

— N°4 | invierno 2019 —

El Reumatólogo

NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

La entesitis y el comienzo
de las espondiloartritis.

Dr. Jesús Sanz,
reumatólogo del Hospital
Universitario Puerta de Hierro
Majadahonda.



Sumario

Un año nuevo cargado de formación, investigación y... mucho más

Concluimos el año y arranca el nuevo 2020 cargado de actividades docentes, de investigación, de divulgación y otras dirigidas a nuestros pacientes reumáticos como ha sido la tercera edición de nuestro ya tradicional 'Reumachef' y la primera de unos talleres de automaquillaje para mujeres jóvenes con enfermedades reumáticas. Ambas iniciativas han tenido una gran acogida y esperamos poder volver a repetir las este año que estrenamos porque "los pacientes son nuestra razón de SER".

En este número de El Reumatólogo no sólo podrás encontrar novedades en el ámbito de la Reumatología, sino que te recomendamos que anotes las próximas citas formativas de interés y te informes sobre uno de los nuevos proyectos de investigación que hemos puesto en marcha desde la SER como es el JUVENSER.

En el apartado más científico, se hace una revisión de la principal bibliografía internacional en Reumatología, esta vez a cargo del Dr. Muñoz. Y los artículos versan sobre temas como la utilidad en la práctica clínica de los anticuerpos asociados a cáncer en las miopatías inflamatorias idiopáticas, el tratamiento de las complicaciones pulmonares en la artritis reumatoide, el manejo de los tratamientos antirresortivos frente a la osteoporosis y la prevalencia de espondiloartritis en uveítis.

Y, por último, el video-artículo aborda un caso sobre la entesitis y el comienzo de las espondiloartritis. Esperamos que estos contenidos os resulten de interés y ¡os deseamos Feliz Año Nuevo!

Dra. Montserrat Romera Baurés, Editora de El Reumatólogo y reumatóloga del Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona).

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.

Abbvie no ha participado ni influido en el desarrollo de los contenidos.

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.

elreumatologo@ser.es
www.ser.es

Asesoría, diseño gráfico y maquetación
Departamento de Publicaciones

ATREVI A

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

**Dr. Santiago Muñoz**

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

Bibliografía COMENTADA

En 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 revista.

La calidad de la Reumatología Española está claramente en aumento lo cual se refleja en publicaciones internacionales de prestigio. Es frecuente encontrar autores españoles en artículos originales de revistas científicas de primera línea. En la revisión bibliográfica que hemos realizado de los últimos meses es un placer encontrar con frecuencia autores españoles en artículos colaborativos como, por ejemplo de recomendaciones EULAR o ASAS, que serán documentos de referencia durante muchos años.

ARTRITIS REUMATOIDE

CITA: *Safety and effectiveness of upadacitinib or adalimumab plus methotrexate in patients with rheumatoid arthritis over 48 weeks with switch to alternate therapy in patients with insufficient response.* Fleischmann RM, et al. Ann Rheum Dis. 2019 Nov;78(11) 1454-1462.

RESUMEN: Estudio de extensión de 48 semanas del ensayo pivotal que compara Upadacitinib 15 mg una vez al día frente a placebo o adalimumab a las dosis habituales en pacientes refractarios a

metotrexato. Se permitió un rescate de pacientes no respondedores de placebo o adalimumab que pasaran a upadacitinib o viceversa, lo cual ocurrió en un 20%.

De manera similar a lo que ocurría en el ensayo clínico pivotal, la respuesta en la semana 48 permaneció superior en el grupo de upadacitinib versus adalimumab. Aunque los dos grupos en que se hizo *switching* respondieron, lo hicieron en una proporción mayor aquellos pacientes que fueron rescatados de adalimumab a upadacitinib que al contrario (diferencia no significativa). La seguridad a la semana 48 fue comparable con los datos previos.

Los autores concluyen que upadacitinib+metotrexato demostró una respuesta mejor y sostenida versus adalimumab+metotrexato manteniendo la inhibición del daño estructural.

COMENTARIO: Este estudio confirma los efectos beneficiosos a largo plazo del nuevo fármaco inhibidor de JAK kinasa upadacitinib.

CITA: *Upadacitinib Versus Placebo or Adalimumab in Patients With Rheumatoid Arthritis and an Inadequate Response to Methotrexate: Results of a Phase III, Double-Blind, Randomized Controlled Trial.*

Fleischmann R, et al. Arthritis Rheumatol. 2019 Nov;71(11):1788-1800.

RESUMEN: En este estudio se evalúa la eficacia de upadacitinib 15 mg/d, especialmente focalizado en la progresión radiológica, en un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y comparado con placebo o adalimumab en 1.629 pacientes con AR refractarios a metotrexato. Los objetivos primarios fueron la respuesta ACR 20, DAS28-PCR < 2,6 en la semana 12 y la mejoría de la progresión radiográfica en la semana 26.

En la semana 12 se consiguieron los objetivos primarios de eficacia en el grupo de upadacitinib comparado con placebo de manera significativa. El ACR 20 se consiguió en el 71% de los

“
**Gracias a los grandes
 avances terapéuticos
 las recomendaciones
 para espondiloartritis
 se han vuelto a revisar
 recientemente”**

pacientes con upadicitinib frente al 36% del grupo placebo ($p < 0,001$). El DAS 28-PCR $< 2,6$ se consiguió en el 29% y 6% de ambos grupos respectivamente. En algunos indicadores de eficacia como ACR 50, DAS28 $< 3,2$, o EVA de dolor se encontró una eficacia significativamente superior de upadicitinib vs adalimumab en la semana 12.

En la semana 26 hubo una proporción significativamente mayor de pacientes que alcanzaron baja actividad o remisión en el grupo de upadicitinib comparado con adalimumab o placebo ($p < 0,001$). La progresión radiográfica en la semana 26 se inhibió de manera significativa en el grupo con upadicitinib. En el grupo con adalimumab se encontraron una mayor proporción de efectos adversos serios o que provocaron interrupción del tratamiento cuando se compararon con el grupo con upadicitinib en la semana 26.

En este último grupo se encontraron una mayor proporción de aumento de CPK y de aparición de herpes zoster.

Durante el ensayo se registraron 5 casos con cáncer, 5 acontecimientos cardiovasculares mayores y 4 muertes, en ningún caso con upadicitinib. Así mismo, se encontraron 5 eventos tromboembólicos, 1 en el grupo placebo, 2 en el de upadicitinib y 3 en el de adalimumab.

COMENTARIO: la eficacia de upadicitinib se confirma en este estudio comparada con un fármaco de referencia, adalimumab, con un perfil de tolerabilidad muy similar, si bien se encontraron una mayor frecuencia de herpes zoster y elevación de CPK en el grupo de upadicitinib.

ESPONDILOARTRITIS

CITA: 2019 Update of the American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis.

Ward MM, et al. Arthritis Rheumatol. 2019 Oct;71(10):1599-1613.

RESUMEN: En este artículo se actualizan las recomendaciones terapéuticas basadas en la evidencia para pacientes con EA y EspA axial no radiográfica realizadas por ACR en conjunto con otras sociedades científicas y de pacientes. Se revisaron de manera sistemática en la literatura 20 preguntas realizadas en la actualización de 2015 y otras 26 preguntas nuevas que se formularon sobre secukinumab, ixekizumab, tofacitinib y fármacos biosimilares. Para aprobar la recomendación se requería el acuerdo del 70% del panel de expertos.

En el documento se realizan 86 recomendaciones específicas distribuidas en distintos apartados: tratamiento en pacientes activos, estables, con comorbilidades, tratamiento de la EspA axial no radiográfica, acerca de valoración del paciente e imagen. Entre las recomendaciones destaca la recomendación de uso de anti-TNF en primera línea en pacientes refractarios a terapia convencional, el uso de secukinumab o ixekizumab en pacientes con fallo primario a anti-TNF y la preferencia de anti-TNF o anti-IL17 sobre tofacitinib. No hubo diferencias en las recomendaciones terapéuticas hechas para pacientes con EA y con EspA axial no radiográfica.

COMENTARIO: La verdad es que es sorprendente cómo pasa el tiempo... Hace bien poco que se actualizaron estas re-

comendaciones que, afortunadamente y gracias a los grandes avances terapéuticos, se revisan de nuevo. La lectura de este tipo de documentos es una forma excelente de mantenerse al día para el especialista.

CITA: MRI lesions in the sacroiliac joints of patients with spondyloarthritis: an update of definitions and validation by the ASAS MRI working group.

Maksymowych WP, et al.

Ann Rheum Dis. 2019 Nov;78(11):1550-1558.

RESUMEN: El grupo de trabajo de RMN de ASAS ha generado una actualización del consenso para estandarizar las definiciones de las lesiones sacroiliacas detectadas por RMN en pacientes con EspA. El grupo de expertos estaba formado por 20 reumatólogos y 5 radiólogos que determinaron qué definiciones debían ser revisadas y cuáles requerían una nueva definición. Las definiciones se validaron mediante un ejercicio de multi-lectura de 278 RMNs de la cohorte de pacientes de clasificación ASAS.

No se hicieron revisiones de las definiciones previas de inflamación subcondral y esclerosis. Se revisaron las definiciones de capsulitis, entesitis, lesión grasa y erosión. Se realizaron nuevas definiciones de aumento de espacio articular, sinovitis, metaplasia grasa en una erosión y anquilosis.

COMENTARIO: La revisión de este artículo actualizará al especialista en la práctica totalidad de lesiones inflamatorias y estructurales que pueden observarse en las articulaciones sacroiliacas de pacientes con EspA.

ENFERMEDADES AUTOINMUNES

CITA: 2019 *European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus.*

Aringer M, et al. Ann Rheum Dis. 2019 Sep;78(9):1151-1159.

RESUMEN: En este artículo, se actualizan los criterios de clasificación de LES

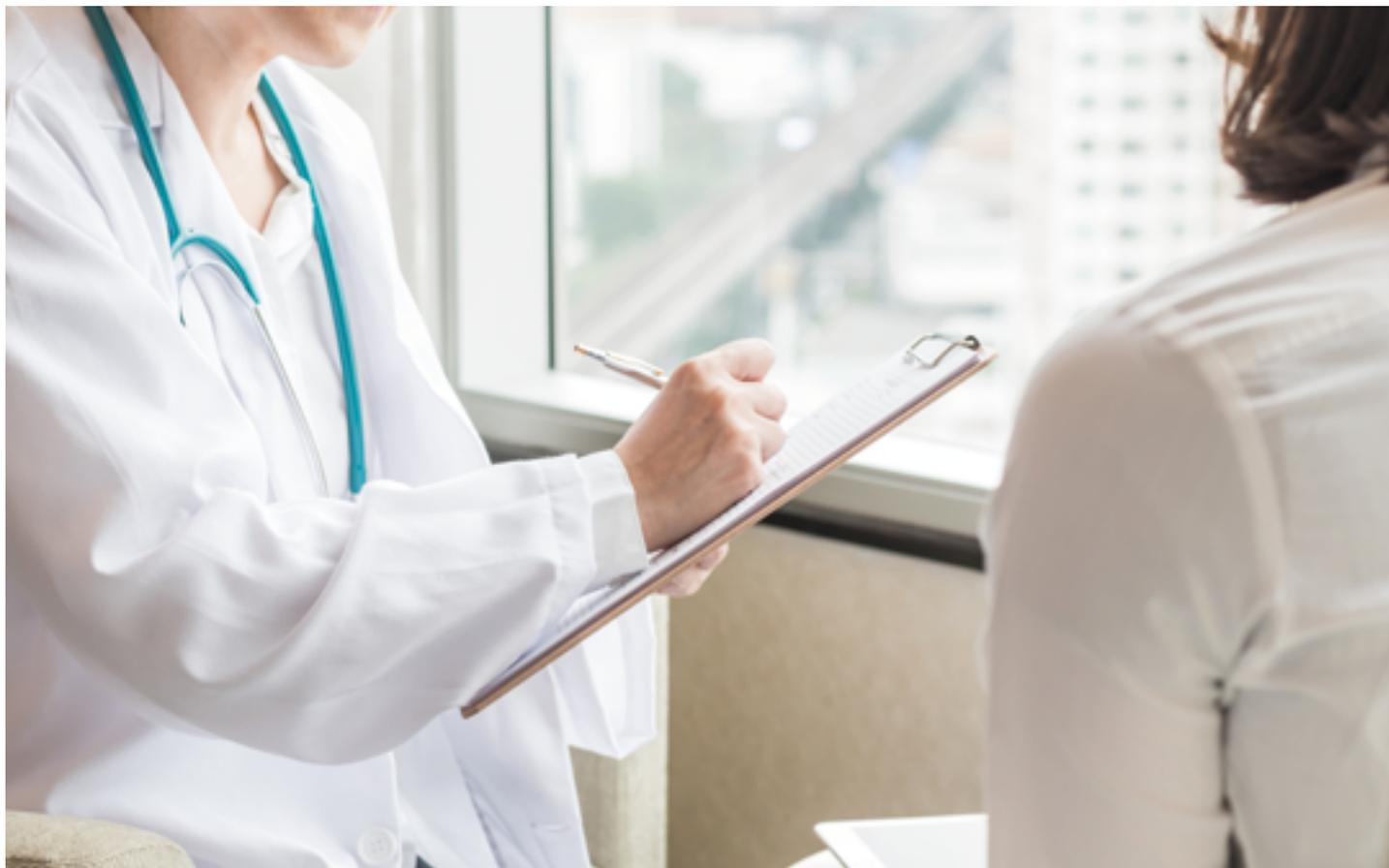
por EULAR y ACR cuya última actualización se realizó en 2012. Para ello el trabajo se dividió en varias fases metodológicas que incluyeron varios ejercicios Delphi y estudios de validación en una cohorte de 1270 pacientes comparando

los criterios nuevos de clasificación con los previos.

En la tabla siguiente se resumen los nuevos criterios de clasificación EULAR/ACR 2019:

“
Los criterios de clasificación sirven para homogenizar muestras de pacientes en los estudios, no tanto para el diagnóstico en el día a día”





“
**Los pacientes
 con SAF con un
 evento trombótico
 deben ser tratados
 indefinidamente
 con antagonistas de
 vitamina K”**

Se exige como criterio de entrada la presencia de ANA + y se clasifican finalmente como LES aquellos que tienen 10 o más puntos.

COMENTARIO: No olvidemos que hablamos de criterios de clasificación, que sirven para homogeneizar muestras de pacientes para estudios de la enfermedad y que, además, pueden servir o no para el diagnóstico en el día a día. En mi opinión, los nuevos criterios son más coherentes para la clasificación pudiendo captar pacientes precoces y excluir falsos diagnósticos de LES.

Aunque el LES ANA negativo está descrito, me parece que permitir la inclusión en los estudios de pacientes ANA negativo (lo cual permitían los criterios de 2012) podría generar confusión. Además, pacientes con manifestaciones más leves como, por ejemplo, manifestaciones articulares, si se acompañan de un descenso de C3 y C4 permitirían la clasificación como LES lo cual no se permitía con los criterios de 2012.

CITA: EULAR recommendations for the management of antiphospholipid syndrome in adults.

Tektonidou MG, et al.
 Ann Rheum Dis. 2019 Oct;78(10):1296-1304.

RESUMEN: Mediante la metodología habitual de EULAR basada en la revisión de evidencia acerca de cuestiones concretas realizadas por expertos se ha elaborado este documento con 24 recomendaciones entre las que destacan:

- La dosis baja de aspirina se recomienda en portadores asintomáticos de anticuerpos anti-fosfolípido, en pacientes con LES que presentan dichos anticuerpos sin eventos trombóticos previos y mujeres con historia de síndrome antifosfolípido (SAF) obstétrico que no hayan tenido eventos trombóticos.
- Los pacientes con SAF con un evento trombótico deben ser tratados indefini-

damente con antagonistas de vitamina K con el objetivo de mantener un INR entre 2 y 3.

- En pacientes con eventos arteriales trombóticos, el objetivo del tratamiento sería un INR entre 3 y 4 si no hay contraindicaciones.
- Rivaroxaban no debe usarse en pacientes con SAF con triple positividad de anticuerpos.
- En pacientes con SAF tratados adecuadamente y que tienen eventos trombóticos, se recomienda añadir una dosis baja de aspirina, aumentar el INR a 3-4 o cambiar a heparina de bajo peso molecular.
- En mujeres con SAF obstétrico, en caso de nuevo embarazo, se recomienda la combinación de aspirina a bajas dosis con heparina de bajo peso molecular profiláctica. Si hay complicaciones del SAF, se recomienda aumentar la heparina a dosis terapéutica, añadir hidroxi-

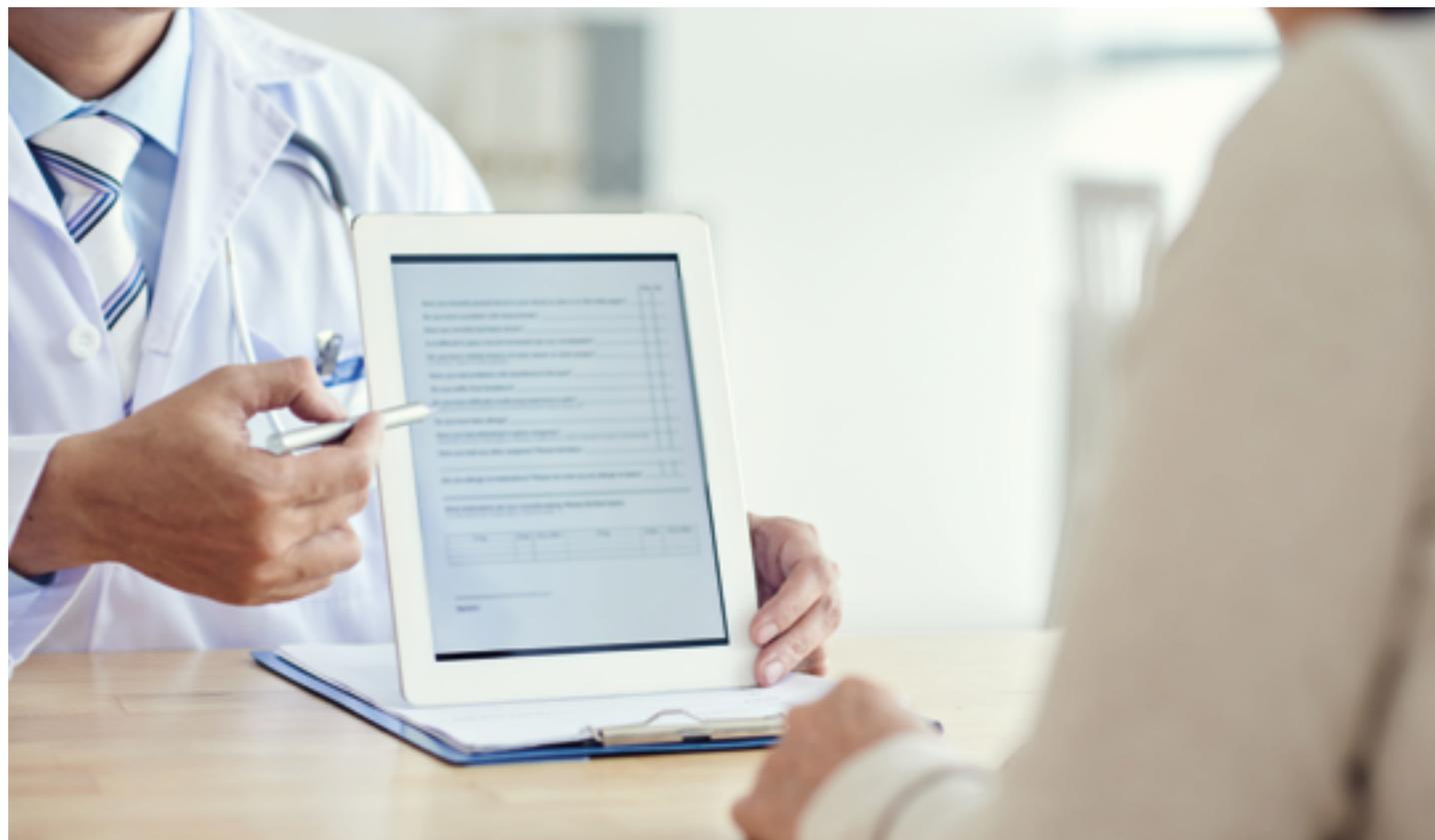
cloroquina o bajas dosis de prednisona en el primer trimestre.

COMENTARIO: Como siempre, la lectura de dichas recomendaciones es obligada para todos los profesionales de Reumatología, no solo los expertos.

CITA: Development and initial validation of the MS score for diagnosis of macrophage activation syndrome in systemic juvenile idiopathic arthritis.

Minoia F, et al.
Ann Rheum Dis. 2019 Oct;78(10):1357-1362.

RESUMEN: En este artículo se desarrolla y valida un score que ayude a identificar una síndrome de activación macrofágica (SAM) en pacientes con AIJ sistémica. Para ello se estudian y comparan datos de dos grupos de 362 y 404 pacientes con AIJ sistémica con y sin evidencia de SAM asociado respectivamente. El score final lo denominan MS y se determina según el peso de las distintas variables según modelos bayesianos y curvas ROC. Tras el estudio de 23 variables en distintos modelos, se determina que el score incluya 7 variables, cada una de ellas con un factor de corrección:



CALCULATION OF THE MS SCORE

Variable	Beta-coefficient	Observed value	Points
CNS involvement	2.4394		0
Hemorrhagic manifestations	1.5393		0
Active arthritis	-1.3039		0
Platelet count, 10 ⁹ /liter	-0.003		0
Lactic dehydrogenase, U/liter	0.001		0
Fibrinogen, mg/dl	-0.0038		0
Ferritin, ng/ml	0.0001		0
		MS score	0

Las variables clínicas de alteración de SNC, manifestaciones hemorrágicas o artritis se introducen con 0 (ausencia) o 1 (presencia). Los valores de laboratorio se introducen con los datos reales en las unidades especificadas. Cada valor se multiplica por su coeficiente de corrección, lo cual se puede hacer con calculadoras excell diseñadas a tal efecto, como otros scores.

El valor total de MS resultará entre -8,4 y +41,8. El punto de corte mayor o igual a -2,1 discriminará la presencia de SAM con una sensibilidad y especificidad del 85% y 95% respectivamente y un coeficiente Kappa de 0,8 que resulta excelente. Estos resultados se confirmaron en el estudio de validación.

COMENTARIO: El SAM es una complicación potencialmente mortal de pacientes con enfermedades autoinmunes, difícil de diagnosticar y de sospechar.

Este sencillo índice, nos parece útil para identificarlo con el fin de tratarlo cuanto antes y evitar su mortalidad.

OSTEOPOROSIS

CITA: Diagnosis of osteoporosis in statin-treated patients is dose-dependent.

Leutner M, et al.
Ann Rheum Dis. 2019 Dec;78(12):1706-1711.

RESUMEN: La inhibición de la síntesis del colesterol puede influir sobre hormonas sexuales que, a su vez, podrían tener influencia en la aparición de osteoporosis. El objetivo de este estudio fue investigar la relación de diferentes dosis y tipos de estatinas con la presencia de osteoporosis. Para ello, se analizaron los datos de los ciudadanos australianos tratados con 6 tipos diferentes de estatinas durante 2006 y 2007 para analizar el riesgo y la dosis de que depende el diagnóstico de osteoporosis.

En general, el tratamiento con estatinas se asoció a un aumento del diagnóstico de osteoporosis comparado con controles con una OR de 3,62 (IC 3,55-3,69; p<0,01). No obstante, el efecto dependió de forma sustancial del tipo de estatina y de la dosis. Con dosis bajas (menores de 10 mg/d) de lovastatina, pravastatina,

“
**Los últimos
 estudios publicados
 continúan
 apoyando el uso
 racional de los
 AINES**”

simvastatina y rosuvastatina se obtuvieron unos valores de OR inferiores a 1 con lo que no se objetivó dicho efecto.

La dosis de 40 mg de simvastatina, 20 mg de atorvastatina y rosuvastatina se relacionaron con el diagnóstico de osteoporosis con OR de 1,64, 1,78 y 2,04 respectivamente ($p < 0,01$).

Los autores concluyen que el diagnóstico de osteoporosis en pacientes tratados con estatinas es dosis dependiente. Se “infra-expresa” con dosis bajas y se “sobre-expresa” con dosis altas.

COMENTARIO: Este hallazgo debería tenerse en cuenta en estudios epidemiológicos que investiguen la relación de estos fármacos con la aparición de osteoporosis.

ARTROSIS

CITA: *Role of Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs in the Association Between Osteoarthritis and Cardiovascular Diseases: A Longitudinal Study.*

Atiquzzaman M
 Arthritis Rheumatol. 2019 Nov; 71(11): 1835-1843

RESUMEN: En el presente trabajo se estudia el papel de los AINEs en el aumento de riesgo cardiovascular (RCV) en pacientes con artrosis. Para ello se diseñó un estudio longitudinal en una población de más de 700.000 habitantes entre los que se seleccionaron 7.743 pacientes con artrosis y 23.229 controles sin artrosis pareados para edad y sexo. Los resultados indicaron que los pacientes con artrosis tenían un ligero incremento de RCV frente al grupo control (riesgo de 1,23; IC 1,17-1,28).

Después de ajustar por distintos factores de riesgo se determinó que en el 41% del total de pacientes con artrosis e incremento de RCV, dicho riesgo estaba mediado por AINEs. La mayor influencia de los AINEs se encontró en la aparición de ictus (64% del riesgo fue mediado por AINEs).

Los autores concluyen que el uso de AINEs contribuye sustancialmente al incremento de RCV en pacientes con artrosis.

COMENTARIO: Que los AINEs tienen notables efectos secundarios es bien sabido. También es conocida la necesidad de su uso en múltiples patologías. Este estudio apoya el uso racional de este tipo de medicamentos.



Prevalencia de uveítis en espondiloartritis



Dr. Ángel M. García Aparicio.
Sección de Reumatología.
Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

La uveítis es la inflamación de la úvea o capa media del ojo, situada entre la esclerótica y la retina^{1,2}. En la práctica clínica este término se emplea de forma amplia para describir los procesos inflamatorios de las estructuras intraoculares, tanto del tracto uveal (iris, cuerpo ciliar y coroides), como de las zonas adyacentes (vítreo, retina, nervio óptico y vasos). Fig 1. La uveítis es una manifestación frecuente extra articular en las espondiloartritis (SPA), por delante de la psoriasis o la enfermedad inflamatoria intestinal².

Según la clasificación anatómica del grupo SUN, la uveítis anterior es la que se más se relaciona con las SPA, ya que aunque el segmento posterior puede verse involucrado ocurre de manera ocasional. En estos casos suele haber vitritis, papilitis o incluso edema macular quístico³. Generalmente se producen episodios agudos (93%), recurrentes, que remiten tras unos meses de tratamiento tópico. En la mayoría de los casos suele afectarse un solo ojo en cada brote (85%) y no es infrecuente que se alternen ambos ojos a lo largo de la evolución. Respecto a la presentación clínica suelen ser uveítis muy sintomáticas con intensa inflamación de la cámara anterior, que en ocasiones puede dar lugar a la formación de hipopion o sinequias^{3,4}.

La prevalencia de uveítis en la SPA es bastante variable según la literatura que se consulte. Generalmente ocurre en el 33-50% de los pacientes, aunque esta cifra oscila al revisar las poblaciones estudiadas. Zeboulon et al. realizaron una revisión sistemática en más de 9000 pacientes y de ellos 32.5% había tenido uno o más brotes de uveítis. La prevalencia de uveítis en SPA fue de 32.7% con una duración media de la enfermedad de 18 años; sin embargo esta cifra aumentaba o disminuía según la duración de la enfermedad; si era menor de 5 años la prevalencia se situaba en el 12.3% o si por el contrario era mayor de 30 años, llegaba hasta el 43%⁵.

En un metaanálisis de Stolwik et al. en el que se revisaron 125 estudios y en el que se analizaba este aspecto, la prevalencia global de uveítis anterior aguda llegaba hasta el 25.8% (95% IC 24.1-27.6%), pero con gran heterogeneidad entre los diferentes trabajos⁶. Los autores aseguran que si la evolución de la enfermedad es inferior a 10 años, la prevalencia es de un 17.4% (95% IC 14.3-21%), pero si la duración es superior a 20 años, la cifra llega hasta un 38.5% (95% IC 33.3 -43.9%). Así pues, cuando un paciente nos pregunte por la probabilidad de presentar esta manifestación ocular podremos responder con más o menos

contundencia según el tiempo de evolución su enfermedad.

Otro factor a tener en cuenta es la etnia del paciente. La prevalencia es mayor en Norte América (35%) y Europa (29.3%) que en Asia (21.4%) o América del Sur (20.1%)². Seguramente estos datos están influenciados por la presencia en la población del antígeno HLA B 27, pues desde hace tiempo se conoce la asociación entre uveítis anterior aguda (UAA) y ser portador de este alelo. Llama la atención que este dato no se confirmara en la población española del registro REGISPONSER (pacientes que cumplían criterios ESSG), pues no se encontró diferencia significativa al estudiar la aparición de uveítis y el HLA B 27 positivo/negativo (22.4% vs 19.4%)⁷. En una cohorte francesa publicada recientemente sí se comprobó esta asociación, además de la talalgia como factor de riesgo independiente para tener uveítis⁸. Este hallazgo está en consonancia con la conclusión de Muñoz Fernández et al. en 2009, que nos recomendaba estar atentos a los pacientes sin criterios de SPA pero con UAA recurrente y HLA B 27 positivo⁹. Mediante ecografía de una serie de entesis predeterminada encontraban hallazgos similares a los que sí cumplían criterios diagnósticos, sugiriendo una forma incompleta de SPA.

Como hemos dicho anteriormente la UAA es la forma de presentación más habitual en el 50-92% en los países occidentales^{1,2}. Esta cifra oscila de manera considerable, pues depende si la serie analizada es un centro de referencia o si se trata de un estudio de ámbito poblacional, estos últimos muy escasos por

“
La UAA
podría ser un
‘síntoma guía’
en pacientes
portadores del
HLA B 27”

la metodología compleja que precisan. Mientras que en Europa del Este la asociación de UAA y HLA B 27 está presente en el 88% de los casos de SPA, en otros países como Japón o Corea del Sur sólo alcanza el 20%¹. La uveítis es una enfermedad poligénica y seguramente hay factores externos que hacen que en unas razas tenga una expresión clínica más llamativa que en otras.

La frecuencia de la uveítis también varía según los tipos de SPA. La mayor asociación se ha visto con la espondilitis anquilosante (33%), siendo mucho menor en los casos de artritis reactiva (12-25%), artritis psoriásica (6-9%) o asociada a EII (6-9%). Asimismo la relación entre uveítis y psoriasis es mucho menor que en los casos de uveítis y artritis psoriásica^{1,2,10}. Diversos estudios relacionan la presencia de sacroileítis radiológica en la espondilitis anquilosante con la presencia de uveítis¹.

Tras varios años de colaboración entre reumatólogos y oftalmólogos en las

consultas multidisciplinares promovidas por la SER, somos conscientes de la importancia de estudiar a un paciente con brotes recurrentes de UAA. Hace tiempo que se conoce que hasta en el 40% de los casos con este patrón de afectación ocular había una SPA que no había sido diagnosticada¹¹. Esto nos debe hacer pensar en la UAA como un "síntoma guía" en pacientes portadores del HLA B 27, pues seguramente tras una anamnesis y exploración oportuna pueden cumplir criterios diagnósticos de SPA. Precisamente esta iniciativa se llevó a cabo en el proyecto SENTINEL en población española o el algoritmo DUET en Irlanda. En el primero de ellos el 50.2% de los pacientes con UAA recurrente tenían una SPA axial y un 17% una SPA periférica (según criterios ASAS) que no había sido diagnosticada previamente¹².

En el estudio irlandés se examinó a todos los pacientes con UAA atendidos en un hospital de referencia ocular. Se les realizó el HLA B27 y se preguntó por manifestaciones clínicas típicas de SPA. Tras la valoración por reumató-

logos aplicando los criterios ASAS un 41.6% (42/101) de los pacientes tenía una SPA no diagnosticada previamente, alcanzando una sensibilidad y especificidad de 95 y 98% respectivamente¹³. Los oftalmólogos concluyen que todos los pacientes con UAA tras varios brotes inflamatorios requieren un abordaje multidisciplinar por reumatólogos, debido a la fuerte asociación de esta patología con las SPA.

Como vemos la asociación entre prevalencia de uveítis en SPA y la frecuencia de SPA en uveítis es una relación bidireccional. La UAA es la más frecuente de las uveítis, y su etiología suele ser idiopática. Cuando sospechemos un proceso autoinmune subyacente hemos de tener siempre presente las SPA como patología sistémica que más se asocia a cualquier tipo de uveítis. Son necesarios estudios poblacionales que corroboren estos hallazgos, pues como hemos visto la inmensa mayoría de los datos aquí reportados provienen de trabajos en series de casos seleccionadas o en hospitales de referencia, con los sesgos que ello conlleva.

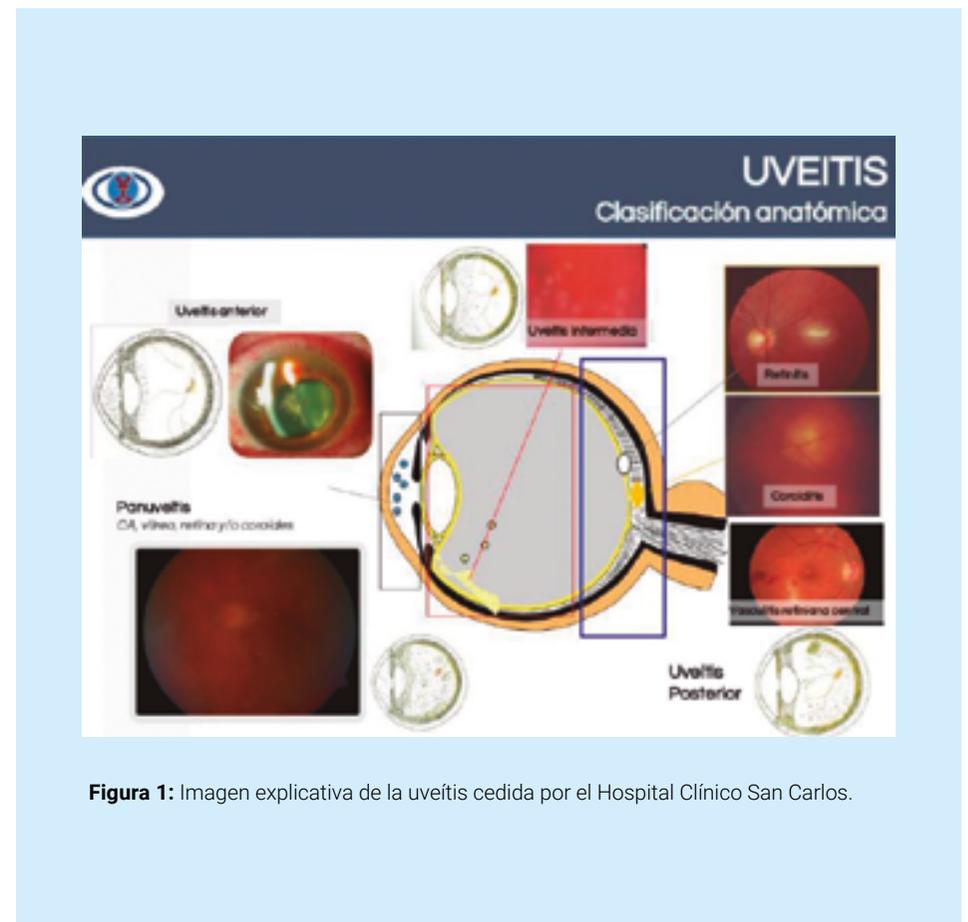


Figura 1: Imagen explicativa de la uveítis cedida por el Hospital Clínico San Carlos.

BIBLIOGRAFÍA

- Muñoz-Fernández S, Martín-Mola E. Uveitis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2006 Jun;20(3):487-505.
- Sharma SM, Jackson D. Uveitis and spondyloarthropathies. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2017 Dec;31(6):846-862.
- Murray PI, Rauz S. The eye and inflammatory rheumatic diseases: The eye and rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2016 Oct;30(5):802-825.
- Pathanapitoon K, Dodds EM, Cunningham ET Jr, Rothova A. Clinical Spectrum of HLA-B27-associated Ocular Inflammation. *Ocul Immunol Inflamm*. 2017 Aug;25(4):569-576
- Zeboulon N, Dougados M, Gossec L. Prevalence and characteristics of uveitis in the spondyloarthropathies: a systematic literature review. *Ann Rheum Dis*. 2008 Jul;67(7):955-9.
- Stolwijk C, van Onna M, Boonen A, van Tubergen A. Global Prevalence of Spondyloarthritis: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016 Sep;68(9):1320-31.
- Arévalo M, Gratacós Masmitjà J, Moreno M, Calvet J, REGISPONSER group. Influence of HLA-B27 on the Ankylosing Spondylitis phenotype: results from the REGISPONSER database. *Arthritis Res Ther*. 2018 Oct 3;20(1):221.
- Frantz C, Portier A, Etchet A, Monnet D, Brezin A. Acute anterior uveitis in spondyloarthritis: a monocentric study of 301 patients. *Clin Exp Rheumatol*. 2019 Jan-Feb;37(1):26-31.
- Muñoz-Fernández S, de Miguel E, Cobo-Ibáñez T, Madero R, Ferreira A. Enthesis inflammation in recurrent acute anterior uveitis without spondylarthritis. *Arthritis Rheum*. 2009 Jul;60(7):1985-90.
- Peluso R, Iervolino S, Vitiello M, Bruner V, Lupoli G. *Clin Rheumatol*. Extra-articular manifestations in psoriatic arthritis patients. 2015 Apr;34(4):745-53
- Fernández-Melón J, Muñoz-Fernández S, Hidalgo V, Bonilla-Hernán G, Schlincker A. Uveitis as the initial clinical manifestation in patients with spondyloarthropathies. *J Rheumatol*. 2004 Mar;31(3):524-7.
- Juanola X, Loza Santamaría E, Cordero-Coma M; SENTINEL Working Group. Description and Prevalence of Spondyloarthritis in Patients with Anterior Uveitis: The SENTINEL Interdisciplinary Collaborative Project. *Ophthalmology*. 2016 Aug;123(8):1632-1636.
- Haroon M, O'Rourke M, Ramasamy P, Murphy CC, FitzGerald O. A novel evidence-based detection of undiagnosed spondyloarthritis in patients presenting with acute anterior uveitis: the DUET (Dublin Uveitis Evaluation Tool). *Ann Rheum Dis*. 2015 Nov;74(11):1990-5.

Tratamiento de las complicaciones pulmonares de la AR



Dra. Gema Bonilla
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario La Paz (Madrid).

INTRODUCCIÓN: En la artritis reumatoide (AR) la afectación articular es la forma de presentación principal, pero tiene una gran cantidad de manifestaciones extraarticulares que contribuyen de forma importante a la morbilidad y al exceso de mortalidad observada en esta enfermedad¹. El pulmón es un sitio frecuente de afectación, puede ocurrir hasta en el 67% de los pacientes, aunque algunos trabajos indican una incidencia mucho menor en torno al 10-20%, apareciendo síntomas solamente en alrededor del 15%. Estas diferencias tan amplias son debido a la variabilidad existente en el diseño de los estudios, a las poblaciones estudiadas y a las distintas definiciones utilizadas de afectación pulmonar en la AR². Actualmente la enfermedad cardiovascular es la primera causa de mortalidad en la AR, pero la afectación pulmonar es la responsable del 10-20% de los casos de muertes en estos pacientes, y la mayoría es por la enfermedad pulmonar intersticial (EPI)². En la AR se puede afectar cualquiera de los componentes anatómicos del sistema respiratorio: el parénquima pulmonar, las vías aéreas, la pleura y menos

frecuentemente los vasos³. Además, hay que considerar las infecciones respiratorias y la enfermedad pulmonar inducida por fármacos.

VÍA AÉREA SUPERIOR

La afectación de la vía aérea superior incluye la artritis cricoaritenóidea, edema de la mucosa, miositis, vasculitis y nódulos reumatoideos. La enfermedad laríngea es con frecuencia silente, pero puede producir disfonía, disfagia u odinofonía⁴. Para su tratamiento se utiliza corticosteroides locales o sistémicos y en los casos más leves antiinflamatorios no esteroideos. Los nódulos laríngeos a veces requieren su extirpación quirúrgica y en ocasiones, en situaciones graves y agudas de obstrucción de la vía aérea, puede ser necesaria la realización de una traqueotomía de urgencia⁴.

VÍA AÉREA INFERIOR

La AR se ha relacionado con hiperreactividad bronquial, afectación de la pequeña vía aérea y bronquiectasias. La afectación bronquial incluye la bronquiolitis folicular, la bronquiolitis constrictiva y la pan-bronquiolitis difusa.

Bronquiolitis folicular: su tratamiento en los casos leves es el de la AR que con frecuencia implica tratamiento inmunosupresor y no suele ser preciso tratamiento adicional. En los casos con bronquiolitis folicular grave progresiva se puede proponer terapia combinada con broncodilatadores, corticosteroides inhalados/orales y macrólidos como primera línea y como segunda línea ciclofosfamida o etanercept³. Cuando existen agregados linfoides exuberantes en las vías respiratorias se podría contemplar el tratamiento con rituximab. La azatioprina y el rituximab han demostrado mejoría funcional en pacientes con inmunodeficiencia variable común⁵.

Bronquiolitis constrictiva: el pilar del tratamiento es interrumpir, cuando existe, el agente desencadenante, con lo que se consigue, en algunas ocasiones, la regresión de los síntomas. El tratamiento consiste en corticosteroides inhalados y orales a dosis altas aunque son eficaces en raras ocasiones. La azatioprina, el metotrexato, la ciclofosfamida y los anti-TNF se han utilizado con resultados diversos por lo que no se pueden realizar recomendaciones robustas con la evidencia actual. Una opción terapéutica a considerar son los macrólidos; la eritromicina mejora la bronquiolitis folicular y constrictiva en AR⁶.

Bronquiectasias: aunque a menudo son asintomáticas, se ha observado que los pacientes con AR tienen mayor índice de

“
La AR se ha relacionado con hiperactividad bronquial, afectación de la pequeña vía aérea y bronquiectasias”

severidad de la bronquiectasias y mayor mortalidad que los pacientes con bronquiectasias idiopáticas. Su presencia supone un aumento de riesgo de infección en estos pacientes que requieren de tratamientos inmunosupresores para controlar la actividad articular. No existen pautas específicas de tratamiento en la AR; es el mismo que se utiliza en bronquiectasias no asociadas a AR y que consiste en broncodilatadores, fisioterapia respiratoria y antibióticos en caso de sobreinfección.

AFECTACIÓN PLEURAL

La inflamación de la pleura, su engrosamiento y el derrame pleural es frecuente, si bien solo el 3-5% presentan síntomas relacionados. Si el derrame pleural es pequeño y asintomático, no precisa ningún tratamiento específico y la mayoría de los casos remiten con el tratamiento de la AR. Si el derrame es mayor de 1 cm en las imágenes obtenidas en decúbito, debe realizarse siempre toracocentesis y estudiar las características del líquido pleural para realizar un diagnóstico diferencial adecuado. Hay que tener en cuenta que los derrames de origen tuberculoso y los de etiología neoplásica pueden simular un derrame reumatoide. Cuando los derrames son sintomáticos el tratamiento es realizar toracocentesis para drenar la mayor cantidad de líquido posible.

NÓDULOS REUMATOIDES

Los nódulos pulmonares pueden aparecer en las vías aéreas y en el pulmón. La mayoría de las veces son asintomáticos y no requieren tratamiento si no surgen complicaciones. Los de mayor tamaño pueden cavitarse, producir hemoptisis, derrame pleural, neumotórax espontáneos o fístulas broncopleurales. Se ha visto aumento de nódulos pulmonares en relación al tratamiento con metotrexato y anti-TNF aunque no está claro si esto es motivo de retirar el fármaco.

El rituximab puede favorecer la disminución de número y de tamaño de los nódulos pulmonares⁷.

ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL

El tratamiento de la AR en las últimas décadas ha cambiado de forma muy llamativa, por la introducción de nuevos criterios de clasificación que permite identificar a los pacientes de forma precoz, por tener un objetivo terapéutico más exigente y por disponer de mayor número de fármacos efectivos con distintos mecanismos de acción. Aunque en las últimas décadas se han producido grandes avances en el manejo de esta enfermedad articular, en el momento actual no disponemos de medicamentos aprobados para el tratamiento de la EPI en AR (EPI-AR).

La EPI es la manifestación pulmonar más frecuente en AR y la segunda causa de mortalidad. La forma de presentación EPI-AR tiene una variedad de subtipos radiográficos e histopatológicos que están muy bien definidos y que coincide con los de las neumonías intersticiales idiopáticas. La más frecuente en AR es la neumonía intersticial usual (NIU) a diferencia del resto de enfermedades autoinmunes en las que la más frecuente es la neumonía intersticial no específica (NINE). En la AR la segunda en frecuencia es la NINE seguida de otros patrones menos frecuentes que son la neumonía organizada (NO), el daño alveolar difuso (DAD), la neumonía intersticial linfocítica (NIL) y la neumonía intersticial descamativa. Cada vez hay más evidencia de que los pacientes con patrón NIU tienen unas características clínicas, evolución y pronóstico diferente al que tienen los pacientes con patrón no NIU.

Se han descrito numerosos medicamentos como posibles terapias para la EPI-AR, pero hasta el momento no disponemos de grandes ensayos clínicos controlados aleatorizados que nos ayuden a establecer unas pautas de tratamiento consensuadas. Muchas de las recomendaciones existentes se han extrapolado de los estudios realizados en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI)



o de los realizados en pacientes con otras enfermedades del tejido conectivo generalmente esclerosis sistémica con EPI. En los últimos años el tratamiento de la EPI-AR ha suscitado una gran preocupación, debido a que el control de la enfermedad articular no se traduce en el control de la enfermedad pulmonar, y el manejo óptimo requiere un enfoque multidisciplinar entre neumólogos y reumatólogos.

El tratamiento de la EPI-AR consta de medidas de apoyo y terapias antiinflamatorias que se dirigen a los procesos inflamatorios responsable de la enfermedad⁴. Independientemente del patrón de afectación existente se recomiendan medidas generales que incluyen abandono del hábito tabáquico para lo cual, si es preciso, debe recurrirse a una consulta de tabaquismo y al uso de tratamiento farmacológico, además de técnicas conductuales de apoyo psicológico adaptadas a cada paciente, suplementación con oxígeno en caso de insuficiencia respiratoria, vacunación antigripal y antineumocócica tanto la polisacárida (VNP-23) como la conjugada (VNC-13) según las recomendaciones establecidas, fisioterapia respiratoria y profilaxis de pneumocystis jirovecii cuando esté indicado.

El tratamiento farmacológico de la EPI-AR siempre debe individualizarse y depende de la gravedad de la enfermedad, de la situación clínica del paciente, la capacidad pulmonar y los hallazgos radiológicos. Es crucial realizar un seguimiento clínico estrecho para detectar precozmente la aparición de síntomas y la progresión de la enfermedad. Pacientes con enfermedad moderada o grave y con mayor riesgo de progresión considerando como tal, una disminución > 10% en FVC o > 15% en DLCO debe valorarse el inicio de tratamiento con inmunosupresores.

En los patrones donde existe un proceso más inflamatorio como son la NINE, NO y NIL, los glucocorticoides se utilizan como fármaco de primera línea para estabilizar y mejorar el curso de la afectación pulmonar⁸ y la dosis inicial suele ser de 0,5 a 1 mg / kg de prednisolona (generalmente de 40 a 60 mg / día) y reducir de forma progresiva. En estos casos se puede asociar inmunosupresores como azatioprina

o micofenolato mofetilo. El micofenolato mofetilo se ha utilizado en el tratamiento de la EPI en esclerosis sistémica y de ahí se ha extrapolado su uso a pacientes con AR, utilizándose cada vez con más frecuencia. En un pequeño número de pacientes con EPI-AR, se ha observado que el micofenolato contribuye a la mejoría de los síntomas, a la estabilización o mejora en las pruebas de función respiratoria, y a la disminución de dosis de esteroides⁹. Pero hay que mencionar que es poco eficaz en la enfermedad articular activa y por ello requiere con frecuencia el uso concomitante de otros fármacos con eficacia articular.

La ciclofosfamida se ha usado para tratar EPI que no responde a glucocorticoides en exacerbaciones agudas rápidamente progresivas, si bien no existen ensayos controlados aleatorizados en AR. Tomando como referencia los resultados obtenidos en pacientes con esclerosis sistémica el uso de ciclofosfamida no se recomienda en AR con enfermedad pulmonar estable leve o moderada. Sobre el uso de la ciclosporina y otros inhibidores de la calcineurina existe poca experiencia en el tratamiento de la EPI-AR y dado su falta de eficacia en la afectación articular y su perfil de seguridad no suele utilizarse. El papel del rituximab en el patrón NIU es desconocido, pero puede desempeñar un papel en los pacientes con patrones que tienen mayor componente inflamatorio como es la NINE y la NIL. El rituximab ha demostrado estabilización o mejoría de las PFR después de un periodo de seguimiento prolongado. Análisis retrospectivos centrados en el tratamiento EPI-AR con MMF y rituximab combinados han mostrado resultados prometedores objetivándose una tendencia hacia una mejoría de la capacidad vital forzada². Hay evidencia que sugiere que el abatacept puede ser efectivo en el tratamiento de la EPID en la AR.

Mencionar un estudio multicéntrico realizado en España con seguimiento de 9.4 ± 3.2 meses en el que el tratamiento con abatacept se asoció con la estabilización o mejoría de los síntomas, de las pruebas de función respiratoria o TACAR10. La guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con AR publicada en 2019 por la Sociedad Es-

pañola de Reumatología considera que para los pacientes con EPI que precisen tratamiento biológico se recomienda como opción más segura abatacept (Recomendación de grado C) y, como alternativa rituximab (Recomendación de grado D)¹¹. Si bien para el tratamiento de la EPI en sí, aunque en algunos estudios retrospectivos parece que rituximab y abatacept pueden ser eficaces para el tratamiento de la neumopatía, especialmente en los tipos no NIU, se considera que la evidencia disponible es insuficiente y/o inadecuada para emitir una recomendación concluyente en pacientes EPI-AR (Recomendación grado D)¹¹. En los casos de afectación severa hay que considerar el trasplante pulmonar, y no hay que retrasar su derivación a las unidades de trasplantes para ser evaluados.

Se ha observado que las tasas de supervivencia tras trasplante son similares a las de pacientes con FPI con mejoras significativas en la calidad de vida¹². Probablemente en un futuro muy cercano podamos incorporar a nuestro arsenal terapéutico dos agentes aprobados para el tratamiento de la FPI: un inhibidor de la tirosina-kinasa, el nintedanib, y un antifibrótico, la pirfenidona. En el momento actual se está realizando un ensayo clínico con pirfenidona (ensayo TRAIL1) para el tratamiento de determinados pacientes con EPI-AR¹³.

“
El tratamiento
farmacológico
de la EPI-AR
siempre debe
individualizarse”



ENFERMEDAD VASCULAR

La hipertensión arterial pulmonar es muy poco frecuente en la AR. Es muy raro que la vasculitis reumatoide produzca afectación primaria del pulmón. Se ha observado un riesgo ligeramente mayor de trombosis venosa y tromboembolismo pulmonar que en la población sana pero su tratamiento no difiere del realizado fuera del contexto de la AR¹⁴.

TOXICIDAD PULMONAR INDUCIDA POR FÁRMACOS

La enfermedad pulmonar inducida por fármacos debe considerarse cuando un paciente con AR presenta nuevos síntomas respiratorios, nuevos hallazgos en el TACAR o un empeoramiento inesperado de una EPI no justificado por otra causa, como puede ser una infección. Sobre todo, hay que pensarlo si ha existido un cambio terapéutico reciente. Casi todos los fármacos modificadores de la enfermedad tanto sintéticos como biológicos se han asociado con toxicidad pulmonar si bien su prevalencia no es alta. Una revisión sistemática de la literatura realizada recientemente estimó que la prevalencia de EPI inducida por metotrexato, leflunomida o anti-TNF es de alrededor del 1%¹⁵.

“
Casi todos
los fármacos
modificadores de
la enfermedad se
han asociado con
toxicidad pulmonar,
si bien su prevalencia
no es alta”

Si se ha visto que el tratamiento con MTX se asocia con un mayor riesgo de desarrollar toxicidad pulmonar en pacientes con EPI preexistente. Ante la sospecha clínica el tratamiento consiste en la retirada del fármaco, con lo cual se suele observar una mejoría clínica, y en función de la repercusión clínica esteroides y oxigenoterapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Turesson C., et al. Extra-articular disease manifestations in rheumatoid arthritis: incidence trends and risk factors over 46 years. *Ann Rheum Dis* 2003;62(8):722-7.
2. Yunt ZX, Solomon JJ. Lung disease in rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2015 May ; 41(2): 225-236.
3. Devouassoux G., et al. Characterisation of severe obliterative bronchiolitis in rheumatoid arthritis. *Eur Respir J* 2009;33:1053-1061.
4. Esposito AJ, Chu SG, Madan R, Doyle TJ, Dellaripa PF. Thoracic Manifestations of Rheumatoid Arthritis. *Clin Chest Med*. 2019 Sep;40(3):545-560.
5. Tashtoush B., et al: Follicular bronchiolitis: a literature review. *J. Clin. Diagn. Res.* 2015; 9: pp. OE01-5
6. Hayakawa H, Sato A, Imokawa S, et al. Bronchiolar disease in rheumatoid arthritis. *Am J Respir Crit Care Med* 1996;154(5):1531-6.
7. Glace B, Gottenberg JE, Mariette X, et al. Efficacy of rituximab in the treatment of pulmonary rheumatoid nodules: findings in 10 patients from the French Autoimmunity and Rituximab/Rheumatoid Arthritis registry (AIR/PR registry). *Ann Rheum Dis* 2012;1(8):1429-31.
8. Krause ML, Zamora AC, Vassallo R, et al. The lung disease of rheumatoid arthritis. *Curr Respir Med Rev* 2015;11(2):119-29.
9. Bes C. Comprehensive review of current diagnostic and treatment approaches to interstitial lung disease associated with rheumatoid arthritis *Eur J Rheumatol* 2019; 6(3): 146-9
10. Fernández-Díaz C, Loricera J, Castañeda S, López-Mejías R et al. Abatacept in patients with rheumatoid arthritis and interstitial lung disease: A national multicenter study of 63 patients. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 2018; 48: 22-27.
11. Grupo de trabajo de la GUIPCAR. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Artritis Reumatoide. Madrid. Sociedad Española de Reumatología. 2019.
12. Yazdani A, Singer LG, Strand V, et al. Survival and quality of life in rheumatoid arthritis- associated interstitial lung disease after lung transplantation. *J Heart Lung Transplant*. 2014; 33(5): 514-20.
13. Solomon JJ, Danoff SK, Goldberg HJ, Woodhead F, Kolb M, Chambers DC et al. The Design and Rationale of the Trail1 Trial: A Randomized Double-Blind Phase 2 Clinical Trial of Pirfenidone in Rheumatoid Arthritis-Associated Interstitial Lung Disease. *Adv Ther*. 2019 Nov;36(11):3279-3287.
14. Chung WS, Peng CL, Lin CL, et al. Rheumatoid arthritis increases the risk of deep vein thrombosis and pulmonary thromboembolism: a nationwide cohort study. *Ann Rheum Dis* 2014;73(10): 1774-80.
15. Roubille C, Haraoui B. Interstitial lung diseases induced or exacerbated by DMARDS and biologic agents in rheumatoid arthritis: a systematic literature review. *Semin Arthritis Rheum*. 2014 Apr;43(5):613-26.

Utilidad en la práctica clínica de los anticuerpos asociados a cáncer en las miopatías inflamatorias idiopáticas



Dr. Ernesto Trallero

Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario Vall D'Hebrón (Barcelona).

CONCEPTO DE MII

Bajo el término *miopatías inflamatorias idiopáticas* (MII) se agrupan un conjunto heterogéneo de entidades de naturaleza sistémica y origen autoinmune que, globalmente, comparten, entre otras manifestaciones clínico-serológicas, la presencia de una respuesta inflamatoria en la musculatura musculo-esquelética y una serie de anticuerpos específicos de enfermedad. Las recientes clasificaciones de las MII diferencian cinco fenotipos clínico-serológicos¹: dermatomiositis (DM), polimiositis (PM), miositis con cuerpos de inclusión esporádica (MCI), miositis necrosante inmunomediada (MNIM) y un grupo de miopatías con síntomas y anticuerpos de superposición (*overlap myositis*) en el que se incluye el síndrome antisintetasa (SAS).

ASOCIACIÓN ENTRE MII Y CÁNCER

La asociación de algunos tipos de MII con el cáncer, reflejada ya en la clasificación de las MII publicada por Bohan y Peter en

1975², no quedó totalmente confirmada y caracterizada hasta finales de los años 90 a raíz de la publicación de diversos estudios epidemiológicos poblacionales³. Dicha relación no está restringida a un tipo de neoplasia, sino que la distribución de neoplasias en los pacientes con MII parece reflejar, en líneas generales, la observada en la población general.

El término *miositis asociada a cáncer* (MAC) se ha acuñado para hacer referencia a esta asociación. La MAC se considera un subtipo de MII cuya etiopatogenia tiene una naturaleza paraneoplásica. La definición de MAC, basada en datos de estudios epidemiológicos, considera que puede establecerse una relación entre MII y cáncer cuando el tiempo que separa el diagnóstico de ambos procesos es menor a los 3 años. De acuerdo con estos estudios la mayor parte de neoplasias se diagnostican en el año previo y posterior a la MII³. Poder determinar el riesgo de que una MII recién diagnosticada tenga un origen paraneoplá-

sico es esencial para establecer el pronóstico del paciente y decidir las estrategias diagnóstico-terapéuticas a adoptar.

CARACTERIZACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE LAS MII Y EL CÁNCER

El riesgo de presentar una MAC es mayor en pacientes adultos con DM, sin que exista un riesgo incrementado en las formas juveniles (DMJ). Se estima que hasta un 20-30% de adultos con DM (incluyendo las DM clínicamente amiopáticas) pueden presentar una MAC. Los pacientes con DM presentan una razón de incidencia estandarizada de cáncer (SIR, del inglés *standardized incidence ratio*, que representa la razón entre los casos de cáncer reportados y los esperados de acuerdo con la frecuencia poblacional observada en el mismo periodo ajustada por edad y sexo) de 3-4 de forma global y hasta del 17,29 durante el primer año tras el diagnóstico de la DM⁴. El riesgo de neoplasia en pacientes con PM es más controvertido. Aun así, varios estudios

reconocen un incremento de la incidencia de neoplasias en este grupo con unos valores de SIR entre 1,5-2^{3,4}. Hay que tener en cuenta, no obstante, que algunos de estos estudios fueron publicados antes de que se describiera la MNIM como una entidad diferenciada de la PM. Este hecho es relevante, ya que varias series recientes describen un riesgo incrementado de neoplasia en algunos tipos de MNIM⁵. Finalmente, ni las MCI ni el SAS se relacionan globalmente con un aumento de riesgo de MAC.

Se han descrito múltiples factores de riesgo clínicos asociados a las MAC, como la edad avanzada, refractariedad al tratamiento, sexo masculino, presencia de enfermedad intersticial pulmonar o fenómeno de Raynaud entre otros³, sin que ninguno haya alcanzado, en la práctica clínica, una relevancia tan importante como marcador de MAC como la presencia de algunos anticuerpos específicos de miositis (MSAs).

ANTICUERPOS ESPECÍFICOS DE MIOSITIS Y CÁNCER

La presencia de MSAs es una de las peculiaridades más relevantes de las MII. Los MSAs se caracterizan por ser específicos de enfermedad, mutuamente excluyentes entre sí (salvo contadas excepciones) y, lo más importante, por asociarse a fenotipos clínicos determinados.

El principal MSA asociado a cáncer es el anti-TIF1 γ (dirigido frente a la proteína *transcription intermediary factor 1 gamma*). De una manera menos consistente también se ha descrito una probable asociación entre las MAC y los anticuerpos anti-NXP-2 (*antinuclear matrix protein-2*), el anti-HMGCR (*3-hydroxy-3-methylglutaryl-coenzyme A reductase*) y el anti-SAE (*small ubiquitin-like modifier-1 activating enzyme*).

ANTI-TIF1 γ

El anti-TIF1 γ , previamente conocido como anti-p155 o anti-p155/140, es el principal MSA asociado a MAC. Se trata de un anticuerpo específico de DM (incluyendo las formas clínicamente amiopáticas), presente en un 13-31% de pacientes adultos con esta entidad. Un metanálisis estimó que, en pacientes con DM, el ser portador del anticuerpo anti-TIF1 γ incrementaba 27 veces el riesgo de presentar una MAC⁶. Este riesgo parece no extenderse más allá de los 2,5-3 primeros años tras el diagnóstico de la DM de acuerdo con los datos de un reciente estudio en el que se realizó un seguimiento de pacientes con DM y anti-TIF1 γ durante una mediana de 10 años⁷. A pesar de esta clara asociación con el cáncer, este autoanticuerpo no ha sido detectado en cohortes de pacientes con otros síndromes paraneoplásicos o tumores sólidos. Desde un punto de vista práctico la utilidad de anti-TIF1 γ en la valoración de MAC en las DM radica fundamentalmente en su alto valor predictivo negativo⁶. Paradójicamente, en las DMJ, en las que el anti-TIF1 γ es uno de los anticuerpos más frecuentes (22-29%), no se observa ninguna asociación con un riesgo incrementado de padecer neoplasias.

Dos estudios independientes han reportado la existencia de un fenotipo de

“La utilidad de anti-TIF1 γ en la valoración de MAC en las DMA radica en su alto valor predictivo negativo”

pacientes adultos jóvenes con DM en el que, de manera similar a lo que ocurre en las DMJ, la presencia de anti-TIF1 γ no se asociaría a una mayor incidencia de neoplasias⁷. Aunque se señala la edad de 39 años como el dintel que definiría este fenotipo de pacientes esta referencia etaria debe de tomarse con cautela, ya que, en la propia experiencia acumulada en el Hospital Vall d'Hebron, contamos con dos casos de pacientes con DM y MAC, ambas portadoras de anti-TIF1 γ , cuya DM debutó entre los 33 y 35 años.

ANTI-NXP2

El anti-NXP-2 es también un anticuerpo específico de las DM. Su prevalencia oscila entre un 20-25% en las DMJ y en torno al 10-25% en adultos. En ambos grupos se asocia a calcinosis cutánea. Su asociación con las MAC en pacientes adultos se ha sugerido en base a los resultados de dos estudios independientes. En uno de ellos se estimó que los pacientes con anti-NXP2 tenían un riesgo 3,68 veces mayor de padecer un cáncer que la población general⁸. En el otro se estableció un SIR de 8,14⁹, que, aunque elevado, queda lejos de los valores de riesgo del anti-TIF1 γ .

ANTI-SAE

La posible asociación de anti-SAE con las MAC proviene de un único estudio que describió un riesgo 12,92 veces mayor de padecer un cáncer en portadores de este anticuerpo en relación a la población general⁹. Anti-SAE es un anticuerpo específico de DM, con una prevalencia en torno a un 5-10% en las series publicadas. Se asocia habitualmente a eritema periungueal y a una clínica cutánea florida. El valor de este resultado deberá de ser reafirmado en futuros estudios.



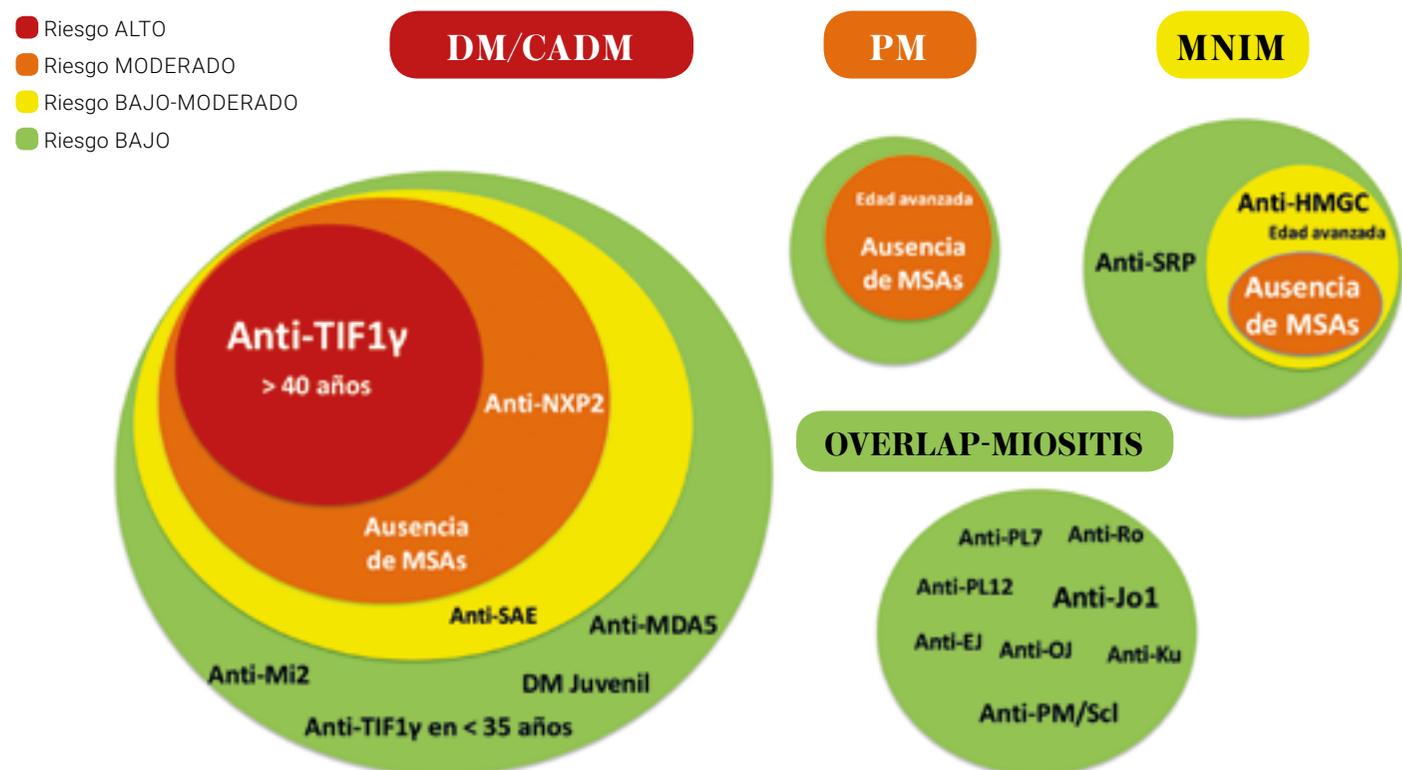


Figura 1: Estratificación del riesgo de presentar una miositis asociada a cáncer en pacientes con MII.

“
**Los MSAs
 asociados a cáncer
 nos aportan una
 información muy
 relevante para
 la identificación
 de pacientes
 con riesgo
 incrementado
 de MAC”**

ANTI-HMGCR

El anti-HMGCR es un anticuerpo dirigido frente a la enzima 3-hidroxi-3-metilglutaril coenzima A reductasa y se describió inicialmente asociado a la toma de estatinas en el contexto de MNIMs. No obstante, también se ha descrito, aunque de forma menos habitual, en pacientes con otros subtipos histológicos de MII, como DM o miositis no específicas¹⁰. Recientemente dos estudios de grupos independientes han reportado una elevada incidencia de neoplasias en pacientes con anti-HMGCR en comparación con la esperada en la población general^{5,10}. Esta asociación se ha visto en pacientes portadores de este anticuerpo independientemente del tipo histológico de MII. Por otro lado, muchos de estos pacientes no habían tenido exposición a estatinas, lo que ha llevado a considerar que la etiología paraneoplásica puede ser una de las causas del desarrollo de estos anticuerpos.

VALOR DE LA AUSENCIA DE MSAs

La ausencia de anticuerpos, tanto de

MSAs como de anticuerpos asociados (ej. anti-Ro, anti-RNP, etc.) se ha relacionado también con un incremento en el riesgo de MAC independientemente del tipo histológico de MII⁹. En el caso de las MNIM se ha cuantificado incluso un mayor riesgo de neoplasias en estos pacientes que el que tienen los portadores de anti-HMGCR⁵.

ASOCIACIONES DE MAC CON OTROS MSAs

Las asociaciones espúreas descritas a raíz de pequeñas series de casos entre algunos MSAs como el anti-Mi2, al anti-MDA5 o los anticuerpos anti-sintetasa y diagnósticos de neoplasias que cumplen el criterio de MAC, no han podido ser confirmadas en ninguna de las series publicadas en los últimos años. La presencia de estos MSAs, por tanto, confieren a una MII un riesgo bajo de asociarse a una neoplasia.

COROLARIO: UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS ANTICUERPOS ASOCIADOS A CÁNCER

El estudio de MSAs en el proceso diag-

nóstico de un paciente con MII es, en la actualidad, una práctica obligada, ya que junto con la evaluación clínica y la biopsia muscular nos proporcionan una información esencial sobre los riesgos y el pronóstico de nuestros pacientes.

La asociación de las MII con el cáncer forma parte ya del imaginario médico relacionado con esta patología. Esta fuerte asociación lleva al facultativo a realizar un cribado de neoplasia a todo paciente que debuta con una MII. La evidencia científica, revisada someramente en las líneas previas, nos indica sin embargo que el riesgo de presentar una MAC no es el mismo en todos los pacientes con MII. Así, podríamos establecer, que no a todos los pacientes con MII se les debería practicar un cribado de cáncer. Es en este punto donde, junto con los datos clínicos e histológicos, la información que nos brindan los anticuerpos nos sirve de gran ayuda para estratificar el riesgo que tiene un paciente de presentar una MAC (Figura 1).

Al igual que hacemos con otros anticuerpos, la interpretación de un resultado positivo de un MSA debe contextualizarse en el escenario clínico en el que se presenta. Como primera premisa, dicho resultado debe ser congruente con la realidad clínica en la que se da. Una positividad para anti-TIF1 γ en un paciente sin una DM nunca ha de ser motivo *per se* para iniciar una búsqueda de una neoplasia oculta. De igual forma, una positividad para anti-TIF1 γ en un paciente con DM se interpretará de forma diferente si se da en una niña, en una mujer de 20 años o en una paciente de 79 años.

En el contexto clínico adecuado, la positividad de alguno de los MSAs asociados a cáncer (anti-TIF1 γ , anti-NXP-2, anti-SAE o anti-HMGCR) o la ausencia de cualquier MSA, debe alentarnos a realizar un cribado de neoplasia exhaustivo y justifica, en caso de que no se solicite de rutina, la realización de exploraciones como el PET/TC, orientadas a aumentar la sensibilidad para detectar tumores ocultos.

La positividad para otros tipos de MSA diferentes a los mencionados podría considerarse inicialmente como un factor protector de MAC. La realización de un cribado de neoplasia en presencia de estos últimos anticuerpos quedaría a criterio del clínico y en la decisión deben de valorarse otros aspectos como el tipo histológico de MII, la edad del paciente, la presencia de alguno de los signos clínicos clásicamente asociados a MAC (ej. refractariedad al tratamiento, necrosis cutánea, etc.) e incluso experiencias previas de cada facultativo. En algunos escenarios, no obstante, como por ejemplo en el caso de un paciente con una MNIM portador del anticuerpo anti-SRP o un síndrome antisintetasa con una PM o sin afectación muscular, podría obviarse razonablemente la realización de un cribado de neoplasia.

En pacientes con MII y un cribado de neoplasia negativo al diagnóstico, la presencia de anticuerpos como el anti-TIF1 γ o, por extensión, de alguno de los anticuerpos asociados a MAC, debe mantener al clínico en alerta

durante los primeros meses y años de seguimiento sobre la posibilidad de desarrollo de un cáncer. Esta sospecha se ha de incorporar a la rutina de seguimiento, que deberá incluir las acciones y medidas necesarias para su evaluación periódica: anamnesis y exploración física exhaustiva y dirigida en cada visita, seguimiento estrecho independientemente de un curso clínico favorable de la MII y repetición periódica de exploraciones complementarias de cribado. La información que nos proporcionan estudios longitudinales de pacientes con anti-TIF1 γ nos permiten determinar que estas estrategias deben mantenerse al menos hasta los 3 años del diagnóstico de la MII, momento en el cual el riesgo de neoplasia en estos pacientes parece igualarse al de la población general.

En resumen, los MSAs asociados a cáncer nos aportan una información muy relevante para la identificación de pacientes con un riesgo incrementado de MAC. Esta información nos permite seleccionar aquellos pacientes a los que aplicar estrategias de cribado de neoplasia más exhaustivas y, en caso de que inicialmente sean negativas, diseñar estrategias de seguimiento estrecho y repetición de las mismas.



BIBLIOGRAFÍA

1. Selva-O'Callaghan A, Pinal-Fernandez I, Trallero-Araguás E, Milisenda JC, Grau-Junyent JM, Mammen AL. Classification and management of adult inflammatory myopathies. *Lancet Neurol* 2018;17(9):816-828.
2. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis (second of two parts). *N Engl J Med*. 1975;292:403-7.
3. Tiniakou E, Mammen AL. Idiopathic inflammatory myopathies and malignancy: a comprehensive review. *Clinic Rev Allerg Immunol* 2017; 52(1):20-33
4. Qiang JK, Kim WB, Baibergenova A, Alhusayen R. Risk of malignancy in Dermatomyositis and Polymyositis. *J Cutan Med Surg* 2017; 21(2): 131-136
5. Allenbach Y, Keraen J, Bouvier AM, Jooste V, Champtiaux N, Hervier B et al. High risk of cancer in autoimmune necrotizing myopathies: usefulness of myositis specific antibody. *Brain* 2016;139:2131-5
6. Trallero-Araguas E, Rodrigo-Pends JA, Selva-O'Callaghan A, et al. Usefulness of antip155 autoantibody for diagnosing cancer-associated dermatomyositis: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis Rheum* 2012; 64:523-532.
7. Oldroyd A, Sergeant JC, New P, McHugh NJ, Betteridge Z, Lamb JA et al. The temporal relationship between cancer and adult onset anti-transcriptional intermediary factor 1 antibody-positive dermatomyositis. *Rheumatology(Oxford)* 2019;58(4):650-655
8. Albayda J, Pinal-Fernández I, Huang W, Parks C, Paik J, Casciola-Rosen L et al. Antinuclear matrix protein 2 autoantibodies and edema, muscle disease, and malignancy risk in dermatomyositis patients. *Arthritis Care Res(Hoboken)* 2017;69(11):1771-1776
9. Yang H, Peng Q, Yin L, Li S, Shi J, Zhang Y et al. Identification of multiple cancer-associated myositis-specific autoantibodies in idiopathic inflammatory myopathies: a large longitudinal cohort study. *Arthritis Res Ther* 2017;19(1):259
10. Kadoya M, Hida A, Hashimoto Maeda M, Taira K, Ikenaga C, Uchio N et al. Cancer association as a risk factor for anti-HMGCR antibody-positive myopathy. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm* 2016;3(6):e290

Tratar la Osteoporosis. ¿Cuánto tiempo se recomienda prolongar los distintos tratamientos antirresortivos?



Dra. Pilar Peris Bernal

Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona.
Universidad de Barcelona.

El abordaje terapéutico de la osteoporosis ha cambiado en los últimos años. Así, se han incluido varios conceptos como son: la “terapia secuencial”, que obliga a planterarse la secuencia de administración de los fármacos disponibles para el tratamiento de la osteoporosis para conseguir una mayor eficacia, y las “vacaciones terapéuticas”, que valora una discontinuación temporal del tratamiento (únicamente aplicable al tratamiento con bisfosfonatos [BPs]) en pacientes que siguen tratamiento prolongado con BPs. Aunque, la duración que debe tener el tratamiento en la osteoporosis no está aclarada; al tratarse de una enfermedad crónica, debe plantearse un tratamiento prolongado que dependerá de la gravedad de la enfermedad y de los factores de riesgo asociados. Ello, no significa que la administración del fármaco antiosteoporótico deba ser permanente y/o que se deba utilizar siempre el mismo preparado. Existen varias situa-

ciones en las que la interrupción y/o el cambio del fármaco puede resultar justificada como son, la respuesta inadecuada, los efectos secundarios o el haber alcanzado el objetivo terapéutico, entre otros. Sin embargo, debido a los distintos mecanismos de acción de los fármacos antiosteoporóticos, es importante conocer la duración y cronología más adecuada en su utilización y cuando y/o como debe realizarse la discontinuación de un fármaco en concreto, ya que todo ello repercutirá en una mayor eficacia terapéutica.

CARACTERÍSTICAS DE LOS TRATAMIENTOS ANTIOSTEOPORÓTICOS

Existen dos grupos fundamentales de fármacos para el tratamiento de la osteoporosis, los osteoformadores y los antirresortivos o anticatabólicos, siendo estos últimos los que se utilizan con más frecuencia. Entre los fármacos osteoformadores destaca la hormona parati-

roidea (PTH 1-34 [teriparatida], y en los últimos años la FDA ha aprobado la utilización de dos nuevos osteoformadores para el tratamiento de la osteoporosis, el péptido relacionado con la PTH (PTHrp [abaloparatida]) y el romosozumab (un anticuerpo monoclonal antiesclerostina que tiene un efecto dual [fundamentalmente estimula la formación ósea, pero también inhibe la resorción]); ninguno de ellos está disponible todavía en nuestro país, y únicamente el romosozumab ha sido aprobado recientemente por la EMA para el tratamiento de la osteoporosis.

La teriparatida y abaloparatida son los únicos fármacos en los que existe una duración recomendada de tratamiento, solo pueden utilizarse durante un periodo máximo de 2 años; tras su discontinuación, además, se produce un aumento de la pérdida de densidad mineral ósea (DMO), por lo que se recomienda administrar un tratamiento antirresortivo al finalizar el tratamiento con estos fármacos^{1,2}. Del mismo modo, el romosozumab también tiene un tiempo limitado de tratamiento de 12 meses, y tras su discontinuación también se produce una pérdida de masa ósea, por lo que debe administrarse un tratamiento antirresortivo tras su finalización³.

Los antirresortivos, como se ha indicado previamente, son los fármacos más



**Los antirresortivos
son los fármacos
más utilizados en
el tratamiento de la
osteoporosis”**

utilizados en el tratamiento de la osteoporosis. Existen distintos tipos de antirresortivos que difieren en su mecanismo de acción, potencia antirresortiva y efecto residual en el tejido óseo tras su discontinuación. Dentro de este tipo de fármacos destacan, los BPs, el denosumab, el tratamiento hormonal y los inhibidores selectivos de los receptores estrogénicos (SERMs).

Los BPs son análogos estructurales del pirofosfato que se unen a los cristales de hidroxiapatita; tras ser internalizados por el osteoclasto durante el proceso de resorción ósea, inhiben su actividad y promueven su apoptosis a través de la inhibición de la enzima farnesil pirofosfato sintetasa (FPPS)^{4,5}. Los principales BPs utilizados en la práctica clínica para el tratamiento de la osteoporosis son, el alendronato (ALD), ibandronato (IBN),

risedronato (RIS) y el zoledronato (ZOL), éste último de administración intravenosa (i.v). Todos ellos son BPs nitrogenados y difieren en su capacidad para unirse a la hidroxiapatita y para inhibir la FPPS, lo que determina su duración en el tejido óseo y su potencia antirresortiva, respectivamente. Así, a mayor inhibición de la FPPS mayor potencia antirresortiva; siendo el ZOL el BP con mayor potencia antirresortiva, seguido por orden decreciente por el RIS, IBN y ALD. Del mismo modo, cuanto mayor es su afinidad por la hidroxiapatita, mayor es la permanencia del BP en el tejido óseo, siendo nuevamente el ZOL el BP con mayor afinidad ósea, seguido del ALD, IBN y RIS^{4,5}. Por lo tanto, cada BP tiene distinto perfil de potencia antirresortiva y afinidad ósea, un hecho que deberá tenerse en cuenta cuando se utilizan estos fármacos, tanto en la duración del tratamiento como en

el de su discontinuación. Asimismo, es interesante recordar que la unión del BP al hueso es virtualmente no saturable, lo que implica que se va a poder acumular una cantidad sustancial de BP en el tejido óseo a lo largo del tiempo, y que tras su discontinuación podría ser liberado del hueso durante un tiempo prolongado.

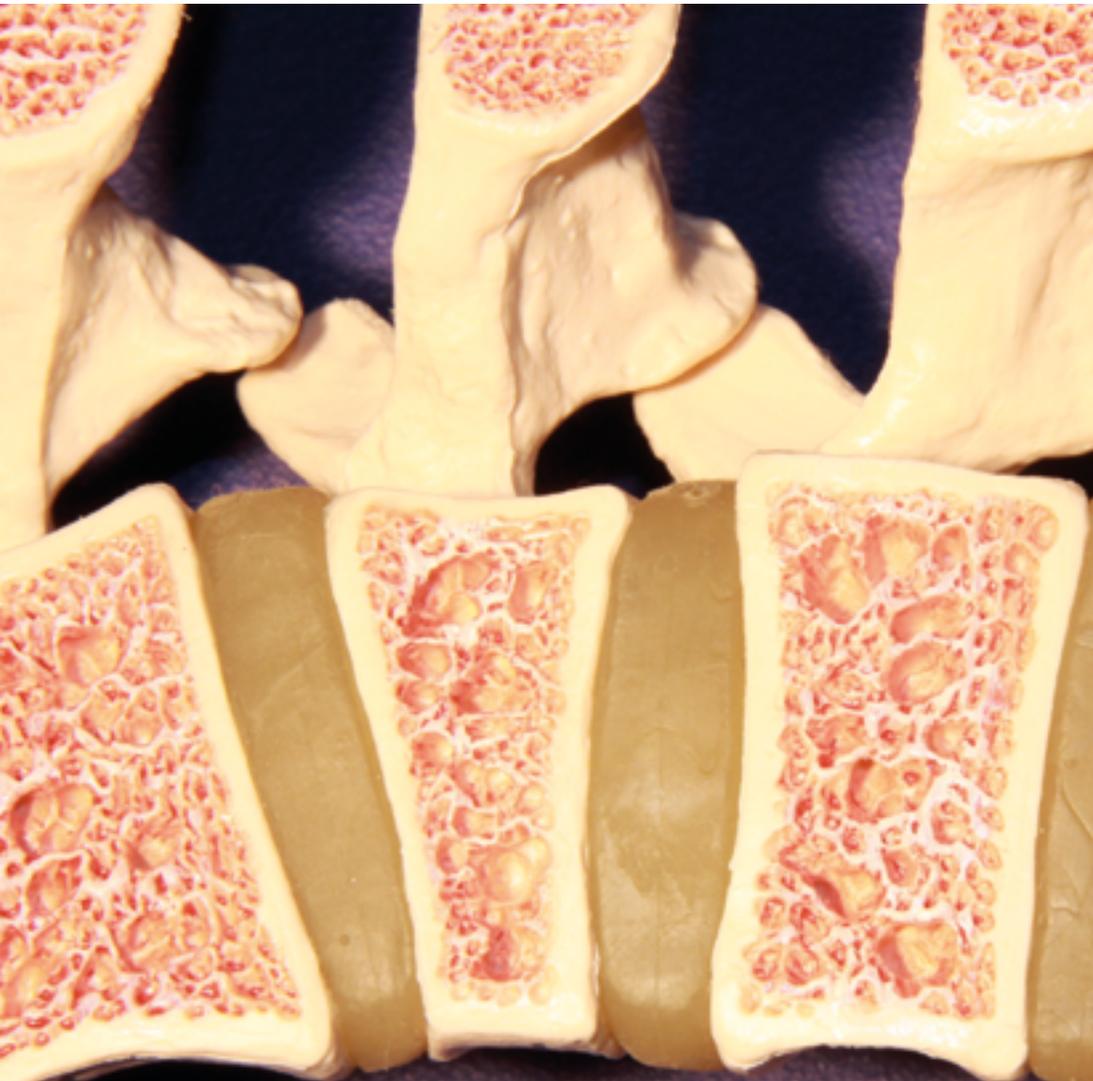
Así, se ha estimado que el tratamiento con ALD durante 10 años daría lugar a la liberación de ~2.5 mg/día de ALD del tejido óseo durante varios meses y/o años^{4,5}. En este sentido, en individuos jóvenes que habían sido tratados con pamidronato i.v. por una osteoporosis severa durante un tiempo medio de 6.7 años se detectó la presencia de este BP en orina tras más de 7 años de haber finalizado el tratamiento⁶. Del mismo modo, en el 41% de un grupo de mujeres que habían seguido tratamiento con ALD por una osteoporosis, se detectó la presencia de este BP tras 19 meses de haber finalizado el tratamiento, un hecho que no se observó en las que siguieron tratamiento con RIS, el BP con menor afinidad ósea, no detectándose en ninguna paciente tras 5 meses de su discontinuación⁷. Es interesante resaltar la concordancia de estos resultados con los hallazgos reportados en diversos estudios clínicos con estos fármacos. Así, los BPs disminuyen los marcadores de recambio óseo, de forma dosis dependiente y BP-dependiente, un efecto que se mantiene durante el tratamiento y que persiste tras su discontinuación (al igual que los valores de DMO). Este último hallazgo, depende además, del BP utilizado^{1,2,8}; habitualmente, cuanto mayor es su afinidad ósea mayor suele ser su efecto residual. Así, se ha observado una disminución persistente del remodelado óseo tras 3 años de haber administrado ZOL⁹, tras 2 años de finalizar ALD¹⁰, y al año de finalizar RIS¹¹. Esta particularidad, permite valorar la posibilidad de discontinuar temporalmente la administración de estos fármacos, un concepto denominado "vacaciones terapéuticas" que debe aplicarse únicamente a los BPs, ya que es el único fármaco antiosteoporótico que se incorpora en el hueso y tiene un efecto residual en el recambio óseo.

Sin embargo, este hecho también se ha asociado a algunos de sus efectos se-

cundarios, como son el desarrollo de osteonecrosis mandibular (ONM) y de la fractura atípica de fémur (FAF). Tales complicaciones constituyen una indicación de retirada del tratamiento. Debe recordarse que se trata de complicaciones extremadamente infrecuentes, con una incidencia entre 1/10,000 y <1/ 100,000 pacientes tratados año para la ONM y de 0.02/1000 pacientes tratados al año para la FAF^{12,13}, que aumenta en relación a la duración del tratamiento con BPs¹³. Este hecho, junto a la ausencia de datos sobre la eficacia antifracturaria a largo plazo (tras 10 años de tratamiento), han condicionado que se valore la posibilidad de discontinuar temporalmente el tratamiento, especialmente en pacientes con bajo riesgo de fractura, ya que además, el riesgo de FAF disminuye rápidamente tras la retirada del BP (13). Sin embargo, debe recordarse que en algunos pacientes la retirada del tratamiento puede asociarse a un incremento del riesgo de fractura, por lo que se recomienda mantenerlo durante al menos 10 (v.o) o 6 años (e.v) cuando exista un riesgo de fractura elevado, ya que la relación riesgo/beneficio sigue siendo claramente beneficiosa para este tipo de tratamiento, habiéndose estimado que por cada FAF presumiblemente atribuible a los BPs se evitarían entre 50-100 fracturas de cadera^{2,13}.

Otro antirresortivo de gran eficacia es el denosumab, un anticuerpo monoclonal humano que bloquea el ligando del receptor activador del factor nuclear κ -B (RANKL) (uno de los principales reguladores moleculares de la osteoclastogénesis); al bloquear el RANKL produce una marcada inhibición de la actividad osteoclastica. En diversos ensayos clínicos, el denosumab ha mostrado un mayor aumento de la DMO, en todas las localizaciones esqueléticas evaluadas cuando se ha comparado con distintos BPs, así como un incremento adicional de la DMO cuando se administra tras la discontinuación de los BPs^{1,14,15}.

Sin embargo, contrariamente a los BP, que tienen un efecto residual en el hueso, la discontinuación de denosumab se asocia a un marcado aumento del recambio y a la pérdida de DMO a partir de los 7-8 meses de finalizar el tratamiento (efecto "rebote") y, en ocasiones, al desarrollo



“
El tratamiento hormonal se ha asociado a una disminución del riesgo de fractura vertebral y periférica”

de fracturas vertebrales espontáneas^{16,17,18}. Por ello, es aconsejable mantener el tratamiento a largo plazo siempre que exista un aumento del riesgo de fractura, y en caso de discontinuarlo, se recomienda realizar tratamiento con BPs. Aunque, la pauta de administración, el tipo de BP y la duración del tratamiento todavía no están aclarados, estudios preliminares sugieren que la administración aislada de 5 mg de zoledronato e.v. no parece suficiente para prevenir totalmente la pérdida ósea¹⁹, por lo que se ha sugerido mantener el tratamiento (ya sea con BPs i.v. vs. orales) durante uno o dos años tras su discontinuación, realizando una monitorización de los marcadores de recambio óseo y de la DMO durante este periodo de tiempo¹⁷. Asimismo, debe recordarse que el denosumab, al igual de los BPs, también se ha asociado al desarrollo infrecuente de ONM y FAF^{1,2}.

El tratamiento hormonal también se ha asociado a una disminución del riesgo de fractura vertebral y periférica, incluida la fractura de fémur; dicho efecto disminuye cuando se discontinúa el tratamiento. Sin embargo, actualmente, salvo en mujeres jóvenes con hipogonadismo y/o menopausia precoz, la terapia hormonal ya no se recomienda en las guías de práctica clínica para el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica debido a sus efectos secundarios¹. Por otro lado, los SERMs, como el raloxifeno y el bazedoxifeno, únicamente han demostrado un efecto preventivo en la fractura

vertebral, con datos de seguridad que incluyen 8 años de seguimiento. Debido a las particularidades de estos fármacos, como son su asociación a un aumento del riesgo tromboembólico y su ausencia de eficacia en la prevención de la fractura de cadera, no suelen estar indicados en población de edad avanzada, salvo que no existan otras posibilidades terapéuticas y no estén contraindicados^{1,2}.

CRONOLOGÍA DEL TRATAMIENTO ANTIOSTEOPORÓTICO

Otro punto que debe tenerse en cuenta es el orden de administración de los fármacos antiosteoporóticos²⁰. Así, como se ha indicado previamente, en relación al tratamiento osteoformador con teriparatida, estudios previos^{21,22} evidenciaron que la administración de teriparatida tras finalizar el denosumab se asocia a una pérdida adicional de la DMO, mientras que si esta se administra inicialmente y seguidamente se administra denosumab, se consigue un aumento adicional de masa ósea de forma mantenida. Siendo esta aproximación terapéutica secuencial la que se asocia a un mayor incremento de la DMO (del orden del 18.3% en columna lumbar y 8.3% en cuello de fémur a los 48 meses de tratamiento). Asimismo, existen varios estudios que administran PTH en pauta secuencial con otros fármacos (fundamentalmente BPs), que concluyen que la administración de teriparatida debe seguirse de un tratamiento antirresortivo, y que la administración de BPs previamente a la de

PTH aunque enlentece su efecto, no lo disminuye, ni tampoco reduce su eficacia antifracturaria^{1,2,20,23,24}.

Así, cuando se inicie tratamiento con teriparatida, como ya se ha señalado, deberá suspenderse a los 24 meses y seguidamente, con el fin de mantener e incluso incrementar el beneficio alcanzado, se deberá administrar un tratamiento antirresortivo, ya sea BPs, denosumab o SERMs^{1,2,23}. En caso de que la paciente inicie tratamiento con SERMs, dado que éste está indicado en mujeres relativamente jóvenes y con bajo riesgo de fractura de cadera, se aconseja sustituirlo por otro fármaco cuando varíen las características de la paciente (especialmente si disminuye su eficacia y aumenta el riesgo de fractura no vertebral); el fármaco por el que puede sustituirse, puede ser un BPs o denosumab, y si presenta fracturas vertebrales, puede valorarse la teriparatida.

Cuando se inicie tratamiento con BPs, tras 5 años de tratamiento con dichos fármacos (3 para ZOL), en función la respuesta al tratamiento y del riesgo de fractura, debe plantearse la necesidad de continuar o no con el tratamiento. Si el riesgo no está aumentado, se puede plantear una discontinuación temporal del tratamiento. Si el riesgo persiste aumentado, es aconsejable mantenerlo; si bien, también puede sustituirse por otros fármacos como la teriparatida, denosumab u otro BPs con distinta vía de administración. Este cambio en el tratamiento se valorará especialmente cuando exista una respuesta inadecuada al tratamiento²⁵.

DURACIÓN RECOMENDABLE DEL TRATAMIENTO ANTIOSTEOPORÓTICO

Los fármacos antirresortivos (BPs, denosumab y SERMs), al contrario que la teriparatida, no tienen una duración restringida del tratamiento. Habiéndose realizado estudios con un máximo de seguimiento de 8 años para el raloxifeno, 7 para el RIS y 10 y 9 años para el ALD y ZOL respectivamente^{1,9,10}, en estos dos últimos estudios (FLEX y HORIZON) existía, además, un grupo control que permitía analizar el efecto de la discontinuación de tratamiento a los 5 años, en el caso del ALD (estudio FLEX) y a los 3 años y 6 años, con el ZOL (estudio HORIZON)^{9,10}. En base a estos estudios, se observó que pacientes tratadas





con ALD durante 5 años y que discontinuaban el tratamiento, presentaban una mayor incidencia de fractura vertebral clínica respecto a las que lo mantenían durante 10 años (del orden de 55% [RR: 0,45; 0,24-0,85]) y una disminución progresiva de la DMO en fémur (~2.5%), especialmente tras 2 años de finalizar el tratamiento con ALD¹⁰. Del mismo modo, las pacientes que discontinuaron el ZOL a los 3 años presentaron una mayor incidencia de fracturas vertebrales morfométricas cuando se compararon con las que siguieron este tratamiento durante 6 años (del orden del 50% inferior [OR: 0,51; 0,26-0,95])⁹; sin embargo, mantener el tratamiento con ZOL durante 9 años, no supuso ninguna ventaja respecto a realizarlo durante 6 años (26). El tener fracturas vertebrales al inicio del tratamiento o nuevas fracturas durante el seguimiento, o tener un T-score < -2.5 en fémur proximal en el momento de su discontinuación fueron los principales factores de riesgo para el desarrollo de fracturas tras la discontinuación del fármaco en ambos estudios^{9,10}.

En base a estos estudios se recomienda mantener el tratamiento (hasta 10 años con BPs orales o hasta 6 años con ZOL) en pacientes con alto riesgo de fractura, especialmente pacientes con fracturas vertebrales previas, que hayan presentado fracturas durante tratamiento y/o con un T-score ≤ -2,5 en fémur proximal,

teniendo en cuenta que la edad >75 años también constituye un factor de riesgo en este grupo de población^{1,2}.

En este sentido, nuevos re-análisis del estudio FLEX han mostrado que, si bien, la disminución media de DMO en fémur proximal a los 5 años de discontinuar ALD fue del 2.5%, existía un subgrupo de pacientes, cercano al 30%, que presentó una pérdida de DMO >5% en esta localización; la edad, el tabaquismo y el IMC, fueron los factores que se asociaron a esta mayor pérdida ósea²⁷. Asimismo, tras discontinuar el tratamiento con ALD un 22% de las pacientes desarrollaron fracturas clínicas, siendo las pacientes de mayor edad y las que tenían una DMO baja en fémur las que presentaron esta complicación²⁸.

Estudios recientes también confirman este hecho, reportando el desarrollo de fracturas en algunos pacientes que discontinúan el tratamiento con BPs, un hallazgo que debe ser tenido en cuenta cuando se valoren "vacaciones terapéuticas" en estos pacientes, ya que no estarían indicadas en pacientes con alto riesgo de fractura. Del mismo modo, debe recordarse que existen otros factores de riesgo adicional en el desarrollo de fracturas, como son el tratamiento con glucocorticoides, especialmente cuando se utilizan dosis altas de forma crónica, o bien, el tratamiento con inhibidores de la aromatasa para cáncer de mama y el bloqueo androgénico, entre otros. En estos casos, según el riesgo del paciente, también estará indicado mantener el tratamiento antiosteoporótico mientras sigan dichas terapias.

Asimismo, el denosumab produce un incremento progresivo de la DMO durante al menos 10 años de tratamiento, mante-

niendo su eficacia antifractura a lo largo del tiempo^{29,30}. No se ha establecido la duración máxima de dicho tratamiento, pero en base a estudios de eficacia antifracturaria, se ha indicado que cuando se alcanza un T-score >-2 en fémur proximal disminuye de forma considerable el riesgo de fractura y podría valorarse su discontinuación³¹. Sin embargo, como se ha indicado previamente, en caso de considerar la discontinuación de este fármaco, deberá instaurarse tratamiento con BPs y controlar la evolución de la DMO durante un periodo de 1-2 años.

En resumen, si bien, los objetivos a alcanzar en el tratamiento de la osteoporosis no están claramente definidos, parece recomendable intentar alcanzar un objetivo terapéutico que supere el -2.5 T/-2 T en fémur proximal, y que además, el/la paciente no haya presentado fracturas en los últimos 3 años. Una vez alcanzados los objetivos terapéuticos, tras 5 años de tratamiento con BPs v.o. ó 3 por vía e.v. se podría valorar discontinuar el fármaco. Recordando que se trata de una decisión individualizada, en la que debe analizarse el riesgo de fractura del paciente en el momento de la discontinuación. Asimismo, tras la suspensión del tratamiento se aconseja monitorizar al paciente, recordando que dependiendo del fármaco utilizado (como es el caso del denosumab), tendrá que realizarse un tratamiento adicional tras su discontinuación. El tiempo de discontinuación no está aclarado, pero podría oscilar entre 1-3 años, dependiendo del fármaco (BPs) utilizado.

Aunque existe poca evidencia, es posible que la valoración de los marcadores de recambio óseo y la DMO pueden ser útiles en la monitorización de estos pacientes.

“
**Tras la supresión
 del tratamiento
 se aconseja
 monitorizar al
 paciente recordando
 que según el
 fármaco utilizado
 tendrá que realizar
 un tratamiento
 adicional**”

REFERENCIAS

1. J. González-Macías, J. del Pino-Montes, J.M. Olmos, X. Nogués et al. Guías de práctica clínica en la osteoporosis posmenopáusica, glucocorticoidea y del varón. Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral (3.a versión actualizada 2014). *Rev Clin Esp* 2015; 215:515-26.
2. Naranjo Hernández A, Díaz Del Campo Fontecha P, Aguado Acín MP et al. Recommendations by the Spanish Society of Rheumatology on Osteoporosis. *Reumatol Clin*. 2019; 15:188-210.
3. Lewiecki EM, Dinavahi RV, Lazaretti-Castro M et al. One Year of Romosozumab Followed by Two Years of Denosumab Maintains Fracture Risk Reductions: Results of the FRAME Extension Study. *J Bone Miner Res*. 2019 ;34:419-428.
4. McClung M, Harris ST, Miller PD et al. Bisphosphonate therapy for osteoporosis: benefits, risks, and drug holiday. *Am J Med*. 2013;126:13-20.
5. Diab DL, Watts NB. Bisphosphonate drug holiday: who, when and how long. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2013;5:107-11.
6. Papapoulos SE, Cremers SC Prolonged bisphosphonate release after treatment in children. *N Engl J Med*. 2007 ;356:1075-6.
7. Peris P, Torra M, Olivares V et al. Prolonged bisphosphonate release after treatment in women with osteoporosis. Relationship with bone turnover. *Bone* 2011;49:706-9.
8. Black DM, Bauer DC, Schwartz AV, Cummings SR, Rosern CJ. Continuing bisphosphonate treatment for osteoporosis- For whom and for how long? *NEJM* 2012; 366: 2051-3.
9. Black DM, Reid IR, Boonen S et al. The effect of 3 versus 6 years of zoledronic acid treatment of osteoporosis: a randomized extension to the HORIZON-Pivotal Fracture Trial (PFT). *J Bone Miner Res* 2012;27:243-54.
10. Black DM, Schwartz AV, Ensrud KE et al. Effects of continuing or stopping alendronate after 5 years of treatment: the Fracture Intervention Trial Long-term Extension (FLEX): a randomized trial. *JAMA*. 2006;296:2927-38.
11. Eastell R, Hannon RA, Wenderoth D, Rodriguez-Moreno J, Sawicki A. Effect of stopping risedronate after long-term treatment on bone turnover. *J Clin Endocrinol Metab* 2011;96:3367-73.
12. Khosla S, Burr D, Cauley J, Dempster DW et al. Bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw: report of a task force of the American Society for Bone and Mineral Research. *J Bone Miner Res*. 2007;22:1479-9
13. Langdahl BL. Treatment breaks in long-term management of osteoporosis. *Eur J Endocrinol*. 2019;1;180:R29-R35
14. Anastasilakis AD, Polyzos SA, Efsthadiadou ZA et al. Denosumab in treatment-naïve and pre-treated with zoledronic acid postmenopausal women with low bone mass: Effect on bone mineral density and bone turnover markers. *Metabolism*. 2015;64:1291-7.
15. Anastasilakis AD, Polyzos SA, Gkiomisi A et al. Denosumab versus zoledronic acid in patients previously treated with zoledronic acid. *Osteoporos Int*. 2015;26:2521-7.
16. Anastasilakis AD, Polyzos SA, Makras P, Aubry-Rozier B, Kaouri S, Lamy O. Clinical Features of 24 Patients With Rebound-Associated Vertebral Fractures After Denosumab Discontinuation: Systematic Review and Additional Cases. *J Bone Miner Res*. 2017;32:1291-6
17. Tsourdi E, Langdahl B, Cohen-Solal M et al. Discontinuation of Denosumab therapy for osteoporosis: A systematic review and position statement by ECTS. *Bone*. 2017;105:11-
18. Florez H, Ramírez J, Monegal A, Guañabens N, Peris P. Spontaneous vertebral fractures after denosumab discontinuation: A case collection and review of the literature. *Semin Arthritis Rheum*. 2019;49:197-203
19. Reid IR, Horne AM, Mihov B, Gamble GD. Bone Loss After Denosumab: Only Partial Protection with Zoledronate. *Calcif Tissue Int*. 2017;101:371-374.
20. Guañabens N, Moro-Álvarez MJ, Casado E, et al. The next step after anti-osteoporotic drug discontinuation: an up-to-date review of sequential treatment. *Endocrine*. 2019;64:441-55.
21. Leder BZ, Tsai JN, Uihlein AV et al. Denosumab and teriparatide transitions in postmenopausal osteoporosis (the DATA-Switchstudy): extension of a randomised controlled trial. *Lancet*. 2015;386:1147-55.
22. Leder BZ, Tsai JN, Jiang LA, Lee H. Importance of prompt antiresorptive therapy in postmenopausal women discontinuing teriparatide or denosumab: The Denosumab and Teriparatide Follow-up study (DATA-Follow-up). *Bone*. 2017;98:54-8.
23. Cosman F, Nieves JW, Dempster DW. Treatment Sequence Matters: Anabolic and Antiresorptive Therapy for Osteoporosis. *J Bone Miner Res*. 2017;32:198-202.
24. Geusens P, Marin F, Kendler DL, Russo LA et al. Effects of Teriparatide Compared with Risedronate on the Risk of Fractures in Subgroups of Postmenopausal Women with Severe Osteoporosis: The VERO Trial. *J Bone Miner Res*. 2018 ;33:783-94
25. Diez-Perez A, Adachi JD, Agnusdei D et al. Treatment failure in osteoporosis. *Osteoporos Int*. 2012 ;23:2769-74.
26. Black DM, Reid IR, Cauley JA et al. The effect of 6 versus 9 years of zoledronic acid treatment in osteoporosis: a randomized second extension to the HORIZON-Pivotal Fracture Trial (PFT). *J Bone Miner Res*. 2015;30:934-44.
27. McNabb BL, Vittinghoff E, Schwartz AV et al. BMD changes and predictors of increased bone loss in postmenopausal women after a 5-year course of alendronate. *J Bone Miner Res*. 2013;28:1319-27.
28. Bauer DC, Schwartz A, Palermo L et al. Fracture prediction after discontinuation of 4 to 5 years of alendronate therapy: the FLEX study. *JAMA Intern Med*. 2014;174:1126-34.
29. Ferrari S, Libanati C, Lin CJF, Brown JP et al. Relationship Between Bone Mineral Density T-Score and Nonvertebral Fracture Risk Over 10 Years of Denosumab Treatment. *J Bone Miner Res*. 2019;34:1033-40.
30. Ferrari S, Butler PW, Kendler DL. Further Nonvertebral Fracture Reduction Beyond 3 Years for Up to 10 Years of Denosumab Treatment. *J Clin Endocrinol Metab*. 2019;104:3450-3461.
31. Bone HG, Wagman RB, Brandi ML et al. 10 years of denosumab treatment in postmenopausal women with osteoporosis: results from the phase 3 randomised FREEDOM trial and open-label extension. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2017;5:513-23.

La Sociedad Reumatológica de Euskadi se actualiza en temas novedosos

Los pasados días 29 y 30 de noviembre la Sociedad Reumatológica de Euskadi (SRE) celebró su encuentro anual con gran éxito de asistencia y participación. Casi cincuenta reumatólogos se dieron cita en Bilbao para asistir a las ponencias.

En el encuentro participaron compañeros de distintos lugares de España (Madrid, La Rioja y Jaén) y también locales, abordándose temas de interés científico actual como la revisión de enfermedades autoinflamatorias en el adulto, factores pronósticos y tratamiento de la enfermedad intersticial pulmonar, el *big data* y la adherencia a tratamientos en enfermedades reumáticas.

El sábado 30 fueron convocados por la Junta Directiva a la reunión ordinaria anual para tratar distintos temas de interés concernientes a la especialidad y posteriormente tuvo lugar el ya tradicional "concurso de casos clínicos Dr. Manuel Figueroa" en el que participaron siete residentes del País Vasco.

"Aprovecho para agradecer desde la Junta la participación tanto a los ponentes con sus excelentes ponencias y a los residentes que expusieron casos clínicos con un nivel de sobresaliente. Todos ellos nos aportaron mayor conocimiento en diferentes áreas relacionadas con la especialidad reumatológica", según el Dr. Juanjo Intxausti, presidente de la SRE.



Reumasalud viaja a Bilbao



Los pasados días 22 y 23 de noviembre, la Fundación Española de Reumatología, con la colaboración de la Sociedad Reumatológica de Euskadi (SRE) y la Asociación de Enfermos de Lupus Eritematoso de Bizkaia, organizó Reumasalud 2019 en el Mercado de la Ribera de Bilbao.

Las personas que visitaron este espacio fueron atendidas por los reumatólogos, recibiendo información y recomendaciones sobre las patologías reumáticas.

Esta actividad tuvo una gran acogida entre los ciudadanos y los medios de comunicación local.

La Asociación Reumatológica Extremeña mejora la formación de sus especialistas



Los días 25 y 26 de octubre, Trujillo acogió las Jornadas Intercongreso de la Asociación Reumatológica Extremeña en las que se abordaron temas como las diferencias clínicas y analíticas entre pacientes con espondiloartritis o la inhibición de los JAK en enfermedades inmunomediadas. Además, se hizo una revisión sistemática de la literatura sobre el tratamiento de la afectación pulmonar intersticial en la artritis reumatoide, otra revisión sistemá-

tica sobre el papel de las ERAP1/ERAP2 aminopeptidasas en el desarrollo de las espondiloartritis, y se trataron varios casos clínicos y proyectos que se están llevando a cabo desde la entidad.

A juicio de la Dra. Carmen Carrasco, presidenta de la AREX, "este encuentro fue muy productivo y cabría destacar la alta calidad de los ponentes". Además, sirvió como actualización en muchos aspectos de interés para los especialistas.

Alta calidad científica y grandes momentos, resumen del último Congreso de la SORCOM



El XXIII Congreso de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM) se celebró el 12 y 13 de diciembre estrenando nueva sede con gran aceptación y pleno de asistentes. En el acto inaugural contamos con la presencia del presidente de la SER, el Dr. Juan J. Gómez-Reino, para acompañar al presidente de la SORCOM, el Dr. Carlos Acebes, quien este año finaliza su presidencia para dar paso al Dr. Javier Bachiller.

La ponencia inaugural sobre "deep data e inteligencia artificial en biomedicina" a cargo de la Dra. Sara Marsal supuso la apertura de un congreso cargado de novedosos temas, en los que la especialidad de Inmunología como invitada al congreso y la ciencia básica tuvieron un importante papel, con interesantes ponencias sobre la inmunosenescencia, la permeabilidad intestinal, o la clasificación molecular de las enfermedades autoinmunes sistémicas entre otras interesantes ponencias. También se trataron temas de interés clínico como la aplicación del PET-TC y PET-RM, nuevas terapias como los

antifibróticos, conectivopatías de difícil manejo, o patologías menos conocidas como la sarcopenia.

Algunos de los momentos cumbre del congreso fueron la emotiva conferencia magistral de la Dra. Mari Luz Gámir sobre Reumatología Pediátrica, el resumen de la Dra. Marta Novella sobre "Lo mejor de la Reumatología de la CAM en 2018", y por supuesto la clásica mesa debate anual que esta vez "enfrentó" a los doctores Dr. Alejandro Balsa y Dr. Jose Luis Andréu defendiendo si la remisión en la artritis reumatoide es un objetivo irrenunciable.

SORCOM concedió nuevamente subvenciones de investigación y becas para rotaciones en el extranjero para residentes, y por segundo año participó con el Banco de Alimentos recogiendo material en la campaña "Kilo solidario" con gran éxito. Además, compartió con los asistentes el resultado de la I Carrera Solidaria Solidaria de las Enfermedades Reumáticas SORCOM que se celebró con récord de asistencia en junio de 2019.

Congreso ACR: más allá de la formación

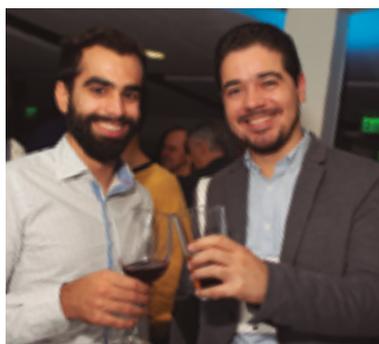
Con motivo de la celebración del Congreso Anual del American College of Rheumatology (ACR), que este año tuvo lugar en Atlanta (EE.UU.), desde la Sociedad Española de Reumatología se organizó una recepción de bienvenida en la que se dieron cita los asistentes al Congreso, tanto socios de la SER, como colaboradores de la Reumatología española.

Fue un emotivo acto de encuentro y agradecimiento a todos los que han contribuido un año más en el Programa SER de apoyo a la investigación en ACR 2019 (UCB, Grunenthal, Mylan, Celgene, GSK, Gilead, Menarini, Lilly, Gebro Pharma, Fresenius Kabi, MSD, Nordic, Pfizer y Sanofi Genzyme), con el objetivo de poder convertir a nuestra sociedad científica en un referente en formación e investigación.

ACR 8-13 NOVIEMBRE
REVIEW ATLANTA

En este marco, se volvieron a grabar las novedades presentadas en los distintos campos a través de ACR Review 2019, una iniciativa que ha contado con la colaboración de Lilly y ha sido coordinada por el Dr. José M^a Pego Reigosa. Se pueden visualizar los vídeos a través de este enlace: acr-review.ser.es y los revisores de este año han sido:

- **ARTRITIS REUMATOIDE CLÍNICA:**
Ramón Mazzuccelli Esteban, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
- **ARTRITIS REUMATOIDE TRATAMIENTO:** **Carlos Marras Fernández-Cid**, Hospital Virgen de la Arrixaca.
- **ESPONDILOARTRITIS CLÍNICA:**
Carlos Montilla Morales, Hospital Clínico Universitario de Salamanca.
- **ESPONDILOARTRITIS TRATAMIENTO:** **Julio Ramírez García**, Hospital Clínic de Barcelona.
- **ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS:** **Vicenç Torrente Segarra**, Hospital Comarcal de Vilafranca del Penedès.
- **INVESTIGACIÓN BÁSICA:**
Francisco J Blanco García, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.
- **MISCELÁNEA:** **Tarek Carlos Salman Monte**, Hospital del Mar.



Avanzamos en el Plan Docente de Reumatología de la SER



La Sociedad Española de Reumatología (SER) confiere carácter estratégico a la docencia universitaria. En este sentido, se han puesto en marcha diversas iniciativas encaminadas a aumentar el número de reumatólogos con cargos

docentes y se ha impulsado el Plan Docente de Reumatología (PDR), una iniciativa orientada a crear un marco de referencia para la enseñanza de la especialidad en el ámbito universitario. El proyecto, que ha contado con la colaboración de Janssen, ha sido coordinado por el Dr. Joan Miquel Nolla, profesor de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Barcelona y jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Bellvitge.

En opinión del Dr. Nolla, “el objetivo principal ha sido crear un plan docente de la asignatura, completo en cuanto a contenidos e innovador en cuanto a metodología, que garantice una formación de calidad y posibilite que el alumno alcance las competencias que se requieren para afrontar los retos que plantean en la actualidad los pacientes con enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas”.

En el desarrollo del PDR han participado la práctica totalidad de los reumatólogos que ejercen como profesores en las universidades españolas. Los contenidos generados se han incluido en un campus virtual.

Se trata de una plataforma viva que recoge las lecciones teóricas y buena parte de los seminarios, que irá incorporando contenidos a lo largo del 2020 y que se irá actualizando.

Próximas CITAS FORMATIVAS



TALLERES IMAGEN SPAIM
24 y 25 de enero, Madrid
Con la colaboración de **Novartis**



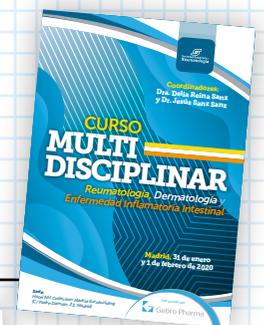
JORNADA BIG DATA
14 y 15 de febrero, Madrid
Con la colaboración de **Lilly**



XIX CURSO TUTORES Y RESIDENTES
Del 12 al 14 de marzo, A Coruña

I CURSO MULTIDISCIPLINAR REUMATOLOGÍA, DERMATOLOGÍA Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTestinal

31 de enero y 1 de febrero, Madrid
Con la colaboración de **Gebro Pharma**



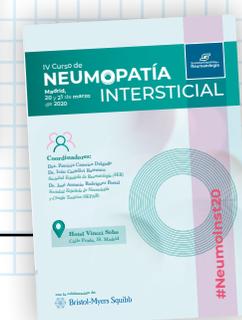
III CURSO DE PATOLOGÍA DEL PIE

21 y 22 de febrero, Madrid
Con la colaboración de **Nordic**



IV CURSO DE NEUMOPATÍA

20 y 21 de marzo, Madrid



La SER por la Reumatología privada, más allá de una Jornada

Según los datos de la encuesta de la Dra. Yoldi y cols, publicada en 2016, en España el 38% de los reumatólogos ejercen en la Medicina privada. Para la Sociedad Española de Reumatología, la actividad privada de los reumatólogos es un área estratégica de especial interés, con una gran potencialidad de desarrollo, preocupándonos por las condiciones laborales de los profesionales y la atención a los pacientes.

Los días 29 y 30 de noviembre hemos celebrado en Madrid la II Jornada 'La SER por la Reumatología Privada', que ha sido muy bien valorada por los asistentes, ya que ha supuesto un foro de diálogo entre los diversos agentes implicados en el que "se han repasado los pasos que hay que dar para iniciarse en la Medicina privada, debatido sobre cómo mejorar las condiciones laborales en este marco de actividad y se han expuesto los beneficios que va a suponer el nuevo nomenclátor de Reumatología, así como las ventajas que traen consigo el uso de nuevas tecnologías, la presencia en redes sociales y la incorporación de terapias innovadoras", tal y como ha señalado el Dr. Marcos Paulino, reumatólogo en el Hospital General de Ciudad Real, responsable de la Comisión de Medicina Privada, relaciones profesionales y servicios al socio de la SER y co-coordinador de la Jornada.

Como se comentaba al inicio de este reportaje, en España un 38% de los reumatólogos ejercen en el ámbito de la Reumatología privada, lo que representa un número muy importante de profesionales. De ellos, 2/3 compaginan esta actividad con su práctica en el sector público; mientras que el resto trabaja en exclusiva en el sector privado.

En los últimos 20 años la Reumatología privada ha aumentado claramente, al igual que lo ha hecho la calidad del servicio ofertado y el nivel científico de los profesionales. Sin embargo, tanto ponentes como asistentes a la Jornada, orga-

nizada con la colaboración de Pfizer, han coincidido en que la mala remuneración de los profesionales que ejercen en la Reumatología privada está estrangulando un modelo de negocio, de por sí muy débil, cuya única defensa para ser rentable parece ser, tal y como apuntaba el Dr. José De la Mata, director del Instituto de Salud Osteoarticular ARI, "evolucionar a un modelo 'low cost' basado en el 'alto volumen' asistencial, con abultada lista de espera y una consulta 'express' deshumanizada". Algo a lo que se oponen, tanto el Dr. De la Mata como el resto de participantes en la Jornada.

La Dra. Paloma García-De la Peña, reumatóloga en la Fundación Investigación Inmunes y co-coordinadora de la Jornada, coincidía con el Dr. De la Mata y señalaba que "a veces, en el ámbito privado se nos tacha de especialidad 'poco rentable' porque existe un gran desconocimiento sobre nuestra especialidad. En los casi trece años que llevo en la Medicina privada son numerosas las veces que he tenido que explicar que además de artrosis, partes blandas y osteoporosis, los reumatólogos vemos patología inflamatoria y patología autoinmune compleja, cuyo manejo del tratamiento requiere un alto nivel de formación y en ocasiones precisa de ingreso hospitalario".

Asimismo, la reumatóloga apuntaba que también existen dificultades a la hora de ejercer la Medicina privada porque "los médicos españoles en su mayoría comienzan ejerciendo en la Sanidad Públi-

ca, por lo que no están acostumbrados a enfrentarse a la autogestión ni a la parte legal y económica de quien ejerce por cuenta propia". En este sentido, desde la SER se está trabajando para proteger la calidad asistencial de los pacientes y las condiciones de trabajo de los profesionales en las consultas privadas de Reumatología. Una prueba de ello es la "Guía de Apertura de una Consulta de Reumatología Privada", un documento que acaba de publicar la SER, bajo la autoría del Dr. Marcos Paulino, para ayudar a todos aquellos reumatólogos que se estén planteando abrir una consulta privada y que está disponible en nuestra página web.

Más allá de esta Jornada, desde la Comisión de Medicina Privada, relaciones profesionales y servicios al socio de la SER se seguirá dando apoyo a todos los profesionales de Reumatología que ejercen en este ámbito.



Los Dres. Beatriz Yoldi, Marcos Paulino y Paloma García-De la Peña, coordinadores de la II Jornada de la SER por la Reumatología Privada.



Algunos de los participantes en la Jornada durante uno de los talleres prácticos.



Manuel Carmona Calderón, representante nacional de la vocalía de la OMC, Dr. Jesús Fernández Sanz, consejero de Sanidad de Castilla la Mancha, Dr Ángel de Benito, secretario general de IDIS, y Dr. Ignacio Para, presidente de la Fundación Bamberg, antes de iniciarse la tertulia en la que participaron.

Novedades sobre el Grupo SERPA

Entrevistamos a la Dra. Paloma García de la Peña, coordinadora del Grupo de especial interés en Práctica Privada, para conocer a fondo en qué están trabajando.

¿EN QUÉ PROYECTOS ESTÁ TRABAJANDO EL GRUPO SERPA?

En primer lugar, nos parecía prioritario dar continuidad a las líneas de trabajo iniciadas por la anterior coordinadora del grupo, la Dra. Beatriz Yoldi. Se hizo un excelente trabajo de actualización y desarrollo de un nuevo Nomenclator. Por eso había que seguir avanzando y con ese fin se llevaron a cabo durante el pasado verano dos reuniones en la OMC con los diferentes representantes de las aseguradoras médicas. Durante dichas reuniones se negoció y se aceptaron la mayoría de las propuestas. Además de crearse un foro de diálogo donde fueron los propios especialistas los que explicaron cómo ha cambiado la práctica clínica de la Reumatología en las dos últimas décadas. El siguiente paso será negociar con cada compañía aseguradora para que se cubran todos los actos del recién aceptado Nomenclator.

Actualmente también estamos trabajando en plantear un "baremo de mínimos" y para ello nos encontramos en fase de asesoramiento por parte del gabinete jurídico de la SER.

Otro de los proyectos, del cual espero que en breve veamos sus

frutos, es la gran encuesta a todos los reumatólogos para poder hacer "la foto" de la situación laboral actual tanto en la privada como en la pública. Por un lado pretendemos actualizar el censo y los datos obtenidos en la última encuesta realizada y poder comparar los resultados obtenidos entonces. También se incluirán aspectos novedosos, como la actitud a tomar en las futuras negociaciones, inclusión de reumatólogos que ejercen en el ámbito privado pero no de manera asistencial (como las personas que trabajan en la industria, o en investigación o en epidemiología y que deberíamos incorporarlos a este grupo o al menos animarles a participar y que se sientan incluidos).

En cuanto a proyectos futuros está el de crear una red de apoyo a los compañeros que ejercen su profesión en solitario que propuso el Dr. Sánchez Bursón.

¿QUÉ INICIATIVAS SE VAN A PONER EN MARCHA?

Creación de documentos específicos que ayuden a realizar el trabajo de una manera más eficaz y ágil. En ese sentido el Dr. Paulino ha elaborado un documento explicando los pasos a seguir cuando un profesional quiere abrir su propia consulta. También en breve incorporaremos documentos específicos que sean homogéneos y avalados desde la SER para permitir a los médicos la solicitud de determinadas técnicas, como un PET o el HLA B27, que en ocasiones son denegadas por las aseguradoras por desconocimiento de su aplicación, necesidad y utilidad en nuestra especialidad. Dichos documentos se podrán descargar directamente desde la página

web de la SER en el apartado de socios. La necesidad del Grupo SERPA de ser más dinámico y mantener informados a los miembros se verá reflejado en la publicación trimestral del "SERPA NEWS".

¿QUÉ LE DIRÍAS A UN SOCIO DE LA SER PARA QUE SE ANIME A FORMAR PARTE DE ESTE GRUPO?

Que es un grupo que necesita el compromiso de sus miembros si pretendemos conseguir mejoras. Contamos con el apoyo de la SER como institución científica y juntos podemos lograr muchas más cosas que por separado y que para poder representarles de la mejor manera posible tenemos que saber cuáles son sus problemas. De manera especial quiero hacer un llamamiento a los jóvenes reumatólogos para que se interesen y participen activamente en este grupo.

ALGO QUE DESEE AÑADIR...

Por otro lado, resaltar también el trabajo en equipo que realizamos los integrantes del grupo SERPA con el coordinador de la Práctica privada en la Junta de la SER, el Dr. Marcos Paulino lo cual sin duda ayuda a afianzar cada paso que damos y potenciar el apoyo desde la SER a todos aquellos reumatólogos que ejercen su profesión en el ámbito privado, ya sea de manera mixta o exclusiva.

Resaltar las dos reuniones por la Reumatología privada organizadas desde la SER y la participación en los últimos congresos de la SER no solo del grupo sino una mesa de tertulia.

Me gustaría destacar que el grupo SERPA necesita tener una

actitud proactiva de los miembros que lo configuran, con el fin de conseguir la dignificación del profesional de nuestra especialidad ejercida en este ámbito y poder dar una asistencia completa e integral a los pacientes.

Muchas gracias por darnos voz en El Reumatólogo.



El grupo SERPA necesita tener una actitud proactiva de los miembros que lo configuran, con el fin de conseguir la dignificación del profesional de nuestra especialidad ejercida en este ámbito"

¡Habemus Nomenclátor!



Estimados compañeros.

El uno de enero de 2020 estrenamos Nomenclátor.

Este nuevo baremo va a contemplar 31 procedimientos en el área de Reumatología. Ha sido negociado con la Organización Médica Colegial y los departamentos médicos de las principales compañías aseguradoras españolas.

Para poneros en antecedentes, el Nomenclátor del que partíamos databa de 1985 y nos dotaba de 18 actos propios. En una actualización posterior, 2011, por motivos no esclarecidos, fue mutilado a 10 y éste

último es el que tenemos vigente; así que pasamos de 10 ó 18 actos, según se mire, a 31.

A grandes rasgos, antes de que lo podamos difundir por los medios, las mejoras más importantes supondrán: atención en hospital de día, el impulso de la ecografía, que nos permitirá incluir procedimientos tales como la ecografía vascular, ecopunciones, bloqueos nerviosos ecoguiados periféricos y articulares, y una ampliación en Reumatología intervencionista que considerará más biopsias y la infiltración de puntos gatillo.

Aunque todo es mejorable, nos sentimos muy satisfechos. Han

sido 6 años de trabajo en el que he contado con el apoyo de la SER en su totalidad, del área de gestión y de investigación, de todos los presidentes (Dres. Moreno, Andreu, Gómez Reino y Álvaro Gracia) y de unos excelentes compañeros de fatigas: Dras Valero, García de la Peña, Acosta, Dres. Caracuel, Gómez Centeno y Paulino Huertas. Muchas gracias a todos ellos.

Acabaré con un brindis: ¡Buen provecho!



Dra. Beatriz Yoldi Muñoz



La Sociedad Española de Reumatología lanza los reconocimientos **Maestros de la Reumatología. Orgullo y legado de la SER**, con el objetivo de distinguir a los socios referentes que han destacado en el ámbito de nuestra especialidad, siendo notoria su excelencia en el ejercicio de su actividad profesional, en diferentes categorías.

- 1 **Maestro de la Reumatología (socio senior)**
- 2 **Reumatólogo con distinción en Reumatología Clínica**
- 3 **Reumatólogo con distinción en Investigación**
- 4 **Reumatólogo con distinción en Docencia/Formación**
- 5 **Reumatólogo con distinción en Reumatología Iberoamericana**

Es momento de honrar a nuestros maestros y reconocerles lo mucho y bueno que han hecho por nosotros y por los pacientes. El plazo de candidaturas está abierto hasta el **1 de febrero**.

Participa enviando tu propuesta de candidatos a comunicacion@ser.es

¡Os esperamos en el I Simposio de osteoporosis y artrosis de la SER!

Entrevistamos al Dr. Francisco Blanco, responsable del Comité Organizador Local y reumatólogo en el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, quien anima a los compañeros a acudir a este encuentro formativo, que tendrá lugar los días 28 y 29 de febrero en A Coruña.



se van a tratar aspectos médicos que afectan a dos de las patologías reumatológicas más frecuentes. La artrosis afecta al 30% de la población mayor de 40 años y la osteoporosis al 15% de la población mayor de 50 años. Estas cifras justifican la celebración de esta reunión y refleja la importancia que estas enfermedades tienen para los reumatólogos.

¿QUÉ TEMAS DEL PROGRAMA CIENTÍFICO DESTACARÍA?

En el simposio se pueden encontrar conferencias centradas en los últimos avances en el área de la etiopatogénesis y también del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las dos enfermedades. Es difícil destacar alguno de ellos porque todos son temas muy actuales y novedosos de la artrosis y osteoporosis. Creo que de todos ellos vamos a aprender cosas y nos van a ayudar a entender mejor estas enfermedades,

pero si me tengo que decidir por uno, lógicamente lo haría por la conferencia magistral la que versara sobre un tema muy actual y también transversal, la senescencia celular. Esta área de conocimiento nos está permitiendo avanzar en cómo se producen estas enfermedades y también en cómo podemos tratarlas mejor.

EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS, ¿HA HABIDO ALGÚN AVANCE SIGNIFICATIVO EN EL CAMPO DE LA ARTROSIS Y LA OSTEOPOROSIS?

La Reumatología en general está experimentando importantes avances en los últimos años, principalmente en el área de los tratamientos. El desarrollo de la Biología Molecular y su aplicación en la Medicina está siendo un factor fundamental en este avance. Aunque estos avances en la artrosis (OA) y osteoporosis (OP) no van a la misma velocidad que otras enfermedades

reumatológicas como la artritis reumatoide o artritis psoriásica, por ejemplo, poco a poco la aplicación de la Biología Molecular empieza a dar sus frutos. En este sentido existen nuevas dianas y nuevos fármacos con resultados esperanzadores y que claramente van a cambiar el tratamiento de la OA y también de la OP. Además de avances en el campo de terapéutica también se están produciendo cambios en el área del diagnóstico y de la clasificación. Por ejemplo, la clasificación de la OA en varios fenotipos es algo que estoy seguro que ya está cambiando la visión de esta enfermedad.

¿CONSIDERA QUE LOS REUMATÓLOGOS ESTÁN CORRECTAMENTE FORMADOS EN ESTOS ÁMBITOS? POR QUÉ ES IMPORTANTE LA ACTUALIZACIÓN...

La Reumatología española, en general, tiene un alto nivel de conocimiento de las enfermedades reumatológicas.

¿QUÉ VALORACIÓN HACE DEL PRÓXIMO SIMPOSIO DE ARTROSIS Y OSTEOPOROSIS QUE SE CELEBRARÁ EN A CORUÑA?

Mi valoración general de la celebración de este simposio no puede ser otra que de muy buena. En este encuentro

Pero este conocimiento se centra sobre todo en el campo de las enfermedades autoinmunes e inflamatorias. Creo que en otras áreas como la OA y OP este conocimiento es menor, sobre todo en lo que se refiere a los últimos avances de diagnóstico, clasificación y manejo del paciente.

¿QUÉ ESPERA DE ESTE ENCUENTRO?

Espero que sea muy productivo para los reumatólogos y que después de asistir a esta reunión se vayan con la sensación de haber mejorado el conocimiento sobre estas enfermedades y que este conocimiento les sirva para mejorar la salud de sus pacientes. Espero también que los reumatólogos jóvenes empiecen a ver estas enfermedades como un campo atractivo para explorar y también trabajar

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

Les animaría diciendo que estoy seguro que en este Simposio se van a tratar temas muy actuales y que rompen con algunos de los conceptos clásicos que tenemos de estas enfermedades. Y también que después de asistir a este Simposio verán estas enfermedades y a los pacientes con estas enfermedades de otra forma. Creo que para los reumatólogos jóvenes (residentes y no residentes) es una oportunidad de explorar un nuevo campo de la Reumatología con un futuro muy importante (no olvidemos que estas enfermedades representan un porcentaje muy alto de los pacientes con enfermedades reumatológicas).

“

Me gustaría que los reumatólogos se vayan del Simposio con la sensación de haber mejorado el conocimiento sobre estas enfermedades y que este conocimiento les sirva para mejorar la salud de sus pacientes”



Arranca el proyecto JUVENSER

La Dra. Sagrario Bustabad, una de las investigadoras principales, junto con el Dr. Juan José Bethencourt, explica objetivos, ventajas y expectativas de este proyecto, que cuenta con el patrocinio de Sanofi Genzyme.



¿QUÉ OBJETIVO TIENE DICHA INVESTIGACIÓN?

Con el proyecto JUVENSER nos hemos propuesto como objetivo principal describir las características sociodemográficas, clínicas y la actividad de la enfermedad de pacientes con Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) que alcanzan su etapa de transición a la vida adulta. Además, como objetivos secundarios vamos a determinar el uso de los distintos fármacos (AINES, DMARDs, biológicos) utilizados en pacientes con AIJ, así como evaluar la reclasificación diagnóstica en la edad adulta. Se incluirán todos los pacientes entre 16 y 25 años con diagnóstico de AIJ que acudan por primera vez o pacientes que, estando comprendidos en ese grupo de edad, han acudido en los últimos 6 meses por primera vez, a una consulta de Reumatología de adultos y que cumplan los criterios de inclusión.

Se ha escogido la AIJ porque es la entidad clínica de mayor prevalencia entre las causas de artritis crónicas infantiles. Según la definición de la *International League of Associations for Rheumatology* (ILAR), "es la artritis de origen desconocido diagnosticada en pacientes antes de los 16 años y que persiste, al menos, durante seis meses". Tenemos 7 diferentes subtipos de AIJ: sistémica, oligoartritis (persistente o extendida), poliartritis se-

ropositiva, poliartritis seronegativa, artritis psoriásica, artritis relacionada con entesitis y artritis indiferenciada.

¿EN QUÉ FASE SE ENCUENTRA EL PROYECTO Y PARA CUÁNDO SE TIENE PREVISTO SU FINALIZACIÓN?

El proyecto ha sido clasificado por la Agencia del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), por lo que, a efectos prácticos, ya está en marcha. Además, hemos presentado el proyecto al Comité Ético de referencia y hemos recibido su aprobación.

Durante el primer cuatrimestre del año se llevó a cabo la selección de los miembros del Comité Científico del proyecto constituido por los Dres. M^a Luz Gamir, Juan Carlos López Robledillo, Jordi Antón y Alina Boteanu, todos ellos con gran experiencia en el área y entusiasmo por este

proyecto. Además, se han seleccionado 15 centros que respondieron a la convocatoria y reunían los requisitos para que el reclutamiento sea un éxito.

El pasado 23 de noviembre se realizó, durante el Congreso de la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica, una reunión de los investigadores en la que se presentó el CRD con el objetivo de resolver las dudas antes del inicio del estudio.

Tenemos el compromiso para arrancar con el trabajo de campo y el reclutamiento de pacientes en abril de 2020 y la fecha prevista de finalización del proyecto se ha marcado en 2023.

¿CÓMO SURTIÓ LA IDEA DE LLEVAR A CABO ESTA INVESTIGACIÓN?

La idea surgió del grupo de trabajo de ERNA-SER, coordinado en ese momento

por el Dr. Juan Carlos López Robledillo, por las dudas existentes con respecto a la transición y seguimiento de estos pacientes. Se comenzó con un trabajo que ha dado un giro y que finalmente se ha planteado de esta manera: un registro de los pacientes diagnosticados de AIJ que alcanza su etapa de transición a la vida adulta.

¿QUÉ VENTAJAS Y BENEFICIOS VA A APORTAR AL ÁMBITO DE LAS AIJ? ¿Y PARA LOS PACIENTES?

La transición de los pacientes con enfermedades crónicas desde la infancia hasta la adolescencia y la edad adulta ha sido motivo de interés por parte de numerosos organismos internacionales.

El tratamiento y seguimiento de los pacientes adultos jóvenes diagnosticados de enfermedad reumática crónica infantil no se encuentra todavía bien definido. La evidencia disponible en relación al uso de tratamientos biológicos para estos pacientes es limitada, tanto a nivel de seguridad como de eficacia (aunque no han mostrado problemas de seguridad distintos a los de los adultos), y no existen recomendaciones para su manejo en la transición.

Uno de los problemas que también se ha identificado en este grupo de pacientes son las complicaciones asistenciales y de utilización de recursos que pueden surgir, sin olvidar la necesidad de contar con algunos elementos a tener en cuenta como la implicación de los padres o tutores, o el abordaje multidisciplinar.



En una muestra de 100 pacientes diagnosticados con AIJ, un 52% de las derivaciones de las consultas de Reumatología infantil a las consultas de Reumatología adulta no fueron exitosas en términos del manejo y adherencia del paciente a los seguimientos.

Conscientes de esta problemática desde la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica se elaboró un consenso para el manejo de los pacientes con patología reumática de comienzo infantil en la transición a la adolescencia y adulto joven.

El correcto tratamiento y manejo de estos pacientes puede resultar crucial para mejorar su calidad de vida. Estos pacientes se enfrentan a dificultades relacionadas con su inserción en la educación, en el ámbito laboral, y en otras actividades

normales para cualquier adolescente. El impacto de este grupo de enfermedades persiste con el paso del tiempo e influye en la vida del paciente. Desde el punto de vista de las complicaciones, los adultos jóvenes diagnosticados de enfermedad reumática crónica infantil podrían ver afectada su masa ósea, sufrir un deterioro a nivel músculo-esquelético, e incluso presentarse complicaciones cardiovasculares en estos pacientes afectados por AIJ.

Por tanto, el manejo de este conjunto de enfermedades durante la adolescencia plantea un reto a los sistemas de salud que exigen de trabajo en equipo y coordinación entre los diferentes profesionales implicados, así como la posibilidad de ofrecer a los pacientes la información disponible sobre su patología.

HOSPITAL	CCAA	INVESTIGADOR PRINCIPAL
Hospital Universitario Son Llatzer	Islas Baleares	Dra. Ana Paula Cacheda
Hospital Universitario de Alicante	Comunidad Valenciana	Dra. Pilar Bernabeu
H.G.U. Gregorio Marañón	Madrid	Dr. Juan Carlos Nieto
Hospital Universitario de Basurto	Euskadi	Dra. Olaia Fernández
Hospital 12 de octubre	Madrid	Dra. Esther Rodríguez Almaraz
Hospital Comarcal Alt Penedés Garraf	Cataluña	Dr. Vicenç Torrente Segarra
Hospital de Mérida	Extremadura	Dr. Raúl Veroz González
Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza	Aragón	Dra. Marta Medrano San Ildefonso
Hospital Ramón y Cajal	Madrid	Dra. Alina Boteanu
Hospital Regional Universitario de Málaga	Andalucía	Dra. Gisela Díaz-Cordovés Rego
Hospital Universitario de Canarias	Canarias	Dra. Lorena Expósito
Complejo Hospitalario Insular Materno Infantil	Canarias	Dr. Sergio Machín García
Hospital Universitario Virgen del Rocío	Andalucía	Dra. María Dolores Fernández Alba
Hospital Virgen Macarena	Andalucía	Dra. Carmen Vargas Le-brón
Hospital Vall D'Hebron	Cataluña	Dra. Mireia López Corbeto

Éxito en las I Jornadas de fomento de la investigación de la SER

La investigación es uno de los pilares clave de nuestra sociedad científica al que le damos una especial importancia. No sólo es importante apostar por la investigación, sino que también es importante dar a conocer y enseñar a los especialistas a manejar técnicas y recursos básicos en este ámbito. Por ello, los días 29 y 30 de noviembre tuvieron lugar las primeras Jornadas de fomento de la

investigación de la Sociedad Española de Reumatología en las que se abordaron aspectos como decisiones estadísticas previas al inicio de un estudio de investigación, errores frecuentes a la hora de elaborar un protocolo, cómo hacer revisiones sistemáticas y difusión de resultados, buenas prácticas, firma normalizada e identidad digital o cómo preparar un póster para un Congreso, entre otros temas.



La SER dona a Aldeas Infantiles SOS 3.000€ para sus Centros de Día

En colaboración con la compañía biofarmacéutica UCB y en el marco de la campaña 'Hoy sí puedo'.

La Sociedad Española de Reumatología (SER), en colaboración con la compañía biofarmacéutica UCB, han hecho entrega de un cheque por valor de 3.000 euros a Aldeas Infantiles SOS de España para sus Centros de Día, cuyo objetivo es apoyar y fortalecer a familias en situación de riesgo con el fin de evitar medidas más severas de protección, como sería la separación de un niño de su familia.

Esta aportación es fruto de la participación de los reumatólogos españoles que respondieron a una encuesta sobre el abordaje de la mujer en edad fértil afectada por una enfermedad inflamatoria, durante el Congreso Nacional de la SER, celebrado en Valencia. La encuesta fue diseñada por el Grupo de trabajo de la SER en enfermedades reumáticas autoinmunes e inflamatorias y mujeres en edad fértil (Grupo Afrodita), y con la



Soledad Cardozo, responsable de Alianzas Corporativas y relaciones con empresas de Aldeas Infantiles SOS; Dr. Juan J. Gómez-Reino Carnota, presidente de la Sociedad Española de Reumatología; y Pau Ricós, Director General de UCB en España.

que se pretende conocer si, en la actualidad, ha cambiado el abordaje de estas pacientes en las consultas de Reumatología teniendo en cuenta aspectos como la planificación familiar antes de establecer un tratamiento individualizado. El compromiso adquirido por las entidades colaboradoras era donar una cantidad por cada encuesta recibida, de modo que se ha alcanzado la cifra de 3.000 euros de donativo.

Esta iniciativa se enmarca en la exitosa campaña 'Hoy sí puedo' que se ha llevado a cabo por parte de la Fundación Española de Reumatología, en colaboración con asociaciones de pacientes y la biofarmacéutica UCB, con la finalidad de informar a las mujeres con enfermedades reumáticas sobre las posibilidades de quedarse embarazadas, destacando la importancia de la planificación con el reumatólogo, y permitiendo así poder cumplir su sueño de tener hijos.

Lanzamos un nuevo perfil en Instagram

Desde la Sociedad Española de Reumatología (SER) hemos optado por ampliar nuestra presencia en las redes sociales con la creación de un nuevo perfil en Instagram (@inforeuma), a través del cual se publicarán consejos para afectados, noticias sobre enfermedades reumáticas, avances en investigación, eventos, testimonios de pacientes, y otras muchas actividades que se llevan a cabo desde la sociedad científica y su fundación. El objetivo fundamental es aumentar la visibilidad de las enfermedades reumáticas que afectan a 1 de cada 4 personas mayores de 20 años en España e intentar mejorar la calidad de vida de los pacientes.

De este modo, buscamos consolidarnos a través de todos los canales en redes sociales (Twitter, Facebook, LinkedIn y Youtube), y ampliar la difusión con Instagram, que es la plataforma que está teniendo un mayor aumento de seguidores en la actualidad, destacando el alcance que tiene entre usuarios de menor edad.



Participamos en el Día Mundial de la Psoriasis y la Artritis Psoriásica

Con motivo del Día Mundial de la Psoriasis y de la Artritis Psoriásica –celebrado el 29 de octubre– desde la Sociedad Española de Reumatología nos unimos a la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid (COFM) y a Acción Psoriasis, para reclamar un mejor abordaje multidisciplinar de la enfermedad y una atención integral del paciente, cuyo impacto repercute de manera positiva en mejorar la calidad de vida de las personas con psoriasis y artritis psoriásica. Este año el lema era ‘Conectamos para avanzar en psoriasis’.

El Dr. José M^a Álvaro-Gracia Álvaro, presidente electo de la Sociedad Española de Reumatología y jefe de Servicio de Reumatología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid), abogó por fomentar la conexión y el abordaje multidisciplinar de estas patologías, en especial de la artritis psoriásica (APS), cuya prevalencia se sitúa en torno al 0,58% de adultos ma-

yores de 20 años, lo que supone en torno a 220.000 afectados en España, según los datos del estudio EPISER 2016. “En concreto, se estima que más de la mitad de los pacientes con artritis psoriásica pueden presentar alguna enfermedad asociada y hasta un 20% puede presentar hasta tres o más afecciones asociadas, siendo frecuente un mayor riesgo cardiovascular, de infecciones o de trastornos psicológicos como ansiedad o depresión”, precisó.

Además, el especialista destacó que “gracias a las nuevas terapias se asegura una buena funcionalidad del paciente, a pesar de tratarse de una enfermedad crónica”. Si bien, -añadió- “los pacientes se deben implicar en el control de su enfermedad y adoptar hábitos de vida saludables ya que, por ejemplo, se ha demostrado que el alcohol y el tabaco influyen negativamente en esta enfermedad; mientras que la practica regular de ejercicio físico controlado e individualizado favorece una mejora significativa de los pacientes con artritis psoriásica”.



Acto en el Ministerio de Sanidad en el cual participó el Dr. Jesús Sanz.



Representantes de las instituciones participantes en la rueda de prensa del Día Mundial de la Psoriasis.



Dr. José M. Álvaro-Gracia, Martín Sellés, Laly Alcaide, Antonio Torralba y Humberto Arnés.

Nuevo vídeo de la serie Diálogos Médico-Paciente sobre artritis reumatoide

El desconocimiento de la enfermedad entre sanitarios y población general, la importancia del diagnóstico precoz, la llegada de las terapias biológicas que han cambiado la vida de los pacientes o la importancia de la adherencia son algunos de los asuntos más destacados de la conversación entre el Dr. José María Álvaro-Gracia, presidente electo de la Sociedad Española de Reumatología (SER), y Laly Alcaide, directora de la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis), que protagonizan la tercera entrega de los Diálogos Médico-Paciente, una iniciativa impulsada desde la Fundación Farmaindustria y la plataforma Somos Pacientes.

EL REUMATÓLOGO | Nº 4 | invierno 2020



Las participantes del taller junto a la Dra. Montserrat Romera, responsable de la Comisión de Comunicación, Relación con los pacientes y RSC, y David Rodríguez, maquillador y formador de Clarins.

Taller de automaquillaje para mujeres con enfermedades reumáticas

El 3 de diciembre la Fundación Española de Reumatología, con la colaboración de Clarins, organizó un taller de maquillaje para mujeres con enfermedades reumáticas.



Las participantes durante el taller.

No dejar de lado el cuidado del aspecto físico y dedicar tiempo a uno mismo refuerza la identidad, trabaja la autoestima y promueve la interacción social, lo que repercute de manera positiva en la salud y en la calidad de vida de los pacientes. Cuidar la imagen personal implica tanto elementos de estética, como hábitos de salud e higiene personal como, por ejemplo, mantener la piel hidratada.

Por todo ello, desde la Fundación Española de Reu-

matología, con la colaboración de Clarins, hemos organizado un taller de maquillaje, dirigido a mujeres con patología reumática (en concreto, lupus, esclerodermia, síndrome de Sjögren, artritis reumatoide y artritis psoriásica) de entre 35 y 45 años.

Una iniciativa que sirve para visibilizar las enfermedades reumáticas y romper algunos mitos como que son patologías relacionadas con la población anciana.

Reumachef 2019

El sábado 14 de diciembre celebramos la tercera edición de Reumachef, en la que participaron jóvenes, de entre 15 y 17 años, con enfermedades reumáticas. Este año hemos contado con asistentes de Andalucía, Valencia, Girona, Zaragoza y Madrid. Además estuvo con nosotros la campeona olímpica, Nuria Fernández.





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

