

LA **SER** CELEBRA EL **5^o**

SIMPOSIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS



▶▶ **CONOCE TU SOCIEDAD**

La SER convocará en 2017 una oferta formativa con más de 1.300 plazas en todos los cursos

pág. 20

▶▶ **FORMACIÓN**

Barcelona acoge una novedosa jornada multidisciplinar sobre fragilidad ósea

pág. 30

Servicio patrocinado por:



Biblioteca **virtual**

JAIME ROTÉS QUEROL



Fácil, moderna y accesible.

Visita la nueva web
bibliotecavirtual.ser.es

Para más información: **www.ser.es**

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, Eugenio Chamizo, Juan J. Gómez-Reino, Juan Muñoz Ortego, Fernando Pérez, Beatriz Yoldi, Juan Sánchez Bursón, Rubén Queiro y Marta Valero.

Secretario de Redacción:

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

Colaboradores:

Dr. Jenaro Graña Gil
Dr. Antonio Naranjo Hernández

Coordinadora:

Sonia Garde García

Redacción:

Ana de las Heras

Publicidad:

Raúl Frutos Hernanz

Asesoría, edición, diseño gráfico y maquetación:

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 €

ISSN 1697-266X

Una oferta formativa muy 'ambiciosa'

Entrado el Año Nuevo, solo podemos desearos un 2017 lleno de cosas buenas. Por nuestra parte, vamos a seguir aportando nuestro grano de arena para seguir impulsando el ámbito de la investigación, la formación y la divulgación de la Reumatología. Un mayor conocimiento para todos nuestros socios con el fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

En este número podrás ver la oferta formativa 'más ambiciosa' en la historia de la SER, con más de 1.300 plazas de formación convocadas, por lo que uno de cada tres socios de la SER podrá acceder a uno de los cursos. También te contamos con más detalle dos de los principales eventos que tendrán lugar en el mes de febrero: el 5º Simposio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas y la I Jornada Multidisciplinar en Fragilidad Ósea.

Además, podrás encontrar en estas páginas otras noticias de interés relacionadas con la Reumatología, como la visión de la especialidad por parte del consejero de salud del País Vasco o la validación del nuevo índice UVEDAI, entre otras.

¡Nos vemos en alguno de nuestros eventos!

- 4 **EVENTOS SER**
5º Simposio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas
- 6 **BIBLIOGRAFÍA COMENTADA**
- 13 **SOCIEDADES AUTONÓMICAS**
Entrevista con el Dr. Jon Darpón, consejero de Salud del Gobierno Vasco.
- 20 **CONOCE TU SOCIEDAD**
La oferta formativa más ambiciosa de la historia de la SER
- 22 **PACIENTES**
OAFI, una nueva fundación que vela por los pacientes con artrosis
- 23 **INVESTIGACIÓN**
El índice de actividad UVEDAI, en proceso de validación
- 24 **¿QUÉ DEBO SABER...**
... sobre el riesgo de neoplasia de los anti-TNF en artritis reumatoide?
- 30 **FORMACIÓN**
Barcelona acoge una novedosa jornada multidisciplinar sobre fragilidad ósea
- 34 **NOTICIAS SER**
La SER recuerda que la sustitución automática de un biológico innovador por un biosimilar está prohibido por Ley

Su
ma
rio





A Coruña acoge el 5º Simposio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas

La Dra. Mercedes Freire, responsable del Comité Organizador Local, destaca las novedades de este evento y explica los retos y expectativas futuras en este ámbito

¿Qué temas o novedades destacaría de los que se van a tratar durante el Simposio?

Se van a analizar en profundidad la utilidad de los estudios genéticos en el diagnóstico y el pronóstico de estas enfermedades; la implicación de la vitamina D en patogenia de pacientes con lupus eritematoso sistémico, y las novedades en el manejo de pacientes con vasculitis en situaciones especiales o complicadas graves, como puede ser diferenciar la actividad de la enfermedad o de una infección sobrevenida o el manejo de estas enfermedades durante el embarazo.

Además, queremos hacer especial hincapié en el



manejo de nuevas dianas terapéuticas en enfermedades autoinmunes sistémicas. Por último, se incluye un apartado para el tratamiento de enfermedades autoinflamatorias.

¿Qué mejoras ha habido en el abordaje de estas patologías en los últimos años?

Sin duda alguna, el mejor conocimiento de su etiopatogenia ha facilitado un particular abordaje de estas patologías, especialmente a lo que se refiere a la disponibilidad de fármacos dirigidos a dianas concretas de las superficies celulares, como, por ejemplo, las terapias biológicas. Por otro lado, se ha utilizado en estos últimos años el trasplante de médula ósea como solución eficaz para pacientes en los cuales la terapia convencional ha fracasado.

¿Cuál es el reto principal en las EAS?

En mi opinión, el principal reto que tenemos los médicos es tener siempre presente la posibilidad de que el paciente padezca una enfermedad autoinmune. Por ello, es importante un diagnóstico precoz con el fin de iniciar un tratamiento lo antes posible y conseguir la remisión de la enfermedad, así como disminuir la frecuencia de recaídas para evitar el daño muchas veces irreversible.

¿Considera que los reumatólogos están bien formados en el ámbito de las enfermedades autoinmunes sistémicas?

Nosotros, los reumatólogos y reumatólogas, somos los médicos que nos hemos especializado en

el abordaje y tratamiento de los pacientes con patología médica del aparato locomotor. Un aspecto importante del manejo de estas enfermedades complejas es que los pacientes sean controlados por especialistas con formación y experiencia suficientes, y que ofrezcan garantías para la atención adecuada y de calidad.

Insisto, en la actualidad se requiere de la colaboración multidisciplinar de varios especialistas para atender a estos pacientes. Son necesarias las consultas monográficas en las que la coordinación por parte del reumatólogo es crucial para su éxito con el fin de mantener una relación fluida entre médicos, y que estos tengan objetivos terapéuticos consensuados.

El principal reto que tenemos los médicos es tener siempre presente la posibilidad de que el paciente padezca una **enfermedad autoinmune**

¿Hacia dónde va el futuro de las enfermedades autoinmunes sistémicas?

En mi opinión, en primer lugar, hacia un cambio de modelo organizativo con consultas multidisciplinarias y protocolos consensuados, como he comentado con anterioridad. Me gustaría señalar que, en los últimos años, se han llevado a cabo múltiples investigaciones en modelos animales que demuestran que los linfocitos T reguladores autorreactivos –aquellos que protegen al organismo contra enfermedades autoinmunes concretas– se pueden expandir ‘in vivo’ de forma eficiente y reproducible. Asimismo, han descubierto que la administración de un nuevo tipo de nanopar-



tículas recubiertas con dianas proteicas dirigidas hacia los linfocitos T que causan enfermedades autoinmunes, permiten su reprogramación hacia linfocitos T reguladores y, con ello, la eliminación selectiva de la enfermedad en cuestión. Lo que hacemos es convertir las células malas que atacan al órgano en células que suprimen la inflamación.

Por último, me gustaría mencionar los estudios genéticos que se están llevando a cabo, que vamos a poder utilizar no solo con fines diagnósticos y pronósticos, sino también con fines terapéuticos para hacer una medicina más personalizada.

BLOQUEO CARDIACO CONGÉNITO AUTOINMUNE

Triple terapia

Dr. José Rosas Gómez de Salazar

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante

Plasmaféresis, inmunoglobulinas intravenosas y betametasona: protocolo de tratamiento combinado para el bloqueo cardiaco congénito autoinmune: estudio de cohortes prospectivo. Ruffatti A, Cerutti A, Favaro M, et al. Clin Exp Rheumatol 2016;34:706-13.

El bloqueo cardiaco congénito autoinmune (BCC) es la complicación más grave del denominado lupus neonatal. Se relaciona con el paso placentario, a partir de la semana 16-18 de gestación, de los anticuerpos maternos anti-Ro y/o anti-La que provocan alteraciones en el sistema de conducción cardiaco del feto, induciendo diversos grados de bloqueo cardiaco, que se manifiesta por bradicardia fetal.

Aunque hasta el momento no se disponen de guías de tratamiento para estos pacientes, habitualmente desde su detección reciben tratamiento con betametasona y se han publicado casos con resultados dispares con plasmaféresis y/o inmunoglobulinas iv.

El estudio

Los autores de este estudio evalúan en una cohorte de 12 pacientes con BCG de 2º o 3º grado, la eficacia y seguridad del tratamiento combinado protocolizado desde la detección del BCC, hasta el parto con: betametasona (4 mg/diarios), plasmaféresis semanal (trata de disminuir, en sangre materna, los niveles de Anti-Ro/La) e inmunoglobulinas iv cada 15 días (inhibe el transporte de anticuerpos maternos por la placenta y acelera su aclaramiento, entre otros efectos; 1 g iv, en una sesión quincenal). La última sesión de plasmaféresis se administró el día antes del parto programado.

Además, las pacientes recibían aspirina en dosis de 100 mg diarios, hasta una semana antes del parto, para evitar trombofilia. El neonato recibió inmunoglobulinas iv tras el parto hasta la negatividad de los anticuerpos maternos, un periodo de tres a cinco meses. Se realizó ecografía fetal semanal desde la detección del BCC hasta el parto y posteriormente cada seis meses.

La edad media de las madres al inicio de la gestación era de 32 años (rango: 25-41 años). Todas ellas eran positivas a anti-Ro 52 y 60 y, además, diez de ellas (83%) a anti-La. De las doce pacientes, cuatro estaban diagnosticadas de síndrome de Sjögren primario (33%), tres de colagenopatía no diferenciada (25%) y los cinco restantes (42%) eran asintomáticas. La semana media de gestación en la que se detectó el BCC fue de 23,5 ±3,8 semanas (rango 20-30). Todos los pacientes sobrevivieron, realizándose parto por cesárea programada en 10 (83%).

De los seis pacientes con BCC de 2º grado, ninguno evolucionó a bloqueo de 3º grado; uno de ellos pasó a ritmo sinusal normal y dos pasaron a un bloqueo de 1º grado. Los seis pacientes con BCC inicial de 3º grado permanecieron en el todo el embarazo y tres de ellos precisaron marcapasos durante el seguimiento (29±19,8 meses). No se registraron efectos secundarios relevantes, relacionados con el tratamiento en la madre, feto o el neonato.

Conclusiones

Los autores concluyen que la triple terapia combinada parece ser eficaz y segura en el tratamiento del BCC de 2º grado, aunque la eficacia en el BCC de 3º grado está por determinar.

Este es el primer estudio prospectivo que evalúa la eficacia de esta triple combinación de tratamiento en pacientes con BCC, en relación con la presencia de anticuerpos anti-Ro y/o anti-La. De acuerdo con los resultados obtenidos, parece que esta terapia mejora el BCC, en etapas precoces, antes de que se produzca fibrosis, la inflamación del miocardio y el BCC puede ser reversible o mejorar. Se debe insistir en la evaluación precoz de la frecuencia cardiaca fetal, a partir de al menos la semana 16-20 de gestación, para detectar bradicardia en las madres que sabemos que tienen estos anticuerpos, y en las madres sin diagnóstico en que se detecte, realizar una búsqueda de enfermedad autoinmune.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Objetivo: la remisión

Dr. José Rosas Gómez de Salazar

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante

La remisión duradera en el lupus eritematoso sistémico es rara. Wilhelm TR, Magder LS, Petri M. Ann Rheum Dis. 2016 Aug 24. [Epub ahead of print].

Al igual que en la artritis reumatoide, la remisión es un objetivo primordial en los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Diversos estudios han demostrado que una remisión precoz de la enfermedad y que esta sea prolongada se asocia a una mejor evolución del LES. Sin embargo, en los últimos años ha sido difícil llegar a un consenso sobre la definición de remisión clínica o serológica en esta enfermedad.

El estudio

En este estudio se ha seguido, para la definición de remisión en LES, el acuerdo alcanzado por el grupo colaborativo de consenso internacional para la definición de remisión en LES (DORIS: Definitions Of Remission In SLE) y se ha aplicado a los 2.307 pacientes de la cohorte LES, prospectiva, del Hospital John Hopkins, desde 1987 a 2014. Se consideran cuatro grupos de remisión: Remisión Clínica, Remisión Completa, Remisión Clínica en Tratamiento y Remisión Completa en Tratamiento (tabla. PGA: evaluación del médico; Serología incluye anti-DNA y C3, C4). El uso de hidroxicloroquina era permitido en todos los grupos.

	Remisión Clínica	Remisión Completa	Remisión Clínica en tratamiento	Remisión Completa en tratamiento
SLDAI=0	Sí	Sí	Sí	Sí
PGA<0.5	Sí	Sí	Sí	Sí
Prenisona	0	0	≤5 mg/d	≤5 mg/d
Inmunosupresores	No	No	Permitido	Permitido
Serología	(+)	(-)	(+)	(-)

El 92% de los pacientes eran mujeres. El 39% de los pacientes incluidos había sido diagnosticado en el último año y el 32%, más de cinco años. El tiempo

medio para la remisión fue 8,7; 11,0; 1,8 y 3,1 años, respectivamente, para los grupos de Remisión Clínica, Remisión Completa, Remisión Clínica en Tratamiento y Remisión Completa en Tratamiento.

El tratamiento basal más intenso fue el predictor más potente para un mayor tiempo con el objetivo de llegar a la remisión, seguido de una mayor actividad basal de la enfermedad. Una baja actividad basal (PGA<1, SLDAI<3), <5 mg/día de prednisona y no tratamiento con inmunosupresores se asoció con una mayor rapidez para conseguir la remisión. La media de duración de la remisión para todos los grupos era de tres meses en alrededor del 40% de los pacientes.

Sin embargo, este porcentaje baja al 13% (9-13) al año, y menor del 2% (0,6-2), a los cinco años. Los afroamericanos, C3 bajo basal y la actividad hematológica basal, se asociaron con mayor tiempo necesario para alcanzar la remisión en todos los grupos. La presencia basal de anti-DNA y C4 bajo, se vinculó con mayor tiempo para la remisión en el grupo de Remisión Completa y Remisión Completa en Tratamiento. Además, un C4 basal bajo, se asoció de forma negativa para la Remisión clínica.

Conclusiones

Los autores concluyen que sus datos aportan información sobre la frecuencia y duración de la remisión en el LES, que si bien puede alcanzar al 40% de los pacientes, esta es de corta duración. Señalan la atención en el papel de la actividad y el tratamiento basal como predictores de conseguir dicha remisión.

Es un interesante artículo que demuestra la complejidad del LES y lo difícil de mantener la remisión en la enfermedad. Este es un aspecto a comparar con otras cohortes, como la española de RELESSER (corte transversal) y la prospectiva RELESSERPROS, donde el 90% de los pacientes es de origen Caucásico, la mediana de SLEDAI es de 2 y el 85% de los pacientes presentaba un SLEDAI <6 y el 47% no recibían prednisona en la última evaluación clínica (Pego JM, et al, Lupus 2015;24:720-29; Rúa I, et al, Medicine 2015;94:e267).

ENFERMEDAD POR VIRUS CHIKUNGUNYA

Enfermedad reumática por virus Chikungunya

Dr. Jenaro Graña Gil

Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

Manejo de la enfermedad reumática crónica post-Chikungunya: La experiencia de La Martinica. Blettery M, Brunier L, Polomat K, et al. Arthritis Rheum 2016;68:2817-24.

Entre los años 2013 y 2015 hubo una epidemia de Chikungunya (CHK) en los países caribeños y algunos de estos pacientes viajaron a España. La enfermedad CHK es causada por un arbovirus. El virus CHK es transmitido por el mosquito Aedes. La infección en humanos provoca síntomas similares a los de la Fiebre del Dengue, con intenso dolor articular. En el lenguaje Makonde, de Tanzania y Mozambique, chikungunya significa 'enfermedad del hombre doblado'. Tras el episodio agudo, se pueden observar manifestaciones articulares crónicas persistentes o recidivantes o enfermedad crónica. Las formas asintomáticas afectan principalmente a los adultos jóvenes (35-40 años) y representan el 5-25% de los casos.

El CHK es un virus encapsulado, de cepa única de la familia Togaviridae y el género Alphavirus. Hay tres grupos filogenéticos: Asia, África Occidental y África Oriental/Central. La extensión del virus cubre los cinco continentes y se superpone al área de dispersión del vector mosquito tigre (*Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*). Es una de las especies más invasivas del mundo, actualmente presente en 100 países. Además del CHK, el *A. albopictus* transmite el Dengue y el virus Zika, y el *A. aegypti* es el vector de la Fiebre Amarilla.

Los brotes anteriores de CHK en territorio francés, en 2005 y 2006, en la isla Reunión, fueron causados por un virus mutado transmitido por un *albo-pictus* asiático que infectó 300.000 personas, en una población de 780.000, con un 34% de tasa de ataque, 38,2% de seroprevalencia y 222 casos graves (65 muertes). El exceso de mortalidad atribuible a CHK se estimó en 260 muertes. Después del súbito inicio de la fase aguda, que se manifiesta por poliartritis febril y síntomas sistémicos, el CHK puede provocar manifestaciones reumáticas crónicas (síndrome CHK crónico) que pueden ser difíciles de reconocer.

El estudio

Una epidemia reciente de CHK en el Caribe afectó aproximadamente a 170.000 personas en la isla Martinica (población total: 390.000 personas). Esta experiencia permitió describir el inicio y tratamiento del Síndrome de CHK Crónico. Los pacientes fueron evaluados en el único departamento de Reumatología de la isla y examinados por un reumatólogo senior utilizando un protocolo de atención estándar. El diagnóstico de CHK se estableció de forma colectiva mediante consenso entre todos los clínicos. Se registró el tiempo medio desde el inicio del CHK agudo hasta la primera consulta de Reumatología. La gravedad se evaluó mediante las escalas clínicas y se registró el grado de afectación articular y el tratamiento de cada paciente.

Para los 147 pacientes analizados, el tiempo medio entre el inicio del CHK agudo y la primera consulta de Reumatología fue de ocho meses. Tras la revisión del historial médico de cada paciente, 19 (12,9%) fueron diagnosticados como CHK epidémico.

Se observaron cuatro patrones reumatológicos distintos en los pacientes restantes (antecedentes compatibles y resultados serológicos positivos): 47 pacientes (32%) tuvieron reactivación de las manifestaciones dolorosas mecánicas crónicas asociadas a artrosis, 9 pacientes (6,1%) tenían fibromialgia, 45 (30,6%) cumplían criterios de espondiloartritis (con evaluación previa a la infección en todos los pacientes) y experimentaron un brote agudo de su enfermedad, y 27 pacientes (18,4%), sin antecedentes previos de enfermedad articular, desarrollaron de novo una enfermedad inflamatoria articular bilateral crónica simétrica en respuesta a la infección por el virus, etiquetada como artritis reumatoide seronegativa y precisaron tratamiento enérgico específico. La mayoría de los pacientes fueron tratados con Metotrexato (hasta 25 mg/semana), con buena respuesta y tolerancia. Trece pacientes recibieron anti-TNF, con buena tolerancia y eficacia.

Conclusiones

Los autores concluyen que el término 'síndrome de chikungunya crónico' abarca múltiples etiologías.

Sus hallazgos confirman la existencia de manifestaciones reumáticas crónicas asociadas a la infección del virus, con predominio de mujeres por encima de los 60 años y que el cumplimiento de las recomendaciones de la Sociedad Francesa de Reumatología (French guidelines for the management of chikungunya (acute and persistent presentations. *Med Mal Infect* 2015;45:243-63.), el registro cuidadoso de las historias de los pacientes y la verificación serológica ayudan a prevenir errores inherentes al contexto epidémico y aseguran una intervención terapéutica precoz para estos pacientes.

Aunque el estudio presenta limitaciones relacionadas con su diseño por la dificultad inherente a una situación de epidemia para poder establecer grupos de seguimiento y control, y con el seguimiento protocolizado de solo aquellos pacientes que acudieron a la clínica de reumatología, los resultados confirman la existencia de una poliartritis seronegativa crónica relacionada con la infección previa inmediata del virus CHK, así como de la capacidad de este virus para exacerbar manifestaciones de enfermedades previas de carácter mecánico-degenerativo (artrosis), doloroso crónico (fibromialgia) o autoinflamatorias (espondiloartropatías).

DERMATOMIOSITIS

Valor de la biopsia muscular y autoanticuerpos

Dr. Jenaro Graña Gil

Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

En pacientes con dermatomiositis juvenil son predictores de resultados la combinación de los hallazgos de la biopsia muscular y de autoanticuerpos. Deakin CT, Yasin SA, Simou S, et al, on behalf of the UK Juvenile Dermatomyositis Research Group. *Arthritis Rheum* 2016;68:2806-16.

La sospecha de miopatía está al alcance de cualquier médico que se enfrente a un paciente con dolor y/o debilidad muscular. La determinación de enzimas musculares permite orientar el diagnóstico del paciente. Sin embargo, es necesaria una alta calidad en la realización e interpretación de los estudios electromiográficos, la biopsia muscular y los estudios inmunológicos para poder clasificar adecuadamente a cada paciente y poder así diseñar la estrategia terapéutica más adecuada.

La dermatomiositis juvenil (DM) es un proceso autoinmune crónico de la infancia que se caracteriza por debilidad muscular proximal, niveles séricos elevados de enzimas musculares y erupciones cutáneas características. Otras características incluyen calcinosis, úlceras cutáneas, erupción cutánea resistente al tratamiento y afectación del intestino, los pulmones y el cerebro. Mientras que algunos pacientes alcanzan la remisión de la enfermedad con los tratamientos disponibles, otros no responden.

El estudio

En un reciente estudio a largo plazo de 59 adultos que habían sido diagnosticados como DM juvenil, el 51% todavía tenía la enfermedad activa después de una mediana de seguimiento de 16 años (*Rheumatology (Oxford)* 2014;53:1578-85). Hasta ahora, no se conocen biomarcadores tempranos de la enfermedad que se asocien con desenlaces a largo plazo.

Para facilitar la investigación de los mecanismos biológicos, biomarcadores y desenlaces de la enfermedad en DM, la cohorte de dermatomiositis juvenil y Estudio de Biomarcadores del Reino Unido (JDCBS) (n=506 pacientes), se estableció para recoger datos clínicos y muestras biológicas seriadas.

Los autoanticuerpos específicos de la miositis (MSAs) han sido identificados tanto en la DM de adultos como en la DM juvenil, e incluyen anti-Mi-2, anti-gen 5 asociado a la diferenciación del melanoma (anti-MDA5), anti-factor-1 gamma intermediario de la transcripción (anti-TIF-1gamma, p155/140), y anti-proteína 2 de la matriz nuclear (anti-NXP-2, p140, también identificada como el autoanticuerpo anti-MJ). Se han demostrado asociaciones entre MSAs y ciertas características clínicas de la DM juvenil, lo que sugiere que estos autoanticuerpos pueden ser biomarcadores útiles. Sin embargo, se sabe poco sobre los mecanismos biológicos

subyacentes a los subtipos de MSAs o cómo se relacionan con el pronóstico a largo plazo.

Los autores han desarrollado y validado una herramienta estandarizada de puntuación para cuantificar anomalías del tejido muscular, de biopsia de pacientes con DM juvenil (Arthritis Rheum 2007;57:1192-201, Ann Rheum Dis 2015;74:204-10). Así, aplicaron la herramienta de puntuación estandarizada a las muestras de biopsia muscular de una gran cohorte de pacientes con DM juvenil (n=101) y comprobaron la hipótesis de que los datos de una puntuación histopatológica temprana contienen información predictiva del estado del tratamiento a largo plazo.

La gravedad histopatológica, en combinación con el subtipo MSA, es predictiva del riesgo de permanecer en tratamiento en pacientes con DM juvenil

Las muestras de las biopsias musculares (n=101) de pacientes de la JDCBS fueron analizadas y cuantificadas para la severidad de sus características histopatológicas. Además, se midieron los autoanticuerpos séricos (n=90) y se recogieron datos clínicos longitudinales (duración media del seguimiento de 4,9 años).

Las puntuaciones de la biopsia muscular diferían según el subgrupo MSA. Cuando se tomaron en cuenta los efectos del subgrupo MSA, la mayor gravedad de las características histopatológicas del músculo fue predictiva de un mayor riesgo de permanecer en tratamiento con el tiempo: para la

puntuación global de patología (escala analógica visual del histopatólogo[hVAS]), 1,48 veces mayor probabilidades (95% IC 95%] 1.12-1.96 P50 .0058), y para la puntuación total de biopsia (determinada con la herramienta de puntuación estandarizada), probabilidades 1,10 veces superiores (IC del 95%: 1,01-1,21; P50,038).

Se identificó un efecto protector en los pacientes con autoanticuerpos anti-Mi-2, en quienes las probabilidades de permanecer en tratamiento fueron 7,06 veces más bajas (IC 95%: 1,41-35,36; P50,018) a pesar de puntuaciones de biopsia muscular que indicaban una enfermedad más grave.

En los pacientes con autoanticuerpos anti-proteína 2 de la matriz nuclear, los autoanticuerpos anti-factor 1gamma intermediario de la transcripción, o con ningún autoanticuerpo detectable, el aumento de la gravedad histopatológica sola, era predictivo del riesgo de permanecer en tratamiento: Puntuación global de patología de la hVAS, probabilidades 1,61 veces superiores (IC 95% 1,16-2,22; P5 0,004), y para la puntuación total de la biopsia, probabilidades 1,13 veces superiores (IC del 95% 1,03 - 1,24; P50.013).

Conclusiones

Los autores concluyen que la gravedad histopatológica, en combinación con el subtipo MSA, es predictiva del riesgo de permanecer en tratamiento en pacientes con DM juvenil y puede ser útil para discutir la probable duración del tratamiento con los padres y los pacientes. La comprensión de estas asociaciones puede identificar a los pacientes con mayor riesgo de enfermedad grave.

Aunque todavía no disponemos de biomarcadores estandarizados para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con miopatías inflamatorias, los resultados del estudio nos dan alguna pista para tomar decisiones más ajustadas a cada paciente. Debemos de disponer, para ello, de informes histopatológicos de alta calidad y acceso a baterías de identificación de autoanticuerpos lo más amplias posible.

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Un tercio de los familiares de espondilitis B27 positivo cumple criterios de espondiloartritis

Dr. Antonio Naranjo Hernández

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas

Signos clínicos y de imagen de espondiloartritis en familiares de primer grado de pacientes con espondilitis anquilosante HLA-B27 positivo. Cohorte del estudio de Pre-Espondiloartritis. Maureen C. Turina, Janneke J. et al. Arthritis Rheum 2016;68:2444-55.

El objetivo del estudio fue investigar si los familiares aparentemente sanos de pacientes con espondilitis anquilosante (EA) presentan hallazgos clínicos, analíticos o de imagen de espondiloartritis (SpA).

El estudio

El diseño del estudio fue de cohorte prospectiva. Se incluyeron familiares de primer grado de pacientes con EA con HLA B27 positivo no diagnosticados de SpA, ni ser atendidos por dolencia musculoesquelética. El rango de edad fue entre 18 y 40 años. Se recogieron datos clínicos, analíticos y de imagen y se aplicaron diferentes conjuntos de criterios de SpA. Las pruebas de imagen consistieron en radiografía de columna cervical, lumbar y sacroilíacas y resonancia magnética de columna y sacroilíacas, en todos los casos interpretadas de manera ciega por radiólogos expertos.

En este artículo se presentan los datos basales de los 51 familiares incluidos. Presentaban dolor lumbar 29 casos (57%), psoriasis dos casos (4%) y enfermedad inflamatoria intestinal y uveítis un caso (2%). Tres casos (6%) presentaron sacroileítis radiográfica considerada de bajo grado; grado I unilateral o bilateral o grado II unilateral.

Un caso presentó sindesmofitos en radiografía simple de columna cervical, mientras que diez casos (20%) presentaron edema de médula ósea en la resonancia magnética de sacroilíacas.

Cuando se aplicaron los criterios de SpA, diecisiete de los familiares (33%) cumplieron alguno de los criterios siguientes: siete (14%) cumplieron tanto los criterios ASAS para SpA axial como los criterios ESSG, seis casos (12%) sólo cumplieron criterios ASAS para enfermedad axial, mientras que cuatro (8%) cumplieron sólo los criterios ESSG y tres cumplieron únicamente los criterios de Amor. Los familiares que cumplieron criterios ASAS para SpA axial o criterios ESSG presentaron con mayor frecuencia dolor lumbar inflamatorio, enfermedad activa mediante escalas y psoriasis.

No se encontraron otras diferencias entre los familiares que cumplieron criterios ASAS o ESSG y los que no los cumplieron, tales como parámetros de inflamación, enfermedad periférica o manifestaciones extraarticulares. Cuatro (12%) de los pacientes que no cumplieron criterios ASAS o ESSG presentaron hallazgos de imagen sugestivos de SpA. El HLA B27 fue positivo en veintiséis casos (51%; 47% de familiares que cumplieron criterios ASAS o ESSG y 53% de los que no los cumplieron). Ningún caso cumplió criterios de Nueva York modificados ni criterios CASPAR.

Conclusiones

Los autores concluyen que una proporción sustancial de familiares de primer grado de pacientes con EA B27 positivo presenta hallazgos clínicos o de imagen sugestivos de SpA; una tercera parte cumple criterios de clasificación de SpA. El porcentaje es superior a lo reportado en estudios previos (5-12%), lo que relacionan con una evaluación más detallada y la aplicación de criterios modernos de clasificación que son más sensibles. Finalizan la discusión puntualizando que están realizando un seguimiento de la cohorte a cinco años para evaluar la incidencia de manifestaciones de SpA.

ECOGRAFÍA

Sinovitis ecográfica en personas sanas

Dr. Antonio Naranjo Hernández

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas

Prevalencia de hallazgos de inflamación sinovial por ecografía en sujetos sanos. Ilaria Padovano, Félicie Costantino, Maxime Breban, et al. Ann Rheum Dis 2016;75:1819-23.

El objetivo del estudio fue evaluar la prevalencia de alteraciones ecográficas de tipo inflamatorio y de erosiones mediante estudio en escala de grises y doppler de pequeñas articulaciones de manos y pies en personas sanas.

Este es el primer estudio con un número adecuado de pacientes para evaluar la presencia de alteraciones ecográficas inflamatorias en **personas sanas**

El estudio

Exploraron la superficie dorsal de 32 articulaciones, 10 IFP, 10 MCF, 10 MTF y 2 carpos, en 207 sujetos asintomáticos. Se empleó una escala semicuantitativa de 0-3 para puntuar el derrame articular, la hipertrofia sinovial y el power doppler (PD), mientras que para erosiones se analizó presencia o ausencia.

En 182 pacientes (el 88%) se apreció alguna anomalía ecográfica: el 52% presentó derrame articular como único hallazgo, el 13% hipertrofia sinovial

como único hallazgo (8% sin PD y 5% con PD), y el 35%, ambos hallazgos.

Se encontraron anomalías ecográficas en el 9% de las articulaciones exploradas, especialmente en los pies y primera MTF (33% de las articulaciones con hallazgos ecográficos).

La ecografía de IFP fue normal en todos los casos, mientras en MCF fue normal en el 96% y en carpos en el 97%. Los hallazgos positivos en MCF se encontraron fundamentalmente en la 3ª, 4ª y 2ª por este orden, ningún caso en la 5ª. La prevalencia de hallazgos positivos fue de alrededor del 30% en MTF 1ª y 2ª, del 23% en 3ª, del 11% en la 4ª y menor del 1% en la 5ª. El derrame articular fue el hallazgo más frecuente (68%) de las articulaciones con hallazgos positivos, seguido de la hipertrofia sinovial (31%).

Se encontró señal PD en el 7% de 1ª MTF, en el 1% de los carpos, en el 0,2% de MCF y en ninguna de las IFP. Tanto para derrame como para hipertrofia sinovial o PD los hallazgos fueron en promedio de grado 1. Se encontraron cuatro erosiones, en todos los casos en la primera articulación MTF.

Conclusiones

Los autores concluyen que este es el primer estudio con un número adecuado de pacientes para evaluar la presencia de alteraciones ecográficas inflamatorias en personas sanas.

Aconsejan tomar con mucha cautela los hallazgos ecográficos de los pies, ya que pueden encontrarse con frecuencia alteraciones de tipo inflamatorio en personas sanas, las cuales aumentan con la edad. Indican que se precisan estudios adicionales para clarificar los componentes ecográficos que permiten discriminar entre los hallazgos fisiológicos de los característicos de la artritis, como por ejemplo no considerar los hallazgos de grado I.

Tribuna**XLVI Congreso de la SOGARE**

Susana Romero Yuste, presidenta de la Sociedad Gallega de Reumatología (SOGARE), nos comenta cómo se desarrolló el encuentro



De izda. a dcha.: Dr. José Luis Andréu, Dra. Susana Romero y Dr. Manuel Rodríguez.

“

Los días 4 y 5 de noviembre se ha celebrado en Ourense el Congreso XLVI de la Sociedad Gallega de Reumatología (SOGARE), reconocido de interés sanitario por la Xunta de Galicia.

El primer día se desarrolló una jornada para pacientes con ponencias cuyas mesas fueron moderadas conjuntamente por reumatólogos y representantes de diversas asociaciones de pacientes. Esta jornada fue muy concurrida y aplaudida por los asistentes. Por su parte, el día 5 se presentaron ponencias excelentes sobre lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, artrosis, ecografía, proceso de desarrollo de fármacos. También se incluyeron comunicaciones sobre osteoporosis, osteomalacia, la actividad desarrollada por el grupo gallego de artritis psoriásica, y la discusión de un caso cerrado.

Durante la reunión de socios, desde la Junta Directiva tuvimos la satisfacción de dar buenas noticias. La actual Junta de la SOGARE se había marcado como uno de sus objetivos la inclusión de la Reumatología entre las prioridades de la estrategia SERGAS. En una reunión celebrada hace unos meses con la Consellería de Sanidad trasladamos nuestras inquietudes como Sociedad y nuestra petición fue atendida; por tanto, podemos decir que estamos de enhorabuena pues, por primera vez, la especialidad ha sido incluida entre las líneas prioritarias de la estrategia SERGAS 2020, publicada este año.

Nuestra intención es aunar los esfuerzos de los reumatólogos gallegos fomentando la creación de grupos de trabajo, favoreciendo la formación y la puesta al día. En definitiva, trabajar para poner en valor la especialidad con la finalidad de mejorar cada día la atención a los pacientes con enfermedades reumáticas.”

Dra. Susana Romero Yuste
Presidenta de la SOGARE

Tribuna

Veinte años, ¿no es nada?

SORCOM, Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid, ha celebrado su XX Congreso, un evento que comparte en primera persona



“Veinte años, ¿no es nada? Para SORCOM, veinte años de congreso han sido mucho. Y bueno. Nuestra Sociedad Madrileña de Reumatología ha llegado a su congreso número XX y lo ha hecho por todo lo alto, afianzando su referente como evento científico fundamental un año más. El acto inaugural fue llevado a cabo conjuntamente por la actual presidenta de SORCOM, la doctora Ana Pérez Gómez, y Alejandro Blanco Bravo, presidente del Comité Olímpico Español, que de nuevo ofreció su sede como lugar de celebración tras el éxito de la anterior convocatoria. A partir de ahí, se desarrollaron dos días de intensa actividad científica.

Así, cumpliendo con nuestro esfuerzo de seguir abiertos a las diferentes disciplinas que trabajan codo con codo a diario con nuestra especialidad, este año fue la de Cardiología la que nos aportó conocimientos sobre imagen y aspectos clínicos con los doctores Moya Mur, García Lledó y Carreira Delgado. A esto se añadieron sesiones sobre analgesia en la que intervinieron profesionales de unidades de dolor. No solamente lo puramente científico tuvo lugar en nuestro congreso. El señor Zamarriego Izquierdo y la doctora Carmona Ortells nos pusieron al día en cuanto a la relación con la industria farmacéutica y los conflic-

tos de intereses que forman parte intrínseca en muchas ocasiones en nuestra labor profesional. La conferencia magistral a cargo del Dr. García Donarie versó sobre el ‘caleidoscopio metabólico en Reumatología’ y el debate, en el cual se hizo partícipe telemáticamente al público asistente con la última tecnología, enfrentó a dos referentes de nuestra especialidad como son los doctores Álvaro Gracia y Villa Alcázar con la ‘terapia esteroidea’ como tema central. El uso de trasplante de médula como posibilidad terapéutica en enfermedades autoinmunes, las manifestaciones reumatológicas que pueden ocurrir como efectos secundarios de fármacos o conocimientos más relacionados con ciencia básica como pueden ser la inmunidad innata en artrosis o el trasplante de heces añadieron contenido a un congreso del que uno nunca se va de vacío.

Los pacientes son importantes

También hubo lugar para las asociaciones de pacientes, EDEPA y ConArtritis principalmente, que estuvieron presentes durante los dos días de congresos, aportando información de sus diferentes actividades. Y, como ‘veinte años no es nada’, pero son mucho, el Dr. Andréu Sánchez, expresidente de SORCOM y actual presidente de la SER, impartió una conferencia llena de recuerdos y anécdotas en un recorrido histórico de estos 20 años de congresos SORCOM.

En lo puramente institucional, SORCOM, con la ayuda un año más de MSD, repartió hasta 18.000 euros en becas para la investigación, así como apoyo a la publicación a la mejor comunicación oral, patrocinada por Pfizer. Por otro lado, este año se reconoció a Toñi López Osuna como la figura institucional del año por su ingente labor al frente de la secretaría de SORCOM.

Veinte años de congresos SORCOM. Se dice pronto. Y que sean otros veinte más.

”

Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM)



Dr. Jon Darpón: “Es preciso fomentar el empoderamiento de los pacientes reumáticos para la mejora de la salud”

El consejero de Salud del Gobierno Vasco, el Dr. Jon Darpón, hace un repaso a la visión de la situación de las enfermedades reumáticas en dicha comunidad autónoma, habla de retos y del papel que juega esta especialidad dentro de su administración

Teniendo en cuenta el impacto que tienen las enfermedades reumáticas en la población, ¿qué medidas se están impulsando desde la Administración vasca para hacer frente a estas patologías?

En primer lugar, hay que señalar que las enfermedades reumáticas agrupan una serie de problemas de salud. Muchos de ellos están en relación directa con el envejecimiento y, por tanto, aumentando en su prevalencia y acompañando a otras patologías crónicas lo que contribuye a la fragilidad de las personas que las padecen.

Por tanto, además de tratar la enfermedad y controlar los síntomas, es necesario reducir las consecuencias sociales mediante un empoderamiento de estas personas para que sean capaces de gestionar mejor su salud. Dentro del concepto de empoderamiento es muy importante, además, la promoción del ejercicio físico, la rehabilitación cuando procede y una participación activa en las decisiones terapéuticas.

En todas estas líneas trabajan ya los y las profesionales de Osakidetza tanto del nivel de Atención Primaria como desde los servicios hospitalarios que tratan a los pacientes con estos problemas de salud. Sin duda, por tanto, las enfermedades reumáticas son objeto de una enorme actividad asistencial y les dedicamos una gran atención.

Se estima que la prevalencia de las enfermedades reumáticas aumentará como consecuencia del envejecimiento de la población. En este sentido, ¿a qué retos se enfrentan en el País Vasco?

Euskadi cuenta con una de las poblaciones más longevas del mundo. A día de hoy, el 21,1% de la población tiene más de 65 años (dos puntos por encima de la media europea) y la previsión en 2020 es llegar al 22,5% con una tasa del 7,1% de la población con una edad superior a los 80 años.

En este sentido, me gustaría destacar que en el tratamiento de las enfermedades reumáticas interviene diferentes profesionales, tanto del nivel de Atención Primaria como del nivel de atención hospitalaria. Por

tanto, uno de los retos en los que estamos poniendo más énfasis es el de la necesidad de una atención integrada entre los profesionales sanitarios y también con los del sector social. Una buena atención integrada es de importancia capital para un correcto abordaje de la cronicidad en general y en particular de las enfermedades reumáticas.

Por otra parte, no cabe duda de que el desarrollo tecnológico está modificando en gran medida el abordaje de las enfermedades reumáticas. Desde un desarrollo farmacoterapéutico con nuevas moléculas disponibles para mejorar los resultados en salud, hasta mejores prótesis para el tratamiento de la artrosis, por ejemplo.

Como toda nueva tecnología introducida en la cartera de servicios, esto implica un reto para la financiación y sostenibilidad del sistema sanitario y en consecuencia la necesidad de una introducción juiciosa de tecnologías que aportan valor a los resultados en salud.

Por último, y tal vez lo más importante desde la perspectiva de un sistema sanitario público y universal, debemos tener en cuenta que las personas con menor nivel socioeconómico tienen una mayor prevalencia de trastornos crónicos y las enfermedades reumáticas no son una excepción. El sistema sanitario se enfrenta al reto de disminuir las desigualdades en el acceso a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y en el mantenimiento de estilos de vida saludables.

Entre las causas más frecuentes de incapacidad laboral se encuentran las enfermedades reumáticas. ¿Qué papel juegan dentro de los Planes de Salud del Gobierno Vasco?

En efecto, las enfermedades reumáticas son causa de discapacidad y por tanto de incapacidad laboral. El empoderamiento de los pacientes, el ejercicio físico y un estilo de vida saludable que evite la obesidad y el sobrepeso son elementos clave del Plan de Salud de Euskadi 2013-2020. También lo es una asistencia sanitaria basada en las mejores evidencias y en guías de práctica clínica que ayuden al médico en la toma de decisiones, en

el tratamiento del dolor, en el manejo del dolor lumbar, etc. La disminución de las desigualdades en salud como reto para el sistema sanitario, desde la perspectiva del Plan de Salud vasco 2013-2020 se convierte en un reto para todos los sectores y Departamentos del Gobierno Vasco, y en esta línea nuestro plan de salud, con el Lehendakari, Iñigo Urkullu a la cabeza, aboga por acciones intersectoriales que ayuden a disminuir las desigualdades en salud.

Creo que el Plan de Salud del Gobierno Vasco aborda de lleno la prevención de muchas de las causas que están en la base de las enfermedades reumáticas y apunta, además, a poner en el campo asistencial las mejores evidencias para tratar de la mejor manera posible el impacto de las enfermedades reumáticas en la salud de la población vasca.

A pesar de la frecuencia de las enfermedades reumáticas, esta especialidad es todavía bastante desconocida entre la población general. ¿Cómo se podría dar más visibilidad a los reumatólogos y facilitar su labor o el acceso a estos especialistas?

No comparto esta apreciación. Yo creo que la ciudadanía conoce muy bien esta especialidad. Cada vez tenemos pacientes más informados que conocen mejor cómo utilizar el sistema sanitario. No tengo la menor duda de que los y las profesionales de Atención Primaria desarrollan una labor fundamental resolviendo muchos de los problemas derivados

de las enfermedades reumáticas y consultando con otras especialidades (en este caso la Reumatología), siempre que lo requieren las necesidades de los pacientes.

Cuando hablamos de un sistema sanitario en el que la Atención Primaria 'conduce' el sistema nos estamos refiriendo precisamente a esto: a una Atención Primaria resolutoria que, además, es capaz de coordinarse con otras especialidades cuando lo requieren las necesidades de los pacientes. Nuestro objetivo no es, desde luego, un problema de acceso, que no tenemos, sino dar una respuesta adecuada al reto de impulsar un trabajo colaborativo entre diferentes profesionales que intervienen en el proceso asistencial.

Tenemos, además, profesionales de la Reumatología que desarrollan una labor excelente en el campo de las enfermedades reumatológicas más complejas.

Por cierto, el XLIII Congreso de la Sociedad Española de Reumatología se celebrará en 2017 en Bilbao por lo que estoy seguro de que este será un momento muy importante para la Reumatología de Osakidetza. Una ocasión para compartir conocimientos y experiencias y también para exponer ante la sociedad vasca los problemas de salud de los que se ocupa el cuerpo de conocimientos de esta especialidad y los resultados obtenidos.

32 Reunión anual de la Sociedad Reumatológica de Euskadi

El 25 y 26 de noviembre se celebró en el parador de Hondarribia de Guipúzcoa la 32 reunión anual de Sociedad Reumatológica de Euskadi, constituida en el año 1984

Este año fueron invitados al encuentro el Dr. Joan Miquel Nolla, del Hospital Universitario de Bellvitge, que habló de T2T en osteoporosis presentando las nuevas guías propuestas por ACR en el último congreso, y la Dra. Mari Luz García Vivar, del Hospital de Basurto, que expuso los diferentes modelos de unidades multidisciplinares de artropatía psoriásica y del manejo del paciente complejo. Por su parte, Carlos Fernández, residente de cuarto año del Hospital Marqués de Valdecilla, disertó sobre la patología pulmonar intersticial en artritis reumatoide y presentó el estudio multicéntrico realizado re-

cientemente sobre fibrosis pulmonar en AR tratada con abatacept. El inmunólogo del Hospital Donostia, el Dr. Álvaro Prada, expuso los diferentes auto-anticuerpos relacionados con las miositis inmunes.

El sábado por la mañana se realizó el concurso de casos clínicos de residentes en memoria del Dr. Figueroa Pedrosa que se celebra desde que falleció en el año 2007. Sus tres hijas, Natalie, Mari Jose y Paula, y sus dos, nietos Lucas y Boris, acudieron a la entrega de premios.



La oferta formativa más ambiciosa de la historia de la SER

Para 2017 se convocarán más de 1.300 plazas de formación en todos los cursos que organiza la SER, lo que supone que uno de cada tres socios de esta Sociedad científica podría acceder a uno de estos programas. En el siguiente listado, mostramos los eventos SER y el calendario para facilitar la organización previa.



- **JORNADA DE FRAGILIDAD ÓSEA**, Barcelona, 17 y 18 de febrero. Patrocinado por **Amgen** y **Lilly**.
- **SIMPOSIO EAS**, A Coruña 24 y 25 de febrero.
- **CURSO BÁSICO DE PATOLOGÍA OCULAR INFLAMATORIA**, Madrid, 3 y 4 de marzo. Patrocinado por **MSD**.
- **CURSO LO MEJOR EN AR 2017**, Madrid, 10 y 11 de marzo. Patrocinado por **Lilly**.
- **CURSO EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA BÁSICO**, Madrid, 17 y 18 de marzo. Patrocinado por **Novartis**.
- **ENCUENTRO GEACSER, CON LA COLABORACIÓN DE JOVREUM**, Sitges, 17 y 18 de marzo. Patrocinado por **Menarini**.
- **CURSO VASCULITIS**, Madrid, 24 y 25 de marzo. Patrocinado por **Roche**.
- **CURSO EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA AVANZADO**, Madrid, 24 y 25 de marzo. Patrocinado por **Novartis**.
- **CURSO MODELOS DE GESTIÓN EFICIENTE**, Madrid, 31 de marzo y 1 de abril. Patrocinado por **MSD**.

EVENTOS SER 2017

- **ECOE** y Curso de **TUTORES Y RESIDENTES**, Palma de Mallorca, 21 y 22 de abril. Patrocinado por **Novartis**.
- **CURSO REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA**, Madrid, 5 Y 6 de mayo. Patrocinado por **Roche** y **Gebro**.
- **CONGRESO NACIONAL**, Bilbao, 23 a 26 de mayo.
- **POSTGRADUADOS 2017: TALLER DE ACTUALIZACIÓN PARA JÓVENES REUMATÓLOGOS**, Madrid, 9 y 10 de junio. Patrocinado por **Roche**.
- **EULAR REVIEW**, Madrid, 13 a 17 de junio. Patrocinado por **Novartis**.
- **CURSO EULAR COURSE ON RHEUMATIC DISEASES** (Residentes). On line.
- **CURSO AVANZADO DE PATOLOGÍA OCULAR INFLAMATORIA**, Santander, 30 de junio y 1 de julio. Patrocinado por **MSD**.
- **CURSO REUMACADEMIA**, Madrid, 8 y 9 de septiembre. Patrocinado por **SER**.
- **TALLERES APS**, Madrid, 15 y 16 de septiembre. Patrocinado por **Celgene**.
- **CURSO MULTIDISCIPLINAR EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA Y DERMATOLOGÍA Y DIGESTIVO**, Madrid, 22 y 23 de septiembre. Patrocinado por **Gebro**.
- **CURSO LES Y SAF. FORO TERAPIAS BIOLÓGICAS EN LES**, Madrid, 28, 29 y 30 de septiembre. Patrocinado por **GSK**.
- **SIMPOSIO ESPONDILOATROPATÍAS**, Zaragoza, 6 y 7 de octubre.
- **CURSO REUMATOPICS**, Barcelona, 20 y 21 de octubre. Patrocinado por **Menarini**.
- **CURSO NEUMOPATÍA INTERSTICIAL**, Madrid, 27 y 28 de octubre. Patrocinado por **Roche**.
- **ACR REVIEW**, San Diego, 5 a 8 de noviembre. Patrocinado por **Lilly**.
- **CURSO METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**, Madrid, 17 y 18 de noviembre. Patrocinado por **Grünenthal**.
- **CURSO TERAPIAS BIOLÓGICAS**, Madrid, 24 y 25 de noviembre. Patrocinado por **Sandoz**.
- **ESCUELA DE ECOGRAFÍA**, Multisede. Patrocinado por **AbbVie**.
- **CURSO REUMAPTOPICS**, Multisede, Patrocinado por **Menarini**.

OAFI, una nueva fundación que vela por los pacientes con artrosis



Ha nacido Osteoarthritis Foundation International (OAFI), cuya finalidad es la prevención, tratamiento y mejora de la calidad de vida de las personas que padecen artrosis. El Dr. Josep Vergés Milano, con amplio bagaje en la enfermedad y reputación internacional, es el fundador y presidente de esta nueva organización. Ha dejado su posición como director médico y científico de la empresa farmacéutica Bioiberica para dedicarse a este proyecto.

Actualmente, desde OAFI se está trabajando en varios proyectos nacionales e internacionales orientados a pacientes. Para OAFI los pacientes son lo más importante y busca ser el motor que permita a pacientes y agentes involucrados (asociaciones de pacientes de todo el mundo, sociedades médicas y cien-

tíficas, industria y administraciones públicas) a trabajar conjuntamente para hacer frente a esta enfermedad crónica, promoviendo una vida llena de movilidad, con articulaciones sanas.

Reunión internacional

Los días 17, 18 y 19 de octubre se celebró en Barcelona la reunión OsteoArthritis Task Force con las principales asociaciones de pacientes de artrosis de EEUU, Latinoamérica y Europa. Fue una iniciativa coordinada por la OAFI y Arthritis Foundation, en la que también participaron la Liga Panamericana de Asociaciones de Reumatología (PANLAR) y la Liga Española de Reumatología (LIRE). Durante estas fechas Barcelona se convirtió en la capital mundial de la artrosis.

Los principales objetivos de OsteoArthritis Task Force son:

- 1)** Aumentar la concienciación social sobre la artrosis, ayudando, mediante programas sociales, a las personas que padecen esta enfermedad a gestionar sus problemas en las articulaciones para que se encuentren mejor y ganen en calidad de vida.
- 2)** Dar soporte a las administraciones públicas y sociedades científicas para mejorar el uso de recursos para el tratamiento de la artrosis, haciendo el sistema más sostenible y promover programas nacionales contra la artrosis.
- 3)** Impulsar estudios y proyectos de investigación conjuntos relacionados con la prevención y el tratamiento de la artrosis en el campo de la medicina.



[Dra. Esperanza Pato]

El índice de actividad UVEDAI, en proceso de validación

La Dra. Esperanza Pato, investigadora principal del proyecto Uveítis Me-Va, explica el proceso de este nuevo instrumento de medida y el valor añadido que puede aportar

¿En qué consiste UVEDAI y cuáles son sus objetivos?

UVEDAI es un índice de actividad compuesto para medir la actividad inflamatoria ocular global, tanto del polo anterior como del polo posterior, de los pacientes con uveítis. En la consulta se realiza la exploración oftalmológica habitual y algunos parámetros de la exploración son los que se utilizan en este índice para obtener un valor numérico que se va a relacionar con la actividad inflamatoria.

El objetivo actual es validar el índice y comprobar que es sensible al cambio. El objetivo final es que UVEDAI sea un instrumento de medida usado en la práctica clínica y en estudios clínicos y terapéuticos de uveítis.

¿Qué procedimiento de validación en pacientes se está siguiendo?

Hasta ahora lo que se ha hecho es el desarrollo del índice y comprobar su poder de discriminación. En el momento actual se está realizando el protocolo para realizar la validación del UVEDAI. Para ello hay que determinar, por un lado, las cualidades psicométricas del índice: su fiabilidad y validez de constructo. Por otro, demostrar la sensibilidad al cambio del índice en pacientes con uveítis que inician tratamiento farmacológico.

¿Cuándo se prevé que finalice esta fase del estudio?

Es bastante difícil saberlo. Por ahora se está en la fase de desarrollo del protocolo de validación, pero al menos podría tardar entre 1,5 y 2 años. La aprobación de estos

estudios multicéntricos y la recogida de datos de pacientes siempre requieren tiempo.

Una vez reconocido para su utilización oficial, ¿cómo debe ser la implantación?

Su implantación se haría dando a conocer a través de publicaciones científicas, reuniones científicas como congresos nacionales e internacionales de Oftalmología y Reumatología y foros más pequeños con oftalmólogos y reumatólogos que se dediquen al campo de la inflamación ocular. También, a través de las sociedades científicas, tanto de Oftalmología como de Reumatología.

¿Qué valor añadido va a aportar este proyecto en el campo de las uveítis?

En el ámbito de las uveítis, a pesar de haber conseguido estandarizar la nomenclatura de las uveítis, existe una variabilidad muy importante en cuanto a la elección de medidas de desenlace para el diagnóstico de mejoría, estabilidad o empeoramiento de la inflamación ocular, lo que trasluce la ausencia de un instrumento adecuado de evaluación de la uveítis.

Creemos que el valor añadido de UVEDAI es que puede ser un instrumento de medida validado que puede ser utilizado en la práctica diaria habitual y sobre todo para que los estudios en uveítis lo utilicen y se puedan comparar de manera objetiva los resultados de los distintos trabajos que se hagan en este campo, tanto de actividad de la enfermedad como en el uso de tratamientos. Creemos que puede ayudar para realizar ensayos clínicos y otros estudios de investigación.

Luz verde al proyecto EPISER 2016

Ha arrancado el proyecto EPISER 2016, estudio sobre la prevalencia de las enfermedades reumáticas en población adulta en España. En estos momentos se está desa-

rollando el proceso de realizar las llamadas en los distintos municipios seleccionados para la participación en el mismo. Ya se ha llevado a cabo la primera reunión con los

investigadores de los centros participantes en esta iniciativa, en la cual también estuvo presente –como ‘madrina del proyecto’– la periodista Rosa María Calaf.



¿Qué
debo
saber...

El riesgo de neoplasia de los anti-TNF α en artritis reumatoide

Autor



► Dr. José A. Román Ivorra

Jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario y Politécnico la Fe. Valencia

Profesor de Reumatología. Facultad de Medicina Universidad Católica de Valencia

Es una realidad bien conocida que el sistema inmune actúa como una potente barrera frente a las neoplasias. Ello ha podido constatarse mediante la observación de que los animales inmunodeficientes presentan un crecimiento acelerado de células neoplásicas y, también, por el hecho de que los pacientes trasplantados y sometidos a una inmunosupresión intensa presentan un elevado riesgo de cáncer.

Además, sabemos que las enfermedades autoinmunes sistémicas presentan un aumento en el peligro de desarrollar cáncer por la propia disfunción inmune en el seno de las mismas y también por el hecho del uso de fármacos inmunosupresores, que podrían incrementar dicho riesgo.

Una enfermedad autoinmune

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica cuyo control requiere el uso de fármacos que intervienen modulando y/o modificando el propio sistema inmune.

Actualmente, es bien conocido que el TNF α es una citokina

clave en la patogenia de la AR. Asimismo, está muy implicada en la carcinogénesis, en la aparición de metástasis y también en la inducción de la muerte de algunas neoplasias malignas. Por ello, el bloqueo del TNF α como medida terapéutica en la AR ha suscitado dudas sobre su posible papel oncogénico.

Si bien en 1996 se describía por primera vez el aumento de la tasa de linfomas en pacientes con AR en un registro Danés (tasa de incidencia estandarizada TIS: 2.4), no es hasta el 2008 y 2015 cuando Smitten AL y Simon T, respectivamente, demostraron, tras la realización de una revisión sistemática y un meta-análisis de las publicaciones, que los pacientes con AR tienen un incremento de un 10% de desarrollo de tumores malignos, respecto a la población general [TIS: 1,09 (1.06-1.13)]. Los autores constataron que dicho aumento lo era para linfomas, doce veces superior a la población general [TIS: 2.08 (1.8-2.39)] y para cáncer de pulmón, dos veces superior [TIS: 1.64 (1.51-1.79)]. Además, corroboraron que el

De entre todos los fármacos utilizados frente a la AR, los que más interés han suscitado son los anti-TNF α

riesgo de cáncer colo-rectal se reducía [TIS: 0.78 (0.71-0.86)]. Tras el ajuste por edad, sexo y tabaquismo, los resultados encontrados eran dependientes de la propia AR e independientes del uso de fármacos como el metotrexato y de terapia biológica.

Los fármacos empleados en la AR

El papel oncogénico de los fármacos utilizados en la AR no es un tema que haya pasado de largo. De hecho, el uso de FAME ha sido investigado en este sentido y, finalmente, los fármacos más usados, tales como metotrexato y leflunomida, no se les ha podido relacionar con un incremento de cáncer.

De entre todos los fármacos utilizados en la AR, los que más interés han suscitado, quizá porque son los más usados, son los anti-TNF α . La alarma saltó en 2006 cuando Bongartz T publicó en JAMA un meta-análisis, en el que dijo que el

uso de anti-TNF α estaba relacionado con un incremento en la incidencia de cáncer [OR: 3.3 (1.2-9.1)]. Este efecto era observado en pacientes que recibían las dosis más altas. Igualmente, incidió en que estos tumores debutaban poco después del inicio de dicho tratamiento.

Sin embargo, las publicaciones procedentes de los grandes registros de AR (registro sueco, alemán, inglés y americano) no pudieron confirmar dicha asociación. Se postuló entonces que los registros de pacientes reflejaban más un perfil de paciente de mayor tiempo de evolución y que, por tanto, no reflejaban el potencial oncogénico, visto más al inicio de la terapia anti-TNF α , como fue puesto de manifiesto en los ensayos clínicos incluidos en el meta-análisis anteriormente referido.

Esta incertidumbre fue dilucidada en los trabajos de Askling J de 2011 y López Olivo MA de 2012. Tras realizar un meta-análisis, en el que incluyeron un total de 15.418 y 29.423 pacientes con AR respectivamente, estos estudios demostraron que el peligro de cáncer no se acrecentaba en los pacientes tratados con anti-TNF α ni con ningún otro biológico.

El trabajo que ha cerrado cualquier discusión sobre este asunto es el de Raheel S, ya que, metodológicamente hablando, es con diferencia el

más adecuado para abordar la incidencia de cáncer en el contexto de una enfermedad inflamatoria crónica. Dicho trabajo fue llevado a cabo en un gran registro epidemiológico, que se realizó en el condado de Olmsted, Minnesota. Desde 1980 hasta 2007, se catalogaron todos los casos incidentes de AR y se estudiaron la incidencia de cáncer de dichos pacientes, siempre comparándolos con la población general. Demostraron que en la AR existe un incremento de cáncer hematológico y de cáncer de pulmón. Este aumento de riesgo oncológico era evidente a partir del quinto año del debut de la enfermedad y no guardaba relación ni con el consumo de metotrexato ni de anti-TNF α .

Estudio de otros tumores

El estudio de otros tumores como el cáncer de cérvix uterino fue realizado en la población sueca, con más de 9.600 mujeres con AR (Wadström H), donde se pudo demostrar que si bien la AR no acrecentaba la incidencia de dicho tumor, sí lo aumentaba el uso de anti-TNF α .

Respecto al cáncer cutáneo no melanoma, Raaschou P puso luz a este asunto analizando la gran muestra del registro sueco y llegando a la conclusión de que la AR eleva el riesgo tanto de cáncer basocelular como espinocelular cutáneo y que el uso de anti-TNF α aumenta el del cáncer espinocelular. El mismo autor aseguró que el melanoma cutáneo no está

Los pacientes con AR tienen un mayor riesgo de desarrollar linfomas, cáncer de pulmón y cáncer cutáneo no melanoma y un menor riesgo de cáncer colo-rectal

subiendo en pacientes con AR, pero sugirió que podría incrementarse si se usaban anti-TNFα.

Once grandes registros

Fue en un gran trabajo multicéntrico que incluyó once grandes registros europeos, publicado por Mercer LK, con más de 130.300 pacientes con AR, en el que demuestra que ni el uso de anti-TNFα ni de Rituximab ni de

FAME elevan el riesgo de melanoma cutáneo.

Respecto al posible incremento oncogénico vinculado con el uso de anti-TNFα a dosis superiores a las indicadas según ficha técnica, ha sido totalmente descartado después de la presentación de los resultados de los trabajos de Leombruno JP en 2009 y de Moulis G en 2012. Se trata de dos meta-análisis, donde se incluyó un importante número de pacientes. Cuando se compararon los que habían recibido dosis recomendadas frente a los que habían recibido dosis superiores, no se pudo encontrar un incremento de tumores ni diferencias en ninguno de los grupos.

Debido a que en los ensayos clínicos no se permite incluir pacientes con cáncer, es difícil contestar a la pregunta de si los anti-TNFα pueden acrecentar el riesgo de recidiva, de metástasis o de un segundo tumor primario en pacientes con AR que tuvieron o que tienen

cáncer. No obstante, Silva Fernández publica los resultados del planteamiento de esta pregunta en pacientes procedentes del registro inglés de AR. Pues bien, sus resultados apuntan a que el uso de anti-TNFα no eleva el riesgo tumoral en pacientes con antecedentes de cáncer previo a su uso.

En base a todo lo referido se puede asegurar que:

- Los pacientes con AR tienen un mayor riesgo de desarrollar linfomas, cáncer de pulmón y cáncer cutáneo no melanoma y un menor riesgo de desarrollar cáncer colo-rectal.
- El uso de anti-TNFα en AR incrementa el peligro de cáncer de cérvix uterino y de carcinoma cutáneo espinoceleular.
- Ni el uso de dosis más altas de anti-TNFα ni el antecedente de cáncer en pacientes con AR tratados con anti-TNFα incrementan el riesgo oncogénico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Simon T. et al. Incidence o malignancy in adult patients with RA: a meta-analysis. Arthritis Research Therapy 2015. 17:212 DOI: 10.1186/s13075-015-0728-9.
- 2.Raheel S. et al. Risk of malignant neoplasm in patients with incident RA1980-2007 in relation to a comparator cohort: A population-based study. International J Rheumatology. Aceptado 26 julio 2016. Doi.org/10.1155/2016/4609486.
- 3.Raaschou P. et al. RA, anti-tumour necrosis factor treatment, and risk of squamous cell and basal cell skin cancer: cohort study based on nationwide prospectively recorded data from Sweden. ARTIS study Group. BMJ. 2016 Jan 28. Doi: 10.1136/bmj.i262.
- 4.Mercer LK. et al. Risk of invasive melanoma in patients with rheumatoid arthritis treated with biologics: results from a collaborative project of 11 European biologic registers. Ann Rheum Dis: Doi:10.1136/annrheumdis- 2016-209285.
- 5.Silva-Fernández L. The incidence of cancer in patients with rheumatoid arthritis and a prior malignancy who receive TNF inhibitors or rituximab: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register-Rheumatoid Arthritis. Rheumatology (Oxford). 2016 Aug 22. pii: kew314.

Barcelona acoge una novedosa jornada multidisciplinar sobre fragilidad ósea caracterizada por su transversalidad

El Dr. Enrique Casado, coordinador del Grupo de trabajo SER en enfermedades metabólicas óseas (OSTEOSER), destaca las novedades en este ámbito y la importancia de este nuevo evento, que se celebrará los días 17 y 18 de febrero en Barcelona

Es el primer año que la SER organiza una jornada multidisciplinar sobre fragilidad ósea, ¿cómo surgió la idea y qué objetivos tiene?

Una de las prioridades de OSTEOSER era recuperar la formación en metabolismo óseo de nuestra sociedad. Las enfermedades reumáticas inflamatorias acaparan gran parte de la actividad investigadora y formativa de la SER, y creemos que es el momento de recuperar una jornada específica sobre osteoporosis, o mejor dicho sobre 'fragilidad ósea', que probablemente refleje de forma más clara el impacto personal y socioeconómico que comportan las fracturas.

Pensamos que debía ser una jornada multidisciplinar, eminentemente práctica, dirigida a la formación no solo de reumatólogos sino de todos aquellos médicos que atienden a estos pacientes.

La jornada se imparte desde la SER, pues el reumatólogo es, y debe seguir siendo, el referente de esta enfermedad en la mayoría de hospitales y unidades de metabolismo óseo. Sin embargo, muchos otros médicos, de primaria y de otras especialidades, también diagnostican y tratan a estos pacientes, y probablemente también podemos aprender muchas cosas de ellos.

¿Cuál es el valor añadido que aporta esta jornada a la formación de los especialistas interesados en este área?

Esta jornada de día y medio es muy completa y abarca todas las áreas de interés de la osteoporosis, desde el diagnóstico al tratamiento.

La peculiaridad de la patología requiere una transversalidad de ponentes, de manera que vamos a encontrar líderes de opinión de Reumatología, Medicina Interna, Endocrinología, Ginecología, Geriátrica, Traumatología, Clínica del Dolor y Medicina de Familia.

“Somos más conscientes de la importancia de la prevención secundaria, creemos cada vez más en las unidades de fractura”

Por lo tanto, es probable que surjan debates interesantes entre diferentes especialistas, donde queden patentes diferentes puntos de vista de una misma situación.

¿Qué temas destacaría de los que se va a tratar en dicho encuentro?

La verdad es que es muy difícil decidir qué temas destacar, pues creo que todas las mesas son muy interesantes. Se han introducido algunos temas novedosos como factores de riesgo de fractura emergentes, menos conocidos pero con un peso importante; o la conexión entre inflamación y hueso, o entre infección y hueso.

Destaca también la parte de tratamiento, con una puesta al día de las vacaciones terapéuticas, de la estrategia 'Treat-to-Target' y un debate sobre los lácteos, así como la importancia de la prevención primaria o secundaria, con la creación de Unidades de Fractura o FLS.

Finalmente destacaría, por su novedad, la mesa de rutas asistenciales, donde se debatirán aquellas barreras y problemas de comunicación que tanto en primaria como en atención especializada nos encontramos en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con osteoporosis.

¿Por qué es importante el abordaje multidisciplinar en este campo?

Creo que es fundamental un abordaje multidisciplinar de la osteoporosis y las fracturas. Los pacientes que se fracturan pasan por manos de diferentes especialistas dentro y fuera del hospital. Por lo tanto es muy importante una buena coordinación entre los diferentes facultativos para ofrecer una asistencia de calidad y con garantías de éxito, que no es otra que la prevención de nuevas fracturas. En esta jornada se van a recoger los conocimientos y experiencias de diferentes especialistas, de manera que los asistentes van a tener una visión más global del tema.

¿Qué novedades ha habido en los últimos años en cuanto a la osteoporosis?

En los últimos años, y gracias a datos objetivos, hemos sido más conscientes del gran impacto socioeconómico de las fracturas, y esto se analiza en la primera mesa de la jornada. Somos más conscientes de la importancia de la prevención secundaria, creemos cada vez más en las unidades de fractura, y al respecto tenemos también otra mesa en la jornada. Además, somos cada vez más conocedores de la relación entre inflamación y osteoporosis, y vemos cada vez más pacientes con cirugía bariátrica que se fracturan.

Por otro lado, el envejecimiento progresivo de la población hace que cada vez más tengamos que tratar a pacientes de edad avanzada, frágiles, con

sarcopenia... población poco estudiada en ensayos clínicos. En la jornada también hablaremos de ello.

¿Considera que los reumatólogos están debidamente formados en este ámbito?

La Reumatología es una especialidad muy amplia y los reumatólogos somos muy ambiciosos en cuanto al conocimiento. Sin embargo, la balanza no está del todo equilibrada, pues la actividad científica y formativa es mucho más amplia en artritis reumatoide o espondiloartritis que en enfermedades metabólicas óseas. No debemos dejar de ser referentes en esta patología.

¿Desea añadir algo más?

Esperamos que esta jornada sea un éxito y pueda repetirse periódicamente en un futuro, con nuevos temas de actualidad, que ayude a mantener en la SER el interés por el metabolismo óseo.



Esta Jornada cuenta con el aval de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT) y de la Societat Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFIC)

Una apuesta por la formación en espondiloartritis

“Los reumatólogos necesitamos actualizar nuestra formación en todos los campos en los que las espondiloartritis han tenido un claro despegue en los últimos años”, precisa el Dr. Rubén Queiro, uno de los coordinadores del curso

Durante el curso ‘Lo Mejor del Año en Espondiloartritis’, de la SER, en colaboración con **Novartis**, reconocidos expertos nacionales en espondiloartritis y artritis psoriásica ofrecieron desde su visión experta las últimas novedades en investigación básica, aspectos clínicos, técnicas

de imagen, y nuevos tratamientos para ambas entidades. “Elo supone para el asistente tener una visión crítica y global de lo mejor que la ciencia nacional e internacional ha producido en el último año. Se ha condensado una gran cantidad de información compleja en un formato de fácil acceso y comprensión para los asistentes, con una visión orientada a la práctica clínica cotidiana en este campo de la Reumatología”, ha precisado el Dr. Rubén Queiro, uno de los coordinadores del curso.

En su opinión, “los reumatólogos necesitamos actualizar nuestra formación en todos los campos en los que las espondiloartritis han tenido un claro despegue en los últimos años, como pueden ser los nuevos conceptos patogénicos, las mejoras en las técnicas de imagen diagnóstica, la creciente normalización en el uso de los criterios de clasificación y diagnóstico, la familiarización con las herramientas que miden desenlaces en estas entidades, y, por supuesto, los nuevos conocimientos implícitos a las llegadas de nuevas terapias como los bloqueadores de la vía IL-23/IL-17”. “Si el reumatólogo se mantiene al día en todos estos ámbitos es la mejor garantía para una atención de calidad a la población con espondiloartritis en nuestro país”, ha concluido.



Un mejor conocimiento del abordaje del lupus

El hecho de que el lupus pediátrico se tenga en cuenta en los cursos de la SER se traduce en un aumento de la conciencia en tratar de mejorar la situación de nuestros jóvenes pacientes

Durante el 'VIII Curso de Lupus Eritematoso Sistémico y Síndrome Antifosfolípido', organizado por la SER gracias a una beca sin restricciones de **GSK**, se ha puesto de manifiesto que solo un 20% de todos los lupus debuta durante la edad pediátrica, según los datos analizados en el Registro RELESSER.

Sin embargo, la mortalidad que encontramos en este registro referida a población infantil "es del 3%, por lo que todavía hay trabajo por hacer", ha afirmado el Dr. Vicenç Torrente Segarra, reumatólogo pediátrico en el Hospital General Hospitalet y Hospital Sant Joan de Déu, de Barcelona.

"El hecho de que el lupus pediátrico forme parte de los temas a discutir en este y pasados cursos de lupus de la SER ya significa que hay gran conciencia en tratar de mejorar la situación de nuestros jóvenes pacientes", ha destacado el especialista durante el encuentro en el que también se han tratado otras enfermedades como el Síndrome de Sjögren y el Síndrome Antifosfolípido.

El Dr. Alejandro Olivé, jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Germans Triás i Pujol y coordinador del

Solo un 20% de todos los lupus debuta durante la edad pediátrica, según los datos analizados en el Registro RELESSER

curso junto a los doctores Jaime Calvo, José M^a Pego y Eduardo Úcar, ha recordado que en esta edición del curso organizado por la SER se "ha ampliado la dirección científica con nuevos reumatólogos" y que, al igual que en ediciones anteriores, en este curso participan numerosas especialidades que también tratan a estos pacientes.

"Estamos abiertos al consenso y aspiramos a ser el mejor curso de LES y SAF del Estado", ha sentenciado el Dr. Olivé.



La SER recuerda que la **sustitución automática de un biológico innovador por un biosimilar está prohibida por Ley**

El Dr. José Luis Andréu Sánchez participa en las jornadas de la Fundación para la Investigación en Salud ‘Los Medicamentos Biosimilares: Acceso a la Práctica Clínica’

Representantes de sociedades científicas de la administración sanitaria y pacientes expresaron sus perspectivas sobre los medicamentos biológicos en las diferentes especialidades, así como la incorporación de medicamentos biosimilares, durante la 64ª jornada de la Fundación para la Investigación en Salud (FUINSA), bajo el título ‘Los Medicamentos Biosimilares: Acceso a la Práctica Clínica’.

En el marco de este congreso, el presidente de la Sociedad Española de Reumatología, el Dr. José Luis Andréu Sánchez, declaró: “La decisión de intercambiar un agente innovador que está funcionando eficazmente y sin problemas de toxicidad por su biosimilar por motivos estrictamente económicos es una decisión muy delicada que

debe ser tomada por el reumatólogo con la participación del paciente informado y apoderado”.

Asimismo, afirmó que solo el binomio paciente-reumatólogo es el que debe decidir “qué diana patogénica bloquear y con qué agente” y coincidió con otros ponentes en mencionar que la llegada de los biosimilares “va a reducir la factura de farmacia, por lo que el sistema sanitario público va a ganar en eficiencia”. Andréu Sánchez también destacó que la sustitución masiva y automática “no solo está prohibida por Ley sino que entraña riesgos de trazabilidad que desaconseja su implantación”.

El documento íntegro del posicionamiento de la SER sobre los fármacos biosimilares se puede consultar en www.ser.es

La vacuna del papiloma humano, recomendable para mujeres tratadas con terapias biológicas

La Dra. M^a Victoria Hernández aconseja la vacunación precoz en cuanto se realice el diagnóstico de la enfermedad y antes del inicio de la terapia biológica siempre que sea posible

Las infecciones son uno de los efectos adversos más frecuentes asociados al tratamiento con terapias biológicas, requiriendo, en los casos más graves, el ingreso hospitalario. “Algunas de ellas son prevenibles mediante la vacunación, por lo que es recomendable, para completar dicha vacunación, conocer el estado de susceptibilidad a los tratamientos de un paciente que inicie este tipo de terapias mediante la realización de serologías de hepatitis B, hepatitis A, sarampión, rubeola, parotiditis y varicela”, explicó la Dra. M^a Victoria Hernández, reumatóloga en el Hospital Clínico de Barcelona, durante su ponencia sobre novedades de vacunación en el marco del III Curso de Terapias Biológicas realizado por la Sociedad Española de Reumatología (SER), con la colaboración de **Pfizer**.

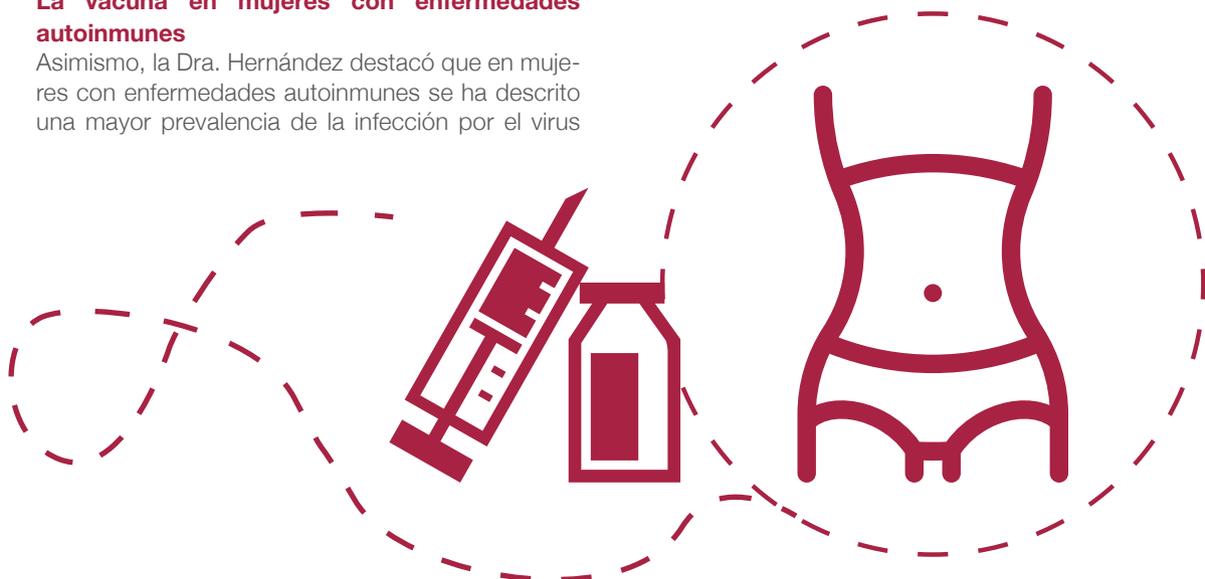
“Como criterio general –añadió–, se recomienda la vacunación precoz en cuanto se realice el diagnóstico de la enfermedad y antes del inicio de la terapia biológica siempre que sea posible. Si el paciente ya la está recibiendo, no habría contraindicación para la administración de vacunas inactivadas”.

La vacuna en mujeres con enfermedades autoinmunes

Asimismo, la Dra. Hernández destacó que en mujeres con enfermedades autoinmunes se ha descrito una mayor prevalencia de la infección por el virus

del papiloma humano, que se asocia con el desarrollo de cáncer cervicouterino. “Dado que las terapias biológicas pueden favorecer la progresión de la infección vírica, podría producirse también un aumento del riesgo de esta neoplasia en estas pacientes. Por ello, la administración de esta vacuna también es recomendable para ellas”, añadió.

En este curso de Terapias Biológicas se abordó una gran cantidad de temas con un denominador común: el empleo eficiente de este tipo de tratamientos. Para conseguir esto último, el Dr. Isidoro González –coordinador, junto a los doctores Raimon Sanmartí y Lucía Silva– puntualizó que todavía estamos lejos de la llamada medicina personalizada, “pero un mejor conocimiento de las comorbilidades del paciente, la prevención de las infecciones, la posible utilidad de la medición de niveles séricos de terapias biológicas y la ampliación de información sobre el proyecto REDOSER nos ayudarán a hacer un uso más juicioso de estas herramientas terapéuticas”.



La SER participa en el Congreso SEMERGEN para mejorar el conocimiento sobre biosimilares

El Dr. José Vicente Moreno Muelas, presidente Emérito de la SER, participó en la mesa debate 'La Atención Primaria ante el reto de la formación en biosimilares: un planteamiento de futuro', enmarcada en el 38º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), celebrado estos días en Santiago de Compostela.

Durante su charla, recordó el posicionamiento que la SER hizo sobre biosimilares en el que se refleja que estos fármacos suponen una gran noticia, ya que se amplía el arsenal terapéutico para poder tratar a los pacientes. Sin embargo, no dudó en recalcar la necesidad de garantizar la libertad de prescripción por parte de los médicos, según las características de cada persona, sin olvidar los aspectos económicos que se derivan de dicha actuación. Asimismo, el Dr. Moreno Muelas insistió en que el intercambio de un biológico por su biosimilar "es un acto médico que debe ser realizado exclusivamente por el médico prescriptor, con el consentimiento del paciente".



En este mismo contexto, se presentaron los datos de una encuesta, en la que participaron 700 médicos, que puso de manifiesto el moderado conocimiento que tienen los profesionales de Atención Primaria sobre los medicamentos biosimilares, así como el interés por recibir mayor formación en este ámbito. Según los resultados, más de la mitad de los médicos encuestados (un 58%) no sabe describir correctamente qué es un biosimilar y tres de cada cuatro equiparan su manejo al de un genérico.

La SER firma un convenio con Grünenthal

El presidente de la Sociedad Española de Reumatología (SER), el doctor José Luis Andréu Sánchez, y el director general de Grünenthal, Christoph Stolle, han firmado un convenio de colaboración para mejorar la formación de los especialistas y lograr, por tanto, un mejor abordaje de los pacientes con enfermedades reumáticas como la gota.

