

— | — | —

— **El** — **Nº 2 | verano 2019** —

**Reumatólogo**

---

# NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

Caso clínico: tratamiento exitoso  
con rituximab en la calcinosis  
asociada a esclerodermatomiositis.  
Dr. Ángel García Aparicio



# Sumario

## Contenidos útiles para la práctica clínica habitual

**Y**a está disponible el segundo número de "El Reumatólogo" que con tanto esfuerzo y cariño hemos puesto en marcha el equipo editorial.

En el vídeo-artículo, interesante novedad de la revista, se aborda el tratamiento con éxito con rituximab en una patología rara difícil de tratar. Este caso aportará algo de luz a la solución de otros posibles pacientes.

Los artículos científicos tratan temas de actualidad. La Dra. Romero expone los argumentos por los cuales deberíamos aplicar la toma de decisiones compartidas con el paciente en nuestra práctica clínica habitual. Convencerá al más escéptico. La Dra. Carmona nos da guías para interpretar correctamente meta-análisis y otras herramientas de la evidencia científica, introduciéndonos en un concepto novedoso: el meta-análisis en red. Finalmente, el Dr. Rey aborda una complicación temida por los reumatólogos y otros especialistas: la necrosis del maxilar.

En la sección social de la revista se tratan noticias como el campamento SER de verano, los pasados congresos SER y EULAR, nuevos proyectos como la validación del índice UVEDAI, el manual de diagnóstico y tratamiento en Reumatología Pediátrica y la carrera solidaria de la SORCOM, entre otros temas.

En fin, hemos preparado estos contenidos con la máxima ilusión para que sean entretenidos de leer y útiles en tu práctica clínica habitual. Esperemos haberlo conseguido.

**Dr. Santiago Muñoz Fernández**, Hospital Universitario Infanta Sofía. Universidad Europea. San Sebastián de los Reyes (Madrid). Co-editor de "El Reumatólogo".

# El Reumatólogo

El Reumatólogo® 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.

El Reumatólogo no se identifica necesariamente con todas las opiniones expuestas por sus colaboradores.

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

**Edita** Sociedad Española de Reumatología. C/ Marqués de Duero, 5 - 1º. 28001 Madrid. Tel: 91 576 77 99. Fax: 91 578 11 33. **Editores** Dra. Montserrat Romera Baurés, Dr. Santiago Muñoz Fernández. **Consejo Asesor** Dres. Juan J Gómez-Reino Carnota, José Luis Andréu Sánchez, José María Álvaro-Gracia, Marcos Paulino Huertas y María Luz García Vivar. **Colaboradores** Dres. Tatiana Cobo Ibáñez y Ángel María García Aparicio. **Coordinación y redacción** Ana De las Heras, Sonia Garde García. **Publicidad** Raúl Frutos Hernanz.

Asesoría, diseño gráfico y maquetación  
Departamento de Plataformas

**ATREVI A**

ISSN 2659-6814  
Nº depósito legal M-12676-2019



**Dra. Tatiana Cobo Ibáñez**

Hospital Universitario Infanta Sofía.  
Universidad Europea.  
San Sebastián de los Reyes (Madrid).

# Bibliografía COMENTADA

**E**n esta sección se revisarán por el comité editorial artículos destacados publicados en los últimos 3 meses anteriores al cierre de la edición de la revista. Por supuesto, el hecho de destacar determinados artículos siempre será algo subjetivo que depende de muchas variables entre las que se incluyen cuestiones personales, como no puede ser de otra manera. No obstante, esperamos que esta sea una sección de interés para los lectores de nuestra nueva revista.

## ENFERMEDADES AUTOINMUNES

**CITA:** *Progressive skin fibrosis is associated with a decline in lung function and worse survival in patients with diffuse cutaneous systemic sclerosis in the European Scleroderma Trials and Research (EUSTAR) cohort.* Wanlong Wu, et al. Ann Rheum Dis 2019; 78: 648–656.

**RESUMEN:** El objetivo del estudio fue determinar si en los pacientes con esclerosis sistémica cutánea difusa (ESCD) la progresión de la fibrosis cutánea en 1 año estaba asociada con la progresión visceral y la mortalidad durante el seguimiento. Se realizó un estudio observacional exportando las visitas de los pacientes con ESCD de la base de datos EUSTAR (prospectiva) desde el 1 de enero de 2009 a 31 de agosto de 2017. Se definió progresión cutánea (progresión de la fibrosis cutánea) como el incremento > 5 unidades en el mRSS y por  $\geq 25\%$  desde la basal hasta los  $12 \pm 3$  meses. Se definió seguimiento como el tiempo entre la

primera visita (basal) y la última visita de seguimiento anual disponible para cada paciente.

De 1021 pacientes incluidos, 78 (7,6%) tuvieron progresión de la fibrosis cutánea. La mediana de seguimiento fue de 3,4 años. Los análisis de supervivencia indicaron que los pacientes con progresión cutánea tenían mayor probabilidad de descenso de la CVF  $\geq 10\%$  (53,6% vs. 34,4%;  $p < 0,001$ ) y de mortalidad por todas las causas (15,4% vs 7,3%;  $p = 0,003$ ) que los pacientes sin progresión cutánea. Esta asociación significativa se mantenía en los subgrupos de pacientes con mRSS basal bajo ( $\leq 22/51$  unidades) y con duración de la enfermedad corta ( $\leq 15$  meses), pero no en los subgrupos con mRSS basal elevado ( $> 22/51$  unidades) y con mayor duración de la enfermedad ( $> 15$  meses). En el análisis multivariante, la progresión cutánea en 1 año se asoció de forma independiente con el descenso de la CVF  $\geq 10\%$  (HR 1,79, IC 95% 1,20 -2,65) y la mortalidad por todas las causas (HR 2,58; IC del 95%: 1,31 - 5,09).

**COMENTARIO:** Los resultados de este estudio pueden contribuir a que el clínico identifique pacientes con riesgo de progresión pulmonar y mortalidad especialmente en estadios iniciales de la ESCD. También puede ser de utilidad para seleccionar pacientes subsidiarios de ser incluidos en ensayos clínicos dirigidos a tratar la fibrosis cutánea y la afectación pulmonar.

“  
**Los pacientes  
 con MCI sufren  
 frecuentemente  
 un retraso en su  
 diagnóstico**”



**CITA:** *(<sup>18</sup>F) Florbetapir positron emission tomography: identification of muscle amyloid in inclusion body myositis and differentiation from polymyositis.* James B Lilleker, et al. Ann Rheum Dis 2019; 78: 657–662.

**RESUMEN:** Se trata de un estudio que compara la carga de amiloide intramuscular entre 10 pacientes con miositis por cuerpo de inclusión (MCI) y 6 pacientes con polimiositis (PM) mediante la tomografía por emisión de positrones con tomografía computarizada (PET/TAC) con el marcador de amiloide (<sup>18</sup>F) Florbetapir. Se analizaron en todos los pacientes 7 regiones musculares de interés, determinando los valores estandarizados de captación (VEC) de (<sup>18</sup>F) Florbetapir en cada región por paciente. Se calcularon los ratios de los VEC utilizando como referencia la captación de la almohadilla grasa lumbar.

Los ratios de los VEC de (<sup>18</sup>F) Florbetapir fueron significativamente más elevados en los pacientes con MCI que en los pacientes con PM para todas las regiones evaluadas (ratio total de los VEC de (<sup>18</sup>F) florbetapir 1,45 (1,28 -2,05) vs. 1,01 (0,80 a 1,22), p = 0,005). La sensibilidad y especificidad diagnóstica para MCI fue del 80% y 100 % (área bajo la curva 0,93), respectivamente cuando el ratio total de los VEC de (<sup>18</sup>F) florbetapir es  $\geq 1,28$ .

**COMENTARIO:** Con frecuencia hay un retraso diagnóstico en las MCI o los pacientes son diagnosticados erróneamente como PM, debido en parte a su difícil diferenciación histológica en fases iniciales en la que es menos frecuente la detección del B - amiloide intramuscular. Este estudio manifiesta la posible utilidad de la PET/TAC con el marcador de amiloide (<sup>18</sup>F) Florbetapir en el diagnóstico de las MCI y su diferenciación con otras MII, en especial la PM. Sin embargo, todavía se debe validar la herramienta antes de su uso diagnóstico en práctica clínica habitual.

**CITA:** *Video clip assessment of a salivary gland ultrasound scoring system in Sjögren's syndrome using consensual definitions: an OMERACT ultrasound working group reliability exercise.* Jousse-Joulin S, et al. Ann Rheum Dis 2019; 0: 1–7.

**RESUMEN:** El objetivo del estudio fue desarrollar definiciones ecográficas y un nuevo sistema de puntuación por ecografía para las lesiones de glándulas salivales (GS) en pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSp) y probar su fiabilidad inter e intra-lector utilizando videos de ecografías. 25 Reumatólogos miembros de OMERACT y expertos en ecografía consensuaron a través de un proceso Delphi con tres rondas: 1) las definiciones y el procedimiento de exploración de la ecografía de las glándulas salivales (USGS) (parótidas, submandibulares y sublinguales (PR, SM y SL) ); (2) las definiciones de las lesiones elementales USGS en pacientes con SSp; (3) un sistema de puntuación para graduar los cambios. Posteriormente se evaluaron videos dinámicos de USGS colgados en una plataforma de internet, tanto en pacientes con sospecha o confirmación de SSp como en pacientes con S. seco sin SSp.

Entre las tres GS seleccionadas, se acordó la evaluación de las glándulas PR y SM. Se decidió puntuar lesiones en escala de grises y centrarse en los focos anecoicos / hipoecoicos de forma semicuantitativa o si no era posible, en una evaluación cualitativa (presente / ausente) de lesiones grasas o fibrosas. La fiabilidad intra-lector para detectar y puntuar estas lesiones fue excelente (kappa 0,81 de Cohen) y la fiabilidad inter-lector fue buena (Light's kappa 0,66).

**COMENTARIO:** Este estudio corresponde a la primera etapa en el desarrollo de un índice ecográfico semicuantitativo para evaluar las GS (PR y SM) en pacientes con sospecha o confirmación de SSp. Cuando se valide finalmente su utilidad podría ser amplia, tanto en unos nuevos criterios de clasificación, como instrumento para determinar medidas de resultado en los ensayos clínicos o para el diagnóstico y seguimiento en práctica clínica habitual.

## ARTRITIS REUMATOIDE

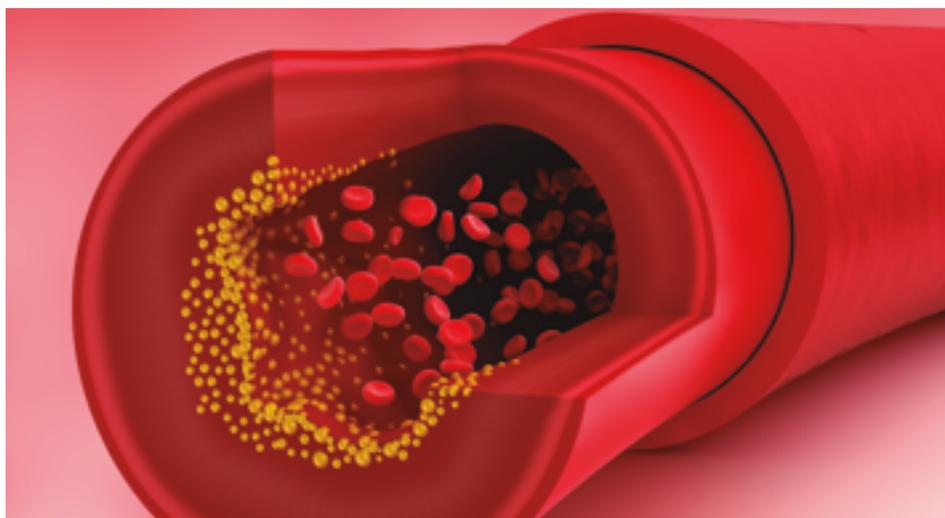
**CITA:** *Comparative risk of venous thromboembolism with tofacitinib versus tumor necrosis factor inhibitors: A cohort study of rheumatoid arthritis patients.* Desai RJ, et al. Arthritis Rheumatol. 2019; 71:892-900.

**RESUMEN:** Se trata de un estudio de cohorte prospectivo que evalúa el riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes con artritis reumatoide (AR) naive a biológicos y tofacitinib y que inician tofacitinib vs anti-TNF. Se obtiene la información de dos bases de datos de reclamaciones de seguros de Estados Unidos (USA). La medida de desenlace TEV se identificó a través de las reclamaciones de pacientes hospitalizados por embolia pulmonar o trombosis venosa profunda. Se calcularon los Hazard ratios (HR) ajustados por el índice de propensión (IP).

Se identificaron un total de 34.074 y 17.086 pacientes con AR de las bases de datos de seguros Truven y Medicare, respectivamente; de los cuales 5,6% y 5,8% iniciaron tofacitinib. Las tasas de incidencia brutas/ 100 persona-años (IC 95%) fueron 0,60 (0,26-1,19) y 0,34 (0,27-0,41) en Truven y 1,12 (0,45-2,31) y 0,92 (0,76-1,11) en Medicare para tofacitinib y anti-TNF, respectivamente. Los HR ajustados por IP no mostraron diferencias significativas en el riesgo de TEV entre tofacitinib y anti-TNF en ninguna de las bases de datos con un HR agrupado (IC 95%) de 1,33 (0,78-2,24).

“  
Un buen control  
de la AR podría  
disminuir el riesgo  
de insuficiencia  
cardíaca de estos  
pacientes”

**COMENTARIO:** Este es uno de los primeros estudios post-comercialización que analiza el riesgo de TEV en pacientes con AR que inician tofacitinib. No se confirma un riesgo incrementado estadísticamente significativo de TEV al comparar con anti-TNF. Recordaré que en USA toda la población habitualmente está asegurada, de ahí la posibilidad de recoger información de las bases de datos de dos seguros médicos. Sin embargo, esto confiere limitaciones al estudio ya que al ser bases de datos administrativas no se dispuso de información clínica como la actividad de la AR, la discapacidad, el IMC para ajustar el HR. Tampoco se tuvo en cuenta las dosis, la incidencia por separado de embolismo pulmonar y trombosis venosa profunda y no se comparó con otros biológicos.



**CITA:** *Myocardial Inflammation, Measured Using 18-Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography With Computed Tomography, Is Associated With Disease Activity in Rheumatoid Arthritis.* Amigues I, et al. Arthritis Rheumatol 2019; 71: 496-506.

**RESUMEN:** En este estudio se plantean la hipótesis de que la inflamación del miocardio estaría presente en una proporción de pacientes con artritis reumatoide (AR) sin insuficiencia cardíaca clínica, y su presencia estaría correlacionada con la actividad de la enfermedad de la AR y disminuiría con el ajuste del tratamiento. El objetivo fue determinar la prevalencia y correlación de la inflamación miocárdica subclínica en pacientes con AR.

Se incluyeron pacientes con AR (n=119) sin enfermedad cardiovascular conocida que se sometieron a la tomografía por emisión de positrones con tomografía computarizada (PET/TAC) cardíaca con 18-fluorodeoxiglucosa (FDG). La captación de FDG miocárdica se evaluó visualmente y se midió cuantitativamente como el valor de captación estandarizado (VCE). Un subgrupo de pacientes con AR que tuvieron que intensificar su tratamiento (n=8) se sometieron a una segunda exploración PET / TAC con FDG después de 6 meses.

La captación de FDG evaluada visualmente se observó en 46 (39%) de los 119 pacientes con AR, y 21 pacientes (18%) tuvieron una captación cuantitativa de FDG miocárdica anormal. La media del VCE fue 31% más alto en pacientes con un CDAI  $\geq 10$  (actividad de enfermedad de moderada a alta) en comparación con aquellos con puntuaciones de CDAI más bajas (P = 0,005). La media del VCE ajustado fue un 26% más baja entre los tratados con un agente biológico no anti-TNF en comparación con los tratados con FAMES convencionales (P = 0,029). En el sub-estudio longitudinal, la media del VCE miocárdico disminuyó de 4,50 unidades a 2,30 unidades en 6 meses, lo que fue paralelo a la disminución en la media del CDAI de una puntuación de 23 a una puntuación de 12.

**COMENTARIO:** Es el primer estudio que evalúa y cuantifica la inflamación miocárdica subclínica en pacientes con AR, además respalda la hipótesis de que la inflamación miocárdica en la AR está relacionada con la actividad de la enfermedad, por lo que un buen control de la AR no sólo tendría repercusión a nivel articular, además podría disminuir el riesgo de insuficiencia cardíaca en estos pacientes. Habrá que verificar estos resultados y la sensibilidad al cambio de la técnica tanto con FAMES sintéticos como biológicos en estudios longitudinales más amplios.

## ESPONDILOARTRITIS

### **CITA: Identification of Novel Autoantibodies Associated With Psoriatic Arthritis.**

Yuan Y, et al. Arthritis Rheumatol. 2019; 71: 941-951.

**RESUMEN:** El objetivo de este estudio fue examinar si existen autoanticuerpos que puedan asociarse o contribuir en la patogénesis de la psoriasis (PsA) y la artritis psoriásica (APs). En este estudio, se creó una nueva matriz de 118 antígenos que han sido considerados en la literatura como autoantígenos potenciales en enfermedades autoinmunes típicas así como en psoriasis, para identificar posibles autoanticuerpos en el suero de pacientes con psoriasis. Se utilizaron sueros de pacientes con psoriasis (n= 73) para examinar los antígenos en la matriz y se compararon con controles sanos (n= 30), pacientes con lupus eritematoso sistémico (n=7) y pacientes con dermatitis atópica (n=10). El ELISA individual se utilizó en los estudios de validación.

Encontraron que en particular, los autoanticuerpos IgG contra dos antígenos nuevos de psoriasis, LL37 y ADAMTSL5, estaban aumentados significativamente en los pacientes con PsA en comparación con controles sanos. Los niveles séricos de estos autoanticuerpos se correlacionaron con el área de psoriasis y el índice de gravedad (PASI), y reflejaron la progresión de la enfermedad en muestras recogidas longitudinalmente de pacientes con psoriasis. Tanto los autoanticuerpos anti-ADAMTSL5 como los anti-LL-37 estaban significativamente elevados en los pacientes con APs en comparación con No-APs (pacientes con psoriasis sin APs).

**COMENTARIO:** Parece que estos nuevos autoanticuerpos pueden estar involucrados en la patogenia de la PsA y APs como una enfermedad autoinmune no típica, y si se confirman estos resultados en estudios con mayor número de pacientes se podría demostrar su utilidad como biomarcadores adicionales de la PsA y la APs para monitorizar la enfermedad.

### **CITA: Associations between smoking and extra-axial manifestations and disease severity in axial spondyloarthritis: results from the BSR Biologics Register for Ankylosing Spondylitis (BSRBR-AS).**

Zhao S, et al. Rheumatology 2019; 58: 811-819.

**RESUMEN:** El objetivo fue utilizar el registro de biológicos en espondiloartritis axial (axSpA) de la Sociedad Británica de Reumatología para proporcionar una descripción de las asociaciones entre el tabaquismo, las manifestaciones extra-axiales (uveítis aguda anterior, psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal, artritis, dactilitis, entesitis) y otras medidas de gravedad de la enfermedad, incluidas la fatiga, el sueño, la ansiedad y la depresión. Se trata de un estudio transversal en el que se recogieron los datos de la visita basal antes de la exposición al tratamiento biológico desde diciembre de 2012 hasta junio de 2017. En los análisis para cuantificar las asociaciones, se tuvo en cuenta el estado de fumador (actual / ex / nunca) y en los fumadores actuales la cantidad ajustando por la edad, el sexo, el IMC, la educación, las privaciones, las comorbilidades, la duración de los síntomas y el consumo de alcohol.

Se incluyeron 2031 participantes (68% hombres, edad promedio 49 años). De estos, 24% eran fumadores actuales y 32% ex-fumadores. En comparación con los no fumadores, los fumadores actuales tenían menor probabilidad de uveítis (OR 0,7, IC 95% 0,5 -0,9) y mayor probabilidad de psoriasis (ORadj 1,6, IC 95% 1,1-2,3). Los fumadores actuales y ex-fumadores tenían una enfermedad más grave que los nunca fumadores, con mayor BASDAI (B=0,3, IC 95% 0,1- 0,6; B=0,9, IC 95% 0,6-1,2) y BASFI (B=0,5, IC 95% 0,2- 0,8; B=1,3, IC 95 % 1,0-1,6). Se observaron asociaciones similares con fatiga, sueño, ansiedad y depresión.

**COMENTARIO:** Previamente conocíamos que fumar se asociaba en las axSpA a un inicio más temprano de los síntomas, peor actividad de la enfermedad, deterioro funcional y calidad de vida.



Con este estudio podemos tener una visión global de cómo afecta el tabaco a todas las manifestaciones de las axSpA y a desenlaces que son muy importantes para el paciente como la fatiga, el sueño, la ansiedad y depresión. Se ha sugerido que los efectos inflamatorios de la inhalación de humo (elevación de PCR) exacerban el proceso de la enfermedad (actividad por resonancia magnética nuclear), sin embargo se desconoce de qué manera influye a otros niveles como en las uveítis.

“

La calprotectina del líquido sinovial puede ayudar en el diagnóstico de artritis séptica”



### MISCELÁNEA

**CITA:** *Association between inactivated influenza vaccine and primary care consultations for autoimmune rheumatic disease flares: a self-controlled case series study using data from the Clinical Practice Research Datalink.* Nakafuro G, et al. Ann Rheum Dis. Online first. doi: 10.1136/annrheumdis-2019-215086. [Epub ahead of print]

**RESUMEN:** Los objetivos de este estudio fueron investigar, en pacientes con artritis reumatoide (AR), espondiloartritis (SpA) y lupus eritematoso sistémico (LES) en tratamiento con FAMES, la asociación entre la administración de la vacuna inactivada contra el virus influenza (VVI) y la consulta posterior al médico de atención primaria (MAP) por dolor articular, brote, nueva prescripción de corticosteroides orales y posibles efectos adversos de la vacuna (vasculitis y fiebre no infecciosa). Los datos se extrajeron del Clinical Practice Research Datalink (CPRD), que es una base de datos longitudinal de registros de salud anónimos de más de 15 millones de personas registradas por > 700 MAP en Reino Unido. El estudio fue de serie de casos autocontrolada. Se recogieron en el CPRD los casos que recibieron la VVI y tuvieron alguno de los desenlaces de in-

terés en el mismo ciclo. El ciclo se dividió en periodos de exposición (1-14 días previo a la vacunación y 0-14, 15-30, 31-60 y 61-90 días después de la vacunación), y el período de tiempo restante se clasificó como no expuesto.

Se incluyeron los datos de 14.928 casos con  $\geq 1$  desenlace de interés en un ciclo en el que recibieron la VVI. De estos, 11.953 (80,07%) tenían AR, 2.347 (15,72%) tenían SpA y 628 (4,21%) tenían LES. No hubo evidencia de asociación entre la vacunación y la consulta al MAP por brote, prescripción de corticosteroides, fiebre o vasculitis. Por el contrario, la vacunación se asoció con una reducción de las consultas al MAP por artralgias en los 90 días posteriores (IRR 0,91 (IC 95%: 0,87 -0,94)).

**COMENTARIO:** Tal y como sugieren los autores, este estudio apoya la seguridad de la VVI que deberíamos ser capaces de transmitir a nuestros pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes en tratamiento inmunosupresor. No queda claro el mecanismo que subyace en la asociación negativa entre vacunación y reducción de las consultas al MAP por artralgias, sería improbable que la vacunación mejore los desenlaces de la enfermedad autoinmune.

**CITA:** *Calprotectin discriminates septic arthritis from pseudogout and rheumatoid arthritis.* Baillet A, et al. Advances articles. doi.org/10.1093/rheumatology/kez098. [Epub ahead of print]

**RESUMEN:** Se conoce que los neutrófilos expuestos a las bacterias liberan proteínas bactericidas como la calprotectina y las  $\alpha$  defensinas. Estas proteínas se encuentran activadas también en la artritis reumatoide (AR). El objetivo fue determinar si la calprotectina relacionada con los neutrófilos y las  $\alpha$  defensinas podrían discriminar artritis sépticas de otras artritis inflamatorias en la práctica diaria. Se recogieron de forma prospectiva líquidos sinoviales con predominio de neutrófilos de pacientes con artritis agudas, evaluando los niveles de calprotectina y  $\alpha$  defensinas.

Se incluyeron paciente con artritis séptica (n=26), artritis por pirofosfato (n=28) y AR (n=20). Los niveles de calprotectina estaban incrementados en artritis séptica respecto a las otras artropatías. Se desarrolló un modelo multivariable que incluyó calprotectina, recuento de neutrófilos en el líquido sinovial y género. La calprotectina fue el único biomarcador que discriminó la artritis séptica de las artritis no sépticas, con una sensibilidad del 76%, una especificidad del 94% y una razón de verosimilitud positiva = 12.2 para el valor umbral de calprotectina de 150 mg / l.

**COMENTARIOS:** La calprotectina del líquido sinovial de pacientes con artritis aguda puede ser un biomarcador precoz que nos ayude en el diagnóstico diferencial de artritis séptica, en especial en pacientes con Gram negativo y a la espera de cultivo. Este biomarcador debe ser probado en una cohorte independiente a la de este estudio.

# Decisión compartida: ¿es realmente el paciente el centro de las decisiones de la atención reumatológica?



**Dra. Susana Romero Yuste**  
Servicio de Reumatología.  
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

El tipo de medicina que ejercemos y por tanto la relación médico-paciente ha ido cambiando con el tiempo. La relación médico-paciente, antaño paternalista, ha dado paso, o al menos así debiera ser, a una relación en la que el paciente tiene derecho a ejercer una participación activa en todas las fases del acto médico y por tanto en las decisiones terapéuticas. Está demostrado que el paciente activo, en las decisiones y en el seguimiento, asocia mejor adherencia a la estrategia terapéutica lo cual influye positivamente en el desenlace de su enfermedad (1). Ahora bien, para ello es necesario que reciba una información, amplia, completa y actualizada sobre su enfermedad, sobre el pronóstico y sobre las características de las diferentes alternativas terapéuticas disponibles en el momento de su atención. La comunicación no ha de ser unidireccional, el médico/reumatólogo debe también practicar una escucha ac-

tiva para poder comprender al enfermo y no solo a su enfermedad y ello implica descubrir y considerar sus expectativas, sus preferencias, lo que es realmente importante para él y como su enfermedad afecta a su entorno. No hemos de olvidar por tanto el aspecto psicosocial que ha de integrarse en el abordaje holístico de los pacientes.

La ley de autonomía del paciente respalda jurídicamente el derecho que tiene el paciente a recibir la información y a tomar sus propias decisiones (2). Entre ellas cabría incluso la decisión, si así la tomara, de no tratarse. Si tiene la información completa y ha comprendido la repercusión que ello supone, está en su derecho y debería ser respetado. Nunca un paciente por el hecho de adoptar la decisión de no recibir tratamiento debería dejar de ser atendido de la forma que requiere su enfermedad. En la práctica siempre se conocen casos en que

se les cierra la puerta salvo cambio de decisión. Es necesario considerar que el paciente podría tener complicaciones, derivadas de su decisión, que han de ser atendidas. Podría ocurrir que la propia evolución o el diálogo fluido modifiquen su decisión y finalmente acceda a recibir un tratamiento necesario. Ahora bien, la decisión de un paciente de no tratarse, por una enfermedad que le conduciría a secuelas irreversibles, debería hacernos replantear si estamos ofreciendo una información adecuada sobre la enfermedad misma y si estamos entendiendo los temores que le llevan a esa decisión.

Tradicionalmente existía un modelo de relación y entrevista con los pacientes denominado modelo informativo en el que el médico emitía, informaba, persuadía y en no pocas ocasiones ordenaba. Frente a esto se definió un modelo de entrevista denominada "entrevista motivacional" desarrollada por Rolnick, Miller y Buttler (3). Inicialmente aplicada en programas de deshabituación alcohólica, el éxito hizo que se pusiese en práctica, también con éxito, en otras especialidades médicas (4). Parte de la premisa de que existe una tendencia del ser humano a rechazar la persuasión. Ha de ser el paciente el que encuentre razones para adoptar una estrategia terapéutica en base a lo cual el médico ha de guiarle y acompañarle.



**El médico debe practicar una escucha activa para poder comprender al enfermo y no solo a su enfermedad”**

“  
**Son las razones  
 del paciente y no  
 las del médico las  
 que con mayor  
 probabilidad  
 consiguen el éxito”**

Son las razones del paciente y no las del médico las que con mayor probabilidad consiguen el éxito. Las fases de este tipo de aproximación por parte del profesional comprenderían preguntar, informar y escuchar, guiando más que dirigiendo.

Aunque se va avanzando en la adopción de una toma de decisiones compartida la realidad topa con barreras de diversa índole. La primera es probablemente la inercia y la falta de entrenamiento en este tipo de relación médico-paciente por ambas partes.

France Legare y Philippe Thompson-Leduc (5) investigaron diversas barreras que en la práctica dificultan la implementación de la toma de decisiones compartida entre médicos y pacientes y las denominaron mitos en tanto pudieron ser disipadas por el análisis de la evidencia. Para ello realizaron una revisión selectiva de la literatura identificando 12 mitos que son los siguientes: “que este tipo de abordaje es una moda y pasará, que la decisión compartida es abandonar al paciente a decidir solo, que no todos los pacientes desean una decisión compartida, que no todas las personas son buenas en la toma de decisiones, que los pacientes solo quieren saber lo que haría el profesional de la salud, que la decisión compartida consume más tiempo de consulta, que ya está implementada la decisión compartida en la práctica clínica, que es fácil ponerlo en práctica, que com-

partir la decisión no es compatible con las guías de práctica clínica, que solo compete a médico y paciente, que los actos de decisión compartida son más costosos y que en las decisiones no están implicadas las emociones”.

Tras el análisis de la evidencia, que realizan los autores, no encuentran respaldo para sostener estas afirmaciones. Constatan que implicar a los pacientes no es algo reciente o una moda pues se describió como una característica de “doctor moderno” nada menos que en 1959. Concluyen que la técnica de toma de decisiones compartida no es fácil pero se puede aprender y valerse del uso de herramientas tanto por parte de los profesionales de la salud como de los pacientes.

El paciente a menudo adopta la decisión del médico por que desconoce el potencial de tomar las riendas en las decisiones que le atañen. De esta revisión se deduce que el entusiasmo del médico en poner en práctica la toma de decisiones compartida parece animar a los pacientes en esta dirección. Se puede aumentar su *expertise* para desear y poder consensuar su decisión en un ambiente de apoyo.

El análisis de la evidencia de esta revisión también muestra como el empoderamiento del paciente se ve facilitado por la atención multidisciplinar con equipos de atención médica más allá de la relación dual paciente-su médico.

En cuanto al mito de que la decisión compartida consume más tiempo de consulta, en una revisión Cochrane de 115 estudios incluida en el análisis, se mostraba que la prolongación del tiempo de consulta variaba entre -8 y +23 minutos con una mediana de 2,5 minutos, lo que tiraba por tierra esta argumentación.

La toma de decisiones compartida se trata de un proceso de interdependencia. El profesional de la salud y el paciente se influyen uno al otro y colaboran en una condición de respeto en la que se contemplan las preferencias del paciente y en la que también juega un papel el entorno familiar.

#### ¿EN QUÉ PUNTO NOS ENCONTRAMOS EN LA REUMATOLOGÍA?

Las guías actuales de práctica clínica en enfermedades reumáticas recomiendan la toma de decisiones compartida (6). Su implementación, sin embargo, aún se encuentra lejos de alcanzar el nivel deseable (7,8).

Es cierto que tanto en la investigación como en la práctica clínica el análisis de resultados referidos por el paciente adquiere mayor presencia. Sin embargo aún nos queda camino por recorrer en aras de la convergencia. Se han publicado discrepancias entre los resultados que importan a los médicos y los que importan a los pacientes (9). El médico acostumbra a dar más valor a datos objetivos como inflamación, valores de reactantes de fase aguda, o daño estructural. El paciente valora sobre todo la ausencia de dolor, de fatiga, de discapacidad o malestar emocional.

La preocupación por prevenir o detener el daño estructural llevó al diseño de nuevos criterios en 2010 para definir la artritis en sus fases más precoces y se instauró la cultura del tratamiento orientado al objetivo de obtener la remisión o en su defecto la baja actividad. Ocurre que muchos pacientes en remisión o baja actividad siguen refiriendo fatiga, dolor sin inflamación o dificultad para realizar las actividades de su vida cotidiana, y todo ello debería ser considerado a la hora de replantear el tratamiento. Al igual que vamos



introduciendo al paciente en el análisis de resultados (PROs), deberíamos igualmente consensuar la estrategia terapéutica en el momento de su elección, tras informar y analizar de forma conjunta expectativas, preferencias, temores y objetivos e información detallada de pros y contras de todas las alternativas terapéuticas disponibles.

Hay un aspecto que, cada vez más, los reumatólogos tenemos en cuenta en nuestro día a día y es la valoración de la eficiencia, entendiendo ésta como la conjugación del coste, la efectividad y sin perder de vista la seguridad de los distintos fármacos. Como ya hemos mencionado, la implicación activa del paciente en la estrategia y en el seguimiento ha demostrado aumentar las tasas de adherencia y por tanto mejorar los resultados, lo cual supondría una motivación adicional para implementar este tipo de abordaje. Mejores resultados contribuirían a menores costes indirectos derivados de la enfermedad pero también de costes directos en cuanto está extendida, y respaldada por guías de práctica clínica, la reducción o espaciamiento de dosis ante remisiones mantenidas.

No está claro aún en nuestro entorno si, al margen de otros factores como efectividad, seguridad o vía de administración, el coste del fármaco en concreto sería determinante para decantar al paciente por una u otra opción. En USA, clínica Mayo (10) han

desarrollado programas de ayuda a la toma de decisiones compartidas con el paciente que incluyen elementos visuales como tarjetas, cada una de las cuales recoge uno de los distintos aspectos a valorar en la toma de decisiones incluido asimismo el coste del fármaco. En ese entorno, para algunos pacientes es muy importante el coste a la hora de decidir, pues el paciente en muchas ocasiones participa de forma directa en la financiación de los fármacos. En nuestro medio, y más en pacientes que se atienden en la sanidad pública, no siempre existe la conciencia del coste de los fármacos por parte de los ciudadanos. Además a menudo se da la paradoja de que no siempre los facultativos disponen de la información de los costes reales de los tratamientos de un modo fidedigno, convirtiendo en imposible el análisis de la eficiencia. Es preciso un ejercicio de transparencia por parte de las farmacias, los gestores y la industria farmacéutica, que debería hacerse extensiva al paciente, para poner en juego el coste del fármaco como un factor más, que no único, a la hora de su elección. No es lógico que quienes prescriben y quienes reciben el tratamiento no dispongan de esta información.

Considerar la elección terapéutica en términos de eficiencia por todos los agentes implicados es una obligación social en tanto favorece la sostenibilidad del sistema sanitario y facilita de ese modo la incorporación de la innovación.

Nuestra obligación como reumatólogos es ofrecer lo mejor que la ciencia actual es capaz de ofrecer sin perder de vista nuestro deber moral de acompañar al paciente en su tránsito por una condición de enfermo que requiere ciencia, pero también empatía, comprensión y sobre todo respeto a sus decisiones, teniendo en cuenta al paciente actual y a todos los que después vendrán, en un auténtico ejercicio de responsabilidad social.



**La implicación activa del paciente en la estrategia y en el seguimiento ha demostrado aumentar las tasas de adherencia y por tanto mejorar los resultados”**

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Lavielle M, et al. Methods to improve medication adherence in patients with chronic inflammatory rheumatic diseases: a systematic literature review RMD Open 2018;4:e000684.
2. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
3. Stephen Rollnick, William R. Miller, Christopher C. Butler. Motivational interviewing in Health Care. New York: Guilford Press; 2007
4. Selçuk-Tosun A, Zincir H. The effect of a transtheoretical model-based motivational interview on self-efficacy, metabolic control, and health behaviour in adults with type 2 diabetes mellitus: A randomized controlled trial. Int J Nurs Pract. 2019 May 14:e12742
5. Légaré F, Thompson-Leduc P. Twelve myths about shared decision making. Patient Education and Counseling 96 (2014) 281–286
6. Smolen JS, Landewé R, Bijlsma J et al (2017) EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016update. Ann Rheum Dis 0:1–18
7. Ellen A. Lipstein et al. Real life clinic visits do not match the ideal of shared decision making. J Pediatr. 2014; 165(1): 178-183. e1
8. Konnelly K et al. Patients' perceived health information needs in inflammatory arthritis: A systematic review. Semin Arthritis Rheum. 2019 Apr;48(5):900-910.
9. Desthieux C, Hermet A, Granger B, Fautrel B, Gossec L. Patient-Physician Discordance in Global Assessment in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Literature Review With Meta-Analysis. Arthritis Care & Research Vol. 68, No. 12, Dec 2016
10. <http://shareddecisions.mayoclinic.org>

# Tratamientos antirreabsortivos en la osteoporosis y osteonecrosis de maxilar, ¿qué sabemos?



**Dr. José Rey Rey**  
Sección de Reumatología.  
Complejo Hospitalario de Toledo.

## INTRODUCCIÓN

Los antirreabsortivos son los fármacos más empleados en el tratamiento de la osteoporosis y existe evidencia de su eficacia para reducir el riesgo de fractura. Entre los de mayor potencia se distinguen dos grupos: el inhibidor del ligando RANK (denosumab) y la familia de los bisfosfonatos (alendronato y risedronato por vía oral y zoledronato por vía intravenosa son los más utilizados). Uno de los efectos adversos graves comunicados con el uso a largo plazo de estos fármacos es la osteonecrosis en los huesos maxilares. Existen otros antirreabsortivos como los análogos selectivos de los receptores estrogénicos (raloxifeno y bazedoxifeno) pero son mucho menos potentes y aunque hay algún caso descrito, no parecen aumentar el riesgo de osteonecrosis.

La osteonecrosis de maxilar (ONM) es un problema de salud infrecuente pero que impacta muy negativamente en la calidad de vida del paciente que la sufre. Fue descrita inicialmente en 2003 en relación con el tratamiento con bisfosfonatos intravenosos en pacientes oncológicos. Posteriormente se ha ob-

servado en relación con bisfosfonatos orales en pacientes con osteoporosis, así como en relación con denosumab (tanto en cáncer como en osteoporosis). Hallazgos recientes sugieren la posibilidad de que haya otros fármacos que pueden favorecer su aparición, como los antiangiogénicos utilizados en el tratamiento de algunos tumores. Pero también se conoce que este problema puede ocurrir en personas no expuestas a estos agentes, por lo que, para referirse a esta entidad es preferible hablar de "osteonecrosis de maxilar relacionada con fármacos".

## DEFINICIÓN

Se considera que existe una ONM relacionada con fármacos cuando concurren las tres características siguientes (1):

- Presencia de un área de exposición ósea en el maxilar superior y/o en la mandíbula, que persiste más de 8 semanas.
- Tratamiento actual o previo con fármacos antirreabsortivos o antiangiogénicos.
- No haber recibido radioterapia en la región craneofacial ni tener metástasis evidentes en los maxilares.

Asienta con mayor frecuencia en la mandíbula, probablemente por la mayor vascularización del maxilar superior, y puede tardar en resolverse mucho tiempo (a veces muchos meses).

## INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

La incidencia de ONM en pacientes con osteoporosis es muy baja, con tasas mucho menores a las de los pacientes oncológicos (100 veces menor) (1). Las cifras de prevalencia oscilan entre el 0.1% y menos del 0.001% (un caso por cada 1.000 hasta menos de un caso por cada 100.000 pacientes expuestos). En población oncológica puede llegar hasta el 15% (2). La incidencia oscila entre el 0.15% y menos del 0.001% pacientes por año de exposición al fármaco. Con estas tasas, se considera que en osteoporosis bajo tratamiento con bisfosfonatos o denosumab, el riesgo de ONM es sólo ligeramente superior al de la población general (en pacientes con osteoporosis no expuestos a estos fármacos el riesgo puede llegar al 0.02%: un caso por cada 5.000 pacientes) (2, 3).

La dosis y duración del tratamiento son los factores de riesgo más importantes; de aquí la diferencia con la población oncológica, que utiliza dosis entre 12 y 15 veces superiores. En osteoporosis el aumento del riesgo lo marca la duración del tratamiento, de tal modo que es a partir del cuarto año cuando empieza a manifestarse (1). Pero es conocido que influyen otros aspectos en el riesgo de ONM como la mala higiene de la cavidad oral, los glucocorticoides, la diabetes, el



**En osteoporosis el aumento del riesgo lo marca la duración del tratamiento, de tal modo que es a partir del cuarto año cuando empieza a manifestarse”**

tabaquismo y la edad avanzada. Aunque puede aparecer de forma espontánea, la mayoría de los casos ocurren tras una intervención en la cavidad oral, siendo la extracción dental la que supone el mayor riesgo.

### FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología de esta entidad no es bien conocida pero sabemos que hay tres mecanismos implicados:

- El primero es la inhibición de la resorción ósea provocada por bisfosfonatos o denosumab. La mayor tasa de remodelado que caracteriza a los huesos maxilares puede explicar la predilección por esta localización. Sin embargo no es el único factor implicado pues no se ha notificado en otras situaciones asociadas con un bajo remodelado y además, en los pacientes con ONM no se ha visto este bajo recambio óseo en el tejido afectado.
- La infección local es un factor clave en la patogénesis de la ONM. Se sabe que la enfermedad periodontal es un importante factor de riesgo y modelos animales muestran que la combinación de infección bacteriana y fármacos antirreabsortivos es suficiente para inducir osteonecrosis.
- La inhibición de la angiogénesis es otro mecanismo asociado pues clásicamente la osteonecrosis se ha considerado como una interrupción del flujo vascular (necrosis avascular) y es conocido el efecto antiangiogénico de los bisfosfonatos (aunque no el denosumab). Por otra parte, se está viendo en los últimos años la aparición de osteonecrosis en otros lugares en pacientes oncológicos en tratamiento con fármacos antiangiogénicos como los inhibidores de la tirosin kinasa (sunitinib) y, sobre todo, los anticuerpos dirigidos contra el factor de crecimiento del endotelio vascular (bevacizumab) (4).

### PREVENCIÓN

Mejorar la higiene dental y corregir la posible infección que afecte a la cavidad oral es la medida de prevención más elemental y es la primera recomendación de todos los expertos que han evaluado el problema. En la medida de lo posible sería importante tratar la infección dentoalveolar y periodontal, así como realizar las maniobras invasivas

que se necesiten, antes de prescribir un tratamiento antirreabsortivo. Una vez instaurado éste es prioritario mantener una higiene bucal exquisita, habiéndose demostrado la eficacia de los enjuagues con antisépticos.

Un tema recurrente en la prevención de la ONM ha sido la posible utilidad de los marcadores de remodelado óseo para predecir su riesgo. Se propusieron unos umbrales de riesgo con los niveles del topéptido c-terminal del colágeno tipo 1 ( $\beta$  cross-laps), recomendando evitar la cirugía dental cuando el nivel era inferior a 0.100 ng/mL. Las evidencias más recientes coinciden en que no son útiles para predecir el riesgo de ONM ni, por lo tanto, para mostrar un umbral de seguridad a la hora de planificar una intervención (5). Las recomendaciones de diferentes sociedades científicas en los últimos años dicen al unísono que los marcadores de remodelado no sirven para predecir el riesgo de osteonecrosis de maxilar en pacientes con osteoporosis bajo tratamiento antirreabsortivo (2, 3).

El aspecto más controvertido en la prevención de la ONM es si hay que retirar el tratamiento en los pacientes con osteoporosis que necesitan alguna maniobra invasiva en la cavidad oral. Un buen número de odontólogos así lo aconsejan o incluso lo exigen, y a veces por periodos muy prolongados. Hay que recordar que el riesgo de osteonecrosis en estos pacientes es muy bajo, y en general inferior al riesgo de fractura que motivó el tratamiento con estos fármacos. La asociación dental americana ya publicó en 2011 que el uso de bisfosfonatos no contraindica el tratamiento dental invasivo y que la decisión de retirar el fármaco debe estar basada en el riesgo de fractura y no sólo en el riesgo de ONM (6). Un grupo de trabajo internacional publicó sus recomendaciones en 2015 recordando que en los pacientes con osteoporosis, la suspensión del tratamiento puede ser imprudente por el aumento del riesgo de fractura y el bajo riesgo de osteonecrosis (3). Además, no hay evidencia de que retirar el bisfosfonato en caso de cirugía oral pueda reducir el riesgo de ONM (1, 2). La recomendación clásica de hace 10 años de retirar el bisfosfonato 3 meses antes y



3 meses después de una cirugía dental, no se sustenta hoy en día. La asociación americana de cirugía oral y maxilofacial publicó sus recomendaciones en 2014 (1) y en ellas dice, en base a una hipótesis no contrastada (7), que sería prudente retirar el fármaco 2 meses antes de la cirugía dental, sobre todo en pacientes con más de 4 años de tratamiento. Las últimas recomendaciones sobre el manejo de la ONM se han publicado en 2017 y han sido elaboradas por un grupo internacional en el que han participado 14 sociedades científicas de diferentes países (2). En ellas aconsejan evaluar tanto el riesgo de osteonecrosis como el de fractura, y tomar una decisión conjunta entre el médico prescriptor del fármaco y el odontólogo. Recomiendan suspender el tratamiento antirreabsortivo tras la cirugía dental y hasta que la lesión producida haya cicatrizado completamente (1-2 meses), en los pacientes que asocien otros factores de riesgo. Cuando esto no sea así, y sobre todo si el riesgo de fractura es moderado o alto, se debería continuar con el tratamiento antirreabsortivo. Por último, cuando la cirugía dental vaya a ser extensa, todos

los autores coinciden en que sería aconsejable realizarla por partes.

### TRATAMIENTO

Se reconocen 3 fases de evolución en ONM (1):

- **Estadio 1:** presencia de hueso expuesto en la cavidad oral sin signos de infección. Suele ser asintomática.
- **Estadio 2:** se añade dolor y signos de infección.
- **Estadio 3:** además de lo anterior se observa osteólisis, fractura patológica o fístulas (oral o extraoral).

El abordaje va a depender de la fase en que se encuentre el proceso. En general se recomienda el tratamiento conservador, con analgésicos, enjuagues de antisépticos y antibióticos sistémicos. La cirugía se aconseja en los casos de evolución desfavorable y en el estadio más avanzado. Clásicamente se ha recomendado evitar el abordaje invasivo pues la mayoría de las veces una cirugía dental ha sido el desencadenante del proceso. Sin embargo, evidencias recientes sugieren que el tratamiento quirúrgico puede ser más efectivo de lo que se creía.



La necesidad de suspender el tratamiento antirreabsortivo una vez realizado el diagnóstico de osteonecrosis tampoco está claramente establecida, aunque los cirujanos maxilofaciales lo suelen recomendar y es la práctica habitual.

Se ha propuesto la utilización de teriparatide para ayudar a la resolución de la osteonecrosis y se han comunicado varios casos con buen resultado. Al tratarse de un fármaco osteoformador es racional pensar que puede tener un efecto positivo en un proceso donde está implicada la inhibición del remodelado óseo, y de hecho existe un mecanismo fisiopatológico que explicaría su utilidad (8). Teriparatide no puede emplearse en los pacientes oncológicos, pero es un fármaco muy útil en osteoporosis, donde ha demostrado eficacia para reducir el riesgo de fractura, sobre todo vertebral. Por lo tanto, en pacientes con osteoporosis que han desarrollado una ONM, tendría una doble utilidad, siempre que no existan contraindicaciones para su uso (neoplasia, radioterapia previa, elevación de PTH u otra enfermedad metabólica ósea).

“  
**La necesidad  
 de suspender  
 el tratamiento  
 antirreabsortivo  
 una vez realizado  
 el diagnóstico de  
 osteonecrosis no  
 está claramente  
 establecida”**

#### DENOSUMAB

Al considerar la posible retirada del tratamiento antirreabsortivo como medida preventiva, existen aspectos que diferencian a denosumab de los bisfosfonatos. Estos últimos se integran en la matriz del hueso, permaneciendo en él durante años tras su retirada, con un efecto residual prolongado. Con denosumab no ocurre esto, de modo que al suspenderlo cesa completamente su efecto en muy poco tiempo. Sabemos que la retirada del fármaco produce un efecto “rebote” en el remodelado óseo, con elevación de marcadores y descenso de masa ósea, de manera rápida. En los últimos años se han notificado varios casos de fracturas vertebrales múltiples tras la suspensión del tratamiento, que aparecen en los primeros meses tras la retirada. Es un problema cuya causa no está bien aclarada, pero su relevancia ha motivado que la sociedad europea de metabolismo óseo (ECTS) haya recomendado recientemente que al suspender denosumab hay que utilizar un bisfosfonato para evitar este efecto rebote (9).

Esto es especialmente problemático cuando se trata de reducir el riesgo de osteonecrosis o en el caso de que ésta ya se haya producido, donde no tendría sentido cambiar denosumab por un bisfosfonato. Este tema no ha sido abordado aun en ninguna de las recomendaciones de manejo de la ONM. Una publicación reciente aporta una incidencia muy baja de osteonecrosis en pacientes bajo tratamiento con denosumab y menor con implantes dentales que con exodoncias (10). Además, se consiguió la curación del problema manteniendo el tratamiento en algunos casos. Es un tema no aclarado y sobre el que no existen recomendaciones, pero probablemente con denosumab es menos aconsejable que con bisfosfonatos suspender el tratamiento en caso de intervención dental; e incluso si la ONM ya se ha producido habría que valorar detenidamente la posibilidad de mantener el fármaco.

En osteoporosis con tratamiento antirreabsortivo el **riesgo de osteonecrosis de maxilar** es muy bajo y sólo ligeramente superior al de la población general.

Mejorar la **higiene de la cavidad oral** e intentar realizar las maniobras invasivas antes de prescribir un antirreabsortivo, son las principales medidas de prevención.

El **uso de bisfosfonatos** no contraindica el tratamiento dental invasivo. La decisión de retirar el fármaco debe estar basada en el riesgo de fractura y no sólo en el riesgo de osteonecrosis.

Se recomienda **suspender el tratamiento antirreabsortivo** tras una maniobra invasiva en la cavidad oral cuando se asocien otros factores de riesgo.

Los **marcadores de remodelado** óseo no son de utilidad para predecir el riesgo de osteonecrosis de maxilar.

“  
El aspecto más controvertido en la prevención de la ONM es si hay que retirar el tratamiento en los pacientes con osteoporosis que necesitan alguna maniobra invasiva en la cavidad oral”

# MENSAJES

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ruggiero SL, Dodson TB, Fantasia J, Goodday R, Aghaloo T, Mehrotra B, et al. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw-2014 update. J Oral Maxillofac Surg. 2014;72(10):1938-56.
2. Khan AA, Morrison A, Kendler DL, Rizzoli R, Hanley DA, Felsenberg D, et al. Case-Based Review of Osteonecrosis of the Jaw (ONJ) and Application of the International Recommendations for Management From the International Task Force on ONJ. J Clin Densitom. 2017;20(1):8-24.
3. Khan AA, Morrison A, Hanley DA, Felsenberg D, McCauley LK, O’Ryan F, et al. International Task Force on Osteonecrosis of the Jaw. Diagnosis and management of osteonecrosis of the jaw: a systematic review and international consensus. J Bone Miner Res. 2015;30(1):3-23.
4. Nifosi AF, Zuccarello M, Nifosi L, Hervas Saus V, Nifosi G. Osteonecrosis of the jaw in the era of targeted therapy and immunotherapy in oncology. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2019;45(1):3-8.
5. Dal Prá KJ, Lemos CA, Okamoto R, Soubhia AM, Pellizzer EP. Efficacy of the C-terminal telopeptide test in predicting the development of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw: a systematic review. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017;46(2):151-156.
6. Hellstein JW, Adler RA, Edwards B, Jacobsen PL, Kalmar JR, Koka S, et al. American Dental Association Council on Scientific Affairs Expert Panel on Antiresorptive Agents. Managing the care of patients receiving antiresorptive therapy for prevention and treatment of osteoporosis: executive summary of recommendations from the American Dental Association Council on Scientific Affairs. J Am Dent Assoc. 2011;142(11):1243-51.
7. Damm DD, Jones DM. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws: a potential alternative to drug holidays. Gen Dent. 2013;61(5):33-8.
8. Subramanian G, Cohen HV, Quek SY. A model for the pathogenesis of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw and teriparatide’s potential role in its resolution. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2011 Dec;112(6):744-53.
9. Tsoardi E, Langdahl B, Cohen-Solal M, Aubry-Rozier B, Eriksen EF, Guañabens N, et al. Discontinuation of Denosumab therapy for osteoporosis: a systematic review and position statement by ECTS. Bone. 2017;105:11-17.
10. Watts NB, Grbic JT, Binkley N, Papapoulos S, Butler PW, Yin X, et al. Invasive oral procedures and events in women with postmenopausal osteoporosis treated with denosumab for up to 10 years. J Clin Endocrinol Metab. 2019 Feb 13. doi: 10.1210/jc.2018-01965. [Epub ahead of print].

# Meta-análisis en red. ¿Hasta qué punto un clínico debe enredarse?



**Dra. Loreto Carmona**  
Instituto de Salud Musculoesquelética, Madrid.

Las revisiones sistemáticas, con sus acompañantes meta-análisis, son herramientas fundamentales para poder sintetizar la ingente cantidad de información que se acumula en respuesta a preguntas concretas. Dicha síntesis es de un valor incalculable para poder tomar decisiones, porque permiten deshacerse de todo el ruido que producen los estudios individuales. Precisamente por ello, por lo relevantes que son, y por su aplicabilidad tan inmediata a la toma de decisiones, requieren ser realizados e interpretados con una metodología muy estricta.

Antes de explicar qué es el meta-análisis en red, permitidme que resalte cuatro cosas de las revisiones sistemáticas y meta-análisis.

Voy a empezar por el final, por el meta-análisis, que es como decir "Os voy a explicar la regresión logística antes de explicaros que es un estudio de caso-control". Un meta-análisis es la parte de la revisión sistemática que permite **combinar** resultados de estudios individuales y estimar el **efecto promedio**.

Este meta-análisis, con un nombre tan rimbombante, no es más que una media ponderada<sup>1</sup> de los resultados de los estudios individuales. Bueno, a la que se le añade un intervalo de confianza al que se le mete un poco de indeterminación, para que no quede demasiado preciso (para tener en cuenta que no todos los estudios son idénticos, vamos)<sup>2</sup>. Pero lo que quiero decir es, y este es **el primer punto a resaltar: hacer un meta-análisis es muy sencillo, demasiado sencillo** (tanto que se puede hacer con Excel®). La única parte un poco más complicada es evaluar la **heterogeneidad** de los resultados. Esto se hace con una prueba sencilla, que básicamente evalúa las diferencias entre los grupos y el efecto promedio, generalmente con la I<sup>2</sup>, que nos da los resultados de tal manera que los podemos interpretar como porcentajes de heterogeneidad, siendo 75% un límite por encima del cual no deberíamos aceptar un meta-análisis sin más, no sin explicar por qué existe tal variabilidad en los resultados<sup>3</sup>.

Esta combinación de los resultados no debería llevarse a cabo en ningún caso

si los estudios no son suficientemente homogéneos, no sólo en términos matemáticos, sino en cuanto al tipo de sujetos (o pacientes) incluidos, en cuanto a las intervenciones que analizan y en cuanto a lo que han medido, cómo y cuándo.

Este razonamiento implica hacerse una clara idea de cómo son los estudios y qué incluyen. De esa parte se encarga la revisión sistemática. El segundo punto que quiero resaltar, por tanto, es que **no se puede hacer un meta-análisis sin una revisión sistemática previa**.

Una revisión sistemática, que se precie, implica varios pasos que no se pueden obviar:

- 1. Formular una pregunta correcta**, enfocada, no abierta (una pregunta abierta siempre obtiene respuesta, pero es imposible juzgar su calidad, porque todo puede valer; una cerrada puede no obtener respuesta, pero es más fácil de juzgar si los estudios realizados para responderla son válidos).
- 2. Realizar una búsqueda exhaustiva de estudios** que den respuesta a dicha pregunta; no vale los que encuentre, o los que conozca; no vale hacer la búsqueda sólo en PubMed; hay que demostrar de forma convincente que se ha hecho todo lo posible por no dejar ningún estudio jamás publicado fuera y además se ha hecho con una estrategia de búsqueda es reproducible (1).
- 3. Seleccionar los estudios en base a criterios** predeterminados; no vale modificar los criterios a medida que nos

encontramos artículos; por eso es tan importante dedicarle su tiempo; y los criterios decididos han de convencer al lector de la revisión de que son relevantes y los que realmente van a contestar a la pregunta.

**4. Realizar una evaluación de la calidad** de los estudios, o mejor, de los riesgos de sesgos, mediante alguna herramienta validada (2); aquí fallan muchas revisiones, sobre todo muchas de las denominadas de forma genérica "meta-análisis", que combinan estudios sin tener en cuenta si son fiables o no, simplemente porque tienen datos.

**5. Preparar una síntesis pormenorizada** de cómo son los estudios individuales, y hacerlo en tal formato (la tabla de evidencia) que sólo *de visu* se pueda entender la decisión de combinarlos en un meta-análisis o no.

El tercer punto que quiero resaltar, por tanto, es que **no cualquier revisión es una revisión sistemática** y que incluso las que lo parecen, pueden tener sesgos importantes.

Y el cuarto punto que quería resaltar, antes de meterme de lleno en los meta-análisis en red, deriva naturalmente de todos los previos: **El meta-análisis será válido en tanto en cuanto la revisión sobre la que se sostenga sea de calidad**. Un truco, para saber si una revisión de calidad, usa la guía AMSTAR (3) o las listas de preguntas de RedCaspé ([www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos](http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos)).

<sup>1</sup>La ponderación generalmente se hace por el inverso de la varianza, de tal manera que pesan los estudios con mayor tamaño muestral y menor variabilidad.

<sup>2</sup>Esto se hace con lo que se denomina modelo de efectos aleatorios o fijos.

<sup>3</sup>Para ello podríamos utilizar estratificación, análisis de sensibilidad o meta-regresión.

El problema de las revisiones sistemáticas es que sólo se pueden hacer de estudios que se hayan realizado de verdad. Me explico. Si yo me planteo una pregunta muy interesante, y muy importante para mi práctica clínica, del tipo “¿cuál de estas estrategias de manejo es mejor en este tipo de pacientes?” a menudo me encuentro con que ningún estudio ha abordado específicamente ese subgrupo o ha comparado esas estrategias concretas que yo me planteo ahora. Si ningún estudio, ni siquiera de tipo observacional, ha abordado ese subgrupo, tendré que valerme de evidencias indirectas en pacientes similares o de la opinión de expertos para tomar mi decisión, aún no hemos encontrado otra solución. Sin embargo, si no se han comparado directamente dos estrategias (4), para poder responder a la pregunta que las compara, puedo valerme de la **propiedad transitiva**.

La propiedad transitiva es aquella que me dice que si conozco la relación entre A y B y entre B y C, puedo conocer la relación entre A y C. (Figura 1)

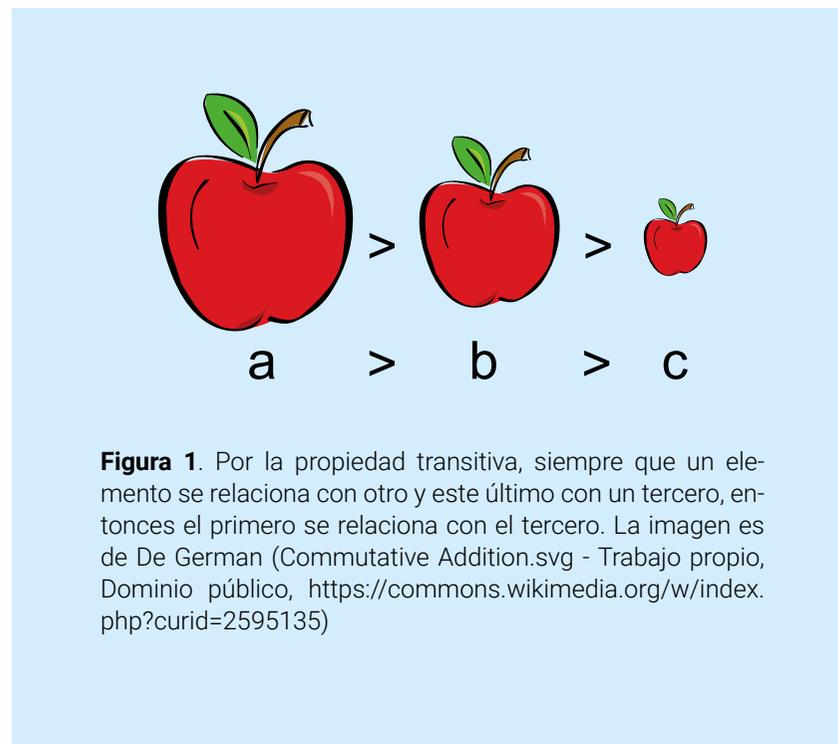
Ya intuyes por dónde voy. Si conozco la relación entre el fármaco A y placebo y entre el fármaco B y placebo, puedo lograr saber cuál es la relación entre A y B, porque puedo derivarla de su relación con el placebo. Ojo, siempre y cuando el placebo sea igual entre los dos estudios (así como las poblaciones de partida y los resultados medidos, claro)(5). Esto se denomina: **comparaciones indirectas**.

Pues bien, el **meta-análisis en red** es una estructura que te permite **combinar meta-análisis**, algunos de los cuales se basan en estudios que no fueron realizados, sino que se derivan, por comparaciones indirectas, de otros (6). Si hay suerte, los meta-análisis se nutrirán también de estudios *head-to-head*, esto es, ensayos clínicos que comparan tratamientos, no frente a placebo, sino frente a otras alternativas (**comparaciones directas**). Cuando combino información de comparaciones directas e indirectas en un

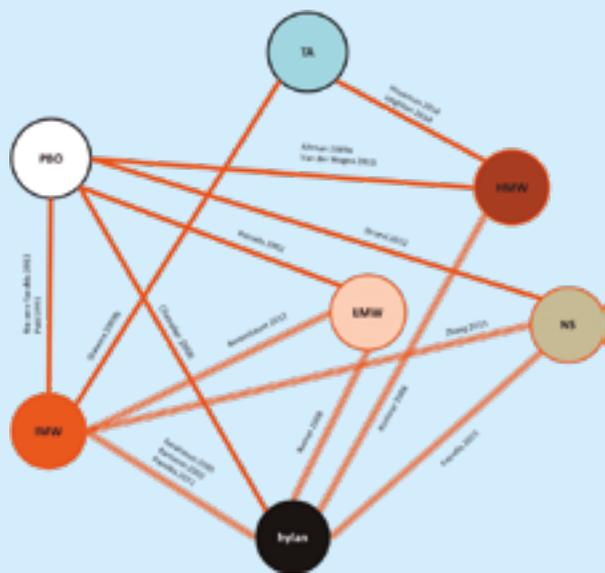
meta-análisis (**comparaciones mixtas**) tengo que demostrar además que existe consistencia. Como te estás imaginando, la **consistencia** no es otra cosa que tanto la evidencia directa como indirecta van en el mismo sentido. En caso de inconsistencia, la evidencia directa es prioridad sobre la indirecta y no deberías combinarlas, sólo utilizar la directa.

El primer paso de un meta-análisis en red sería entonces realizar una revisión sistemática de todas las opciones existentes para tratar un problema concreto. Cuanto más concreto el problema de salud mejor, porque la probabilidad de perderse en la red es alta, y el trabajo se desboca a medida que aumentamos el número de intervenciones a comparar.

Una vez que hemos seleccionado los estudios existentes tras la búsqueda exhaustiva, debemos identificar qué comparan y en qué medida son homogéneos (*ergo* hay que preparar una tabla de evidencia muy clara). Con esas comparaciones existentes crearemos el gráfico de **la red** de meta-análisis. Este gráfico de red consiste en nodos (puntos que representan las intervenciones competidoras) y bordes (líneas adyacentes entre los nodos que muestran qué intervenciones se han comparado entre los estudios incluidos)(6). En la figura 2 os muestro un ejemplo propio en el que se ven las comparaciones publicadas (hasta la fecha en que lo hicimos) entre distintos tipos de hialurónicos en artrosis de rodilla. El gráfico de la red es cuestión de diseño gráfico, más que matemático o puramente científico; la idea es que se entienda bien qué es combinable y además quede armónico, y tener en cuenta algunas notaciones básicas. Por ejemplo, el tamaño de nodos y aristas puede ser proporcional al número de estudios o cualquier otra característica agregada para cada comparación (la n, la media de edad, abandonos...), el color de los nodos y aristas se puede utilizar para presentar riesgo de sesgo o calidad, para cada comparación, etc.



**Figura 1.** Por la propiedad transitiva, siempre que un elemento se relaciona con otro y este último con un tercero, entonces el primero se relaciona con el tercero. La imagen es de De German (Commutative Addition.svg - Trabajo propio, Dominio público, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=2595135>)



**Figura 2.** Red de estudios de alta calidad que evalúan la eficacia de ácido hialurónico de distinto peso molecular en la artrosis de rodilla. Las líneas triples indican comparaciones directas, las simples identifican comparaciones frente a control. Abreviaturas: TA, triamcinilona; PBO, placebo; LMW, *low molecular weight* (peso molecular bajo); IMW, *intermediate molecular weight* (peso molecular intermedio); HMW, *high molecular weight* (alto peso molecular); NS, *not specified* (sin especificar).

En nuestra red de meta-análisis (7) pudimos identificar algunos estudios que comparaban directamente las opciones de hialurónico y otros que comparaban distintas formulaciones del producto frente a placebo o triamcinolona, en base a los cuales realizamos comparaciones indirectas. Es muy importante convencer al lector de que la propiedad transitiva aplica de verdad. Eso implica, principalmente, hacer una buena tabla de evidencia donde se describan los estudios, las poblaciones, las intervenciones, los placebos y los resultados medidos. Recuerda que sólo puedes hacer meta-análisis si la homogeneidad percibida es aceptable y que, además de esto, sólo puedes utilizar los brazos placebo (u otros controles similares) de los estudios individuales, si son suficientemente similares (p. ej., no deberías combinar un placebo oral con un placebo intra-articular). ¿Cómo se hace esto? Pues comparando la tabla de evidencia con tu figura de la red y eliminando de cada combinación posible aquellos estudios cuyo comparador no sea suficientemente similar. (Figura 2)

Una vez que tienes todos los meta-análisis que puedes realizar teniendo en cuenta las asunciones de heterogeneidad, transitividad y consistencia, entonces el meta-análisis en red te permite no combinarlos, sino establecer un ranking de probabilidades de “ser el mejor”. Esto se puede hacer mediante una aproximación frecuentista o bayesiana (8, 9), pero básicamente se obtiene de extraer la información de todos los meta-análisis que has hecho y compararlos entre sí. Si quieres saber más, Aurelio Tobías y Ferrán Catalá son expertos mundiales en meta-análisis en red y amigos y han preparado un manual y un programa basado en Excel con el que una misma puede hacer el meta-análisis en red (10, 11). Estos autores han desarrollado además una página web muy didáctica sobre el tema (<http://metaanalisenred.weebly.com>).

La última fase sería compilar todo en un artículo y esta, dada la cantidad de información que has manejado y todos los posibles problemas que has ido encontrando por el camino, es quizás la

parte más delicada. Para esta parte, un grupo de expertos ha desarrollado una guía sobre cuáles son todos los ítems que debe contener un artículo de un meta-análisis en red (12). Esta guía te puede orientar además a la hora de evaluar uno ya publicado.

En resumen, para poder tomar decisiones en base a pruebas, necesitamos que estas pruebas estén presentadas de una forma sucinta y potente, y los estudios individuales solo ofrecen una maraña a través de la cual es difícil indagar sin una mirada sesgada. Pocas representaciones hay en investigación clínica más potentes que un *forest-plot*, el gráfico por excelencia de un meta-análisis. Sin embargo, no podemos fiarnos de todos, debemos conocer los elementos de juicio que nos permiten utilizar con confianza la información del meta-análisis. En este sentido, el meta-análisis en red supone un salto cualitativo que nos permite incluir en la ecuación información de estudios no realizados. Esto lo convierte en información todavía más potente, pero también más delicada, para la que debemos saber cuatro cosas básicas a hora de interpretarlos: 1) que se base en una revisión sistemática válida, 2) que se cumplan las asunciones de baja heterogeneidad de los meta-análisis, 3) que se cumpla la propiedad transitiva, y 4) que los resultados de estudios reales y extrapolados sea consistente. Recuerda, antes de mirar a Medusa, evalúa su validez; si no lo haces quedarás atrapada por sus encantos y tomarás los datos por válidos, cuando podrían no serlo.

“

**El meta-análisis no es más que una media ponderada de los resultados de los estudios individuales, a la que se le añade un intervalo de confianza al que se le mete un poco de indeterminación”**



#### REFERENCIAS

1. Bartels EM. How to perform a systematic search. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2013;27(2):295-306.
2. Lundh A, Gotzsche PC. Recommendations by Cochrane Review Groups for assessment of the risk of bias in studies. *BMC Med Res Methodol*. 2008;8:22.
3. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7:10.
4. Favalli EG, Bugatti S, Biggioggero M, Caporali R. Treatment comparison in rheumatoid arthritis: Head-to-head trials and innovative study designs. *BioMed Research International*. 2014;2014.
5. Catala-Lopez F, Hutton B, Moher D. The transitive property across randomized controlled trials: if B is better than A, and C is better than B, will C be better than A? *Revista española de cardiología (English ed)*. 2014;67(8):597-602.
6. Catala-Lopez F, Tobias A, Roque M. [Basic concepts for network meta-analysis]. *Atencion primaria*. 2014;46(10):573-81.
7. Carmona L, de la Mata J, editors. Viscosupplementation in non-severe knee osteoarthritis: A network meta-analysis of high quality randomized clinical trials XVII Mediterranean Congress of Rheumatology 2018: *Clin Exp Rheumatol*.
8. Catala-Lopez F, Tobias A. [Clinical evidence synthesis and network meta-analysis with indirect-treatment comparisons]. *Med Clin (Barc)*. 2013;140(4):182-7.
9. Catala-Lopez F, Tobias A, Cameron C, Moher D, Hutton B. Network meta-analysis for comparing treatment effects of multiple interventions: an introduction. *Rheumatol Int*. 2014;34(11):1489-96.
10. Tobias A, Catalá-López F. ITCM.xls una hoja de cálculo Excel para el metaanálisis de comparaciones indirectas y mixtas [cited 2019 22/05]. Available from: [http://metaanalisisenred.weebly.com/uploads/9/7/4/3/9743878/itmc\\_manual.pdf](http://metaanalisisenred.weebly.com/uploads/9/7/4/3/9743878/itmc_manual.pdf).
11. Tobias A, Catala-Lopez F, Roque M. [Development of an Excel spreadsheet for meta-analysis of indirect and mixed treatment comparisons]. *Rev Esp Salud Publica*. 2014;88(1):5-15.
12. Hutton B, Salanti G, Caldwell DM, Chaimani A, Schmid CH, Cameron C, et al. The PRISMA extension statement for reporting of systematic reviews incorporating network meta-analyses of health care interventions: checklist and explanations. *Annals of internal medicine*. 2015;162(11):777-84.

# Éxito de la 1ª carrera solidaria de las enfermedades reumáticas de la SORCOM

Más de un millar de personas participaron en la 1ª carrera solidaria de las enfermedades reumáticas, organizada por la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM), que tuvo lugar el domingo 2 de junio en el Parque Norte de Madrid. El objetivo principal de esta iniciativa era dar visibilidad a estas patologías y a los pacientes que las sufren, así como mostrar el compromiso de la especialidad de Reumatología con su realidad cotidiana.

Hubo tres modalidades distintas: carrera de 10 kilómetros, carrera de 5 kilómetros y marcha de 2.5 kilómetros. En definitiva, la iniciativa fue un éxito ya que se agotaron las inscripciones y muchas personas no pudieron asistir, aunque participaron con una donación a través del "dorsal solidario".

Se presentaron un total de 16 proyectos de asociaciones de pacientes para

lograr la recaudación de los fondos obtenidos con las inscripciones de la carrera. En este sentido, y tras sorteo ante notario, fue la Asociación de Enfermos de Espondilitis Parleños Asociados (EDEPA) la que logró la recaudación íntegra de esta iniciativa solidaria (más de 8.000 euros) para el desarrollo de uno de sus proyectos.

Asimismo, cabría destacar que esta carrera no sólo ha logrado un gran apoyo por parte de reumatólogos y población general, sino que también ha tenido el respaldo de figuras clave del mundo deportivo como los ciclistas Alberto Contador y Jesús del Nero, el corredor Abel Antón y el jugador de pádel Paquito Navarro.

Desde la SORCOM se muestran muy satisfechos con la visibilidad y el triunfo obtenido con esta primera carrera de las enfermedades reumáticas y se plantean volver a repetirla.



# ¡Nos vemos en el VIII Simposio de Espondiloartritis de la SER!

El Dr. Jaime Calvo Alén, jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Araba, anima a los compañeros a acudir a este encuentro formativo, que tendrá lugar los días 4 y 5 de octubre en Vitoria.



## COMO RESPONSABLE DEL COMITÉ ORGANIZADOR LOCAL, ¿QUÉ VALORACIÓN HACE DEL PRÓXIMO SIMPOSIO DE ESPONDILOARTRITIS DE LA SER?

Para nosotros albergar este evento es un gran honor ya que nunca antes Vitoria había sido sede de una reunión oficial de la SER y este simposio relacionado con una patología que está en expansión constante en los últimos años va a ser de gran relevancia en el mundo sanitario de la ciudad y comunidad foral.

## ¿QUÉ TEMAS DEL PROGRAMA CIENTÍFICO DESTACARÍA?

Lo primero que destacaría del programa es su variedad y amplitud, ya que cubre la mayor parte de las novedades que se han producido en estas complejas enfermedades a nivel etiopatogénico, clínico,

diagnóstico o terapéutico. Específicamente subrayaría la especial incidencia que se hace en el campo de las comorbilidades, un ámbito que cada vez está cobrando una mayor importancia en el manejo de estos pacientes.

## DESDE EL SIMPOSIO ANTERIOR, ¿HA HABIDO ALGÚN AVANCE SIGNIFICATIVO EN EL CAMPO DE LAS ESPONDILOARTRITIS?

En la actualidad, las espondiloartritis están en plena ebullición. Se han publicado recientemente nuevas recomendaciones nacionales e internacionales para su manejo, se están definiendo mejor los métodos de evaluación clínica, se está mejorando la interpretación de los hallazgos en técnicas de imagen y se están asentando nuevas opciones terapéuticas y anunciándose otras para un próximo futuro.

## ¿QUÉ ESPERA DE ESTE ENCUENTRO?

Espero que se cumplan los objetivos científicos del encuentro y que la organización sea del agrado de todos los que participen en el mismo. También espero que este simposio sirva, una vez más, de marco de convivencia entre reumatólogos de todos los rincones de España y que les permita intercambiar inquietudes profesionales y personales.

## ¿CÓMO ANIMARÍA A LOS SOCIOS DE LA SER A QUE SE INSCRIBAN EN ESTE EVENTO?

A nivel profesional creo que es una muy buena oportunidad para actualizarse y poder interactuar con expertos de al-

tura en estas patologías. Por otro lado, todos los que se acerquen van a tener también la opción de complementar el enriquecimiento profesional con el personal visitando una ciudad como Vitoria que es un ejemplo del crecimiento sostenible como lo demuestran diversos reconocimientos internacionales como el haber sido elegida como *European Green Capital* en 2012, o haber sido seleccionado su Anillo Verde por la ONU entre las 100 mejores actuaciones mundiales en medio ambiente. A esta modernidad ecológica de la nueva Vitoria hay que unirla al magnífico casco antiguo con restos de la antigua ciudad medieval que ha inspirado recientemente importantes obras literarias como 'Un Mundo sin Fin' de Ken Follet o la trilogía de 'La Ciudad Blanca', de Eva García Sáenz de Urturi.



**El programa cubre la mayor parte de las novedades que se han producido en estas complejas enfermedades a nivel etiopatogénico, clínico, diagnóstico o terapéutico”**



# La osteoimmunología contribuye a mejorar el manejo de los pacientes con enfermedades reumáticas

Los días 7 y 8 de junio se ha celebrado en Madrid la I Jornada de Osteoimmunología organizada por la SER y la SEIOMM.

La osteoimmunología es una disciplina reciente que se encarga del estudio de la relación existente entre el sistema inmune y el hueso, de manera que, permite conocer mejor las bases moleculares y los mecanismos por los que se producen determinadas lesiones definitivas en algunas enfermedades reumáticas que presen-

tan una base inflamatoria mediada por células del sistema inmune.

“La osteoimmunología tiene una gran aplicación e importancia en la práctica clínica, por ejemplo, mediante el conocimiento de los mecanismos que estudia esta disciplina conocemos mejor cómo se produce la destrucción ósea

en enfermedades tan distintas como la artritis reumatoide o la osteoporosis. Y a su vez, la profundización en el conocimiento de estos mecanismos va a revertir en mejores y más dirigidos tratamientos y mejor control de estas enfermedades”, ha comentado el Dr. Santos Castañeda, co-coordinador, junto con los Dres. Gabriel

Herrero-Beaumont, Enrique Casado y Pilar Peris, de la I Jornada de Osteoimmunología organizada por la Sociedad Española de Reumatología (SER) y la Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral (SEIOMM).

Desde que surgió esta área de conocimiento, hace más de una decena de



Los Dres. Juan J. Gómez-Reino y Josep Blanch, presidentes de la SER y la SEIOMM, respectivamente, en la inauguración de la I Jornada de Osteoimmunología.

“  
Mediante el conocimiento de los mecanismos que estudia esta disciplina conocemos mejor cómo se produce la destrucción ósea en enfermedades tan distintas como la artritis reumatoide o la osteoporosis”

años, ha habido avances importantes en el marco de la Reumatología. Entre otros, tal y como comentan los distintos organizadores del curso, “el desarrollo de la vía del RANK ligando y de la esclerostina, que afectan a la destrucción y formación del hueso”, y cuya investigación ha dado lugar a tratamientos para la osteoporosis y “en estos momentos, a un estimulador de la formación ósea, un tratamiento muy novedoso para la osteoporosis que se va a comercializar próximamente”, han remarcado.

Asimismo, los especialistas han insistido que “en el campo de la artritis reumatoide, la espondilitis anquilosante u otras enfermedades reumáticas inflamatorias ha habido avances importantes que tienen su traducción en la terapia y la mejora del manejo de los pacientes”.

#### TRABAJO MULTIDISCIPLINAR.

En la parte de ciencia básica de la osteoinmunología están involucrados, además de los reumatólogos, los inmunólogos, biólogos y otros especialistas básicos. Mientras que la parte clínica de esta área de conocimiento tiene aplicación en diversas especialidades médicas, como son Reumatología, Nefrología o Medicina Interna.

En este sentido, el Dr. Castañeda ha señalado que “hoy en día estos conocimientos están más cercanos a los clínicos que al propio inmunólogo, al que estos conocimientos le son un poco ajenos porque no ve la participación del sistema inmune en el hueso, por lo que habrá que estimularle para que él también se beneficie del conocimiento y las líneas de trabajo e investigación que puedan surgir en un futuro”.

Precisamente, uno de los objetivos de esta jornada es “contribuir a la difusión del conocimiento y dar ideas que faciliten crear líneas de trabajo conjunto, de manera que cada uno en su centro lo lleve a la práctica dentro de sus posibilidades”, ha señalado el Dr. Castañeda.

# La SER, comprometida con la formación universitaria

**La Sociedad Española de Reumatología pone en marcha la ‘Escuela de Formación de Profesorado en Reumatología’. La primera edición tendrá lugar del 11 al 14 de julio en La Granja de San Idelfonso (Segovia).**

**E**sta ‘Escuela de Profesorado’, coordinada por los Dres. Joan Miquel Nolla y Juan J. Gómez-Reino, que cuenta con la colaboración de Pfizer, surge con el objetivo de aumentar las competencias docentes de los profesores universitarios de Reumatología, para proporcionar a los estudiantes de Medicina, a través de técnicas innovadoras de aprendizaje, las herramientas necesarias para mejorar el manejo del paciente reumático.

Las universidades apenas ofrecen formación reglada a sus docentes. El número de cursos que se organizan es bajo y las plazas que se ofertan escasas. La SER, consciente de este hecho, quiere contribuir a la capacitación de los profesores de Reumatología, cuya formación revertirá en la optimización del cuidado de los enfermos.

En esta actividad, puesta en marcha desde la Subcomisión de Grado y Máster, participarán profesores asociados de Reumatología de las universida-

des españolas, públicas y privadas, con voluntad de desarrollar una carrera académica sólida, así como profesores colaboradores, tutores de residentes y reumatólogos con interés por la docencia.

“

**La mejora de las competencias docentes de los profesores contribuirá a transmitir a los médicos del futuro la actual realidad de la especialidad”**



# España acoge Summerschool

El 5th European Summerschool 2019 tiene lugar del 4 al 6 de julio en Santiago de Compostela.

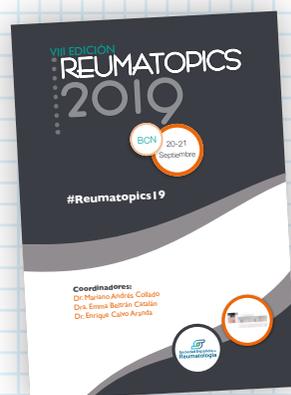
Por primera vez se celebra en España Summerschool, un evento formativo para residentes organizado por las Sociedades de Reumatología de Portugal, Alemania, Italia, Francia y España que repasa aspectos clave para los residentes de último año.

En esta ocasión desde la Sociedad Española de Reumatología se ha facilitado que 20 residentes españoles puedan asistir a este curso, que cuenta con la colaboración de Mylan, y cuyo programa resulta muy interesante, ya que incluye talleres prácticos y parte teórica. De manera que los participantes pueden mejorar las habilidades desarrolladas durante sus años previos de formación en el hospital

y ampliar su conocimiento sobre la especialidad, además de conocer a compañeros de otros hospitales europeos.



## Próximas CITAS FORMATIVAS



**VIII CURSO REUMATOPICS**  
20 y 21 de septiembre, Barcelona  
Con la colaboración de **Menarini**



**XI CURSO DE LES Y SAF**  
27 y 28 de septiembre, Madrid



**IV CURSO DE MODELOS DE GESTIÓN EFICIENTE**  
27 y 28 de septiembre, Madrid  
Con la colaboración de **Janssen**

# Medio centenar de niños con enfermedades reumáticas participan en nuestra 7ª edición del campamento de la SER

Se celebra del 29 de junio al 13 de julio en la granja escuela Albitana (Brunete).



Un año más, se está celebrando una nueva edición del campamento de verano para niños con enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología (SER), que este año cumple su séptima edición y que destaca por su gran acogida, ya que cada año aumenta el número de solicitudes. En esta ocasión, son medio centenar de niños de entre 8 y 14 años, procedentes de toda la geografía española, los que están pasando unos divertidos días en la granja escuela Albitana de Brunete (Madrid), no sólo disfrutando de las actividades propias de un campamento, sino también aprendiendo hábitos de vida saludable y compartiendo experiencias con otros chicos que están pasando su misma situación, lo que resulta muy enriquecedor.

La mayoría de los niños que participan en esta actividad sufren artritis idiopática juvenil, pero también participan en el campamento niños con otras patologías como enfermedad de Behçet, dermatiomiositis u otro tipo de afecciones reumáticas menos conocidas.

Además de dar visibilidad a las enfermedades reumáticas en niños y adolescentes, ya que la mayoría de la población relaciona estas patologías con edades más avanzadas, los objetivos principales del campamento son fomentar la autonomía de los niños y favorecer sus relaciones sociales.

Como los años anteriores, para su desarrollo, además de los monitores de tiempo libre, se cuenta con un equipo de cuidadores formado por un reumatólogo pediátrico, una enfermera y un fisioterapeuta que se encargan de supervisar en todo momento las actividades para que se adecúen a las características de estos niños y para ofrecer soporte médico en caso necesario.

Este año también han colaborado las asociaciones de pacientes: LIRE Joven, Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis), Federación Española de Lupus (Felupus), Coordinadora Española de Asociaciones con Espondilitis (Ceade), Asociación Española de Esclerodermia, Acción Psoriasis y Asociación Española de Enfermos de Behçet.

EL REUMATÓLOGO | Nº 2 | verano 2019

# El Congreso Nacional de la SER en imágenes



# ¡Bienvenidos, estudiantes!

Una decena de estudiantes del último curso de Medicina han participado en la primera edición de la Jornada 'Open Day'.



El Dr. Juan J. Gómez-Reino, presidente de la SER, junto a los Dres. Joan Miquel Nolla y Marcos Paulino, con los estudiantes que han participado en la jornada 'Open Day'.

La Sociedad Española de Reumatología es firme en su compromiso con la formación de los reumatólogos del futuro. Por ello, además de las acciones que se están llevando a cabo en relación con la formación universitaria, como por ejemplo el PDR (Plan Docente de Reumatología), la SER quiere acercarse a los estudiantes, de manera que sean ellos mismos quienes nos trasladen sus dudas e inquietudes sobre la especialidad.

En este sentido, se ha celebrado por primera vez la Jornada 'Open Day', en la que una decena de estudiantes de 6º de Me-

dicina de distintas universidades españolas pudieron disfrutar de un día en el XLV Congreso Nacional de la SER.

Los Dres. Joan Miquel Nolla y Marcos Paulino, responsable de la Subcomisión de Grado y Máster y miembro de la Comisión de Comunicación, respectivamente, se encargaron de acompañar a los estudiantes durante esta jornada.

A continuación, os dejamos algunos de los comentarios que nos han trasladado los estudiantes sobre su experiencia en nuestro Congreso y su motivación para participar en esta actividad.

Me siento afortunada de ser estudiante y estar en un Congreso como éste, organizado por la SER, a nivel nacional y con tal rigor científico. 'Open Day' no sólo me ha brindado de algún modo enriquecimiento académico, sino también una muy grata experiencia personal".

**ROCÍO**

Entrar más en contacto y conocer mejor una especialidad que ha sido una revelación para mí. Creo que la Reumatología incluye patología de lo más interesante y que es la especialidad más concordante con mi forma de ser e intereses. Gracias por la oportunidad".

**JAVIER**

Considero que es una muy buena iniciativa, que como estudiantes (próximos a la elección de especialidad tras el examen MIR) nos puede ser de utilidad de cara a tomar esta decisión y a profundizar en otros aspectos de la Reumatología".

**ALBERTO**

Reumatología era una de mis opciones MIR y después de este día, espero volver muy pronto como residente".

**FABIOLA**

Este Congreso es, además de un mayor acercamiento a la Medicina más allá de libros y obligaciones, una motivadora y enriquecedora experiencia personal, en la que conocer un poco mejor el mundo de la Reumatología, especialidad que estudié en 4º curso y que me planteo de cara al MIR".

**MIRIAM**

# ‘Escucha a tu cuerpo’, una campaña para impulsar el diagnóstico precoz

**La SER, junto con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacia y diversas asociaciones de pacientes, gracias a la colaboración de la Fundación Mylan para la Salud, ha puesto en marcha esta iniciativa.**

Cerca de 1 de cada 4 adultos en España sufre una enfermedad reumática, lo que supone en torno a 11 millones de personas en nuestro país, según confirman los datos del Estudio EPISER 2016 (Estudio de prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población adulta en España). Muchas de estas patologías provocan graves daños y discapacidad, que se podrían reducir con un diagnóstico precoz.

Sin embargo, las enfermedades reumáticas continúan siendo grandes desconocidas para la población general. Además, en muchos casos no se presta la atención necesaria cuando se manifiestan los primeros síntomas. Incluso, algunas personas llegan a automedicarse erróneamente con antiinflamatorios.

Por ello, la Sociedad Española de Reumatología, gracias a la colaboración de la Fundación Mylan, ha lanzado la campaña ‘Escucha a tu cuerpo’, junto con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacia y distintas asociaciones de pacientes, entre las que se encuentran Acción Psoriasis, Asociación Española del Síndrome de Sjögren, Enfermedad de Behçet, Aso-

ciación Española de Esclerodermia, Conartritis, CEADE, FELUPUS y LIRE.

La campaña “Escucha a tu cuerpo”, cuyo objetivo es mejorar la detección precoz de las enfermedades reumáticas musculoesqueléticas y autoinmunes sistémicas, se ha presentado a los medios de comunicación durante el XLV Congreso Nacional de la SER.

Con motivo de este lanzamiento, el Dr. Juan J. Gómez-Reino, presidente de la SER, insiste en recordar que “se debe incidir en mejorar la detección precoz de estas enfermedades porque el aspecto fundamental del éxito del tratamiento y, que determinará un buen pronóstico a largo plazo, es poder realizar un diagnóstico precoz para poder administrar el tratamiento más adecuado lo antes posible. Es para ello muy importante que los pacientes con este tipo de enfermedades sean derivados a un reumatólogo de forma temprana”.

Por su parte, el Dr. Marcos Paulino, miembro de la Comisión de comunicación, relaciones con pacientes y Responsabilidad Social Corporativa de la SER, hace hincapié en que “las enfer-

medades reumáticas son la primera causa de incapacidad permanente y las responsables de la cuarta parte de las bajas laborales, lo que da idea de lo que pueden llegar a limitar la calidad de vida de los pacientes y el enorme coste que supone en gastos directos e indirectos derivados de ellas. Según EULAR (Liga Europea contra el Reumatismo), se calcula que, en la Unión Europea, se invierten 200.000 millones de euros anuales en el cuidado, tratamiento y financiación de las enfermedades reumáticas”.

Además, según el experto del Hospital General de Ciudad Real, “el diagnóstico precoz es vital para minimizar las consecuencias de las enfermedades. Esto tiene una importancia capital en los procesos crónicos que afectan a las articulaciones y al tejido conectivo, ya que, junto al dolor y la impotencia funcional que provocan, originan lesiones irreversibles del cartílago, del hueso subcondral y de las estructuras de soporte (tendones, ligamentos y músculos), conduciendo a la deformidad y pérdida de funcionalidad articular”.

En esta línea, el Dr. Paulino explica que la nueva campaña “Escucha a tu cuerpo” se basa en la idea de que “cuando se



(Izqda. a drcha.) Dr. Marcos Paulino, de la Comisión de Comunicación, relaciones con pacientes y RSC de la SER, Dra. Pilar Trenor, presidenta del Comité Organizador Local del XLV Congreso Nacional de la SER y Dr. Juan J. Gómez-Reino, presidente de la SER.



**Las enfermedades reumáticas son responsables de la cuarta parte de las bajas laborales”**



sufre un dolor articular el cuerpo lanza un mensaje al que muchas veces no se le hace caso o se malinterpreta. De ahí, el mensaje de que ojalá tu cuerpo fuera así de claro (imagen tatuaje), pero no lo es". Por eso, es importante acudir al médico, quien derivará al reumatólogo en caso de considerarlo oportuno. En este sentido, los médicos de atención primaria cada vez están más entrenados y sensibilizados con las patologías reumáticas y se detectan antes.

Además, se ha demostrado que "el diagnóstico temprano de las enfermedades reumáticas minimiza las posibles secuelas y mejora la respuesta al tratamiento, por lo que los afectados tendrán mejor calidad de vida en el futuro". El hashtag de la campaña es #escuchaatucuerpo y la página web es [www.escuchaatucuerpo.es](http://www.escuchaatucuerpo.es).



“

**Quando se sufre un dolor articular el cuerpo lanza un mensaje al que muchas veces no se le hace caso o se malinterpreta”**  
**Dr. Paulino**

### LOS FARMACÉUTICOS: UNA FIGURA CLAVE

Las 22.000 oficinas de farmacia son lugares clave para detectar enfermos reumáticos. La SER y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacia (CGCOF) consideran que los farmacéuticos son magníficos profesionales de la salud que, por su cercanía a la población y con una adecuada preparación, pueden ayudar a sospechar patología reumática grave y aconsejar al paciente que acuda lo antes posible a su médico de cabecera.

Por su parte, Jesús Aguilar, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, asegura que "los más de 50.000 farmacéuticos que desarrollan su labor asistencial en la red de farmacias comunitarias pueden contribuir a mejorar la detección precoz de patologías reumáticas". Pero además una vez diagnosticados, en colaboración con médicos de primaria y reumatólogos, pueden facilitar "el correcto uso y seguimiento de los tratamientos prescritos para obtener los mejores resultados en salud".

Otro de los objetivos secundarios de esta campaña, es intentar luchar contra uno de los falsos mitos relacionados con estas enfermedades, y que consideran estas dolencias exclusivas de las personas mayores. Al contrario de esta creencia, las enfermedades reumáticas pueden afectar también a jóvenes e incluso a niños.

# La gran utilidad del Manual SER de diagnóstico y tratamiento en Reumatología Pediátrica

Los editores de esta publicación, la Dra. María Luz Gámir Gámir y el Dr. Juan Carlos López Robledillo, hablan de la importancia de este Manual que se ha entregado durante el XLV Congreso Nacional de la SER y que está disponible en su versión *ebook* a través del portal del socio.



Dr. Juan Carlos López Robledillo y Dra. María Luz Gámir Gámir, editores del Manual.

“La Reumatología Pediátrica representa un ‘área de capacitación específica’ con una gran fortaleza en la especialidad de Reumatología. Por ello, era preciso disponer de un manual dedicado al conocimiento del amplio espectro de enfermedades reumatológicas de inicio y/o presentación en el niño y adolescente”, explica la Dra. Gámir. Este sentido, añade el Dr. Robledillo: “Al constituirse el grupo de trabajo de Enfermedades Reumáticas de Niños y Adolescentes (ERNA-SER) se propuso como objetivo la elaboración de un manual que abordara los principales temas de Reumatología Pediátrica en el que participara el mayor número de expertos representativos de todas las comunidades autónomas”.

En cuanto al proceso de elaboración, ambos especialistas destacan la participación activa de un equipo multidisciplinar que ha colaborado en la redacción y, sobre todo, resaltan el papel de los coordinadores en la supervisión y ayuda constante para la adecuada elaboración de los diferentes capítulos dando coherencia a los diferentes bloques temáticos o secciones, así como la calidad en la elaboración de contenidos por parte de los autores. El Manual consta de 53 capítulos englobados en 15 secciones y pone de manifiesto el apoyo de la SER a la Reumatología Pediátrica, tal y como se refleja a través de otras actividades como ReumaChef o el campamento de verano para niños con enfermedades reumáticas.

#### COMO EDITORES DE ESTE NUEVO MANUAL, ¿QUÉ VALORACIÓN HARÍAN DEL MISMO?

**Dra. Gámir:** Hemos pretendido hacer un Manual eminentemente práctico, dado los continuos progresos y los importantes avances que se han ido produciendo en los últimos años en este ámbito de la especialidad. Sin renunciar a presentar una obra de prestigio y referencia, plenamente actualizada y que, desde una perspectiva global, aborda las manifestaciones clínicas, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades reumatológicas pediátricas.

**Dr. López Robledillo:** Se tratan de forma sucinta pero suficiente las princi-

pales patologías reumáticas de este grupo etario, por lo que sin duda será de utilidad para cualquier profesional interesado en Reumatología Pediátrica.

#### ¿DESTACARÍAN ALGUNOS DE LOS TEMAS POR SU ESPECIAL RELEVANCIA?

**Dra. Gámir:** En primer lugar destacaría de forma transversal, los avances y consensos validados en población pediátrica, tanto en criterios de clasificación, identificación de biomarcadores y/o factores pronósticos y el poder realizar una evaluación continuada de la actividad y daño de la enfermedad al disponer de una serie de herramientas de medida estandarizadas por grupos de colaboración internacional. También resaltaría la disponibilidad de nuevos fármacos biológicos contra dianas específicas, con los que poder plantear estrategias terapéuticas con objetivos establecidos. Además, las secciones de transición a la edad adulta y el papel de la Enfermería en Reumatología Pediátrica son de especial novedad.

**Dr. López Robledillo:** Como relevante podríamos considerar, entre otros temas, los síndromes autoinflamatorios siempre en constante expansión, la actualización del manejo de la patología infecciosa musculoesquelética, la osteoporosis o fragilidad ósea cada vez a tener más en cuenta en población pediátrica y la importancia de la correcta vacunación y profilaxis de infecciones sobre todo en niños que reciben tratamiento inmunosupresor o biológico.

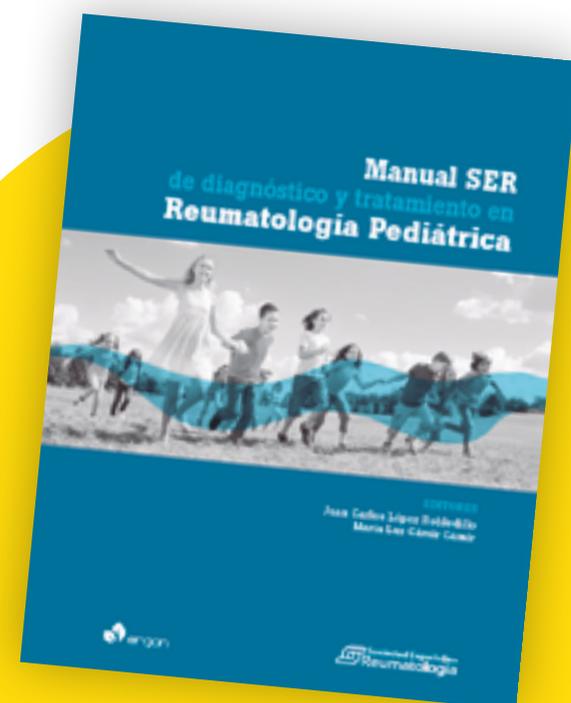
#### ¿QUÉ UTILIDAD PUEDE TENER ESTE MANUAL PARA LOS REUMATÓLOGOS? ¿Y PARA OTROS PROFESIONALES?

**Dra. Gámir:** Las enfermedades reumatológicas del niño y adolescente, aunque no son frecuentes, constituyen una parte importante de la Reumatología. En ocasiones no resulta fácil adquirir la experiencia clínica necesaria para el reconocimiento de muchas de estas patologías por las peculiaridades de su inicio en la edad infantil. Además, el carácter multisistémico de algunos de estos procesos obliga a la colaboración multidisciplinar con otros especialistas. Por ello, el principal objetivo de este manual es proporcionar a los

profesionales interesados una información actualizada de los protocolos y recomendaciones, así como conocer los síntomas alerta y los criterios de derivación urgente a un centro especializado.

**Dr. López Robledillo:** Este manual es eminentemente práctico dado que está orientado al diagnóstico y tratamiento. El esfuerzo de los autores por actualizar las diferentes áreas de interés revisando las evidencias y consensos disponibles hacen de este manual un referente principalmente para profesionales expertos en Reumatología Pediátrica, reumatólogos, pediatras y también para residentes de Reumatología o Pediatría por su cuidada redacción y su amigable formato también disponible electrónicamente.

“  
El carácter multisistémico de algunos de estos procesos obliga a la colaboración multidisciplinar”



# Pistoletazo de salida para el proyecto de validación del índice UVEDAI

La Dra. Esperanza Pato, investigadora principal del proyecto, comenta objetivos y destaca las ventajas que aportará dicho estudio.



## ¿QUÉ OBJETIVOS Y QUÉ PROCESOS SE SEGUIRÁN EN ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN?

El proyecto de validación del índice UVEDAI, que mide el grado de inflamación ocular, ya ha arrancado. En la primera fase se realizará la validación del índice y en una segunda, se determinará la fiabilidad intra e interobservador y la sensibilidad al cambio del índice UVEDAI. Para la primera fase, se ha diseñado un estudio de corte transversal y para la segunda un estudio observacional, longitudinal, prospectivo de cuatro semanas de seguimiento. Ambas fases se llevarán a cabo en 8 Unidades Específicas de Uveítis de hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Los pacientes seleccionados serán sujetos mayores de 17 años con diagnóstico de uveítis no infecciosas con afectación de cualquier localización anatómica que presenten actividad inflamatoria en el momento de la visita a la consulta. El total de pacientes incluidos será de 187, de los cuales 60 participarán en la fase de validación y 127 en la de sensibilidad al cambio. Para determinar la validez de UVEDAI se determinarán las propiedades psicométricas de validez de criterio, de constructo y la fiabilidad inter e intra-observador. La sensibilidad al cambio de UVEDAI se medirá a las 4 semanas desde el inicio del tratamiento farma-

cológico, mediante la determinación del cambio clínicamente relevante. La primera fase de validación estará completa con el informe final en abril/mayo de 2020 y empezará la fase de sensibilidad al cambio.

## ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA VALIDACIÓN DEL ÍNDICE UVEDAI?

La importancia del estudio radica en que, hasta la fecha, en uveítis no hay ningún índice desarrollado para medir la inflamación global del ojo. Actualmente, la inflamación en el vítreo definida por Nussenblatt, es el criterio de actividad que ha sido aceptado por la *Food and Drug Administration* (FDA) para los ensayos clínicos (ECAs), pero creemos que este único criterio no es suficiente para diseñar ensayos clínicos. El único índice compuesto que se ha desarrollado es UVEDAI y creemos que realizar su validación es fundamental para que sirva como instrumento de medida en el futuro de los estudios en uveítis.

## ¿QUÉ TEMAS SE TRATARON DURANTE LA REUNIÓN CELEBRADA EL PASADO 1 DE JUNIO?

En la reunión de investigadores se hizo un resumen del desarrollo que se había hecho del índice en el estudio previo. Además, se presentó el manual del investigador y el CRD del estudio de la primera fase de validación, y también



**La validación del índice UVEDAI puede ser de gran utilidad como instrumento de medida en el desarrollo de ensayos clínicos y estudios de tratamiento en uveítis”**

## EL REUMATÓLOGO | N°2 | verano 2019

se discutieron los distintos ítems que hay que recopilar del índice, cómo recogerlos y las dudas que se presentaron.

#### ¿QUÉ VENTAJAS/BENEFICIOS VA A APORTAR ESTA INICIATIVA AL ÁMBITO DE LAS UVEÍTIS?

Hasta ahora el obstáculo fundamental para la realización de ensayos clínicos (ECAs) o estudios sobre tratamientos en el campo de la uveítis, es la falta de

variables de alta calidad de las medidas de resultado y la gran variabilidad en cuanto a la elección de medidas de desenlace para valorar la mejoría, estabilidad o empeoramiento de la actividad de la inflamación ocular. Esta variabilidad implica que ninguno de los instrumentos utilizados es en sí mismo suficiente para evaluar la evolución de la uveítis por lo que nuestro grupo ha desarrollado un índice de ac-

tividad compuesto: UVEDAI, que tiene en cuenta la actividad global del ojo. Creemos que puede ser de gran utilidad como instrumento de medida en el desarrollo de ECAs y estudios de tratamiento en uveítis.

#### ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EL TRABAJO MULTIDISCIPLINAR EN ESTE TEMA?

En inflamación ocular en general y en

uveítis en particular llevamos trabajando de forma multidisciplinar oftalmólogos y reumatólogos desde 1992. El trabajo conjunto ha hecho avanzar de forma notable el estudio, la aproximación diagnóstica y el tratamiento de esta patología. En el desarrollo de este índice, oftalmólogos y reumatólogos también trabajamos conjuntamente cada uno aportando su conocimientos en cada campo.



La Dra. Esperanza Pato junto al resto de participantes en la reunión.

# Médicos iberoamericanos visitan la SER para formarse en investigación Biomédica

La celebración del Congreso EULAR 2019 convirtió Madrid en epicentro de la Reumatología a nivel europeo y mundial. Reumatólogos de diferentes países visitaron la capital para participar en un encuentro donde se mostraron los últimos avances en investigación en esta especialidad. Aprovechando esta cita, y por segundo año consecutivo, la Sociedad Española de Reumatología (SER) ha ofrecido estancias formativas a investigadores colaboradores de 'Biobadamérica', proyecto internacional en el que participa la SER junto con otras sociedades científicas hispanoamericanas y que se traduce en una gran base de datos para la recogida de acontecimientos adversos en pacientes en tratamiento con terapia biológica.

De este modo, investigadores de Argentina, Colombia y México participaron en unas jornadas dedicadas a la formación en investigación. Estadística, control de calidad de los datos y publicación de resultados fueron algunos de los principales temas que se abordaron.

“El primer objetivo de estas jornadas es extender y proveer a los compañeros iberoamericanos de nuestra experiencia en investigación. Además, también buscamos estrechar lazos y sembrar el germen para posibles colaboraciones futuras aprovechando las sinergias surgidas de estos encuentros”, ha comentado el Dr. Federico Díaz-González, director de la Unidad de Investigación de la SER.



Investigadores de Argentina, Colombia y México durante su visita a la SER.

“  
**Buscamos  
estrechar lazos  
y sembrar  
el germen  
para posibles  
colaboraciones  
futuras**”

EL REUMATÓLOGO | N° 2 | verano 2019

# La Reumatología hispanohablante se reúne en Madrid

Un encuentro exitoso y muy fructífero.

**E**n el marco del Congreso Anual de EULAR, que se ha celebrado en Madrid del 12 al 15 de junio, se ha llevado a cabo una reunión entre los presidentes de las distintas sociedades de Reumatología de los países hispanohablantes.

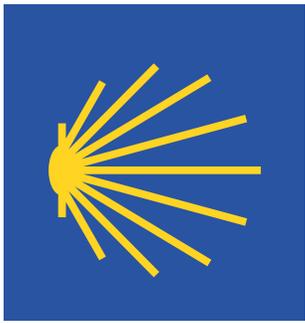
Durante el encuentro, los representantes de dichas instituciones han coincidido en resaltar la importancia de mostrar la unión del mundo hispano y su papel fundamental en torno a la mejora del conocimiento y el manejo de la Medicina en general y de la

Reumatología en particular.

Esta reunión pone de manifiesto el gran potencial que existe entre los profesionales de esta especialidad en los distintos países de Hispanoamérica, así como la intención de colaborar en proyectos comunes y plantear líneas estratégicas que favorezcan el intercambio de conocimiento entre los especialistas. De manera que todo ello contribuya a aumentar la visibilidad de la Reumatología de habla hispana y que ocupe el lugar que se merece como referente internacional.



Presidentes de las Sociedades de Reumatología Hispanoamericanas que han acudido a la reunión, junto al Dr. Juan Gómez-Reino, presidente de la SER, y las Dras. Mariluz García Vivar y Ana Urruticochea, responsables de la Comisión de Relaciones Internacionales de la SER.



EL REUMATÓLOGO | Nº 2 | verano 2019

# ¡Buen Camino!

**Dicen quienes lo han hecho que el Camino de Santiago tiene algo mágico. Una experiencia difícil de expresar con palabras y que, al igual que en la vida, se trata de ir superando etapas. En esta entrevista con el Dr. Miguel Ángel Caracuel, reumatólogo del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, vamos a intentar ponerle palabras a la experiencia del Camino que han tenido la oportunidad de experimentar los “Amigos de la Cruz Blanca”.**

## ¿A QUÉ SE DEDICA LA ASOCIACIÓN “AMIGOS DE LA CRUZ BLANCA”?

Esta asociación, que se creó hace ya 38 años, tiene como fin fundacional la ayuda a los asistidos en la Casa Familiar “San Francisco de Asís” de los Hermanos Franciscanos de Cruz Blanca en Córdoba. Todos ellos, gravemente afectados por distintas discapacidades psíquicas y físicas, con escasos recursos económicos. Por ello nuestra actividad es la de colaborar, con los Hermanos Franciscanos, en el desarrollo psíquico y físico de nuestros asistidos, con el objetivo de mejorar su calidad de vida como personas, con estas deficiencias físicas y psíquicas, que se van agravando con el paso del tiempo. Crearles un hogar donde desarrollar todas sus potencialidades. Los miembros de esta asociación somos un grupo de voluntarios que prestamos asistencia para el desarrollo de todas las actividades que se organizan y financian, incluida la peregrinación a Santiago de Compostela.

## ¿QUIÉN HA PARTICIPADO EN EL CAMINO DE SANTIAGO? ¿CÓMO SE HA LLEVADO A CABO?

Es la tercera vez que realizamos el Camino de Santiago con este colectivo de discapacitados. En esta ocasión han sido 10 chicos y 3 chicas, y otros tantos monitores voluntarios miembros de la asociación entre los que se incluyen tres médicos, un fisioterapeuta, cuatro maestros y los demás voluntarios con diferentes actividades profesionales, pero que tienen en común un corazón generoso.

Contamos con la colaboración de los Amigos del camino Mozárabe de Córdoba que han diseñado específicamente el recorrido y las etapas a realizar cada día. Asimismo, hemos contado con el apoyo de la Guardia Civil de Pontevedra y Santiago, en contacto con la Comandancia de Córdoba que nos han facilitado un poco más este camino.

## ¿QUÉ HA SUPUESTO EL CAMINO PARA LOS PARTICIPANTES?

El objetivo general es desarrollar hábitos de convivencia entre los asistidos fuera

de la Casa Familiar “San Francisco de Asís”, con actividades físicas en contacto con la naturaleza. Potenciando y reforzando el comportamiento de estos chicos en una actividad de ocio fuera del contacto con sus compañeros y monitores habituales.

Con gran ilusión hemos presentado al Apóstol el trabajo realizado con estos chicos durante los últimos 9 años (desde la última peregrinación) y hemos pedido su protección y ayuda al servicio de nuestros hermanos más necesitados y

por todos aquellos que nos han ayudado de una u otra manera en hacer realidad el sueño de estos chicos.

Terminábamos la invocación al Apóstol, en la misa del peregrino, dando las gracias de corazón por estos días de camino, de luz y de vida, de entrega y sacrificio, de paz y de amistad, y por ayudarnos a despertar en todos lo mejor que tenemos dentro de nosotros mismos.

Platón decía: “Buscando el bien de nuestros semejantes, encontraremos el nuestro”.



Grupo de “Amigos de la Cruz Blanca” participantes en el Camino de Santiago, entre los que se encuentran el Dr. Miguel Ángel Caracuel y el Dr. Eduardo Úcar, presidente de Honor de la SER.

# Resolución definitiva de las novedosas Ayudas a Facultativos Investigadores

Con el fin de revertir en el socio los excelentes resultados obtenidos en el ejercicio 2018, desde la Fundación Española de Reumatología se lanzaron unas novedosas Ayudas para Facultativos Investigadores (2018-2021), con el objetivo de impulsar el desarrollo profesional de médicos reumatólogos con capacidad de simultanear actividades clínico-asistenciales y de investigación, mejorando así la futura competitividad científica de la Reumatología. En concreto, se convocaron 4 becas, con una dotación de 45.000 euros/ anuales, durante un periodo renovable de hasta 3 años, lo que equivale a un total de 540.000 euros.

La finalidad principal de esta iniciativa es mejorar el número de grupos com-

petitivos de investigación nacionales promoviendo la incorporación a tiempo completo de personal facultativo con experiencia investigadora dentro de un Servicio de Reumatología que disponga de un grupo de investigación consolidado en un Instituto de Investigación Sanitaria acreditado. Así, se busca paliar la oferta actual de contratos similares en programas públicos dirigidos a especialistas y se refuerza una de las principales líneas estratégicas de la FER, como es el apoyo e impulso de la investigación.

La resolución obtenida en esta primera convocatoria teniendo en cuenta los solicitantes-centros receptores que han obtenido una ayuda son las siguientes:



NOMBRE Y APELLIDOS	CENTRO RECEPTOR ASIGNADO
Dra. Marta Novella Navarro	Hospital Universitario La Paz, Madrid
Dra. Natalia Mena Vázquez	Hospital Regional Universitario de Málaga
Dra. Miriam Retuerto Guerrero	Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid
Dr. Sebastián C. Rodríguez García	Hospital Universitario La Princesa, Madrid

# Reumasalud se desplaza a Pamplona y Valencia

Con motivo del Día Mundial del Lupus, que se celebra el 10 de mayo, se ha llevado a cabo esta actividad en la capital navarra. Además, también se ha celebrado en Valencia durante el XLV Congreso Nacional de la SER.

Con motivo del Día Mundial del Lupus (10 de mayo), la Fundación Española de Reumatología (FER) ha organizado, con la colaboración de la Sociedad Navarra de Reumatología (SONARE), la Federación Española de Lupus (FELUPUS) y Adeluna (Asociación de Lupus de Navarra), Reumasalud 2019 en el Mercado de Santo Domingo de Pamplona.

Asimismo, como viene siendo habitual, en el marco del XLV Congreso Nacional de la SER se replicó esta misma actividad, en el Centro Comercial de Ademuz (Valencia), perteneciente a El Corte Inglés.

Reumasalud es un espacio para visibilizar las enfermedades reumáticas, en el que médicos reumatólogos informan y responden las cuestiones de todos los interesados en relación con estas patologías.

Las personas que han pasado por este espacio no solo han recibido información y recomendaciones, sino que el equipo de reumatólogos también ha atendido sus dudas y, en caso necesario, han podido hacer 'in situ' determinadas pruebas diagnósticas, como ecografías y densitometrías.

“  
Reumasalud es un espacio para visibilizar las enfermedades reumáticas musculoesqueléticas y autoinmunes sistémicas”



Una de las doctoras que participaron en Reumasalud de Valencia atendiendo a una ciudadana.



Algunos de los doctores que participaron Reumasalud de Pamplona con dos representantes de Adeluna y la Dra. Rosario Ibáñez, presidenta de SONARE.



abbvie

# REUMANIZAR

- I. ACTO EN EL QUE UN REUMATÓLOGO AYUDA A SU PACIENTE A VOLVER A HACER ESAS COSAS QUE REALMENTE AMA.
- II. PARA PABLO, REUMANIZAR SIGNIFICA VOLVER A NADAR, Y SENTIR QUE VUELA EN CADA BRAZADA.

En España, casi 11 millones de personas padecen una enfermedad reumática como Artritis Reumatoide, Lupus, Polimialgia Reumática, Espondiloartritis, Osteoporosis, Vasculitis, Artritis Idiopática Juvenil, Fibromialgia, Polimiositis, Esclerodermia, Sjögren, Artrosis o Gota. Estas enfermedades pueden hacer que personas como Pablo no puedan volver a nadar.

Gracias a la ayuda de los profesionales sanitarios, miles de pacientes pueden superar sus limitaciones y recuperar sus vidas.

Descubre el verdadero significado  
de REUMANIZAR en  
[www.reumanizar.es](http://www.reumanizar.es)

