.
4. Stone JH, Brito-Zerón P, Bosch X, Ramos-Casals M. Diagnostic Approach to the Complexity of IgG4-Related Disease. Mayo Clin Proc 2015;90:927-39.

II Congreso de Pacientes con Enfermedades Reumáticas de la SER

Una iniciativa ‘con los pacientes y para los pacientes’

La necesidad de una atención multidisciplinar para los pacientes reumáticos, la equidad en el sistema sanitario y la seguridad de los fármacos biológicos fueron los principales temas tratados durante el II Congreso de Pacientes con Enfermedades Reumáticas, organizado por la Sociedad Española de Reumatología y celebrado en Barcelona en octubre.

La novedad de este año fueron las mesas en formato de debate, lo que supuso un mayor dinamismo y participación, ya que al final de cada jornada los pacientes pudieron preguntar sus dudas e inquietudes a los expertos. Otra novedad fue la retransmisión del Congreso en directo vía *streaming*, lo que posibilitó la visualización de los contenidos a todos aquellos que no pudieron asistir.

Atención multidisciplinar

Una de las demandas de los expertos y los pacientes durante el Congreso fue la necesidad de apostar por una atención multidisciplinar de los pacientes con enfermedades reumáticas. Los reumatólogos señalaron que teniendo en cuenta que este tipo de enfermedades conllevan alteraciones y afecciones propias de otras especialidades se hace necesario un seguimiento por diferentes especialistas. Por ello, abogaron por un equipo formado por todos los especialistas necesarios, en el que cada uno tenga un rol definido e integrado y que estén liderados por los reumatólogos.

También se hizo hincapié en la necesaria formación de los médicos de Atención Primaria en Reumatología para que sepan cuándo derivar a un paciente al reumatólogo, ya que en este tipo de patologías el diagnóstico precoz es clave para que el paciente pueda tener una buena calidad de vida.

Equidad en el Sistema Sanitario

“Las políticas públicas deberían garantizar la equidad en este aspecto y asignar los recursos en función de las necesidades de las personas, basándose en criterios técnicos y con un consenso que no debería romperse por oportunismos políticos ni mediáticos”, señaló la Dra. Rosario García de Vicuña.

La reumatóloga, resaltó que cuando se habla de equidad “no podemos ceñirnos exclusivamente a la atención

sanitaria porque los resultados en salud de una determinada población o en un individuo pueden depender de la asignación de recursos en otras políticas que garanticen el acceso a la educación, una vivienda y trabajo dignos, alimentos saludables o la integración social de los más desfavorecidos”. Además, añadió que el sistema debe transformarse en una atención transversal “que persiga la equidad en todas las políticas”.

Tratamientos biológicos

Sobre los fármacos biológicos el Dr. José Vicente Moreno Muelas, presidente de la SER, destacó la necesidad de que se garantice la libertad de prescripción. “El médico responsable de cada tratamiento es el único que está capacitado para iniciar, mantener, discontinuar o intercambiar fármacos biológicos, teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso (incluidas las económicas) y con el acuerdo del paciente. Ninguna institución hospitalaria puede sustituir fármacos biológicos sin la autorización del médico prescriptor, según la normativa vigente en nuestro país”, constató.

La actitud, lo más importante

En la primera jornada del Congreso tuvo lugar una ponencia muy especial: Teresa Perales, plusmarquista paralímpica, ofreció una charla llena de optimismo y superación. “No es malo no querer tener dolor ni es malo quejarse, tenemos derecho a ello, pero no podemos basar nuestra vida en eso. Detrás de cada cambio hay siempre una oportunidad y hay que tener una actitud positiva para afrontar cualquier situación”, afirmó Teresa, quien a los 19 años se quedó en silla de ruedas debido a una neuropatía.

“La fuerza está en la cabeza, con actitud positiva y motivación podemos afrontar cualquier situación y hacer realidad nuestros sueños”, aseguró Teresa y añadió: “También es necesario tener voluntad y sacrificio. Nadie nos garantiza el éxito, pero merece la pena intentarlo. Lo importante es participar pero queriendo ganar, porque sólo perdemos cuando nos rendimos”.

Retos y superación

Una de las mesas de debate mejor recibidas fue ‘Retos y superación’, en la que participaron enfermos reumáticos que contaron sus experiencias y animaron a los asistentes a intentar sobrellevar la enfermedad. “Hay que afrontar un futuro adaptado a la nueva situación y vivir la

enfermedad como una compañera de vida, pero no como si fuera exclusivamente nuestra vida”, señaló Noemí Calvó, psicóloga y paciente de artritis reumatoide.

“Tenemos que pensar que el hecho de tener dolor no nos debe ni puede impedir hacer nuestra vida normal y cumplir con nuestras actividades diarias”, afirmó Jacobo Parages, un ejemplo de superación, ya que, a pesar de padecer espondilitis anquilosante desde hace casi 20 años, ha cruzado a nado el Estrecho de Gibraltar y el Canal de Menorca.

Jacobo, además, quiso mostrar el lado positivo de su enfermedad. “He hecho cosas mucho más allá de lo que siempre he entendido como normal y todo gracias a esta enfermedad. Hoy, veinte años después de ser diagnosticado y después de conseguir los retos que he conseguido, miro a esta enfermedad incluso con gratitud porque si no fuera por ella, no habría intentado realizar los retos que he alcanzado”. Ambos pacientes señalaron que para mejorar la calidad de vida de los enfermos resulta fundamental que exista una relación cercana entre el médico y el paciente.



1: Primera mesa redonda celebrada durante el Congreso. **2, 3 y 4:** Intervenciones de la Dra. García Vicuña, el Dr. José Vicente Moreno Muelas y la Dra. Romera. **5 y 7:** Asistentes a la mesa dedicada a la superación de los pacientes. **6:** Teresa Perales. **8:** Jacobo Parages.

Becas SER ACR 2015

Las artritis y las colagenopatías han sido los temas principales de estos trabajos

En esta edición se han aceptado 65 becas ACR a socios de la SER. Se evidencia así la investigación actual llevada a cabo por nuestros socios, destacando tanto en la clínica como en la básica.

En las tablas se describen los temas de mayor a menor número, según el primer autor firmante, por centros hospitalarios y por enfermedad. Los centros de los que

más trabajos se han aceptado han sido el Hospital Clínico San Carlos de Madrid y el Hospital Reina Sofía de Córdoba con 7 y 6 comunicaciones, respectivamente, seguidos del Hospital Juan Canalejo de A Coruña y el Instituto Parasitología y Biomedicina López-Neyra de Granada.

La doctora Leyre Riancho, del Hospital Marqués de Valdecilla, ha destacado por presentar en esta edición tres trabajos.

HOSPITAL	NÚMERO
Hospital Clínico San Carlos (Madrid)	7
Hospital Reina Sofía e IMIBIC	7
Hospital A Coruña e INIBIC	6
Inst. Parasitología y Biomedicina López-Neyra (Granada)	6
Hospital De Bellvitge (Barcelona)	5
Hospital Marqués de Valdecilla e IDIVAL	5
Hospital de Canarias (Tenerife)	4
Hospital Clínic (Barcelona)	3
Hospital 12 de Octubre (Madrid)	2
Hospital La Princesa (Madrid)	2
Hospital de Cruces (Vizcaya)	2
Hospital Germans Trias i Pujol (Barcelona)	2
Hospital de Donosti (San Sebastián)	2
Hospital La Paz (Madrid)	1
Hospital Gregorio Marañón (Madrid)	1
Hospital Ramón y Cajal (Madrid)	1
Hospital Fundación Jiménez Díaz (Madrid)	1
Hospital del Mar (Barcelona)	1
Hospital Parc Tauli (Barcelona)	1
Hospital Vall de Hebrón (Barcelona)	1
Hospital Central de Asturias (Oviedo)	1
Hospital Can Misses (Ibiza)	1
Hospital Marina Baixa (Alicante)	1
Hospital de Basurto (Vizcaya)	1

ENFERMEDAD	Nº ABSTRACTS
Artritis crónicas AR: 17 EA: 2 APS: 1	20
Colagenopatías LES: 6 Esclerodermia: 5 Vaculitis: 3 Enf. mixta: 2 SAF: 2 Miscelánea: 4	22
Artrosis	6
Osteoporosis	3
R. pediátrica	2
Gota	2
Uveítis	2
Partes blandas	1
Ecografía	1
Miscelánea	6

Visualiza los resúmenes de 'Lo Mejor del ACR'

Ya están disponibles los vídeos con las principales novedades del Congreso en la plataforma online ACR/ARHP (Annual Meeting Review)

Un año más, los resúmenes de los mejores contenidos del Congreso Anual del American College of Rheumatology (ACR) ya están disponibles en la plataforma online ACR/ARHP (Annual Meeting Review), una iniciativa de la Sociedad Española de Reumatología, que ha contado con la colaboración de **Lilly**.

En esta plataforma se recogen los vídeos con las principales novedades del Congreso ACR celebrado en San Francisco, que han sido realizados por seis expertos de renombre en el campo de la Reumatología y divididos por áreas temáticas: artritis reumatoide clínica, tratamiento de la artritis reumatoide, enfermedades autoinmunes sistémicas, espondiloartritis, ciencia básica y miscelánea.

También los resúmenes diarios

En la plataforma se pueden visualizar los resúmenes diarios grabados por los expertos y emitidos los días 9, 10 y 11 de noviembre en *streaming*. El objetivo es que todos aquellos socios que no pudieron desplazarse al Congreso,

tengan información actualizada de los últimos avances en Reumatología.

Los expertos que han participado en esta iniciativa son:

- **Dra. Lucía Silva**. Artritis reumatoide clínica
- **Dr. Alejandro Balsa**. Artritis reumatoide. Tratamiento
- **Dr. José M^a Pego**. Enfermedades autoinmunes sistémicas
- **Dra. Victoria Navarro**. Espondiloartropatías
- **Dr. Francisco Blanco**. Ciencia básica
- **Dr. Alejandro Olivé**. Miscelánea

¿Cómo puedes acceder a la plataforma?

Sólo tienes que introducir los siguientes datos:

Dirección: www.acr-review.ser.es
Código de acceso: **lilly**

CITAS CON LA FORMACIÓN

III CURSO REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

Los días 11 y 12 de marzo se celebrará el segundo bloque del 'III Curso de Reumatología Pediátrica', organizado por la SER, con la colaboración de **Roche**. El curso, coordinado por los doctores M^a Luz Gamir, Juan Carlos López y Consuelo Modesto, tiene, además, una parte teórica que los participantes comenzaron vía online el pasado 1 de diciembre y finalizarán el 25 de enero.



MODELOS DE GESTIÓN EFICIENTE

Los días 4 y 5 de marzo se llevará a cabo en Madrid el curso 'Modelos de Gestión Eficiente', que cuenta con el apoyo de **MSD**. Esta iniciativa formativa está coordinada por los Dres. Fernando Pérez, Joan Miquel Nolla y Carlos Marras. Entre los temas que se tratarán destaca la eficiencia y sostenibilidad de los sistemas sanitarios, innovación en gestión en el área ambulatoria y gestión de unidades clínicas, entre otros.

I JORNADA MARROQUÍ-ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA

Por primera vez se celebra esta jornada, bajo el título: 'Terapias biológicas en artritis reumatoide' con el objetivo de mejorar el conocimiento de los especialistas marroquíes en este ámbito terapéutico. Tendrá lugar el 16 de enero en Rabat (Marruecos), bajo la coordinación de los doctores Beatriz Yoldi, Manuel Tenorio y Rafael Cáliz.



XV CURSO DE TUTORES Y RESIDENTES

La SER, en colaboración con **UCB**, celebrará el 'XV Curso de Tutores y Residentes' los días 8 y 9 de abril en Córdoba. En este curso, dirigido por el Dr. Indalecio Monteagudo, se realizará una actualización de la Comisión Nacional de la Especialidad, se hablará de la comunicación con el paciente, la importancia de la ecografía en urgencias y las ventajas de una rotación externa fuera del medio hospitalario.

Un tercio de los pacientes con esclerodermia sufren afectación pulmonar

Los expertos hablan sobre las técnicas de diagnóstico y los avances en el tratamiento

La afectación intersticial pulmonar es una de las alteraciones más frecuentes en la esclerodermia, afectando a uno de cada tres pacientes. Además, los enfermos también pueden sufrir afectación renal y cardíaca, entre un 6 y un 10% de los casos, según indicó la Dra. Patricia Carreira, reumatóloga del Hospital 12 de Octubre, durante la celebración del II Curso de Esclerodermia, Raynaud y Capilaroscopia, organizado por la Sociedad Española de Reumatología recientemente en Madrid.

En cuanto al tratamiento de esta patología, la Dra. Carreira avanzó que actualmente hay numerosos fármacos antifibróticos en fase de desarrollo “si demuestran su eficacia, se podrán utilizar en asociación con los inmunosupresores”. Pero, especificó, “por el momento la ciclofosfamida, utilizada por vía intravenosa mensualmente, se presenta como el tratamiento que aporta una

mejoría en la afectación pulmonar, en el endurecimiento cutáneo y en la calidad de vida”.

Técnicas de diagnóstico

Durante el curso también se profundizó sobre el fenómeno de Raynaud –una de las manifestaciones iniciales más frecuentes en la esclerodermia– y su diagnóstico.

Los expertos consideran a la capilaroscopia como una herramienta que supone un gran avance en el diagnóstico del fenómeno de Raynaud. Es una técnica que requiere formación y experiencia por parte de los especialistas. “No es difícil de aprender pero sí de interpretar, ya que no existen estándares de normalidad universalmente aceptados. La interpretación requiere experiencia, pues así será más fiable”, explicó la Dra. Carreira.

Las complicaciones neurológicas en pacientes con lupus pueden ser comunes

Considerando exclusivamente las atribuibles al LES, las manifestaciones más habituales son la enfermedad cerebrovascular y las convulsiones

El neurolupus es el conjunto de síndromes neurológicos y psiquiátricos que se presentan en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y que son atribuibles a la enfermedad. En concreto, se estima que tiene una prevalencia del 4,3%, excluyendo los trastornos afectivos y de ansiedad, la cefalea y el deterioro cognitivo leve. Sin embargo, si se incluyen estas últimas manifestaciones, la cifra de complicaciones neurológicas puede ser muy variable y oscila entre el 12% y el 95%, según el Dr. Javier Narváez García, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Bellvitge (Barcelona).

Durante el VII Curso de LES y Síndrome Antifosfolípido (SAF) de la Sociedad Española de Reumatología –celebrado en Madrid con la colaboración de GSK– el Dr. Narváez

ha explicado que si sólo se consideran las manifestaciones inequívocamente atribuibles al LES “de acuerdo con su incidencia acumulada se pueden clasificar en comunes como son la enfermedad cerebrovascular y convulsiones (5-15%); relativamente infrecuentes como el deterioro cognitivo severo, depresión mayor o afección del sistema nervioso periférico (1-5%); y raras como la psicosis, mielopatía, neuropatía craneal y meningitis aséptica (menos del 1%)”.

Así, en el seguimiento de pacientes con LES, “es fundamental tener un elevado índice de sospecha de estas complicaciones, sobre todo de las mayores o más graves, puesto que es imprescindible un tratamiento precoz y enérgico para intentar conseguir la remisión sin secuelas o, como mínimo, una recuperación funcional parcial”, concluye el Dr. Narváez.

Los nuevos criterios de clasificación de la gota refuerzan el papel de las técnicas de imagen

Los nuevos criterios de clasificación ACR/EULAR de la gota refuerzan el papel de las técnicas de imagen como la ecografía o DECT en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad. Se trata de una clasificación validada que, además, favorecerá una mejor selección de pacientes en investigación, según han puesto de manifiesto expertas durante el curso 'Reumatopics', organizado por la Sociedad Española de Reumatología con la colaboración del Grupo Menarini, en Barcelona.

La Dra. Carme Moragues, reumatóloga del Hospital de Bellvitge, explicó que esta nueva clasificación

"establece el papel fundamental de la determinación de cristales de urato como patrón oro e introduce técnicas avanzadas de imagen".

"Estos nuevos criterios permiten la selección de un grupo homogéneo de pacientes con gota para su inclusión en estudios, bien de tratamiento, bien estudios observacionales. Muestran un mejor comportamiento en términos de sensibilidad y especificidad que los criterios existentes, y por tanto, mejoran la selección de pacientes que se incluirán en los estudios", señaló la Dra. Francisca Sivera, reumatóloga del Hospital de Elda, durante el encuentro.

La SER defiende que la confianza del médico es la clave para una correcta implantación de los biosimilares

La ley no permite la sustitución de biológicos por la Farmacia Hospitalaria

La llegada de los biosimilares al mercado es una 'buena noticia', ya que el menor precio de estos biofármacos, equiparables en calidad, seguridad y eficacia a los innovadores a los que versionan, ayudará a la sostenibilidad del sistema sanitario y supondrá una mejora del acceso de los pacientes a estas terapias. "No obstante, una correcta implementación del uso de los biosimilares se debe fundamentar en la relación de confianza entre el médico y el paciente. Es el médico responsable de cada tratamiento el único que está capacitado para iniciar, mantener, discontinuar o intercambiar fármacos biológicos, incluidos los biosimilares", según puso de manifiesto el presidente de la Sociedad Española de Reumatología (SER), el Dr. José Vicente Moreno Muelas, durante el acto de presentación de la nueva Asociación Española de Biosimilares.

Según la normativa vigente en España, la Farmacia Hospitalaria carece de la facultad de sustituir biológicos sin la autorización del médico prescriptor. "Es el médico el que debe decidir qué tratamiento es el adecuado, siempre con

el acuerdo del paciente y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso, incluidas las económicas", sostuvo el especialista durante una jornada celebrada en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



El Dr. José Vicente Moreno Muelas durante el acto de presentación de la nueva Asociación Española de Biosimilares.

Acción y cambio en la artritis psoriásica

Con motivo del Día Mundial de la Psoriasis varios expertos se reunieron para evidenciar la enfermedad y activar al paciente para mejorar en su patología

“La psoriasis es una enfermedad que había sido descuidada en el pasado por su gran heterogeneidad, pero que hoy se sabe que, en el 39% de los casos, deriva en una artritis psoriásica. Esta creencia equivocada convivía con la opinión de que este tipo de artritis es menos grave que la propia psoriasis, cosa que la evidencia científica ha desmentido”, destacó el Dr. Juan Cañete, coordinador del Grupo de Trabajo de Estudio de la Artritis Psoriásica de la SER (GEAPSOSER), durante la celebración del Día Mundial de la Psoriasis.

El Dr. Cañete afirmó que el consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo “aumentan el riesgo de desarrollar psoriasis y pueden reducir la eficacia de los tratamientos”. La obesidad y la hipercolesterolemia también son considerados “factores de riesgo importantes”. El reumatólogo, además, hizo hincapié en la necesidad de un diagnóstico

precoz: “Ya es manifiesto que a los tres meses de debutar la enfermedad se anticipa un riesgo de mal funcionamiento articular futuro”.



Mens sana in corpore sano

En la celebración del Día Mundial de la Psoriasis también participó el Dr. Carlos Montilla, miembro de GEAPSOSER, en el acto que tuvo lugar en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. El reumatólogo profundizó en la artritis psoriásica y en la importancia de la actividad física con la ponencia ‘Mens sana in corpore sano en artritis psoriásica’, donde mencionó los beneficios del ejercicio, la alimentación adecuada y el abandono de los hábitos nocivos en el desarrollo de esta enfermedad.

Influencia de una variante genética en la evolución de la artritis reumatoide

Dos recientes artículos, realizados con la colaboración de varios grupos de la Red de Investigación en Inflamación y Enfermedades Reumáticas (RIER), se centran en la influencia de la variante (rs7574865) del gen de la proteína STAT4 que confiere un mayor riesgo para padecer artritis reumatoide y otras enfermedades autoinmunes.

“En el primer artículo describimos que los pacientes con artritis de reciente comienzo que son portadores de esta variante del gen STAT4 tienen una evolución con mayor actividad de la enfermedad y a lo largo del seguimiento tienen más discapacidad”, según explica el

Dr. Isidoro González, reumatólogo del Hospital Universitario de La Princesa (Madrid) y coordinador del estudio. En el segundo artículo se ha descrito por qué ocurre esto. “Hemos visto que se produce más ARN mensajero de STAT4. Esto es algo así como la copia de los planos de la proteína que se manda desde el núcleo a las fábricas de proteínas (los ribosomas). Y hemos confirmado que se produce más proteína de STAT4, cuya misión es transmitir hasta el núcleo el mensaje que reciben los receptores de algunas citoquinas proinflamatorias (mensajeros de comunicación entre las células del sistema inmune) situados en la membrana exterior de las células”, precisa el Dr. González.